



HAL
open science

Parcours de soins des personnes âgées consultant aux urgences de Saint-Benoît : étude d'une population évaluée par l'équipe mobile de gériatrie

Maëlig Prévost

► **To cite this version:**

Maëlig Prévost. Parcours de soins des personnes âgées consultant aux urgences de Saint-Benoît : étude d'une population évaluée par l'équipe mobile de gériatrie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03541891

HAL Id: dumas-03541891

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03541891v1>

Submitted on 25 Jan 2022

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

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

**UNIVERSITÉ DE LA RÉUNION
UFR SANTÉ**

Année : 2021

N° 2021LARE098M

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Parcours de soins des personnes âgées consultant aux urgences de
Saint-Benoît : étude d'une population évaluée par l'équipe mobile de
gériatrie**

Présentée et soutenue publiquement le 26 novembre 2021 à 19h00 à La
Réunion

Par Maëlig PRÉVOST

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Jean-Marc FRANCO

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Stéphane RENAUD

Monsieur le Docteur Florian LEGRAND (rapporteur)

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Andry RANDRIANJOHANY

Table des matières

I. ABRÉVIATIONS.....	4
II. INTRODUCTION.....	6
1. Une population vieillissante en perte d'autonomie.....	6
2. Des services d'urgences sous tension.....	6
3. La structuration de la filière gériatrique.....	7
4. Parcours de soins et rôle de l'EMG.....	7
5. Objectifs de l'étude.....	8
III. MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	10
1. Type d'étude.....	10
2. Population de l'étude et critères d'inclusion.....	10
3. Critères d'exclusion.....	10
4. Recueil de données.....	11
5. Analyse statistique.....	13
6. Critères éthiques.....	13
IV. RÉSULTATS.....	14
1. Patients inclus.....	14
2. Caractéristiques socio-démographiques.....	15
3. Passage aux urgences.....	17
4. Parcours de soins antérieur.....	21
5. Évaluation gériatrique.....	23
6. Analyses en sous-groupe.....	27
V. DISCUSSION.....	29
1. Forces et faiblesses de l'étude.....	29
2. Réponse à l'objectif principal et comparaison.....	29
3. Objectifs secondaires.....	32
a. Le rôle pivot du médecin traitant.....	32
b. Le défi de l'isolement.....	33
c. La prise en charge trop tardive des syndromes gériatriques.....	34
d. Les difficultés du secteur ambulatoire et du lien avec l'hôpital.....	35
4. Littérature internationale.....	37
5. Perspectives.....	38
VI. CONCLUSION.....	40

VII. BIBLIOGRAPHIE.....	42
VIII. ANNEXES.....	47
1. Annexe 1 – Grille AEPf des admissions d’après Davido 1991.....	47

Index des figures

Figure 1: Répartition de l'effectif par âge et sexe.....	16
Figure 2: Les principaux motifs de recours aux urgences.....	18
Figure 3: Les principaux diagnostics aux urgences.....	19
Figure 4: Durée de passage aux urgences.....	20
Figure 5: Nombre de passages aux urgences dans l'année précédente.....	22

Index des tableaux

Tableau 1: Classification clinique des malades des urgences (CCMU).....	12
Tableau 2: Caractéristiques générales des patients.....	17
Tableau 3: Caractéristiques du passage aux urgences.....	21
Tableau 4: Éléments du parcours de soins.....	23
Tableau 5: Caractéristiques de l'évaluation gériatrique.....	24
Tableau 6: Prévalence des principaux syndromes gériatriques.....	24
Tableau 7: Plan de soins proposé par l'EMG.....	25
Tableau 8: Analyse univariée selon la pertinence du PAU (AEPf).....	27
Tableau 9: Analyse univariée selon l'hospitalisation après le PAU.....	27

I. ABRÉVIATIONS

AEPf : Appropriateness Evaluation Protocol, version française

ARS : Agence régionale de santé

CCAS : Centre communal d'action sociale

CCMU : classification clinique des malades des urgences

CH : Centre hospitalier

CHU : Centre hospitalier universitaire

CLIC : Centre local d'information et de coordination

CPP : Comité de protection des personnes

CSG : Court Séjour gériatrique

CTA : Coordination territoriale d'appui

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EGS : Évaluation gériatrique standardisée

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMG : Équipe mobile de gériatrie

ETP : Équivalent temps-plein

GHER : Groupe hospitalier Est Réunion

GIR : Groupe iso-ressources

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de santé

HCFEA : Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge

HDJ : Hôpital de jour

HPE : Hospitalisations potentiellement évitables

IDE : Infirmièr·e diplômé·e d'État

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

IRM : Imagerie par résonance magnétique

MAIA : Méthode d'action et d'intégration pour les services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie

MT : Médecin traitant

PAERPA : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie

PA : Personnes âgées

PAU : Passage aux urgences

PPS : Plan personnalisé de soins

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SAU : Service d'accueil des urgences

SFGG : Société française de gériatrie et gériologie

SFMU : Société française de médecine d'urgence

SSR : Soins de suite et réadaptation

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

II. INTRODUCTION

1. Une population vieillissante en perte d'autonomie

Si l'Île de La Réunion, comme les autres îles de l'Océan Indien, reste une région jeune (34,5 ans d'âge moyen contre 41,2 ans en France entière en 2015), elle suit la dynamique de vieillissement de la population française (1,2). Ainsi, la population réunionnaise de 65 ans ou plus a triplé entre 1982 et 2014 (3). Entre 2015 et 2050, la population de 75 ans ou plus va être multipliée par 4 et représenter 138 000 personnes (4).

Bien qu'étant plus jeunes, les seniors réunionnais sont en moins bonne santé qu'en métropole. La part des personnes âgées (PA) en perte d'autonomie va tripler à l'horizon 2050. Ainsi, en 2050, 77 % des personnes en perte d'autonomie auront 75 ans ou plus et représenteront 50 200 personnes contre 13 000 en 2015.

Une autre particularité sur l'Île de La Réunion concerne le maintien à domicile. Quatre vingt-quatre pour cent des personnes en perte d'autonomie sévère vivent à domicile (contre 53 % en métropole).

2. Des services d'urgences sous tension

Il faut prévoir, avec ce vieillissement de la population, une pression croissante sur un système de santé hospitalier français déjà surchargé. Les urgences, en particulier, connaissent une hausse importante de leur fréquentation. Entre 1996 et 2019 la fréquentation annuelle est passée de 10,1 millions à 22 millions de passages aux urgences (PAU) en France entière, même si l'augmentation des dernières années tend à s'infléchir (1,5 % en moyenne par an entre 2016 et 2019 contre 3,7 % entre 2013 et 2016) (5).

La prise en charge des personnes âgées aux urgences est plus lourde et plus longue avec une moyenne nationale de 4h30 minutes pour les plus de 75 ans contre 2h20 pour les 15-74 ans en 2003. Cette durée de prise en charge plus longue est due à une plus grande proportion d'examen réalisés dans cette tranche d'âge et un accès à l'hospitalisation plus difficile (6). Un délai d'attente long est associé à

l'apparition de complications directement liées au passage aux urgences (confusion aiguë, complications du décubitus, déclin fonctionnel global) (7). L'attente aux urgences est également responsable d'une durée d'hospitalisation plus longue et d'une mortalité globale plus importante que chez les patients qui n'ont pas attendu leur place en hospitalisation (8,9).

3. La structuration de la filière gériatrique

Pour améliorer la prise en charge de la personne âgée et s'adapter à ses spécificités, diverses stratégies ont été mises en œuvre. Le 18 mars 2002, la circulaire relative à l'organisation de la filière de soins gériatriques inscrit dans le cadre légal la structure d'une filière gériatrique : le cours séjour gériatrique (CSG), l'hospitalisation de jour (HDJ), les soins de suite et de réadaptation (SSR) et les équipes mobiles de gériatrie (EMG) qui étaient déjà expérimentées dans certains hôpitaux. Elle aborde la question de l'hospitalisation sans recours préalable aux urgences (10). Le plan « Solidarité Grand âge » et la circulaire du 28 mars 2007 viennent compléter et renforcer les dispositifs mis en place (11,12). Plus récemment, le rapport Libault, publié en 2019 dans le cadre de la concertation « Grand âge et autonomie », appuie sur la notion de parcours coordonné pour « mettre un terme aux réponses en silos » et décloisonner la prise en charge sociale et médicale (13). Sur le plan médical, les axes principaux sont le maintien à domicile, la coordination des acteurs locaux et hospitaliers, et la diminution du recours à l'hôpital. Il pose comme objectif de « tendre vers zéro passage aux urgences évitable ». Concrètement, diminuer le réflexe hospitalier implique une meilleure offre ambulatoire et une meilleure continuité entre la ville et l'hôpital.

4. Parcours de soins et rôle de l'EMG

Sur le plan ambulatoire, la Haute Autorité de santé (HAS) a posé les bases d'un parcours optimal de soins. Il s'organise à partir d'un dépistage de la fragilité pour les patients de plus de 70 ans (14). Les patients dépistés fragiles bénéficient d'une évaluation gériatrique standardisée (EGS) qui va aboutir à l'élaboration d'un

programme de prévention avec priorisation des plans d'intervention. Si le problème est complexe, la réponse doit être multifactorielle. Un plan personnalisé de soins (PPS) doit alors être envisagé et formalisé avec suivi régulier et réévaluation (15). Plusieurs modèles de PPS ont été expérimentés, notamment le programme Paerpa (16).

Les EMG sont un maillon essentiel de cette filière gériatrique. Elles permettent d'apporter une expertise en ambulatoire, une gériatrisation des services hospitaliers et une meilleure connexion entre le secteur ambulatoire et l'hôpital. Elles ne se substituent pas aux équipes médicales mais ont un rôle d'évaluation des patients (évaluation gérontologique standardisée) et de conseil auprès des équipes (avis thérapeutique ou aide à l'orientation). Elles peuvent apporter une aide à l'organisation du retour à domicile au décours d'une hospitalisation et surtout une aide pour anticiper voire éviter un recours aux urgences (17,18). Elles sont habilitées à intervenir à domicile, dans les services hospitaliers et aux urgences. Elles sont pluriprofessionnelles et regroupent des compétences médicales, infirmières, diététiques, d'ergothérapie, d'assistance sociale et de secrétariat.

Dans l'Est de La Réunion, l'hôpital de premier recours est le Groupe hospitalier Est Réunion (GHER) à Saint-Benoît. L'EMG y a été créée en 2012 et dispose à ce jour de 1,5 équivalent temps-plein (ETP) médecin (dont 1 ETP pourvu), 2 ETP infirmier·e diplômé·e d'État (IDE), 1 ETP diététicien·ne, 1 ETP ergothérapeute, 1 ETP assistant·e social·e, 1 ETP secrétaire et 0,5 ETP psychologue. Elle possède une permanence téléphonique dédiée ouverte de 8h00 à 18h00 du lundi au vendredi (19). Le service des urgences sollicite l'intervention de l'EMG par un formulaire adressé par télécopie ou courrier électronique au secrétariat de l'EMG. Ce formulaire contient l'identité du patient, le motif de la demande, les principaux syndromes gériatriques diagnostiqués ainsi que le délai souhaité d'intervention.

Dans un contexte où les autorités sanitaires réclament une amplification des interventions à domicile, le bilan d'activité de l'EMG du GHER en 2019 montre un déséquilibre dans ses demandes d'interventions avec 373 interventions intra-hospitalières pour 95 interventions extra-hospitalières. Vingt-neuf demandes seulement ont été faites par les médecins traitants (20).

5. Objectifs de l'étude

Se pose aujourd'hui la question du bilan de ce parcours de soins gériatriques dans l'est de La Réunion. Si on est loin de pouvoir éviter tous les PAU des personnes âgées, il serait intéressant de chercher ce qui pourrait être amélioré. En effet, si on se base sur des données de métropole, l'essentiel des PAU sont considérés comme justifiés, soit environ 80-85 % selon les études (21,22). La marge de manœuvre se situe donc sur les PAU considérés comme injustifiés mais surtout sur les PAU justifiés qui auraient pu être anticipés en amont, c'est-à-dire avant que le seuil critique d'urgence justifiée ne soit atteint (23). C'est ce qui est défini et mesuré sous le terme d'hospitalisations potentiellement évitables (HPE) (24). Diminuer ces PAU et les HPE présuppose d'améliorer le parcours de soins en amont. Afin d'améliorer ce parcours de soins gériatrique actuel, il est nécessaire de bien le connaître. Il serait donc intéressant de décrire le parcours de soins des personnes âgées et leur PAU.

L'objectif principal de cette étude était de décrire la population de personnes âgées passées aux urgences et ayant bénéficié d'une intervention de l'EMG.

L'objectif secondaire était de déterminer les problématiques principales du parcours de soins qui en ressortent.

III. MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Type d'étude

Cette étude est quantitative. Il s'agit d'une étude observationnelle transversale descriptive avec un recueil rétrospectif sur l'année civile 2019.

2. Population de l'étude et critères d'inclusion

La population source est constituée de l'ensemble des patients répondant à l'ensemble des critères suivants :

- âgés de plus de 65 ans (seuil d'intervention de l'EMG)
- résidant dans la zone Est de La Réunion
- ayant consulté en 2019 au service d'accueil des urgences (SAU) du GHER
- ayant bénéficié d'une EGS réalisée par l'EMG sur demande écrite formulée par un médecin du SAU ou de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

L'évaluation peut avoir été faite sur le lieu de la demande (SAU/UHCD) ou à distance du PAU. Le choix d'une population évaluée par l'EMG est justifié par la nécessité de disposer de données gériatriques précises.

3. Critères d'exclusion

Étaient exclus de l'étude, les patients ayant au moins un des critères suivants :

- résidence principale hors de la région Est de La Réunion (Saint-Benoît, Saint-André, Sainte-Rose, Salazie, Plaine des Palmistes, Bras Panon)(25)
- mesure de protection sur majeur en vigueur
- passage programmé aux urgences

- absence de compte rendu informatisé de l'intervention de l'EMG

4. Recueil de données

Le recueil de données a été réalisé à partir du dossier patient informatisé dans les logiciels Crossway© et Urqual©. Il a été basé sur le compte-rendu de passage aux urgences, les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et le compte-rendu informatisé de l'intervention de l'EMG.

L'inclusion des patients a été effectuée à partir du fichier Excel© de l'EMG recensant les interventions réalisées sur demande des urgences en 2019.

Un recours au calcul du nombre de dossiers nécessaire n'était pas utile étant donné qu'il s'agit d'un état des lieux et que la population source est intégralement incluse sans échantillonnage.

La première partie du recueil concernait les données socio-démographiques du patient (âge, sexe, entourage du patient et type de résidence).

Une deuxième partie analysait le passage aux urgences : les motifs de consultation (selon la grille de nomenclature de la société française de médecine d'urgence (SFMU) (26)), le diagnostic final, la classification clinique des malades des urgences CCMU (tableau 1) qui cote la gravité clinique, le délai estimé entre l'apparition des premiers symptômes et la consultation, et la durée totale de passage aux urgences. L'horaire de passage était divisé en deux modalités : horaire ouvrable du lundi au vendredi de 8:00 à 18:00 et le samedi de 8:00 à 12:00. Tous les autres horaires ainsi que les jours fériés étaient considérés comme horaire non ouvrable.

Les données concernant les motifs de consultation, le diagnostic final et l'adresseur ont été recueillies à partir des données de codage du PMSI quand elles étaient présentes. En l'absence de données du PMSI, l'information a été recherchée directement dans le compte-rendu de passage aux urgences.

La grille AEPf, *Appropriateness Evaluation Protocol version française* (annexe 1), validée par la HAS, a été utilisée pour déterminer la pertinence d'une admission hospitalière (27). L'évaluation selon cette grille a été utilisée de façon rétrospective selon les données du compte-rendu de passage aux urgences et du PMSI. D'autres

critères ayant pu motiver le PAU ont été recherchés : la réalisation d'exams, la mise en place d'un traitement spécifique ou une autre justification explicitement mentionnée dans le dossier. Le traitement spécifique a été défini comme tout traitement initié hors traitement habituel et traitement symptomatique administré par voie orale. Enfin, le devenir immédiat du patient au décours du PAU a été relevé. Le devenir immédiat du patient n'a pas inclus le passage en UHCD qui a fait l'objet d'une variable séparée.

CCMU 1	État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugé stable. 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 jugé stable. 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 jugé susceptible 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

Tableau 1: Classification clinique des malades des urgences (CCMU)

Une troisième partie étudiait le parcours de soins du patient, antérieur à l'arrivée aux urgences : la polymédication (5 médicaments ou plus) (28), la présence d'aides à domicile, d'IDE, de kinésithérapeute, l'adresseur, la présence d'un courrier du médecin généraliste. Il était recherché si le patient avait déjà bénéficié d'une prise en charge par un service du pôle gériatrique du GHER, le nombre de passages aux urgences les douze mois précédents, la présence de signes précurseurs de ses symptômes. Le motif de demande de l'évaluation par l'EMG était également relevé, et si cette demande était en lien ou non avec le motif de passage aux urgences.

Une quatrième partie concernait l'évaluation par l'EMG. Le lieu de réalisation de l'évaluation (intra ou extra-hospitalier) a été relevé ainsi que les différents items de l'EGS réalisée par l'EMG du GHER : GIR, iatrogénie, épuisement de l'aidant, risque de chute, incontinence, perte d'autonomie, trouble du comportement, syndrome dépressif, trouble cognitif, douleurs, dénutrition, troubles du transit et risque d'escarre.

Enfin, le plan de soins proposé par l'EMG a été recueilli, à savoir si des modifications étaient proposées ou non concernant l'orientation, les aides techniques et humaines et le traitement. Le type de suivi proposé par l'EMG a aussi été analysé.

5. Analyse statistique

L'analyse statistique descriptive a été réalisée à partir du tableur LibreOffice Calc© dans lequel ont été collectées les données.

Un calcul de moyennes et médianes a été réalisé pour les variables quantitatives.

Un dénombrement et un calcul de proportions a été réalisé pour les variables catégorielles.

Des analyses statistiques complémentaires en sous-groupes ont été réalisées avec le logiciel de statistiques en ligne Pvalue.io© pour répondre aux objectifs secondaires. Elles ont utilisé le test du Chi2.

6. Critères éthiques

L'étude était hors loi Jardé et n'a donc pas nécessité l'avis du comité de protection des personnes (CPP).

L'autorisation d'accès aux dossiers médicaux informatisés a été recueillie auprès du département d'information médicale du GHER.

Le livret d'accueil de l'hôpital informe les patients des activités de recherche au sein de l'établissement.

IV. RÉSULTATS

1. Patients inclus

En 2019, 86 demandes d'intervention de l'EMG ont été formalisées par le service des urgences (SAU et UHCD). Trois demandes n'ont pas été honorées. Une demande n'a pas été honorée car le patient était déjà pris en charge par un organisme d'hospitalisation à domicile (HAD). Une autre demande n'a pas été honorée car elle a été annulée avant l'intervention. Une troisième demande a été annulée pour un motif inconnu.

Sur les 83 demandes honorées, un patient était hors secteur, un patient ne répondait pas au critère d'âge et un patient était sous mesure de tutelle. Le compte-rendu de l'intervention était absent du dossier patient informatisé pour 16 patients rendant l'extraction des données impossible. C'est finalement 19 patients qui ont été exclus de l'étude.

C'est donc 64 dossiers qui ont été inclus et analysés. Trente-sept ont donné lieu à un avis simple (réponse plus ou moins détaillée à une question posée), 27 ont donné lieu à une évaluation gériatrique standardisée.

EMG : équipe mobile de gériatrie ; SAU : service d'accueil des urgences ; UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée ; CR : compte-rendu

2. Caractéristiques socio-démographiques

Sur les 64 patients analysés, 36 (56 %) étaient des femmes, 28 (44 %) étaient des hommes. L'âge médian de l'effectif était de 82,5 ans avec un âge médian de 85 ans [74-97] pour les femmes et de 79,5 ans [68-91] pour les hommes.

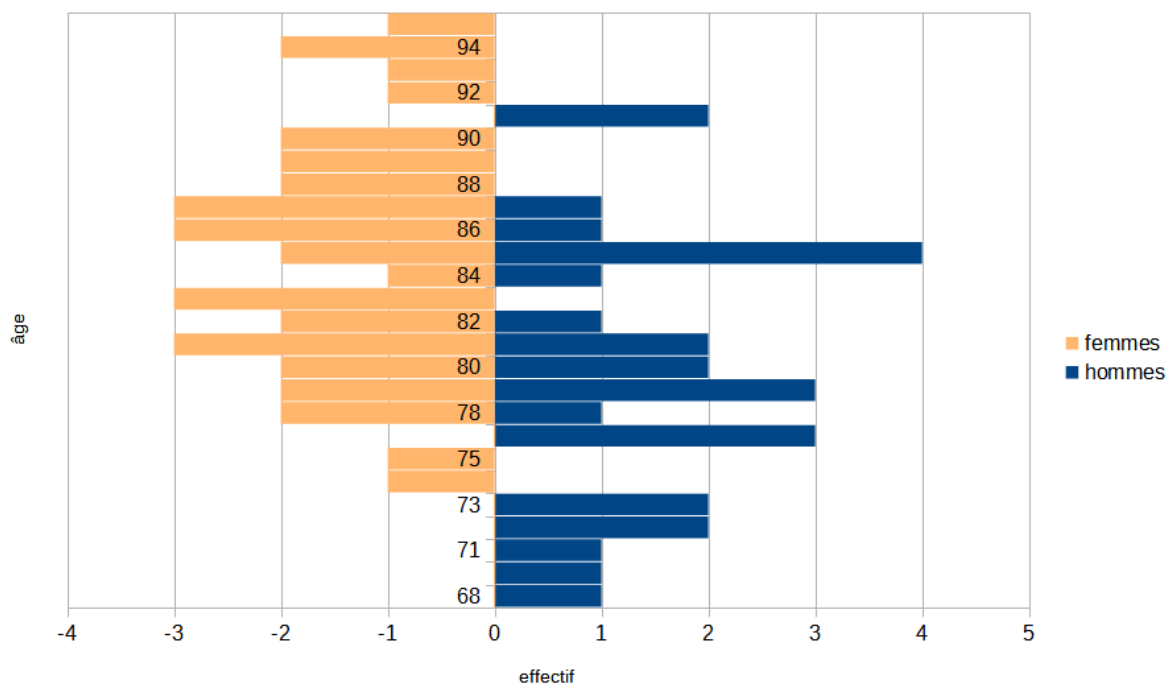


Figure 1: Répartition de l'effectif par âge et sexe

Le passage d'un·e IDE à domicile était effectif dans 70 % des cas renseignés et 23 % pour le kinésithérapeute. Une autre aide (auxiliaire de vie, aide ménagère) était en place dans 50 % des cas mais l'information n'était pas renseignée pour 24 patients. Les patients vivaient à domicile (personnel ou familial) dans 95 % des cas et en famille d'accueil dans 4,8 % des cas. Aucun patient de l'étude ne vivait en institution. Dans 30 % des situations, les patients vivaient seuls à domicile.

Une polymédication (5 médicaments ou plus) a été recensée chez 59 % des patients.

Variables qualitatives		Effectif (pourcentage des données exploitables)	Données manquantes
Sexe	Hommes	28 (44 %)	/
	Femmes	36 (56 %)	
Isolement	Seul	20 (34 %)	5
	Entouré	39 (66 %)	
Résidence	Domicile	59 (95 %)	2
	Institution	0	
	Famille d'accueil	3 (4,8 %)	
IDE	Oui	43 (70 %)	3
	Non	18 (30 %)	
Kinésithérapeute	Oui	12 (23 %)	12
	Non	40 (77 %)	
Aide autre	Oui	20 (50 %)	24
	Non	20 (50 %)	
Polymédication			3
		36 (59 %)	

Tableau 2: Caractéristiques générales des patients

IDE : infirmier·e diplômé·e d'État

3. Passage aux urgences

Les motifs de recours les plus fréquemment retrouvés sont détaillés dans la figure n°3. Un ou deux motifs pouvaient être relevés pour chaque patient. Quand plus de 2 motifs étaient évoqués, seuls les 2 motifs principaux étaient recueillis. Les 5 motifs les plus fréquemment mentionnés sont par ordre de prévalence :

- altération de l'état général/asthénie (25 % des patients)
- troubles du comportement/agitation (14,1 %)
- traumatisme (12,5 %)
- malaise (10,9 %)
- dyspnée (10,9 %)

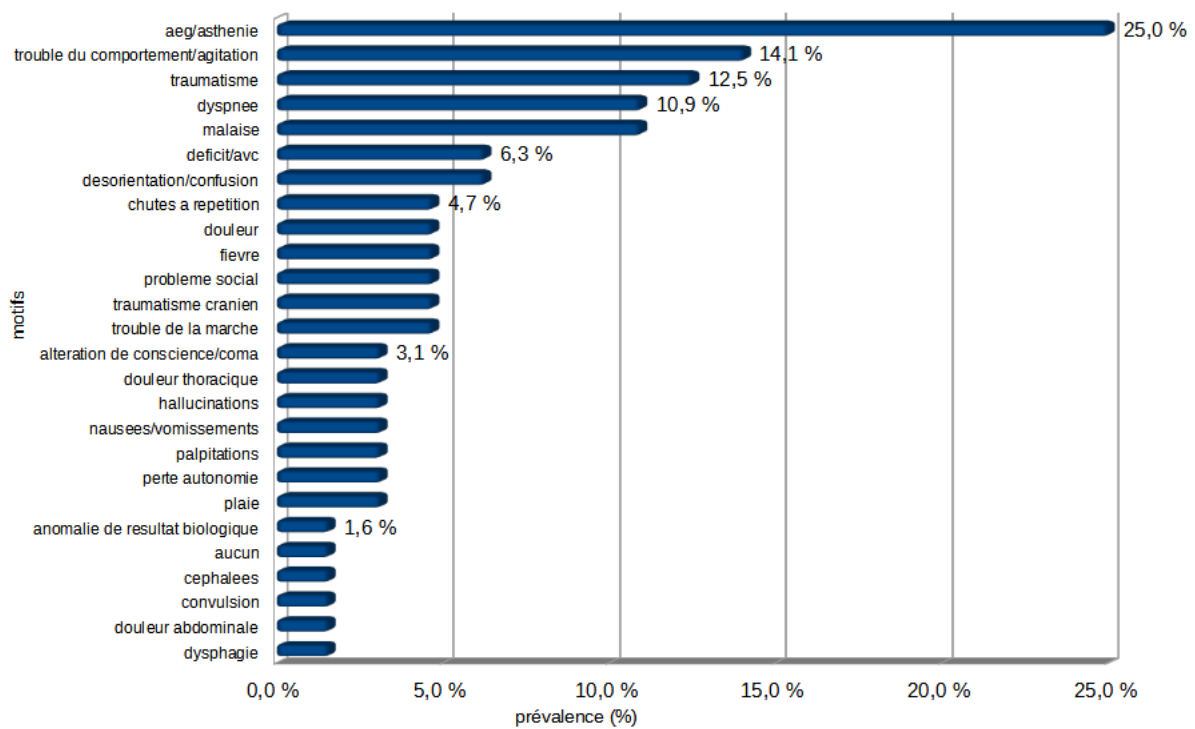


Figure 2: Les principaux motifs de recours aux urgences

AEG : altération de l'état général ; AVC : accident vasculaire cérébral

Un contexte de chute (unique ou répétée) lors de la venue aux urgences a été spécifié pour 20 patients (32 %). Dix-huit patients (29 %) ont consulté aux urgences pour des symptômes en rapport avec une décompensation d'une maladie chronique connue. Parmi ces maladies chroniques, 7 concernaient la sphère cognitivo-comportementale (démence, confusion, troubles du comportement).

Les diagnostics à l'issue du PAU sont détaillés dans la figure n°4. Seul le diagnostic principal a été recueilli. Les 5 diagnostics les plus représentés sont par ordre de prévalence :

- altération de l'état général/asthénie (10,9 %)
- démence (9,4 %)
- fracture (7,8 %)
- confusion (7,8 %)
- traumatisme/contusion (6,3 %)

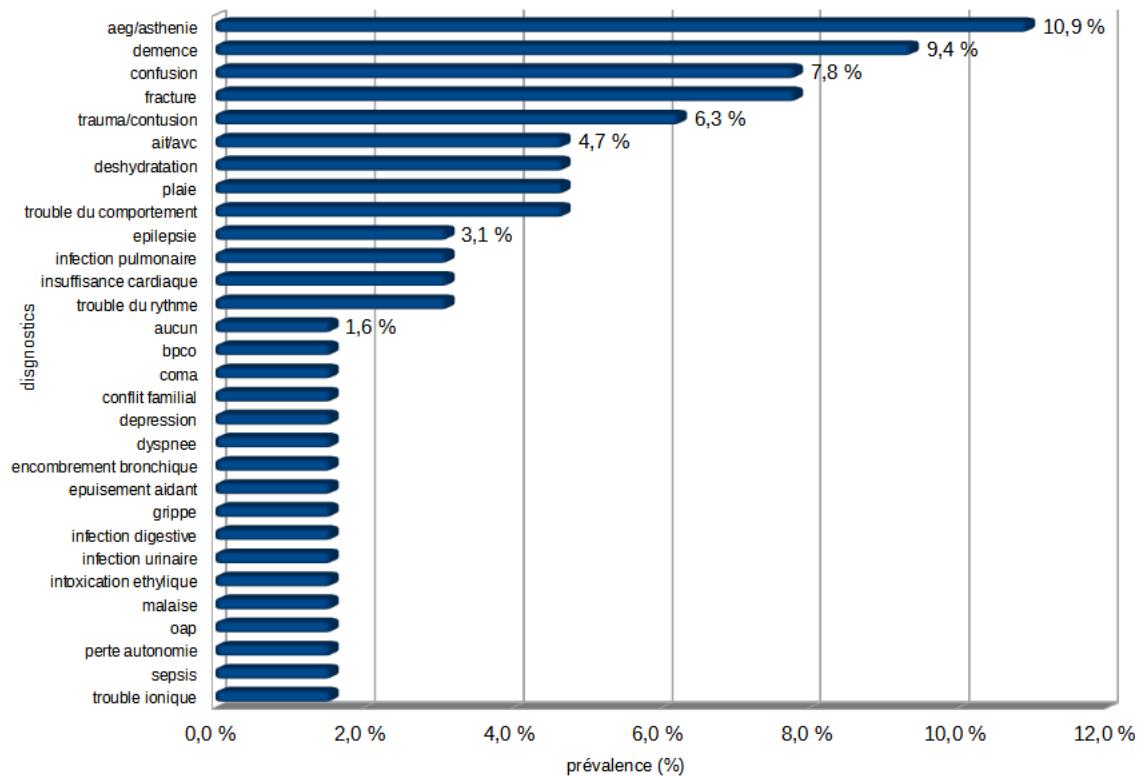


Figure 3: Les principaux diagnostics aux urgences

AEG : altération de l'état général ; AIT : accident ischémique transitoire ; AVC : accident vasculaire cérébral ; BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive ; OAP : oedème aigu pulmonaire

Quarante-huit pour cent des patients ont été admis au SAU en horaire ouvrable. Parmi les données exploitables, 55 % des patients présentaient leurs symptômes depuis moins de 24 heures et 43 % les présentaient depuis plus de 48 heures. L'information était inconnue pour 11 patients. La durée médiane de PAU était de 4 heures et 16 minutes [00h39-08h21], la moyenne, 4h22.

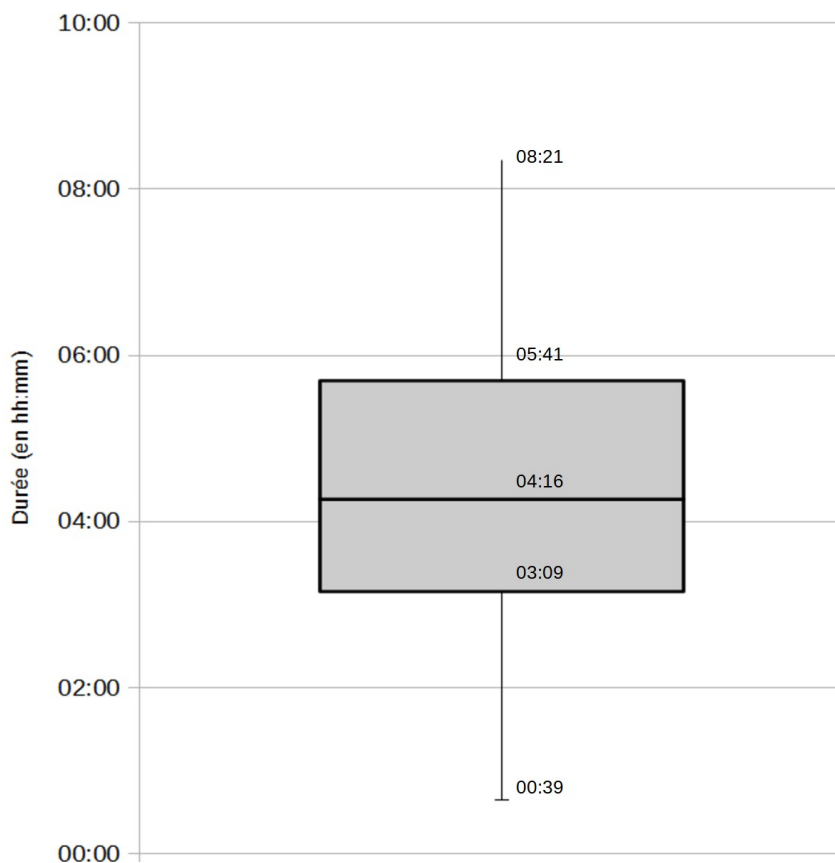


Figure 4: Durée de passage aux urgences

Pour 53 % des PAU, l'admission a été classée comme non pertinente selon la grille AEPf. Le score CCMU défini pour chaque consultation aux urgences est détaillé dans le tableau n°3. Trois PAU sur quatre ont été catégorisés CCMU 2 qui correspond à un état stable avec réalisation d'examens complémentaires. En second, vient le score CCMU 1 (12,5 %) correspondant à un état stable sans réalisation d'examens complémentaires.

Seuls des examens simples (prélèvement sanguin, électrocardiogramme, radiographie standard) ont été réalisés pour 61 % des patients. Trente-et-un pour cent ont nécessité des examens plus complexes (scanner, imagerie par résonance magnétique (IRM), échographie cardiaque). Aucun examen n'a été réalisé pour 7,8 % des patients.

Aucun traitement spécifique n'a été initié pour 61 % des patients.

Une hospitalisation à l'UHCD, a minima administrative, a été décidée pour 59 % des patients. Au décours du PAU (SAU et UHCD), 47 % des patients sont

retournés immédiatement à domicile, 52 % ont été hospitalisés et 1 seul (1,6 %) a été directement admis en institution (après passage en UHCD).

Variables qualitatives		Effectif (pourcentage des données exploitables)	Données manquantes
Chute	Oui	20 (32 %)	1
	Non	43 (68 %)	
Décompensation d'une maladie connue	Oui	18 (29 %)	2
	Non	44 (71 %)	
Horaire	Ouvrable	31 (48 %)	0
	Non ouvrable	33 (52 %)	
Délai	< 24 h	29 (55 %)	11
	24 à 48 h	1 (1,9 %)	
	> 48 h	23 (43 %)	
CCMU	1	8 (12,5 %)	/
	2	48 (75 %)	
	3	6 (9,4 %)	
	4	2 (3,1 %)	
AEPf	Pertinent	30 (47 %)	/
	Non pertinent	34 (53 %)	
Examen	Aucun	5 (7,8 %)	/
	Simple	39 (61 %)	
	Complexe	20 (31 %)	
Traitement spécifique initié	Oui	25 (39 %)	/
	Non	39 (61 %)	
Devenir immédiat	RAD	30 (47 %)	/
	Hospitalisation	33 (52 %)	
	Institutionnalisation	1 (1,6 %)	
Passage en UHCD	Oui	38 (59 %)	/
	Non	26 (41 %)	

Tableau 3: Caractéristiques du passage aux urgences

CCMU : classification clinique des malades des urgences ; RAD : retour à domicile ; UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée

4. Parcours de soins antérieur

Dans cette étude, 17 patients (31,5 %) ont été adressés aux urgences par leur médecin traitant. Cinquante pour cent ont été adressés par un autre professionnel de

santé (IDE libéral·e ou le centre 15), 15 % ont été emmenés par un tiers et 3,7 % sont venus de leur propre initiative. Les 17 patients adressés par leur médecin traitant étaient tous en possession d'un courrier de ce même médecin.

Pour 38 % d'entre eux, les patients avaient déjà été pris en charge antérieurement pour les mêmes symptômes. Pour 57 % des patients, des symptômes précurseurs étaient présents les jours précédant leur venue aux urgences.

La majorité d'entre eux (62 %) étaient déjà connus du pôle gériatrie (CSG, EMG, consultation gériatrique).

En moyenne, les patients ont consulté 1,39 fois dans ces mêmes urgences l'année qui a précédé. La figure n°6 détaille le nombre de PAU les 12 mois précédents pour l'ensemble de l'effectif.

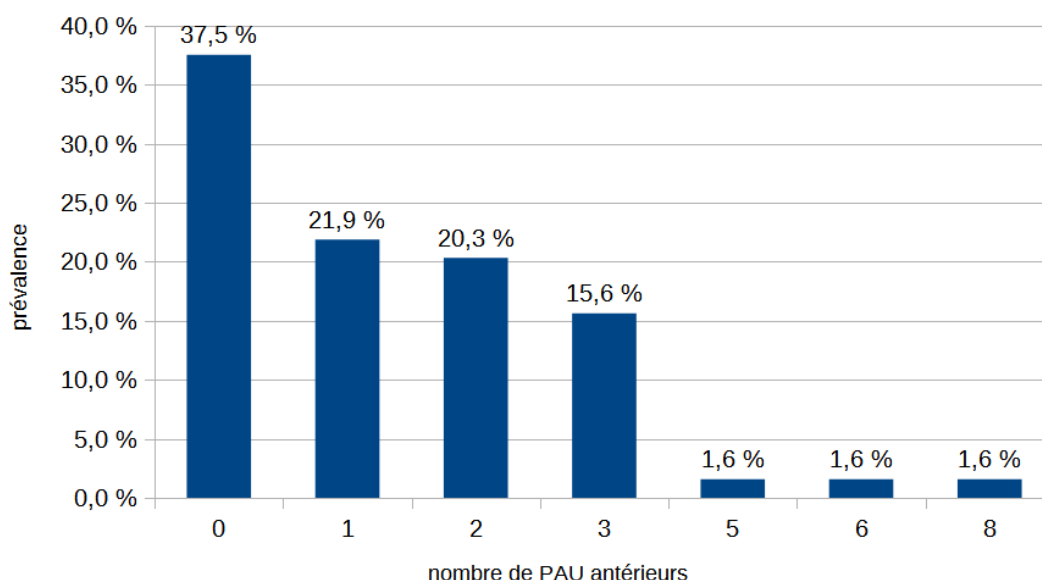


Figure 5: Nombre de passages aux urgences dans l'année précédente

Il est spécifié une tentative de prise en charge ambulatoire dans 4 situations. Une situation a abouti malgré tout au PAU pour la réalisation d'un ECG par absence d'équipement du médecin généraliste, une autre par échec thérapeutique en ambulatoire. Pour 2 autres situations, une prise en charge était en cours mais le patient ou sa famille a malgré tout sollicité le centre 15 ou les urgences directement.

Les urgences demandaient une intervention de l'EMG pour 4 motifs principaux, se recoupant parfois : une aide à l'orientation (27 %), un avis ponctuel

(29 %), une évaluation gériatrique (29 %) ou encore un suivi lors du retour à domicile (16 %). Dans 94 % des cas, le motif de demande est en rapport direct avec le motif de consultation aux urgences.

Variables qualitatives		Effectif (pourcentage des données exploitables)	Données manquantes
Adresseur	MT	17 (31 %)	10
	Autre PDS	27 (50 %)	
	Tiers	8 (15 %)	
	Patient	2 (3,7 %)	
Courrier	Oui	17 (27 %)	/
	Non		
Antériorités gériatriques	Oui	40 (62 %)	/
	Non	24 (38 %)	
Récidive	Oui	23 (38 %)	3
	Non	38 (62 %)	
Précurseurs	Oui	31 (57 %)	10
	Non	23 (43 %)	
PEC ambulatoire	Oui	4 (13 %)	34
	Non	26 (87 %)	
Motif demande EMG	Avis	18 (29 %)	1
	Évaluation	18 (29 %)	
	Suivi RAD	10 (16 %)	
	Aide à l'orientation	17 (27 %)	
Concordance	Oui	58 (94 %)	2
	Non	4 (6,5 %)	

Tableau 4: Éléments du parcours de soins

MT : médecin traitant, PDS : professionnel de santé ; PEC : prise en charge ; EMG : équipe mobile de gériatrie ; RAD : retour à domicile

5. Évaluation gériatrique

L'évaluation ou l'avis gériatrique (donnés par le médecin de l'EMG) ont été réalisés sur le secteur intra-hospitalier dans la majorité des cas (66 %). Le reste a été réalisé par téléphone (34 %) et aucun à domicile.

Les GIR les plus représentés étaient le GIR 2 (44 %), le GIR 3 (33 %) et le GIR 1 (19 %). Cependant, la cotation GIR n'était pas faite pour 37 patients.

Sur les seuls 26 dossiers où il était évalué, l'étayage familial était non satisfaisant dans 42 % des cas. Par ailleurs, un épuisement de l'aidant a été signalé dans 7 dossiers (11 %).

Variables qualitatives	Effectif (pourcentage des données exploitables)	Données manquantes
Lieu de réalisation		3
Intra-hospitalier	40 (66 %)	
Domicile	0	
Téléphone	21 (34 %)	
GIR		37
1	5 (19 %)	
2	12 (44 %)	
3	9 (33 %)	
4	0	
5	1 (4 %)	
6	0	
Épuisement de l'aidant	7 (11 %)	
Étayage familial		38
Satisfaisant	15 (58 %)	
Non satisfaisant	11 (42 %)	

Tableau 5: Caractéristiques de l'évaluation gériatrique

GIR : groupe iso-ressources

Le tableau 6 montre la prévalence des grands syndromes gériatriques dans la population d'étude avec comme principaux syndromes la perte d'autonomie (39 %), le risque de chute (34 %), la dénutrition (28 %) et les troubles cognitifs (28 %). Si on considère seulement les évaluations, qui sont plus complètes, les syndromes sont logiquement beaucoup plus prévalents. Par exemple la perte d'autonomie est présente dans 78 % des évaluations.

Syndrome gériatrique	Prévalence totale n = 64	Prévalence évaluations seules n = 27
Perte d'autonomie	25 (39%)	21 (78%)
Risque de chute	22 (34%)	17 (63%)
Dénutrition	18 (28%)	15 (56%)
Troubles cognitifs	18 (28%)	12 (44%)
Troubles du comportement	14 (22%)	7 (26%)
Douleurs	13 (20%)	11 (41%)
Incontinence	13 (20%)	10 (37%)
Risque d'escarre	8 (13%)	7 (26%)
Syndrome dépressif	8 (13%)	7 (26%)
Trouble du transit	6 (9%)	6 (22%)
latrogénie	5 (8%)	0

Tableau 6: Prévalence des principaux syndromes gériatriques

Par ailleurs, les patients ayant bénéficié d'une évaluation gériatrique ont en moyenne 4,2 syndromes gériatriques coexistants.

L'évaluation gériatrique a abouti à une modification des aides techniques pour 17 % des cas où l'EMG s'est prononcée, une modification des aides humaines dans 43 % des cas et une modification du traitement dans 64 % des cas. Là encore, dans chaque catégorie les données manquantes sont nombreuses comme le montre le tableau 7.

À l'issue de son intervention, l'EMG a proposé une hospitalisation à 55 % des patients, une institutionnalisation pour 8,1 % d'entre eux et un maintien à l'identique pour 35 %. Un cas d'hospitalisation à domicile (HAD) a été proposé.

Variables qualitatives		Effectif (pourcentage des données exploitables)	Données manquantes
Orientation proposée			2
	Identique	22 (35%)	
	Hospitalisation	34 (55%)	
	Institutionnalisation	5 (8,1%)	
	Admission FA	0	
	MAD/HAD	1 (1,6%)	
Modification aides techniques			35
	Oui	5 (17%)	
	Non	24 (83%)	
Modification aides humaines			34
	Oui	13 (43%)	
	Non	17 (57%)	
Modification traitement			31
	Oui	21 (64%)	
	Non	12 (36%)	

Tableau 7: Plan de soins proposé par l'EMG

FA : famille d'accueil ; MAD : maintien à domicile ; HAD : hospitalisation à domicile

La figure 7 détaille le type de suivi proposé ou non par l'EMG à la suite de son intervention. Pour la majorité des patients (65 %), aucun suivi n'a été proposé.

Parmi les commentaires libres recueillis sur chaque dossier concernant le plan mis en place par l'EMG, on note une demande de séjour de répit à programmer sans urgence, deux demandes de prise en charge par la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA), et une demande de mise sous mesure de protection. Deux cas de biologie complémentaire prescrite sont relevés.

6. Analyses en sous-groupe

Variables		AEPf - (n = 33)	AEPf + (n = 30)	n	p	Test
Délai	< 48h	11 (38%)	19 (79%)	30	<0,01	Chi2
	> 48h	18 (62%)	5 (21%)	23	-	-
Hospitalisation	Non	20 (61%)	10 (33%)	30	0,03	Chi2
	Oui	13 (39%)	20 (67%)	33	-	-
Adressage MT	Non	16 (59%)	21 (78%)	37	0,14	Chi2
	Oui	11 (41%)	6 (22%)	17	-	-
Précurseurs	Non	10 (33%)	13 (54%)	23	0,12	Chi2
	Oui	20 (67%)	11 (46%)	31	-	-

Tableau 8: Analyse univariée selon la pertinence du PAU (AEPf)

MT : médecin traitant ; PAU : passage aux urgences

Variables		Non hospitalisés (n = 30)	Hospitalisés (n = 33)	n	p	Test
AEPf	AEPf -	20 (67%)	13 (39%)	33	0,03	Chi2
	AEPf +	10 (33%)	20 (61%)	30	-	-
Délai	< 48h	15 (60%)	15 (56%)	30	0,75	Chi2
	> 48h	10 (40%)	12 (44%)	22	-	-
Adressage MT	Non	15 (58%)	21 (78%)	36	0,12	Chi2
	Oui	11 (42%)	6 (22%)	17	-	-
Précurseurs	Non	10 (40%)	13 (46%)	23	0,64	Chi2
	Oui	15 (60%)	15 (54%)	30	-	-

Tableau 9: Analyse univariée selon l'hospitalisation après le PAU

MT : médecin traitant ; PAU : passage aux urgences

L'analyse en sous-groupes montre que le taux d'hospitalisation est statistiquement supérieur en cas de PAU jugé pertinent (AEPf +). Il est de 67 % pour les PAU pertinents contre 39 % pour les non pertinents. La différence est significative ($p < 0,03$).

Un délai de moins de 48 h entre le début des symptômes et le PAU est statistiquement associé à un PAU pertinent selon la grille AEPf ($p < 0,01$). À l'inverse, il n'y a pas de différence statistiquement significative de délai entre le groupe des hospitalisés et celui des non hospitalisés.

Il n'est montré aucune association statistiquement significative, ni entre l'adressage par le MT et la pertinence du PAU, ni entre l'adressage par le MT et le taux d'hospitalisation.

V. DISCUSSION

1. Forces et faiblesses de l'étude

La force de cette étude réside dans le fait que l'intégralité des interventions de l'EMG aux urgences sur un an a été incluse dans l'étude, excluant les biais liés à l'échantillonnage et les fluctuations périodiques. Le fait de choisir les patients évalués par l'EMG implique que les patients sont plus complexes et ont des données plus étoffées. Ce choix permet d'identifier plus fortement les problématiques qui se posent en pratique courante sans avoir à recourir à un effectif plus important.

Le point faible le plus important dans cette étude concerne les données manquantes. Elles ne sont pas négligeables pour plusieurs variables, ce qui réduit la valeur de leur interprétation. Cela concerne notamment les éléments de l'évaluation gériatrique. Le GIR, par exemple, n'a pas été évalué pour 37 patients sur 64. L'adresseur n'est pas connu pour 10 patients. Cela correspond-il à des patients qui ont consulté d'eux-mêmes ? Cela diminuerait encore la part des patients adressés par un médecin.

Par ailleurs l'analyse en sous-groupe met en évidence peu de différences statistiques entre les sous-groupes. On ne peut conclure entre une absence réelle de différence et un manque de puissance de l'étude qui n'a pas été conçue principalement pour ce type d'analyse.

Enfin, le choix de population (patients complexes évalués par l'EMG) ayant pour objectif de mettre en évidence les principales problématiques qui se posent, entraîne un biais de sélection. Les problématiques de cette population sont-elles généralisables à l'ensemble des personnes âgées de l'Est de La Réunion plus nombreuses mais peut-être moins complexes ?

2. Réponse à l'objectif principal et comparaison

L'objectif principal de cette étude était de faire un état des lieux détaillé de la population de patients du SAU évalués par l'EMG.

Le patient type dans cette étude a 82,5 ans, est une femme GIR 2, et vit entourée à domicile. Elle consulte le plus souvent pour altération de l'état général sans que le diagnostic final ne soit plus précis.

Son passage, d'une durée médiane de 4h16, inférieure aux données nationales (29), débute en horaire non ouvrable pour une faible majorité des cas (52 %). Ses symptômes ont débuté dans les 24 dernières heures, là encore, pour une faible majorité des cas (55 %) mais des signes précurseurs étaient souvent présents les jours précédents (57 %).

Son état clinique est jugé stable (CCMU 2). Le plus souvent, des examens complémentaires simples sont réalisés. Aucun traitement spécifique n'est débuté la majorité du temps.

L'indication d'hospitalisation au moment du PAU était légèrement minoritaire (47 %) selon la grille AEPf bien que dans les faits les hospitalisations aient été majoritaires. En effet, l'hospitalisation (hors UHCD) a été décidée pour 52 % des patients. En métropole la même année, ce taux était similaire à 53 % (29). Cette différence entre pertinence à l'admission et hospitalisation effective peut se justifier par d'autres critères que les critères cliniques AEPf.

Si les comparaisons entre études sont difficiles en raison de méthodologies différentes et de populations d'études non comparables, il semble consensuel que les recours aux urgences des PA sont majoritairement appropriés pour les personnes âgées, de l'ordre de 80-85 % (21,22,30). Notre étude retrouve une pertinence à l'admission aux urgences à 47 % seulement, selon la grille AEPf. C'est bien moins que la littérature. Toutefois, est toujours pris en compte, dans les études de pertinence, l'avis d'un expert qui peut déclarer un PAU comme justifié pour des problématiques organisationnelles (pas d'autre alternative adéquate, risque d'aggravation etc). Ainsi, un certain nombre de PAU sont considérés non pertinents mais justifiés (ou pertinents sur avis d'expert) (27). Ils ne sont pas interprétés de la même façon que les PAU non pertinents et non justifiés (aussi appelés inappropriés). Ce paramètre n'a pas été étudié dans cette étude.

Cette différence de pertinence sur critères AEPf peut s'expliquer par une forte proportion de situations chroniques avec décompensation progressive, telles que l'AEG, très présentes dans cette étude et qui découlent du choix de population d'étude. En effet, le recrutement de patients évalués par l'EMG implique des patients

plus complexes mais pas forcément graves comme en témoigne la forte prévalence des syndromes gériatriques.

La pertinence du PAU n'est pas différente, selon la littérature citée précédemment, que les patients soient adressés par leur MT ou non. En revanche, l'hospitalisation est plus fréquente après adressage par le MT, ce qui n'est pas retrouvé dans notre étude.

Cinquante-neuf pour cent des patients ont été hospitalisés en UHCD, qu'ils aient été ensuite hospitalisés en service conventionnel ou qu'ils soient rentrés à domicile. Cette donnée a été traitée à part car il est difficile de savoir si cette hospitalisation a consisté en une hospitalisation réelle avec nuitée ou uniquement une mutation administrative le temps de réalisation des examens complémentaires.

On note dans cette étude que les patients sont adressés par leur médecin traitant dans moins d'un tiers des cas alors que près de la moitié des patients consultent en horaire ouvrable. La moitié des patients qui consultent aux urgences sont adressés par un professionnel de santé (IDE ou médecin du centre 15) qui pourrait avoir ce rôle d'orientation vers le médecin traitant, hors cas d'urgence évidente.

Le parcours de soins antérieur au PAU de l'étude, révèle des éléments importants. Les patients ont peu consulté aux urgences les 12 derniers mois, (1,4 PAU les 12 derniers mois en moyenne) et en même temps 62 % des patients ont déjà eu au moins une prise en charge avec les services de gériatrie (hospitalisation CSG, consultation gériatrique, intervention EMG) dans leur vie. Ces patients n'ont donc pas pu bénéficier d'un accès direct à la filière gériatrique alors qu'ils en étaient déjà connus.

Concernant l'intervention gériatrique, elle n'a jamais été réalisée au domicile du patient bien que 16 % des demandes aient été faites pour un suivi lors du retour à domicile. Le téléphone semble privilégié dans ce cas-là. Il faut quand même noter que seule l'intervention médicale est évaluée et qu'il peut y avoir eu une intervention à domicile des autres professions de l'EMG (IDE, ergothérapeute, diététicienne). La question se pose de savoir si l'EMG n'a pas jugé utile de se déplacer (elle ne doit

pas se substituer au MT et la gestion téléphonique est suffisante) ou si c'est par manque de capacité d'intervention (temps et effectif).

Les problématiques gériatriques de premier plan dans cette population sont la perte d'autonomie et le risque de chute mais les décompensations concernent souvent la sphère cognitivo-comportementale.

La prise en charge médicamenteuse fait souvent l'objet de modifications (préconisations) par l'EMG contrairement aux aides techniques qui semblent souvent adaptées.

On peut s'étonner d'une majorité de situations (65 %) où l'EMG ne propose aucun suivi. Il faut tenir compte, dans ces situations, de la grande proportion d'hospitalisations où l'organisation du suivi est laissée à l'appréciation de l'équipe du CSG.

3. Objectifs secondaires

En réponse aux objectifs secondaires, les principales problématiques qui ressortent de cet état des lieux sont :

- le contournement du rôle pivot du médecin traitant : de la part du patient, de sa famille, et de la part des autres professionnels de santé (IDE et centre 15)
- la difficulté du maintien à domicile dans un contexte d'isolement et de perte d'autonomie
- la prise en charge trop tardive des syndromes gériatriques
- les difficultés du secteur ambulatoire et la sous-utilisation de l'EMG

a. Le rôle pivot du médecin traitant

L'étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique (DREES) réalisée en 2003 concernant les trajectoires de recours aux urgences, relevait que 16 à 26 % des patients étaient adressés sur avis médical selon que l'on considère uniquement le médecin traitant ou l'ensemble des médecins (y compris le régulateur du SAMU) (31). Concernant les PA de plus de 70 ans, cette part augmentait à 30 et 50 %.

Une étude au CHU de Toulouse montrait que seulement 9 % de la population entière consultant au SAU était adressée par le MT (seul) en 2019 (32).

Si les PA semblent plus souvent prendre l'avis de leur médecin traitant que les plus jeunes avant de se rendre au SAU, elles semblent le faire de moins en moins. C'est ce que montre une étude réalisée au CH de Mâcon selon laquelle la proportion des patients de plus de 75 ans adressés au SAU par le MT est passée de 40 % à 27 % entre 2008 et 2017 (21,33).

Ce chiffre est proche de notre étude avec 31,5 % des patients qui ont été adressés par le MT (ou autre médecin généraliste). Ce constat d'un contournement du médecin traitant se retrouverait donc à l'échelle nationale.

Diverses explications sont avancées à cette évolution : une diminution intrinsèque de la sollicitation du MT par les PA et une diminution de l'offre médicale ambulatoire.

En 2003 déjà, l'étude de la DREES mettait en avant que l'accès à l'hospitalisation est jugé plus facile par le recours direct aux urgences que par une prise en charge ambulatoire (31). L'autre raison serait la diminution de l'offre médicale ambulatoire. En effet l'évolution démographique montre que l'accès au médecin généraliste (nombre de consultations et visites par habitant) a diminué de 6 % entre 2016 et 2019 (34). La problématique est particulièrement présente dans l'Est de La Réunion avec un déficit de médecins généralistes en comparaison de l'ensemble de La Réunion et de la métropole (35). Cette évolution à contre-courant de la logique de parcours de soins coordonnés et de diminution des recours aux urgences est un enjeu majeur des années à venir. L'évolution prévisible de la densité médicale, notamment compte tenu des besoins croissants en soins, serait encore décroissante pour la décennie à venir (36).

b. Le défi de l'isolement

Dans notre étude, 34 % des personnes vivaient seules à domicile. Ce chiffre est un peu supérieur à celui de l'enquête Gramoun Care 2016/2017 (27 %) et à ceux de la DREES en 2017 (3,37). En métropole les chiffres sont nettement supérieurs. Mais à La Réunion aussi, cette part des personnes âgées vivant seules est croissante (38). À cette tendance s'ajoute le fait que La Réunion fait partie des

départements français où la perte d'autonomie est la plus prévalente (18,7 % des réunionnais de plus de 60 ans) en particulier sur les fonctions physiques (4,39). Dans notre étude, c'est le premier syndrome gériatrique en termes de prévalence, 39 % des patients de l'étude sont concernés et même 78 % si on considère seulement les patients ayant bénéficié d'une évaluation gériatrique complète. En comparaison, une enquête de la société française de gériatrie et gérontologie (SFGG) retrouvait les troubles cognitifs et la dénutrition comme syndromes majoritaires (40). Cependant, la liste des syndromes gériatriques et ce qu'ils recourent n'est pas quelque chose de totalement standardisé.

L'isolement et la perte d'autonomie au domicile semblent donc logiquement associés au risque d'admission aux urgences et d'hospitalisation même s'ils ne sont pas le motif direct de l'admission.

Si sur le plan quantitatif, le maintien à domicile est plus conforme aux objectifs à La Réunion qu'en métropole, la qualité de ce maintien à domicile reste un enjeu majeur.

c. La prise en charge trop tardive des syndromes gériatriques

La forte prévalence des syndromes gériatriques - plus de 4 en moyenne par patient - suggère que les patients évalués sont souvent très dépendants, comme le confirme la prévalence majoritaire du GIR 2. Et plus globalement, tous les patients pour lesquels c'est évalué, sauf un, appartiennent aux GIR 1, 2 ou 3.

Cela laisse à penser que seuls les patients très dépendants sont adressés à l'EMG. Pourtant, comme l'affirme la HAS, les mesures de prévention de la dépendance produisent plus d'effet au stade de fragilité débutante (15). Au stade de la dépendance, même partielle, la prévention est moins efficace (41).

En 2019, il a été recensé 1791 recours aux urgences de patients de plus de 80 ans au GHER (42), et selon les données du PMSI du GHER, 1613 séjours de patients de plus de 65 ans en UHCD ont été enregistrés. Seulement 86 demandes d'intervention de l'EMG ont été formulées.

La SFMU écrivait en 2003, lors de sa dixième conférence de consensus : « le passage aux urgences doit être l'occasion de remettre la personne âgée dans sa trajectoire de soins voire de l'initier » (23). Il semble rester une marge de manœuvre

importante sur le plan de l'initiation du parcours de soins pour les personnes pré-fragiles ou fragiles mais non encore dépendantes.

En ambulatoire aussi, le dépistage de la fragilité ne semble pas pouvoir reposer uniquement sur les MT dans l'organisation actuelle (43). De nouvelles stratégies sont à étudier.

d. Les difficultés du secteur ambulatoire et du lien avec l'hôpital

Ce retard à la prise en charge de la dépendance est en partie la conséquence d'un secteur ambulatoire en difficultés dans ce domaine. Le manque d'anticipation est marquant.

Une pertinence des admissions plus faible que les standards nationaux pour un recours à l'hospitalisation identique fait évoquer l'hospitalisation sur des critères plus organisationnels que cliniques (44). Autrement dit, l'hospitalisation ne paraît pas indispensable mais l'offre ambulatoire insuffisante pour prendre en charge ce type de patients. Si tel est le cas, le recours hospitalier devient nécessaire (pertinence organisationnelle) mais programmable.

Le caractère programmable est renforcé par la fréquence des symptômes précurseurs (57 %) et la stabilité clinique (87,5 % de CCMU 1 et 2).

L'absence d'association statistique entre l'adressage par le MT est due soit à un manque de puissance de l'étude, soit à une réelle absence de plus-value de la régulation par le MT qui confirmerait la difficulté à organiser les soins en ambulatoire, en particulier concernant la sphère cognitivo-comportementale. L'enjeu n'est donc pas seulement d'avoir accès à l'hospitalisation directe mais d'abord d'avoir un avis spécialisé.

Dans l'étude il n'est fait mention d'aucune situation où le contact (même infructueux) avec l'EMG et/ou le CSG a été recherché avant le recours aux urgences. Pourtant, 62 % des patients avaient déjà été pris en charge au moins une fois dans leur vie par la filière gériatrique. Si l'accès à la filière gériatrique ne semble pas faire défaut, le suivi et la coordination avec la ville semblent plus problématiques. Le bilan d'activité de l'EMG du GHER montre que, toutes interventions confondues en 2019 (intra et extra-hospitalières), aucun contact n'a été établi avec le MT dans 60 % des cas. Malgré la vocation de l'EMG à être le maillon entre la ville et l'hôpital,

l'objectif ne semble pas atteint sur ce point-là. Concernant les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), la relation semble fonctionner. En effet aucun patient de notre étude ne provenait d'un EHPAD.

On le sait, le manque de coordination est le problème majeur du parcours de soins des personnes âgées actuellement et il est dénoncé depuis de nombreuses années déjà (45). C'est vrai sur le plan médical avec une insuffisance de lien entre l'EMG et les MT comme on le perçoit dans notre étude. C'est aussi vrai sur le plan social avec un manque de coopération entre le secteur médical représenté par les MT et les réseaux gérontologiques intervenant essentiellement dans le domaine social (46). Les difficultés sont bien connues, le manque de temps et le manque de communication entre les acteurs freinent la logique de parcours intégré (47,48). La MAIA a été créée dans le cadre du plan Alzheimer pour justement intégrer tous les systèmes d'aide. Mais la multiplicité des structures composant le réseau gérontologique (centre local d'information et de coordination (CLIC), centre communal d'action sociale (CCAS), gestionnaires de cas) et des structures qui les pilotent et les financent (Conseil général, agence régionale de santé (ARS)) n'aide pas à la fluidité (49). Les réseaux gérontologiques restent dans un rôle essentiellement social et les MT connaissent peu ces réseaux (45). Donc la dimension sociale et la dimension sanitaire restent cloisonnées et disjointes (50). L'ensemble de ces dysfonctionnements a un effet mesurable sur le taux d'hospitalisations potentiellement évitables.

Le projet Paerpa lancé en 2014 dans des territoires pilotes avait cette ambition de coordonner les acteurs locaux du parcours de soins des personnes âgées. Il s'appuyait, entre autres, sur la formalisation des PPS et sur la mise en place de la Coordination Territoriale d'Appui (CTA) dont la mission était d'informer et d'orienter les personnes âgées vers les ressources adaptées pour éviter les ruptures dans le parcours de soins. L'institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) a publié son rapport final en 2020 (51). Si le dispositif n'est pas dénué d'intérêt, les résultats semblent assez décevants au regard des ambitions. Le décroisement demeure difficile à atteindre et reste très dépendant de la mobilisation des professionnels de santé locaux. L'impact sur les indicateurs évalués (polymédication, taux de passage aux urgences et taux d'hospitalisation) est assez minime et dépend d'initiatives locales instaurées dans le cadre du dispositif. Les disparités régionales sont fortes.

4. Littérature internationale

En 2019, le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et l'âge (HCFEA) a publié un rapport faisant état des comparaisons internationales sur les politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées (52). Si les grandes orientations de politiques publiques concernant le grand âge sont proches dans la majorité des pays (privilégier le maintien à domicile, coordonner le parcours) car ceux-ci sont tous concernés par les problématiques du vieillissement (à des degrés divers), les approches sont différentes.

Les pays nordiques, le Québec et le Japon, notamment, ont une approche tournée sur le droit à l'autonomie et centrée sur le besoin. C'est l'évaluation des besoins qui va déterminer les prestations, essentiellement en nature. L'approche est ouverte. Ces pays évaluent le plus souvent les patients sans grille d'évaluation mais en fonction du besoin. Cette évaluation personnalisée est réalisée par une équipe médico-sociale ou municipale. L'évaluation peut être assurée par un « *case manager* » qui assure aussi la coordination.

D'autres pays, dont la France, ont une approche plus compensatoire, orientée sur le risque, la perte d'autonomie et la limitation. Les aides sont plus souvent financières et le libre choix est laissé aux personnes des prestations dont elles ont besoin. L'évaluation est basée sur une grille standardisée catégorisant un niveau de dépendance.

Le Québec, qui utilise une grille d'évaluation multidimensionnelle, le fait par un guichet unique quel que soit l'acteur qui le sollicite. La réévaluation est régulière et ce guichet assure la coordination par un de ses membres entre les acteurs de premiers recours (pharmacien, médecin traitant) et l'hôpital.

Les pays nordiques, le Québec et le Japon ont particulièrement misé sur le « bien vieillir » et les programmes de prévention à large échelle, là où d'autres pays en sont à l'expérimentation.

Des études ont montré que la mise en place de services à domicile de prévention et de réadaptation a un effet sur la diminution des recours aux urgences, la réduction du risque de chute et des hospitalisations non programmées par rapport aux services à domicile traditionnels (53,54).

Un cabinet d'étude français avance que le coût financier nécessaire à la mise en place de ces services à domicile serait largement couvert par la réduction du coût de la dépendance et ses conséquences sanitaires (coûts liés à l'hospitalisation) et engendrerait même des économies (55).

5. Perspectives

Face à une problématique complexe et ancienne, la solution doit être composite et réfléchie.

Sur le plan national, le rapport Libault (13), commandé initialement pour aboutir à un projet de loi, a fait état des dysfonctionnements, pour beaucoup déjà connus, et a fait un certain nombre de propositions concrètes après une concertation des acteurs du secteur et des personnes âgées. Le projet de loi n'a pas encore vu le jour mais son enjeu sera majeur pour répondre aux défis liés à l'âge.

Comme évoqué précédemment, l'objectif n'est pas d'empiler un dispositif supplémentaire sur un système déjà bien fourni mais de trouver un moyen de coordination vraiment efficient qui intégrera ou unifiera les dispositifs en place. Les propositions claires du rapport Libault répondent à des problématiques soulevées dans cette thèse :

- le guichet unique
- le renforcement des services de soins à domicile avec le développement de programmes de prévention qui ont fait leurs preuves
- le déplacement des compétences hospitalières à domicile, notamment des EMG sans pour autant les substituer aux MT
- la création de filières gériatriques aux urgences
- la généralisation d'un numéro direct vers les services hospitaliers

L'information des médecins généralistes ne doit pas être négligée pour que le système fonctionne.

À La Réunion, le comité de suivi du projet régional de santé a fixé début 2021 les objectifs pour l'année (56). Y figure notamment l'accès généralisé d'un numéro unique dédié à l'hospitalisation directe. Il est déjà existant au GHER. Est-il suffisamment communiqué aux MT ? De même l'optimisation des interventions extra-

hospitalières fait partie du projet annuel. Cela semble faire défaut dans l'activité de l'EMG de l'Est de La Réunion. Il serait intéressant d'évaluer le ressenti des médecins généralistes de l'Est pour en savoir plus sur leur lien à l'EMG, leur connaissance de la filière et leurs attentes. Un travail de thèse est en cours sur le secteur sud de La Réunion, portant sur l'analyse des passages appropriés et inappropriés des personnes âgées aux urgences de Saint-Pierre et sur les facteurs ayant poussé les médecins traitants à adresser ces patients. Il sera intéressant d'en connaître les résultats et les confronter à notre étude.

La faisabilité de l'organisation d'une filière gériatrique aux urgences pourrait être étudiée car le principe a fait ses preuves dans des expérimentations locales (57,58). Il peut prendre différentes formes (file d'attente séparée, urgences séparées, gériatres aux urgences, lits d'aval réservés pour les patients des urgences etc).

Sur le plan de la prévention, un programme de recherche nommé projet 5P (prestation de parcours participatif personnalisé de prévention) poursuit des recherches sur le sujet à La Réunion et évalue l'impact des programmes de prévention comme celui des ateliers « *Atout Age* » mis en place par le groupement « GIE Vieillissement Actif » qui réunit les principales caisses de retraite de La Réunion (59,60). Ces ateliers ont montré leur efficacité sur la vitesse de marche des participants (61). Ces projets sont amenés à se généraliser à l'avenir en fonction des résultats et à figurer dans la future organisation des services d'aide et de soins à domicile.

VI. CONCLUSION

Avec un accroissement du vieillissement plus rapide à La Réunion que sur le territoire national et un état de santé de la population moins bon, le besoin de soins augmente, ce qui n'est pas le cas de la densité médicale ou pas dans les mêmes proportions. Il va alors falloir faire mieux avec les moyens dont on dispose actuellement et donc viser les axes d'amélioration les plus sensibles.

Notre étude a permis d'analyser une population consultant aux urgences pour laquelle l'EMG était sollicitée. Cette population très âgée est très dépendante. Elle sollicite peu son MT avant de consulter aux urgences et cela ne semble pas changer significativement son risque d'hospitalisation ou la pertinence de son PAU.

De cette analyse, se sont dégagées des problématiques principales :

- le rôle du médecin traitant, les moyens dont il dispose et plus globalement l'offre ambulatoire, notamment dans l'Est de La Réunion qui est sous doté en médecins généralistes en comparaison régionale et nationale.
- l'isolement couplé à la perte d'autonomie : les personnes âgées vivent souvent à domicile, en adéquation avec les stratégies actuelles, mais vivent fréquemment seules et en perte d'autonomie. L'offre de services à domicile doit avoir les moyens d'y faire face.
- le lien ville-hôpital : il est reconnu déficient depuis longtemps. Il devait être amélioré par l'intervention des EMG. Dans l'Est de La Réunion, l'objectif n'est pas atteint. Le fonctionnement de ce lien ville-hôpital ne paraît pas satisfaisant, même si des progrès ont été faits. L'EMG va devoir poursuivre sa mutation en se tournant plus encore vers l'extra-hospitalier, en coopération avec les médecins traitants.
- le manque d'anticipation et de suivi : le retard à la prise en charge gériatrique de cette population très dépendante est significative. Très peu de personnes âgées fragiles non dépendantes ou peu dépendantes ont été adressées à l'EMG bien qu'elles soient la cible la plus sensible aux actions de prévention. L'EMG devrait être un support de cette prévention.

Les actions de prévention dans le cadre des services à domicile sont un chantier qu'il va falloir mener dans le cadre des futures politiques de santé des aînés. La coordination des acteurs et la fluidité du parcours de soins réclamées depuis de nombreuses années sont la condition indispensable pour que ces actions fonctionnent de manière enfin efficiente.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Observatoire régional de santé de l'océan indien (ORSOI). Tableau de bord *Les personnes âgées à La Réunion* [en ligne]. 2017. Disponible sur <https://www.ors-reunion.fr> (cité le 15 sept 2021)
2. United Nations. *World Population Prospects* [en ligne]. 2017. Disponible sur <https://population.un.org/wpp/> (cité le 15 sept 2021)
3. Caliez F. Gramoune Care 2016-2017 : état de santé et conditions de vie des personnes âgées de 65 ans ou plus à La Réunion. *Plateforme d'Informations des Études en Santé, In Extenso*, Mai 2018 ; n°8
4. Baktavatsalou R, Chaussy C et Sui-Seng S. *Projections de personnes âgées en perte d'autonomie à La Réunion. Trois fois plus de seniors en perte d'autonomie en 2050*. Insee Analyses Réunion [en ligne]. 2020 ; n°45. Disponible sur <https://www.insee.fr> (cité 15 sept 2021)
5. DREES. *La médecine d'urgence*. Les établissements de santé [en ligne]. 2021 ; fiche 25 : 139-142. Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr> (cité le 25 sept 2021)
6. Boisguérin B. et Mauro L. *Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue*. DREES, Études et résultats [en ligne]. 2017; 1008. Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/> (cité le 15 sept 2021)
7. Batard E, Montassier E, Potel G. *Le risque iatrogénique lié au service des Urgences*. Urgences 2014 ; chap 31.
8. Plunkett P, Byrne D, Breslin T, Bennett K, Silke B. *Increasing wait times predict increasing mortality for emergency medical admissions*. European journal of emergency medicine. 1 août 2011 ; 18:192-6.
9. Thibon E, Bobbia X, Blanchard B, Masia T, Palmier L, Tendron L *et al*. *Association entre mortalité et attente aux urgences chez les adultes à hospitaliser pour étiologies médicales*. Ann. Fr. Med. Urgence. 2019 ; 9 ; 229-234
10. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique. Bulletin Officiel n°2002-14 [en ligne]. Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/> (cité le 16 sept 2021)
11. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Circulaire DHOS/O 2 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. Bulletin Officiel N°2007-4 [en ligne]. Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr> (cité le 16 sept 2021)

12. Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille. *Plan solidarité - Grand Âge* [en ligne]. 27 juin 2006. Disponible sur <https://www.cnsa.fr> (cité 16 sept 2021)
13. Libault D. *Concertation Grand âge et autonomie* [en ligne]. 2019. Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/> (cité le 16 sept 2021)
14. HAS. *Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ?* Points clés, solutions et organisation des parcours [en ligne]. 2013. Disponible sur <https://www.has-sante.fr> (cité le 16 sept 2021)
15. HAS. *Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ?* Points clés, solutions et organisation des parcours [en ligne]. 2013. Disponible sur <https://www.has-sante.fr> (cité le 16 sept 2021)
16. Ministère des solidarités et de la santé. *Le dispositif Paerpa* [en ligne]. 9 mai 2017. Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr> (cité 16 sept 2021)
17. Couturier P, Tranchant L, Lanièce I, Morin T, Gromier A, Sala C, et al. *Fonctionnement des unités mobiles de gériatrie, ou un modèle d'interdisciplinarité professionnelle : expérience du CHU de Grenoble (France). Annales de Gériatrie*, 2008 ; 1(1) : 17-26.
18. ARS La Réunion. L'ARS La Réunion présente le bilan des réalisations 2019 et les prolongements en 2020. Dossier de presse du 28 juin 2020 [en ligne]. Disponible sur <https://www.lareunion.ars.sante.fr> (cité 16 sept 2021)
19. Groupe Hospitalier Est Réunion (GHER). Équipe mobile de gériatrie. Plaquette d'information
20. Groupe Hospitalier Est Réunion (GHER). Bilan d'activité de l'équipe mobile de gériatrie, année 2019
21. Sough B, Gauthier T, Clair D, Le Gall A, 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
22. Begaudeau Aurélie. *Pertinence des admissions des personnes âgées de 80 ans et plus aux urgences du CHU de Nantes* [thèse en ligne]. Médecine. Université de Nantes, 2011, 100 p. Disponible sur <http://archive.bu.univ-nantes.fr> (cité le 29 sept 2021)
23. Bouget J., Carpentier F., Kopferschmitt J., Lambert H., Lebrin P. et Rusterholtz T. *Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences*. 10ème Conférence de consensus, Strasbourg. Société Fr Médecine Urgence (SFMU), 2003; 10
24. Direction générale de l'offre de soins. *Les hospitalisations potentiellement évitables (HPE) : guide méthodologique de calcul de l'indicateur HPE et présentation des principaux résultats* [en ligne]. 2018. Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr> (cité le 10 oct 2021)

25. ARS Océan Indien. Arrêté n°266/2017ARSOI/DSP portant délimitation des zones relatives aux activités de soins et équipements matériels lourds dans le ressort géographique de l'Agence de Santé de l'Océan Indien [en ligne]. 11 décembre 2017. Disponible sur <https://www.lareunion.ars.sante.fr> (cité le 16 sept 2021)
26. SFMU. Nomenclature SFMU pour le questionnaire patient. Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières [en ligne]. Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr> (cité le 6 oct 2021)
27. HAS. Revue de pertinence des soins : application aux admissions et aux journées d'hospitalisation [en ligne]. 2004. Disponible sur <https://www.has-sante.fr> (cité le 6 oct 2021)
28. Monégat M, Sermet C, Perronnin M. et Rococo E. La polymédication : définitions, mesures et enjeux. *Revue de la littérature et tests de mesure. Institut de recherche et documentation en économie de la santé Questions d'économie de la santé*, 2014 ; 204, 1-8
29. Fédération des observatoires régionaux des urgences. Panorama des ORU : activité des structures d'urgence [en ligne]. 2019. Disponible sur <http://www.fedoru.fr> (cité le 30 sept 2021)
30. Malerba G. *Les passages itératifs des personnes âgées (PA) aux urgences*. Urgences 2009 ; 105 ; 1001-1018
31. Baubeau D et Carrasco V. *Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières*. Études & résultats. DREES [en ligne]. 2003 ; 215. Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr> (cité le 26 sept 2021)
32. Balen F, Boyer A, Auboiron P. et Charpentier S. *Qui sont les patients adressés en structure d'urgence par leur médecin traitant ?* Ann Fr Med Urgence. Janvier 2020 ; 10(1):09-13.
33. Pardon Jeanne. *Les 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*. Th : Med : Bourgogne : 2018, 64 p.
34. DREES. *Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux*. Études & résultats [en ligne]. 2021; 1206. Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr> (cité le 26 sept 2021)
35. Besson L., Caliez F. *Accès aux soins à La Réunion : 84 000 Réunionnais à plus de 30 minutes des urgences*. Insee Analyses Réunion [en ligne]. 2016 ; 19. Disponible sur <https://www.insee.fr> (cité le 26 sept 2021)
36. DREES. *La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales*. Études & résultats [en ligne]. 2009 ; 679. Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr> (cité le 26 sept 2021)
37. Données statistiques publiques en santé et social. Les indicateurs sociaux départementaux : Personnes âgées [en ligne]. Disponible sur <https://drees2->

sgsocialgouv.opendatasoft.com (cité le 29 sept 2021)

38. Ah-Woane M. *La solidarité familiale en perte de vitesse à La Réunion*. Revue économie de La Réunion. Insee [en ligne]. 2020 ; 137. Disponible sur <https://www.insee.fr> (cité le 29 sept 2021)
39. Brunel M et Carrère A. *La perte d'autonomie des personnes âgées à domicile*. DREES [en ligne]. 2019; 34. Disponible sur <https://www.bnsp.insee.fr> (cité le 29 sept 2021)
40. 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*. La Revue de Gériatrie 2012 ; 37 ; 9
41. Bosson L, Lanièce I, Moheb B, Lapouge-Bard V, Bosson J.L et Couturier P. *Difficulties encountered by the general practitioner in the management of the elderly people in complex medical and psycho-social condition: Role of mobile teams*. Geriatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement 2016; 14(1):23-30
42. Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Structure des urgences de Saint Benoît [en ligne]. Disponible sur <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr> (cité le 6 oct 2021)
43. El Dirani Fouad-François. *Place des outils d'évaluation des syndromes gériatriques en consultation de médecine générale : connaissances, utilisations, obstacles et perspectives* [thèse en ligne]. Médecine. Amiens (France) : Université de Picardie Jules Verne, 2016 , 71 p. Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr> (cité 10 oct 2021)
44. 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 Med Urgence, 2019 ; 9(3):149-155.
45. Ghadi V, Vedel I, Routelous C, De Stampa M, Ankri J, Cassou B *et al*. *Rôle d'interface d'un réseau gérontologique entre les acteurs du sanitaire et du maintien à domicile*. Santé Publique, 2011; 23(4):317-328
46. Vedel I, Ankri J. *Edito*. Gérontologie et société. 2008 ; 31 ; 124(1):8-14.
47. Ben Saad Azim Nadia. *Maintien à domicile du sujet âgé: pratiques des médecins généralistes et apport des réseaux de gérontologie* [thèse en ligne]. Médecine. Nice (France) : Université de Nice-Sophia-Antipolis, 2016, 87 p. Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/> (cité le 5 oct 2021)
48. Triquet Camille. *Connaissance et usage des réseaux de gérontologie par les médecins généralistes de la Somme (hors Amiens)* [thèse en ligne]. Médecine. Amiens (France) : Université de Picardie Jules Verne, 2020, 68 p. Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/> (cité le 5 oct 2021)
49. Williamson R-P. *Les CLIC : une réponse de proximité pour personnes âgées*. Pour. 2012 ; N° 214(2):99-106.

50. Libault D, Legrain S, Jeandel C, Burnel, P & Von Lennep F. *Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie*. Rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes. Paris : IGAS ; 2013
51. Bricard D, Or Z, Penneau A. *Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) : rapport final*. Paris : IRDES; 2020 ; 575 ; 78 p
52. HCFEA. *Politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées : quelques comparaisons internationales*. 2019
53. Lewin G, Allan J, Patterson C, Knuiman M, Boldy D, Hendrie D. *A comparison of the home-care and healthcare service use and costs of older Australians randomised to receive a restorative or a conventional home-care service*. Health Soc Care Community, 2014 ; 22(3):328-336.
54. Senik C, Milcent C, Gerves C. *Évaluation d'un programme d'activité physique adapté à des personnes âgées* [rapport de recherche]. Rapport IPP n°6, Institut des politiques publiques (IPP) [en ligne]. 2015. Disponible sur <https://halshs.archives-ouvertes.fr> (cité le 5 oct 2021)
55. De Brux J, Zavala TM. *New Deal de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, une évaluation socio-économique*. CITIZING, octobre 2019
56. Chaussade C, Coppens R, Diakité B. *Projet régional de santé : Comité de suivi PRS – Personnes âgées*. ARS La Réunion [en ligne]. 24 février 2021. Disponible sur <https://www.lareunion.ars.sante.fr> (cité le 5 oct 2021)
57. Lespez V. *Aux urgences du CHU de Limoges, l'unité de médecine spécialisée pour personnes âgées fait ses preuves*. Actualités de l'urgence – APM. SFMU [en ligne]. 24 novembre 2017. Disponible sur <https://www.sfm.org/fr> (cité le 5 oct 2021)
58. Neouze A, Dechartres A, Legrain S, Raynaud-Simon A, Gaubert-Dahan M-L, Bonnet-Zamponi D. *Mode d'hospitalisation des patients âgés dans une unité de gériatrie aiguë*. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement. 2012 ; 10(2):143-50
59. Institut de recherche pour le développement (IRD). *[Projet] 5P – Prestation de Parcours Participatif Personnalisé de Prévention* [en ligne]. 2020. Disponible sur <https://www.ird.fr> (cité le 6 oct 2021)
60. Groupement d'intérêt économique (GIE-VA). *Actions et ateliers collectifs de prévention* [en ligne]. 2015. Disponible sur <https://www.gie-va.re/> (cité le 6 oct 2021)
61. Legrand F, Eychene JM, Audiffren J, *et al.* Description of Participants in the “Atout Age Mobility” Prevention Workshops at the University Hospital Center of La Reunion: A Prospective Study. *J Nutr Health Aging* 25, 628–636 (2021).

VIII. ANNEXES

1. Annexe 1 – Grille AEPf des admissions d'après Davido 1991

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, HCO3 < 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) � l'exception d'une manifestation chronique sans fait nouveau.	<input type="checkbox"/>
10	Ischémie aiguë à l'ECG	<input type="checkbox"/>

B - Critères liés aux soins délivrés		
1	Traitement intraveineux continu ou remplissage (n'inclut pas le traitement ent�ral)	<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

SERMENT D'HIPPOCRATE

“Au moment d’être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

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

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

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité. Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j’y manque.”

Parcours de soins des personnes âgées consultant aux urgences de Saint-Benoît : étude d'une population évaluée par l'équipe mobile de gériatrie

RÉSUMÉ :

Introduction : Plus jeune mais vieillissant plus rapidement qu'en métropole, la population réunionnaise est aussi en moins bonne santé en restant plus souvent à domicile. La tendance actuelle est de limiter les recours aux urgences des personnes âgées. Le lien ville-hôpital est fondamental et les équipes mobiles de gériatrie en sont un des éléments principaux. L'objectif de cette étude est de décrire cette population âgée dépendante qui consulte aux urgences, son parcours de soins.

Méthode : C'est une étude observationnelle descriptive transversale. Le recueil rétrospectif est effectué sur les patients âgés des urgences de Saint-Benoît en 2019 pour lesquels l'équipe mobile de gériatrie est intervenue.

Résultats : Cette population dépendante (GIR 2) âgée de 82,5 ans en moyenne, à prédominance féminine (56 %), vivant entourée (66 %) à domicile (95 %), consulte souvent pour altération de l'état général dans un état stable (87,5 %). L'admission est souvent évaluée non pertinente (52 %). La perte d'autonomie est le syndrome gériatrique le plus fréquent.

Discussion : Les principales problématiques soulevées sont l'isolement grandissant associé à la perte d'autonomie, le contournement du médecin traitant, le manque de lien ville-hôpital symbolisé par l'équipe mobile de gériatrie, et la prise en charge trop tardive de la dépendance. Les enjeux à venir vont concerner la coordination du secteur ambulatoire dans une logique de parcours, l'optimisation du rôle de l'équipe mobile de gériatrie et le renforcement de la prévention.

DISCIPLINES : Médecine générale / Gériatrie / Médecine d'urgence

MOTS-CLEFS : personnes âgées / parcours de soins / passages aux urgences / équipe mobile de gériatrie / lien ville-hôpital

Care pathway of elderly people consulting the Saint-Benoît emergency department: study of a population evaluated by the mobile geriatric team

ABSTRACT :

Background : Younger but ageing more rapidly than in mainland France, the population of Reunion Island is also in poorer health as it is more likely to remain at home. The current trend is to limit the number of emergency room visits by the elderly. Communication between hospital and primary care is fundamental and the mobile geriatric teams are one of the main elements. The aim of this study is to describe the dependent elderly population that visits the emergency department and their care pathway.

Method : This is a descriptive observational study. The retrospective data collection is carried out on elderly patients in the Saint-Benoît emergency department in 2019 for whom the mobile geriatric team intervened.

Results : This dependent population (GIR 2), 82.5 years old on average, predominantly female (56%), living with others (66%) at home (95%), often consulted for an altered general condition in a stable state (87.5%). Admission was often considered irrelevant (52%). Loss of autonomy is the most frequent geriatric syndrome.

Discussion : The main problems raised are the growing isolation associated with loss of autonomy, the bypassing of the general physician, the lack of a communication between hospital and primary care symbolised by the mobile geriatric team, and the too late management of dependency. Future challenges will concern the coordination of the ambulatory care within a pathway logic, the optimisation of the role of the mobile geriatric team and the reinforcement of prevention.

DISCIPLINES : General medicine / Geriatrics / Emergency medicine

KEY WORDS : elderly people / care pathway / emergency room visits / mobile geriatric team / hospital-primary care cooperation