



HAL
open science

Évaluation d'une plateforme téléphonique de coordination du parcours de soins de la personne âgée sur le mode d'admission en court séjour gériatrique du Centre Hospitalier de la Côte Basque

Clémence Choupault

► **To cite this version:**

Clémence Choupault. Évaluation d'une plateforme téléphonique de coordination du parcours de soins de la personne âgée sur le mode d'admission en court séjour gériatrique du Centre Hospitalier de la Côte Basque. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04120631

HAL Id: dumas-04120631

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04120631v1>

Submitted on 7 Jun 2023

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 **BORDEAUX**

U.F.R. des Sciences Médicales

Année 2023

N°33

Thèse pour l'obtention du **DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Le 23 mars 2023

Par Clémence CHOUPAULT
née le 23 août 1994 à Rennes

**Évaluation d'une plateforme téléphonique de coordination
du parcours de soins de la personne âgée
sur le mode d'admission en court séjour gériatrique
du Centre Hospitalier de la Côte Basque.**

Sous la direction de
Franck LAMOULIATTE et Nathalie MARIESCU-DEPAIRE

Membres du jury :

Mr le Professeur Jean-Philippe Joseph,
Mr le Docteur David Chevillot,
Mr le Professeur Christophe Adam,
Mr le Docteur Samy Benzidi,
Mr le Docteur Franck Lamouliatte,
Mme le Docteur Nathalie Mariescu Depaire,

président
rapporteur
examinateur
examinateur
examinateur
examinatrice

Remerciements

Aux membres du jury,

À Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph, Professeur Universitaire, directeur et coordonnateur du Diplôme d'Études Spécialisées de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux, je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury et d'apporter votre expertise à mon travail de thèse, qui signe la fin de ces longues études de médecine.

À Monsieur le Docteur David Chevillot, Maître de conférence associé au Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux, je vous remercie pour votre implication et vos conseils vis-à-vis de mon travail, en tant que rapporteur.

À Monsieur le Professeur Christophe Adam, Professeur Associé au Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux, je vous remercie pour l'intérêt porté à ma thèse et pour votre présence ce jour.

Je vous remercie également pour l'enseignement procuré durant ces 3 années d'internat de médecine générale.

À Monsieur le Docteur Samy Benzidi, Maître de stage des universités, je te remercie pour ton accompagnement pendant mon dernier semestre d'internat au sein du cabinet médical de Labenne. Merci pour ta rigueur et tes conseils, toujours très formateurs. Je suis ravie que tu sois présent ce jour, à ma soutenance de thèse.

À Monsieur le Docteur Franck Lamouliatte, Chef de pôle de la filière gériatrique et Praticien Hospitalier Gériatre du Centre Hospitalier de la Côte Basque,
& À Madame le Docteur Nathalie Mariescu-Depaire, Praticien Hospitalier Gériatre du Centre Hospitalier de la Côte Basque, je vous remercie infiniment d'avoir accepté de diriger conjointement mon travail de thèse. Je vous remercie tout particulièrement pour le temps et l'énergie que vous m'avez consacré, pour votre soutien et votre confiance. Je vous remercie également pour la formation que vous m'avez apporté pendant ce semestre passé à vos côtés en gériatrie. Je suis ravie d'avoir pu réaliser mon travail de thèse avec vous, sur un sujet qui m'intéresse et me tient à cœur.

A l'ensemble des professionnels de la plateforme téléphonique Pilot'âge,

Je vous remercie pour votre implication vis-à-vis de mon travail de thèse. Je suis ravie d'avoir pu collaborer avec vous tous. Longue vie à Pilot'âge !

À Madame Bénédicte Dubroca-Dehez, Ingénieur Hospitalier au Département d'information médicale du Centre Hospitalier de la Côte Basque, un immense merci pour tous ces moments consacrés à ma thèse, du début jusqu'à la fin de mon travail, merci pour ta disponibilité, ta réactivité et ta gentillesse.

Un grand merci à l'ensemble des soignants avec qui j'ai travaillé et appris pendant ces 3 années d'internat.

Merci à l'équipe des urgences de la polyclinique de Bordeaux Nord, qui m'a accompagné dans mes premiers pas en tant qu'interne, mes premiers diagnostics, mes premières prescriptions, mes premières gardes.

Merci aux cabinets médicaux de Portets et Beautiran, à Docteur Eric Bonnin et Docteur Laurent Labé, qui m'ont fait découvrir leur quotidien de médecin généraliste et qui m'ont accompagné durant mon premier stage en cabinet.

Merci à l'équipe de gériatrie de l'hôpital de Bayonne qui m'a beaucoup appris et transmis, dans un cadre de travail agréable et bienveillant.

Merci au service de gynécologie du CHU de Bordeaux et plus particulièrement à mes co-internes qui m'ont partagé leurs connaissances et m'ont épaulé pendant ce semestre.

Puis, à plusieurs milliers de kilomètres de Bordeaux, je me souviendrai de l'équipe de pédiatrie de l'hôpital de Tahiti qui m'a permis de me former aux spécificités de cette spécialité tout en me transmettant les valeurs de la culture polynésienne. Māuruuru roa !

Et enfin, je tenais à remercier le cabinet médical de Labenne, Dr François Lalanne-Magne, Dr Samy Benzidi, Dr Paul-Henri Nollet, Dr Bernard Matray, qui m'ont permis de mettre en action mes compétences acquises durant mes différents stages et de réaliser progressivement la transition entre l'internat de médecine générale et le début de ma vie de médecin généraliste.

Un grand merci du fond du cœur à ma famille et mes amis !

À maman et papa, un immense merci, même si celui-ci ne suffit pas, pour tout ce que vous avez fait pour moi et tout ce que vous continuez de faire ! Vous m'avez soutenu tout au long de mes études: 7 jours sur 7 en PACES, puis pendant les périodes de révisions intensives avant les examens pendant l'externat, vous m'avez aidé dans le choix de mon stage en Guinée Conakry, et vous avez énormément compté pendant cette dure année de concours de l'ECN. Puis, je suis partie à la découverte d'autres horizons plus ou moins loin pendant l'internat, toujours avec votre soutien. Aujourd'hui je suis fière d'aboutir ces études avec vous, car ce titre de Docteur c'est un peu le vôtre aussi! Je vous aime fort !

À mes grandes sœurs, un immense merci pour votre présence à mes côtés durant toutes ces longues études, aussi bien dans les moments difficiles que dans les moments de folies! Merci de m'avoir permis de vivre moi aussi cette expérience du 4L Trophy ! Je suis tellement heureuse de notre complicité, qui n'est pas prête de s'achever ! Vous serez toujours des modèles à mes yeux, alors restez comme vous êtes, je vous aime ! Et au fait, on n'irait pas à New York maintenant ?

À mes mamies, parties trop tôt, et à mes papy, je vous remercie pour ces souvenirs d'enfance et de vacances d'été. Vous pouvez être fiers des familles que vous avez fondé !

À ma marraine, et à mon parrain, vous suivez mes aventures depuis maintenant 28 ans et je vous remercie d'être à mes côtés à chaque étape de ma vie !

À mes beaux-frères, un immense merci pour tous ces chouettes moments passés ensemble, même quand les règles du jeu de société ne sont pas claires ! Sachez que vous comptez énormément à mes yeux !

À ma filleule, ma nièce, mon neveu, vous avez agrandi notre famille pour mon plus grand plaisir. Je vous remercie pour tout ce bonheur que vous diffusez !

À ma belle famille, merci de m'avoir intégré parmi vous. Il y a déjà eu de beaux souvenirs en famille, et il y en aura encore plein d'autres à venir !

Aux clubbeuses, à notre belle et longue amitié qui a commencé pour certaines dès la classe de 6ième et pour d'autres depuis la 2nde ! On a toutes pris des chemins différents pendant les études, mais on a toujours réussi à se retrouver. Merci pour tous ces souvenirs de collège, de shootés forever, de burn, de welcome to glendale et ces souvenirs de lycée, ces soirées parlements, ces campings option tout confort, sans oublier l'espace et le shoko ! Faites que tous ces bons moments continuent ! Et Big up particulièrement à Mama, de notre classe de 6ième à notre 6ième année de médecine, soit 14 années à mes côtés...

Aux doctresses, à la bande de l'externat et bientôt à mes confrères/consœurs, merci pour nos nombreuses et longues journées BU contrastant avec nos soirées déguisées ! On n'oubliera pas les cours d'anglais en lendemain de stanley, les pizzas tartiflette du ru, le B13, le vidéo gag de l'escalator ou encore les afters bouillons ! Tout le monde a trouvé sa voix pendant l'internat, on s'est séparés mais on se retrouve à chaque fois comme avant et ça, ça signifie beaucoup !

À la team de Guinée, l'équipe wontanara, merci pour ces 3 mois riches en bonne humeur, en découverte, en dépassement de soi dans ce si beau et étonnant pays ! Un début d'externat atypique et formateur ! A notre rencontre avec les éléphants sauvages, à nos trajets en taxi brousse, à Koko, à nos attiékés chez Kouillaté sans oublier nos soirées au duplex forever !

À la team de l'internat, on n'a pas vécu les années d'amphi ensemble mais nos premiers pas en tant qu'interne ! Merci d'avoir choisi Bordeaux, sans quoi je ne vous aurai jamais rencontré ! On se souviendra de ces fameux choix de stages tous les 6 mois, des déménagements, des gardes, de la pandémie covid, de nos belles soirées à flâner dans Bordeaux ou encore de la 90ième édition des féria de Bayonne ! À notre amitié qui ne fait que commencer !

À la Béchade, mes premiers colocs, merci pour ce beau semestre d'été passé ensemble et rempli de débrief dans la cuisine, de convivialité avec nos voisins d'en face, de belles soirées d'anniversaire et de paquitos pour mon plus grand plaisir ! Rip aux tomates...

À la coloc de Miri, merci pour tous ces moments de découverte de la Polynésie partagés ensemble ! On se souviendra des allers-retours jusqu'au Taone, des «Iaoorana», de nos pina colada au Manava, des poissons cru lait de coco de chez Monoïhere, des sunsets toujours réussis comme nos journées bateaux dans le lagon, sans oublier la jet-set de Papeete !

À Pierre, mon homme idéal, que j'ai rencontré en Afrique et que je suivrai maintenant partout à travers le monde. On a fait une belle partie de nos études ensemble, toujours à se soutenir et à prendre soin l'un de l'autre. Un immense merci pour tous ces jolis moments du quotidien. Tu as toujours les mots pour me faire rire et pour me consoler, toujours de nouvelles idées et je ne suis pas prête de m'en lasser ! Je suis ravie de toutes nos expériences déjà vécues et de toutes celles qui vont suivre ! Je t'aime !

Avant-propos

Mon 3^{ème} semestre d'internat de médecine générale s'est effectué au sein du court séjour gériatrique du Centre Hospitalier de la Côte Basque, de novembre 2020 à mai 2021. C'est lors de ce stage que les spécificités propres à la gériatrie m'ont été transmises. J'ai particulièrement apprécié le fait de prendre en charge les personnes âgées avec une approche globale et centrée sur le patient.

Dans le service, les patients provenaient en très grande majorité des urgences, où ils avaient passé plusieurs heures dans un environnement qui ne leur était pas approprié. À l'inverse, une minorité de patients étaient admis directement depuis leur lieu de vie. Très rapidement, cela m'a interpellé et j'ai cherché à m'intéresser à cette problématique d'admission en hospitalisation, qui concerne à la fois les médecins généralistes, les urgentistes et également les gériatres.

Lors de mon 6^{ème} semestre effectué en cabinet de médecine générale et depuis le début de mes remplacements en libéral, j'ai été confronté à plusieurs reprises à des situations complexes de prise en charge de patients âgés au domicile. La question de l'hospitalisation se posait souvent, avec toujours la même appréhension de devoir adresser le patient aux urgences malgré la connaissance des effets néfastes pour le patient.

L'idée de ce travail de thèse est venue lors du projet de création de la plateforme téléphonique de coordination du parcours de soins de la personne âgée au sein de la filière gériatrique du Centre Hospitalier de la Côte Basque. La problématique des admissions directes en court séjour gériatrique m'intéressait vivement. Je me suis donc lancée avec une grande motivation dans ce beau projet qui conclut la fin de mes études de médecine !

En vous souhaitant une belle lecture !

Table des matières

Remerciements.....	2
Avant-propos.....	5
Liste des abréviations.....	8
Liste des figures.....	9
Liste des tableaux.....	10
Introduction.....	11
1. Le vieillissement démographique.....	11
1.1. A l'échelle internationale.....	11
1.2. A l'échelle nationale.....	11
1.3. A l'échelle régionale, en Nouvelle-Aquitaine.....	12
1.4. A l'échelle locale, du Groupement Hospitalier de Territoire Navarre Côte Basque.....	12
2. Les conséquences du vieillissement en matière de santé.....	12
2.1. Pour les patients.....	12
2.2. Pour les médecins traitants.....	13
2.3. Pour les établissements de santé.....	14
2.4. Pour les services d'accueil des urgences.....	15
2.5. Conséquences des passages aux urgences pour les patients âgés.....	15
2.6. Conséquences des hospitalisations pour les patients âgés.....	16
3. Les mesures mises en place pour améliorer le parcours de soins de la personne âgée....	16
3.1. Au niveau national, par la Direction Générale de l'Offre de Soins.....	16
3.2. Au niveau national, par les établissements de santé.....	17
3.3. Au niveau local, par la filière gériatrique du Centre Hospitalier de la Côte Basque	18
4. Description de la filière gériatrique du Groupement Hospitalier de Territoire Navarre Côte Basque.....	18
5. Description de la plateforme téléphonique Pilot'âge.....	19
5.1. Objectifs.....	19
5.2. Organisation et fonctionnement.....	19
5.3. Rôles des professionnels.....	19
6. Question de recherche et objectifs.....	20
Matériel & Méthodes.....	22
1. Type d'étude.....	22
2. Population étudiée.....	22
3. Recueil de données.....	22
4. Critère de jugement principal.....	22
5. Variables étudiées pour les objectifs secondaires.....	22
5.1. Caractéristiques des appels.....	22
5.2. Profil médico-social des patients.....	23
5.2.1. Données socio-démographiques.....	23
5.2.2. Entourage du patient et plan d'aides au domicile.....	23
5.2.3. Autonomie du patient.....	23
5.2.4. Antécédents médicaux et traitements.....	24
5.3. Caractéristiques des hospitalisations.....	24
6. Analyse statistique.....	24

Résultats.....	25
1. Résultats de l'objectif principal.....	25
2. Résultats des objectifs secondaires.....	26
2.1. Caractéristiques des appels.....	26
2.2. Profil médico-social des patients.....	27
2.2.1. Caractéristiques socio-démographiques.....	27
2.2.2. Entourage du patient et plan d'aides au domicile.....	28
2.2.3. Autonomie du patient.....	30
2.2.4. Antécédents médicaux et traitements.....	31
2.3. Caractéristiques des hospitalisations.....	32
Discussion.....	35
1. Analyse des résultats.....	35
1.1. Objectif principal.....	35
1.1.1. Freins à l'évolution du mode d'admission.....	35
1.1.1.1. Mise en œuvre progressive de Pilot'âge.....	35
1.1.1.2. Communication initiée après la mise en œuvre.....	36
1.1.1.3. Moyens de communication utilisés.....	36
1.1.1.4. Manque de lits disponibles sur la période.....	36
1.1.2. Alternatives à l'hospitalisation complète.....	36
1.2. Objectifs secondaires.....	37
1.2.1. Caractéristiques des appels.....	37
1.2.2. Profil médico-social des patients.....	38
1.2.2.1. Caractéristiques socio-démographiques.....	38
1.2.2.2. Entourage du patient et plan d'aides au domicile.....	38
1.2.2.3. Autonomie du patient.....	38
1.2.2.4. Antécédents médicaux et traitements.....	39
1.2.3. Caractéristiques des hospitalisations.....	39
2. Points forts et limites de l'étude.....	40
3. Perspectives.....	41
Conclusion.....	42
Références.....	43
Annexe 1 : Grille nationale AGGIR.....	48
Annexe 2 : Échelle ADL de Katz.....	49
Annexe 3 : Échelle IADL de Lawton sur 4 points.....	50
Annexe 4 : Fiche de présentation de Pilot'âge.....	51
Annexe 5 : Article de la revue « Quoi de neuf à l'hôpital ? ».....	52
Serment d'Hippocrate.....	53
Abstract.....	54

Liste des abréviations

- ADL : Activities of Daily Life
- AEG : Altération de l'État Général
- AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources
- ALD : Affection de Longue Durée
- AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs
- APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
- ARS : Agence Régionale de Santé
- AVC : Accident Vasculaire Cérébral
- CAPB : Communauté d'Agglomération du Pays Basque
- CH : Centre Hospitalier
- CHCB : Centre Hospitalier de la Côte Basque
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CSG : Court Séjour Gériatrique
- DMS : Durée Moyenne de Séjour
- DT2 : Diabète Type 2
- EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
- EMG : Équipe Mobile Gériatrique
- FA : Fibrillation Atriale
- GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
- GIR : Groupe Iso-Ressources
- HAD : Hospitalisation à Domicile
- HDJ : Hôpital De Jour
- HTA : Hypertension Artérielle
- IADL : Instrumental Activities of Daily Living
- Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
- IRC : Insuffisance Rénale Chronique
- MTEV : Maladie Thrombo-Embolique Veineuse
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- SAU : Service d'Accueil des Urgences
- SSR : Soins de Suites et de Réadaptation
- USLD : Unité de Soins Longue Durée

Liste des figures

Figure 1 : Pyramide des âges en 2007 et 2060, en France métropolitaine. Source : Insee, estimations de population pour 2007 et projection de population 2007-2060 pour 2060. Champ : France métropolitaine.....	11
Figure 2 : Schéma 1+2+3 de Bouchon. Source : Haute Autorité de Santé.....	12
Figure 3 : Âges des patients admis directement en CSG du CHCB par Pilot'âge pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022.....	27
Figure 4 : Situation au domicile et existence d'un proche aidant pour les patients résidant hors EHPAD et admis directement en CSG du CHCB par Pilot'âge pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022.....	28
Figure 5 : Caractéristiques du plan d'aides au domicile des patients résidant hors EHPAD et admis directement en CSG du CHCB par Pilot'âge pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022.....	28
Figure 6 : Répartition des soins infirmiers en fonction du nombre de passage(s) par jour pour les patients résidant hors EHPAD et admis directement en CSG du CHCB par Pilot'âge pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022.....	29
Figure 7 : Répartition des services d'auxiliaire de vie en fonction du nombre de passage(s) par semaine pour les patients résidant hors EHPAD et admis directement en CSG du CHCB par Pilot'âge pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022.....	29
Figure 8 : GIR des patients résidant en EHPAD et admis directement en CSG du CHCB par Pilot'âge pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022.....	30
Figure 9 : Score ADL des patients résidant hors EHPAD et admis directement en CSG du CHCB par Pilot'âge pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022.....	30
Figure 10 : Score IADL sur 4 points des patients résidant hors EHPAD et admis directement en CSG du CHCB par Pilot'âge pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022.....	31
Figure 11 : Nombre de médicaments pris par jour et par patient pour ceux admis directement en CSG du CHCB par Pilot'âge pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022.....	32
Figure 12 : Représentation en données cumulées du délai entre la date de l'appel et la date de l'entrée en hospitalisation pour les patients admis directement en CSG du CHCB par Pilot'âge pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022.....	32
Figure 13 : Durée d'hospitalisation des patients admis directement en CSG du CHCB par Pilot'âge pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022.....	33

Liste des tableaux

Tableau 1 : Orientation des personnes âgées de 75 ans et plus après appel à la plateforme Pilot'âge au sein du CHCB pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022.....	25
Tableau 2 : Comparaison des modes d'admission des personnes âgées de 75 ans et plus hospitalisées en CSG du CHCB entre les périodes du 1er juin au 30 novembre 2019 et 2022.	25
Tableau 3 : Profil de l'appelant à la plateforme Pilot'âge pour les appels ayant abouti à une admission directe en CSG du CHCB pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022.....	26
Tableau 4 : Motifs d'appels ayant abouti à une admission directe en CSG du CHCB par Pilot'âge pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022.....	26
Tableau 5 : Caractéristiques socio-démographiques des patients admis directement en CSG du CHCB par Pilot'âge pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022.....	27
Tableau 6 : Principaux antécédents médicaux des patients admis directement en CSG du CHCB par Pilot'âge pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022.....	31
Tableau 7 : Diagnostics retenus à la sortie d'hospitalisation concernant les admissions directes en CSG du CHCB par Pilot'âge pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022.....	34
Tableau 8 : Modes de sortie d'hospitalisation pour les patients admis directement en CSG du CHCB par Pilot'âge pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022.....	34

Introduction

1. Le vieillissement démographique

L'Institut national d'études démographiques définit le vieillissement démographique comme une augmentation de la proportion de personnes âgées dans une population, en raison de la diminution de la fécondité et de la mortalité (1).

1.1. A l'échelle internationale

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) décrit une **croissance du nombre et de la proportion de personnes âgées dans la population pour l'ensemble des pays du monde**. Elle pronostique qu'entre 2015 et 2050 la proportion des 60 ans et plus dans la population mondiale va presque doubler, passant de 12 à 22%. Le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus serait égal à 2,1 milliards en 2050. Le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus devrait tripler entre 2020 et 2050 pour atteindre 426 millions en 2050 (2).

1.2. A l'échelle nationale

Les personnes âgées de 60 ans et plus en France sont au nombre de 15 millions aujourd'hui, elles seront 24 millions en 2060. Le nombre des plus de 85 ans passera de 1,4 à 5 millions en 2060 (3).

Selon les dernières données de recensement de la population publiées par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) (4), **l'espérance de vie à la naissance en 2021 est égale à 85,4 ans pour les femmes et 79,3 ans pour les hommes**. Celle-ci s'allongerait de manière continue d'ici 2060, où elle devrait être égale à **91,1 ans pour les femmes et 86 ans pour les hommes** (5).

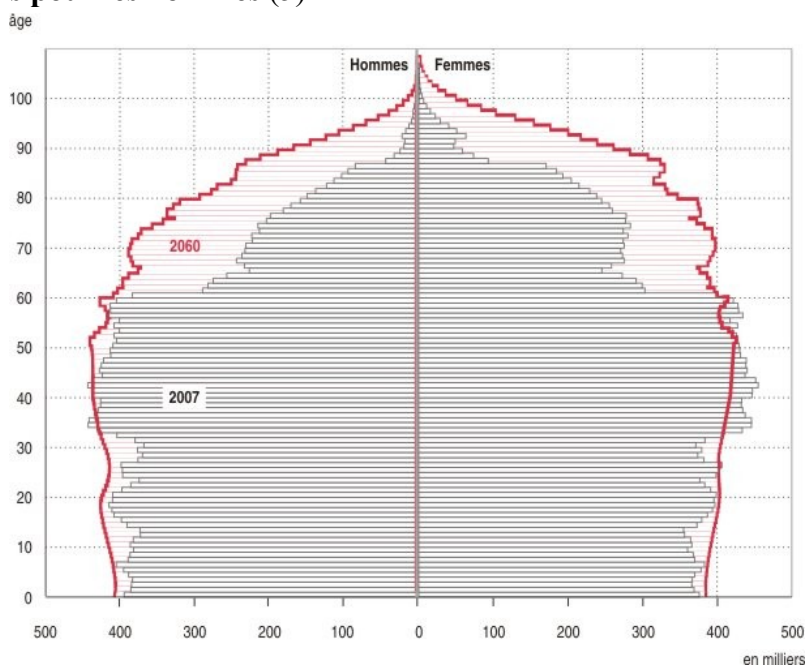


Figure 1 : Pyramide des âges en 2007 et 2060, en France métropolitaine. Source : Insee, estimations de population pour 2007 et projection de population 2007-2060 pour 2060. Champ : France métropolitaine.

1.3. A l'échelle régionale, en Nouvelle-Aquitaine

L'Insee rapporte que **la région la plus âgée de France en 2016 était la Nouvelle-Aquitaine**. Avec l'arrivée des baby-boomers dans le rang des seniors et l'attractivité de la région pour les jeunes retraités, l'Insee prédit que d'ici 2030 plus d'1/3 des habitants de Nouvelle-Aquitaine seront âgés de 60 ans et plus. Le nombre de seniors dans l'incapacité d'assurer certains actes de la vie quotidienne augmenterait de 22% entre 2016 et 2030, soit 59 400 individus dépendants supplémentaires en Nouvelle-Aquitaine en 2030 (6).

1.4. A l'échelle locale, du Groupement Hospitalier de Territoire Navarre Côte Basque

La Communauté d'Agglomération du Pays Basque (CAPB) comptabilisait en 2017 plus de 309 000 habitants. Parmi ceux-ci, près de 38 100 personnes âgées avaient 75 ans ou plus, soit 12,3% de la population totale du CAPB. Ce taux était supérieur à celui retrouvé au niveau national, qui était égal à 9,4%. Selon les projections de l'Insee, **d'ici 20 ans, les personnes âgées de 75 ans ou plus représenteront 17% de la population totale de la CAPB** soit une progression de 4,7% (7).

2. Les conséquences du vieillissement en matière de santé

2.1. Pour les patients

Le vieillissement d'un individu dépend de 2 types de processus. D'une part, il dépend du vieillissement physiologique qui concerne tous les patients et tous les organes (à titre d'exemples, les troubles sensoriels tels que la cataracte et la presbycousie ou encore l'ostéopénie). D'autre part, il dépend du vieillissement pathologique qui concerne un ou plusieurs organes et qui est propre à chaque patient, provoquant la survenue de pathologie(s) chronique(s). Ce dernier dépend de facteurs intrinsèques (génétiques) et extrinsèques (niveau socio-économique, mode de vie) (8).

Le modèle de vieillissement « 1+2+3 de Bouchon » schématise le vieillissement physiologique d'une fonction d'organe, qui peut être perturbé par l'apparition d'une pathologie aiguë et/ou chronique pouvant aboutir à une insuffisance d'organe (8).

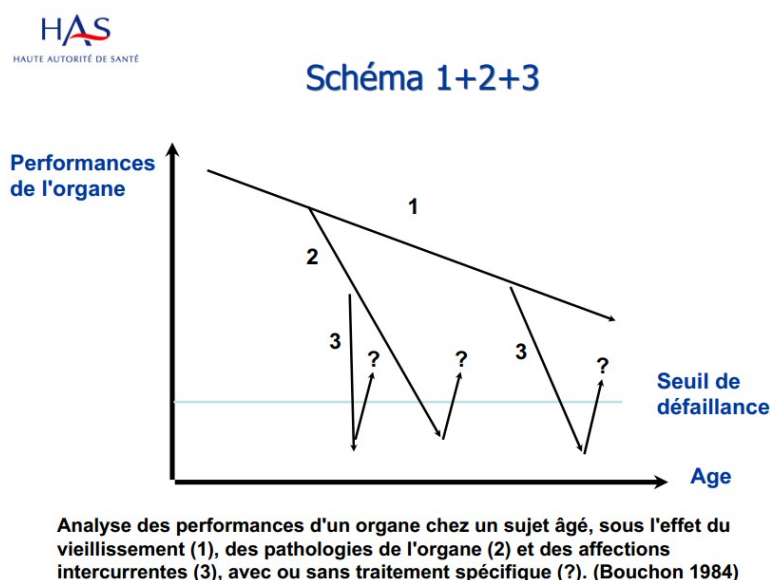


Figure 2 : Schéma 1+2+3 de Bouchon. Source : Haute Autorité de Santé

Dans la population âgée hospitalisée entre 65 et 77 ans, les pathologies cardiovasculaires et leurs complications sont les plus fréquentes (hypertension artérielle (70%), cardiopathie ischémique (20%), accident vasculaire cérébral), suivies par les pathologies ostéo-articulaires, le diabète (35%), les pathologies broncho-pulmonaires (17%) et les cancers (10%). Les troubles neurocognitifs sont sous-évalués, avec un diagnostic souvent réalisé qu'après un long délai d'évolution des symptômes (9).

Le terme polypathologie est fréquemment utilisé chez la personne âgée, même si sa définition est variable et non consensuelle. Selon une revue de la littérature s'intéressant à la terminologie de plusieurs maladies dans les bases de données de MEDLINE et Scopus entre 1970 et 2012 (10), la polypathologie est couramment définie par « la co-occurrence de plusieurs maladies chroniques (au moins 2) chez le même individu sur la même période ». **La prévalence de la polypathologie chez les personnes âgées varie de 55% à 98%**. L'âge avancé, le sexe féminin et le faible statut socio-économique sont des facteurs associés à la polypathologie. Les principales conséquences de la polypathologie sont l'invalidité, le déclin fonctionnel, la mauvaise qualité de vie et les coûts élevés des soins de santé (11).

En France, 57% des personnes âgées de 75 ans et plus ont au moins 1 affection de longue durée (ALD), 40% au moins 2, 3,6% au moins 3 et 0,8% au moins 4 ALD (12).

La polypathologie s'accompagne d'une polymédication (12). Là encore la définition est non consensuelle, l'OMS définit la polymédication comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments ». Dans la littérature, le seuil de 5 médicaments ou plus a été récemment augmenté à 10 médicaments ou plus du fait de l'augmentation de la charge thérapeutique. **80% des patients âgés de 75 ans et plus consomment plus de 5 médicaments par jour**. Selon les indicateurs utilisés et le mode de calcul, la prévalence de la polymédication au seuil de 10 médicaments par jour chez les patients âgés de 75 ans et plus en France varie de 33% (en ce qui concerne les traitements pris de façon prolongée et régulière) à 40,5% (en ce qui concerne les traitements pris sur une période donnée) (13).

La polymédication majore les risques d'interactions médicamenteuses et de iatrogénie. La proportion d'hospitalisation liée à un effet indésirable médicamenteux augmente avec l'âge, elle est de 10,6% pour les personnes âgées de 65 ans et plus contre 6,6% pour les adultes de moins de 65 ans (14).

La polypathologie et la polymédication sont pourvoyeurs de perte d'autonomie pour les patients âgés. En France, le nombre de bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) est passé de 605 000 à sa création en 2002 à 1,3 million en 2018. La part des bénéficiaires dans la population augmente logiquement avec l'âge : 2% jusque 79 ans, 18% entre 80 et 89 ans et 50% à partir de 90 ans (15).

Le vieillissement, très variable d'une personne à l'autre, est responsable d'une très grande hétérogénéité de la population âgée, pouvant aller d'un patient âgé robuste au domicile à un patient âgé dépendant institutionnalisé.

2.2. Pour les médecins traitants

Le vieillissement de la population est responsable d'une **part croissante des personnes âgées dans la patientèle des médecins généralistes**. Or leur **prise en charge est complexe**. Le médecin généraliste se trouve confronté à des difficultés multiples, telles qu'un recueil

difficile de l'anamnèse, la réalisation d'un examen clinique limité, la présentation différente des pathologies avec une sémiologie propre, le manque de recommandations officielles pour les patients polyopathologiques, la gestion de la polymédication et bien sûr toute l'appréhension de l'environnement du patient et de la coordination des différents intervenants de la prise en charge (12).

Les médecins généralistes s'occupent, en moyenne, de 21 personnes âgées dépendantes au domicile. Si le médecin généraliste exerce en zone rurale il a une probabilité 2,2 fois plus élevée de prendre en charge au moins 20 personnes âgées dépendantes au domicile qu'un médecin exerçant en zone urbaine. 84% des prises en charge de personnes âgées dépendantes au domicile correspondent à des visites à domicile. La durée moyenne d'une visite à domicile hors temps de trajet est de 25 minutes contre une durée moyenne de 18 minutes en consultation au cabinet tout âge confondu. La majorité de ces prises en charge correspondent soit au suivi d'une pathologie chronique stabilisée (65%), soit à une décompensation aiguë d'une pathologie chronique (14%) ou encore à une pathologie aiguë (12%). 59% des médecins généralistes déclarent téléphoner aux aidants pour assurer la continuité des soins. Le médecin généraliste est à l'origine près de 2 fois sur 3 de la mise en place d'une aide professionnelle au domicile. 8 médecins sur 10 déclarent s'impliquer dans la concertation entre les professionnels de l'aide et du soin (16).

Plusieurs thèses et études se sont intéressées aux **difficultés rencontrées par les médecins généralistes concernant l'hospitalisation du patient âgé** (17, 18, 19, 20). Les médecins généralistes avaient des difficultés à contacter directement les médecins hospitaliers, ne connaissaient que trop peu le fonctionnement des filières gériatriques locales par **manque d'échange avec les médecins hospitaliers**. La programmation d'une hospitalisation était rendue compliquée par **manque de temps** pour le médecin généraliste, par **manque de lits disponibles dans les services** et aboutissait à une hospitalisation en service d'accueil des urgences (SAU) dans la majorité des cas. Les conclusions insistaient sur la nécessité d'améliorer le lien ville-hôpital pour une meilleure coordination du parcours de soins de la personne âgée.

9 médecins généralistes sur 10 déclarent qu'une meilleure coordination serait bénéfique pour optimiser la prise en charge des personnes âgées dépendantes au domicile (16).

2.3. Pour les établissements de santé

Les établissements de santé sont eux aussi confrontés au vieillissement de la population. **Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent près de 30% de l'ensemble des patients hospitalisés en court séjour en France** (21).

En 2021, 18,6% de la population française a été hospitalisée, tout âge confondu. Ce taux augmente à 29,8% pour la tranche d'âge de 70-79 ans et à 36,5% pour la tranche d'âge de 80 ans et plus (22).

La durée moyenne de séjour (DMS) est d'autant plus élevée que l'âge avance (8,46 jours après 90 ans contre 5,5 jours en moyenne, tout service confondu) (21).

18,2% des séjours sont suivis d'une ré-hospitalisations à 30 jours à partir de l'âge de 75 ans (21).

Au niveau national, l'admission en hospitalisation se fait par un SAU dans 36% des cas pour les patients âgés de 75 ans et plus, et dans 58% des cas pour les patients âgés de 90 ans et plus (23).

En ce qui concerne les services de court séjour gériatrique (CSG) au niveau national, en 2017, 46% des admissions en CSG ont eu lieu après un passage en SAU. L'âge moyen des patients hospitalisés en CSG était de 84,7 ans et la DMS était de 11,8 jours (21).

Au Centre Hospitalier de la Côte Basque (CHCB), en 2022, 82% des admissions en CSG ont eu lieu après un passage par le SAU. L'âge moyen des patients hospitalisés était de 88,6 ans et la DMS était de 9,2 jours.

2.4. Pour les services d'accueil des urgences

Les SAU sont également impactés par le vieillissement de la population. En 2021, en France, le nombre de passages dans les SAU a été de 20,8 millions, dont 2 millions de passages concernaient des patients âgés de 80 ans et plus. Le taux d'hospitalisation après un passage par un SAU est égal à 22% en moyenne, il s'élève à 56% pour les 80 ans et plus (22).

Le temps de passage en SAU est plus long pour les personnes âgées de 75 ans et plus (la durée médiane calculée dans une étude multicentrique réalisée le mardi 11 juin 2013 dans 736 SAU de France était égale à 4h contre 2h10 pour les 15-74 ans). Ce temps de passage plus long est expliqué par le nombre plus important d'examen complémentaires et par les délais nécessaires à leur réalisation (24).

Il existe un risque de défaut de repérage de la gravité et de retard diagnostique du fait de la complexité de la prise en charge des personnes âgées dans les SAU (manque d'information concernant le patient, difficulté à recueillir l'anamnèse, tableaux cliniques atypiques, manque de temps pour la réalisation d'une prise en charge globale du patient) (25).

Une étude a montré que 20 à 35% des passages en SAU des personnes âgées étaient inappropriés et auraient pu être évités par l'obtention d'un avis gériatrique adapté avec la mise en place de soins ambulatoires ou d'hospitalisation planifiée (26).

2.5. Conséquences des passages aux urgences pour les patients âgés

Les SAU sont des services peu adaptés aux personnes âgées de part leur structure et fonctionnement (bruit élevé, luminosité non naturelle, encombrement des couloirs, sols inadaptés, espace limité, manque de disponibilité du personnel), ce qui favorise l'**apparition d'une désorientation, d'une confusion, de chutes, d'incontinence urinaire, d'escarre et de déshydratation** (25).

Une étude s'intéressant aux événements indésirables (infection nosocomiale, chute accidentelle, confusion, escarre, iatrogénie, événements indésirables liés à la procédure et au dispositif), a démontré que le **risque de survenue d'évènement indésirable est corrélé au temps de passage aux urgences** et est égal à 3% par heure (27). Il a été montré qu'une durée de passage aux urgences de 10 heures ou plus est associée à un risque multiplié par 2 d'épisode confusionnel (28).

Après un passage par un SAU, les patients ont des DMS plus longues et ils sont plus rapidement ré-hospitalisés (29). La proportion de ré-hospitalisations évitables a été estimée à 23% de la totalité des réadmissions (21).

2.6. Conséquences des hospitalisations pour les patients âgés

Les personnes âgées hospitalisées ont 60 fois plus de risque de développer des incapacités fonctionnelles que celles qui ne le sont pas. 1 personne âgée sur 6 devient dépendante pour la marche après l'hospitalisation (30).

L'incidence de la dépendance liée à l'hospitalisation varie entre 30 et 60% chez les personnes âgées de 70 ans et plus. **Après une sortie d'hospitalisation, seuls 50% des patients récupèrent leur état fonctionnel de base (21).** Cette perte d'autonomie est liée d'une part à des facteurs intrinsèques au patient (état de santé préalable à l'hospitalisation et pathologie aiguë) et d'autre part aux modalités des soins et à l'environnement hospitalier, qui sont responsables d'une dépendance iatrogène. Les 6 principales causes de la dépendance iatrogène sont le syndrome d'immobilisation, la confusion, la dénutrition, les chutes, l'incontinence urinaire de novo et les effets indésirables des médicaments (31). **La prévalence de la dépendance iatrogène est de l'ordre de 12% et elle est évitable dans 80% des cas (21).**

Tous ces travaux rendent compte de l'importance majeure d'optimiser le parcours de soins de la personne âgée.

3. Les mesures mises en place pour améliorer le parcours de soins de la personne âgée

3.1. Au niveau national, par la Direction Générale de l'Offre de Soins

Plusieurs textes de loi et circulaires ministérielles ont été publiés ces dernières années avec un objectif commun : l'amélioration du parcours de soins de la personne âgée.

- La circulaire du 18 mars 2002 avait pour but d'améliorer la filière gériatrique, en développant un travail en réseau ville-hôpital, en créant des équipes mobiles de gériatrie (EMG), en favorisant les admissions directes avec la mise en œuvre d'une permanence téléphonique (32).
- Le plan Solidarité Grand-Âge 2007-2012 et la circulaire du 28 mars 2007 sur les filières gériatriques reprenaient et complétaient les notions clefs de 2002 (33).
- L'article 70 de la loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 prévoyait la possibilité de création de projets pilotes expérimentaux, afin de mettre en œuvre de nouveaux modes d'organisation dans l'objectif d'améliorer le parcours de soins de la personne âgée (34).
- Plus récemment **dans le cadre de la loi Ma Santé 2022, un pacte de refondation des urgences a été élaboré en 2019 dont la mesure 5 de ce pacte a pour objectif de promouvoir la généralisation des parcours dédiés aux personnes âgées afin d'éviter les passages en SAU (23).**

Toujours dans la même optique, **la circulaire du 7 février 2022 relative à la pérennisation des appuis territoriaux gériatriques et de soins palliatifs a pour but de renforcer une expertise gériatrique non programmée sous la forme d'avis spécialisé, de prise de décision collégiale, d'aide à l'orientation ou bien encore d'aide à l'hospitalisation directe au sein de la filière gériatrique (35).**

3.2. Au niveau national, par les établissements de santé

Depuis 2005, la filière gériatrique hospitalière s'est développée en France. En 2017, on comptait 475 services de CSG et 346 EMG (21).

Dans le but d'améliorer le parcours de soins de la personne âgée, et notamment de favoriser les admissions directes en évitant les passages par un SAU, les filières gériatriques développent des permanences téléphoniques en lien avec les agences régionales de santé (ARS).

Ces permanences téléphoniques consistent, dans la très grande majorité des cas, en un numéro unique fonctionnel du lundi au vendredi aux heures ouvrables des cabinets médicaux. Elles sont **principalement à disposition des médecins généralistes et coordonnateurs d'EHPAD**. Ces permanences ont des fonctionnements différents selon les villes. Elles ne sont pas encore généralisées sur le territoire et leur utilisation reste hétérogène (36).

Parmi les précurseurs, dès 2005, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Limoges a créé un service de régulation téléphonique au sein de son EMG (37). Progressivement d'autres permanences téléphoniques se sont mises en place sur le territoire que ce soit dans les CHU ou les hôpitaux de périphérie : au CHU de Clermont-Ferrand en 2012 (38), au Centre Hospitalier (CH) Bretagne Sud de Lorient en 2016 (39) ou encore au sein de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille en 2017 (40).

Une étude observationnelle multicentrique descriptive réalisée d'avril 2018 à 2020 sur 7 sites hospitaliers (dont les CHU de Saint-Étienne, Clermont-Ferrand, Lyon-Sud, Bordeaux, Angers, les CH de Firminy et Saint-Chamond) s'est intéressée à l'impact des hotlines gériatriques sur les parcours de soins des personnes âgées (36). Celle-ci a montré la **pertinence** et l'**efficacité** de ces hotlines qui doivent être pérennisées. Elles contribuent à une bonne coordination ville-hôpital, **elles permettent de limiter les hospitalisations et notamment le passage par un SAU** tout en fournissant une prise en charge de qualité. **70% des médecins généralistes utilisateurs étaient satisfaits** de ces hotlines, qui répondaient à leurs attentes, qu'ils considéraient comme un **bon outil d'échange et de conseil** et qui permettaient d'éviter le passage en SAU pour leurs patients âgés. Les points faibles décrits par les médecins généralistes étaient la difficulté à joindre le gériatre d'astreinte, l'absence de lits disponibles et des délais d'hospitalisation trop longs. Les pistes d'amélioration proposées à l'issue de ce travail étaient l'amélioration de la communication sur l'existence de ces dispositifs, l'élargissement des plages horaires des hotlines au week-end et l'augmentation du nombre de lits dédiés aux admissions directes pour réduire le délai d'hospitalisation. Une réflexion s'est également portée sur la possibilité d'étendre l'utilisation des hotlines aux autres professionnels de santé, notamment aux infirmiers libéraux.

Selon les résultats d'une étude réalisée au CHU de Bordeaux entre 2010 et 2012, **la permanence téléphonique a permis d'éviter les admissions en SAU dans 81,4% des cas** (41).

Une étude réalisée entre 2015 et 2016 au CHU de Saint-Étienne a montré que **les DMS étaient significativement moins longues après une admission directe par le biais d'une permanence téléphonique qu'après un passage en SAU** (11,6 jours contre 14,1 jours). Les patients entrés en CSG par un SAU étaient plus rapidement ré-hospitalisés (en moyenne 24,1 jours versus 29,5 jours pour les patients admis directement par le biais d'une permanence téléphonique) (42).

3.3. Au niveau local, par la filière gériatrique du Centre Hospitalier de la Côte Basque

Au CHCB, depuis 2015, une permanence téléphonique Hospi'line est mise à disposition des praticiens libéraux du territoire, afin d'obtenir un avis spécialisé médical, chirurgical, ou bien sûr gériatrique.

Après plus de 6 années d'existence, les gériatres du CSG du CHCB ont fait le constat que la permanence téléphonique Hospi'line était une **solution adaptée pour la gestion des avis gériatriques ponctuels**. Cependant, ils remarquaient des **difficultés à programmer des admissions directes et à proposer des alternatives à l'hospitalisation complète**. Le gériatre qui répondait aux appels n'était pas détaché du service. Il manquait de temps pour pouvoir orienter les demandes des médecins généralistes. L'absence de personnel paramédical spécifiquement dédié à l'organisation de l'orientation des personnes âgées était un frein.

C'est ainsi qu'est né le projet de création d'une plateforme téléphonique de coordination du parcours de soins de la personne âgée, Pilot'âge, au sein de la filière gériatrique du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Navarre Côte Basque, en partenariat avec l'ARS Nouvelle-Aquitaine, dans le cadre de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences.

4. Description de la filière gériatrique du Groupement Hospitalier de Territoire Navarre Côte Basque

La filière gériatrique du GHT Navarre Côte Basque s'attache à la prise en charge des patients âgés de 75 ans ou plus, polypathologiques, dépendants ou à risque de dépendance.

Elle comprend :

- 1 service de CSG de 40 lits au sein du CHCB à Bayonne, auquel nous nous intéressons dans notre travail
- 1 service de CSG de 20 lits au sein de la Polyclinique Côte Basque Sud dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire à Saint-Jean-de-Luz
- 1 unité d'orthogériatrie de 4 lits au sein du service de chirurgie orthopédique à Bayonne
- 1 unité de neurogériatrie de 4 lits au sein du service de CSG à Bayonne
- 1 service de médecine polyvalente de 14 lits à Saint-Jean-Pied-de-Port
- 1 service de médecine polyvalente de 35 lits à Saint-Palais
- des structures de consultations sur l'ensemble du territoire : consultation d'évaluation gériatrique, de cardiogériatrie, de psychogériatrie, d'ostéoporose, de plaies et cicatrisation, d'aide aux aidants et consultation mémoire
- 2 EMG avec une activité intra et extra-hospitalière à Bayonne et à Saint-Palais
- 1 activité d'hôpital de jour (HDJ) d'oncogériatrie au sein de l'HDJ d'oncologie à Bayonne
- 1 activité d'HDJ au sein de l'unité de médecine ambulatoire à Bayonne : HDJ de cardiogériatrie, d'ostéoporose, d'évaluation gériatrique avec équipe pluridisciplinaire, de consultation mémoire, d'organisation de transfusions et de prise en charge de plaies complexes
- 2 services de soins de suite et de réadaptation (SSR) (33 lits de SSR gériatrique et 5 lits d'HDJ de prévention de chutes à Saint-Jean-de-Luz et 30 lits de SSR polyvalent et gériatrique à Saint-Jean-Pied-de-Port)
- 2 unités de soins de longue durée (USLD) (96 lits à Bayonne et 54 lits à Saint-Jean-de-Luz)
- 9 Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (réparties entre Bayonne, Saint-Jean-de-Luz, Sare, Hasparren et Saint-Jean-Pied-de-Port) soit 666 lits au total.

Depuis juin 2022, la filière gériatrique comprend également la plateforme téléphonique de coordination du parcours de soins de la personne âgée : Pilot'âge.

5. Description de la plateforme téléphonique Pilot'âge

5.1. Objectifs

Pilot'âge est une plateforme téléphonique de coordination du parcours de soins de la personne âgée.

Elle a pour **objectifs de renforcer le lien ville-hôpital, de favoriser les admissions directes en CSG sans passage par le SAU et d'éviter les hospitalisations inappropriées.**

Elle est **dédiée à tous médecins, qu'ils soient généralistes, spécialistes, coordonnateurs d'EHPAD ou travaillant en service de spécialité ou SSR.** Les appels urgents restent gérés par le médecin régulateur du 15, qui peut rebasculer l'appel sur la plateforme pour avis spécialisé gériatrique.

5.2. Organisation et fonctionnement

La plateforme correspond à un **numéro unique** fonctionnel **du lundi au vendredi** de 8h30 à 18h30 depuis le 1er juin 2022, **et également le samedi et le dimanche de 8h30 à 18h30** depuis septembre 2022.

Un bureau est dédié aux professionnels de la plateforme au sein du CHCB à Bayonne.

L'équipe professionnelle de la plateforme comprend, du lundi au vendredi, 1 assistante médico-administrative, 2 infirmières de coordination et depuis le mois de septembre 2022 1 assistance sociale. 7 gériatres du CSG complétaient l'équipe jusqu'à l'arrivée de 2 gériatres supplémentaires à partir du mois de septembre 2022.

Ce recrutement a permis de détacher un gériatre du service de CSG et donc de le dédier à la plateforme du lundi au vendredi à partir du mois de septembre. Avant ce recrutement, pour la période de juin à septembre, le gériatre répondait aux appels tout en poursuivant ses activités habituelles, comme avec Hospi'line. Ce recrutement a également permis d'élargir les plages horaires de Pilot'âge au week-end avec un gériatre d'astreinte.

5.3. Rôles des professionnels

Le gériatre répond aux appels et est chargé de proposer une solution adaptée à chaque situation en apportant une expertise gériatrique.

Il peut s'agir quand le rapport bénéfice/risque est en faveur d'une hospitalisation :

- d'une programmation d'une hospitalisation directe en CSG
- d'une orientation vers une hospitalisation dans un autre service, si le patient ne relève pas de la filière gériatrique
- d'une orientation vers le SAU si le patient présente des critères de gravité et/ou s'il existe une absence de disponibilité de lits dans un délai correspondant aux besoins du patient.

Quand le rapport bénéfice/risque n'est pas en faveur d'une hospitalisation, il peut s'agir :

- d'une programmation d'un HDJ
- d'une proposition de consultation spécialisée
- d'une évaluation par l'EMG au domicile
- d'un avis gériatrique avec maintien de la personne âgée sur son lieu de vie
- d'une mise en place ou d'une optimisation du plan d'aides au domicile.

En fonction des propositions, le gériatre sollicite les autres professionnels de la plateforme.

Les **infirmières de coordination** complètent le recueil de données effectué par le gériatre en se rapprochant du médecin appelant, des infirmiers libéraux et de la famille ou aidants des patients. Elles détaillent précisément le mode de vie, le plan d'aides au domicile et l'autonomie du patient. Elles assurent le suivi de chaque proposition effectuée, notamment pour les admissions directes depuis l'appel jusqu'à la sortie d'hospitalisation du patient.

Lorsqu'une admission directe en CSG est proposée, elles se chargent de la récupération des ordonnances du patient, de l'envoi des prescriptions (par exemple du prélèvement COVID nécessaire à l'admission), de la programmation des examens complémentaires, de la commande du moyen de transport. Elles préviennent les patients et les différents interlocuteurs de la date d'admission. L'**assistante sociale** anticipe le retour au domicile, avec notamment l'optimisation du plan d'aides au domicile, ou débute les demandes sociales. L'**assistante médico-administrative** programme les consultations de suivi.

Lors de l'organisation d'un HDJ, les infirmières de coordination font le lien avec l'infirmière de programmation. Elles peuvent envoyer des prescriptions de biologie (par exemple Groupe Rhésus Rai pour les patients attendus en HDJ pour une transfusion).

Lorsqu'une consultation ou une évaluation par l'EMG est proposée, les infirmières de coordination réalisent le lien avec l'EMG.

La mise en place ou l'optimisation du plan d'aides au domicile est effectuée par l'assistance sociale, qui assure la coordination avec les services sociaux et le dispositif d'appui à la coordination.

Tous les matins, du lundi au vendredi, a lieu une réunion pluridisciplinaire avec l'ensemble des professionnels de la plateforme pour la gestion des flux et la programmation des admissions directes. En fonction des sorties programmées dans le service se discute la programmation des futures admissions directes.

6. Question de recherche et objectifs

Comme nous venons de le détailler, le vieillissement démographique est responsable d'une augmentation des besoins en santé, dont le recours à l'hospitalisation.

Au CHCB, le mode d'admission en CSG se fait majoritairement par le SAU. Du fait des effets délétères des passages en SAU pour les personnes âgées, il est nécessaire de privilégier autant que possible les admissions directes. Celles-ci doivent être programmées après évaluation de la balance bénéfice/risque de l'hospitalisation pour le patient étant donné le risque potentiel de perte d'autonomie.

C'est dans ce contexte que la plateforme téléphonique de coordination du parcours de soins de la personne âgée, Pilot'âge, s'est mise en œuvre au sein de la filière gériatrique du CHCB à partir du 1er juin 2022.

Nous nous intéressons à la problématique suivante : Est-ce-que la mise en œuvre de Pilot'âge a permis d'optimiser, en nombre et en qualité, les admissions directes en CSG du CHCB ?

L'objectif principal est de mesurer l'évolution du nombre d'admissions directes en CSG du CHCB, à la suite de la mise en œuvre de la plateforme téléphonique Pilot'âge.

Les objectifs secondaires sont de décrire les appels ayant abouti à une admission directe en CSG par Pilot'âge, puis les profils des patients concernés et les caractéristiques de ces hospitalisations.

Matériel & Méthodes

1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude quantitative, monocentrique, descriptive, observationnelle et rétrospective.

2. Population étudiée

La population étudiée pour répondre à l'objectif principal correspondait à l'ensemble des personnes âgées de 75 ans et plus admises en CSG du CHCB pendant les périodes du 1er juin au 30 novembre 2019 et du 1er juin au 30 novembre 2022. Il n'existait pas de critères d'exclusion.

Pour répondre à l'objectif secondaire, la population étudiée correspondait à l'ensemble des personnes âgées de 75 ans et plus admises directement en CSG par le biais de la plateforme Pilot'âge pendant la période du 1er juin au 30 novembre 2022. Il n'existait pas de critères d'exclusion.

3. Recueil de données

Le recueil de données s'est effectué à partir des dossiers patients informatisés, du programme de médicalisation des systèmes d'information du CHCB en lien avec le département d'information médicale et des données issues de la plateforme Pilot'âge. Un tableau Excell a regroupé l'ensemble des données anonymisées. Nous avons respecté les recommandations de la Commission nationale de l'informatique et des libertés concernant l'anonymat des personnes et la protection des données conformément aux recommandations du règlement général concernant la protection des données.

4. Critère de jugement principal

Notre critère de jugement principal était la proportion d'admissions directes en CSG du CHCB.

5. Variables étudiées pour les objectifs secondaires

5.1. Caractéristiques des appels

Nous avons recueilli le statut de l'appelant : médecin généraliste, médecin SSR, médecin coordonnateur d'EHPAD, médecin spécialiste hospitalier, infirmier libéral, famille.

Nous avons regroupé les motifs d'appels en 16 catégories différentes (Altération de l'État Général (AEG), anémie, chute, décompensation cardiaque, douleurs, plaie cutanée, COVID, bilan gériatrique, confusion, fièvre inexplicée, trouble du comportement, échec d'un retour au domicile après hospitalisation, fin de vie, adaptation thérapeutique, malaise et trouble du transit).

5.2. Profil médico-social des patients

5.2.1. Données socio-démographiques

Nous avons sélectionné les données générales du patient telles que :

- le sexe
- l'âge
- le lieu de vie habituel : en distinguant les domiciles (comprenant maisons et appartements individuels), les résidences (correspondant aux résidences pour personnes âgées autonomes) et les EHPAD
- le lieu de vie au moment de l'appel : domicile, résidence, EHPAD, SSR, service de médecine hors CHCB, hébergement temporaire
- la commune du lieu de vie habituel, regroupée en territoire selon le GHT : Navarre Côte Basque, Landes, Béarn-Soule, autres.

5.2.2. Entourage du patient et plan d'aides au domicile

Afin de prendre en compte l'environnement des patients résidant hors EHPAD, nous avons recueilli :

- la situation du patient au domicile/résidence : vivant seul ou non
- l'existence ou non d'un proche aidant (selon la définition issue de la loi de 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement : un membre de l'entourage « qui lui apporte son aide pour une partie ou la totalité des actes de la vie quotidienne de manière régulière et fréquente, et à titre non professionnel ») (43)
- la présence ou non de soins infirmiers, et la fréquence de passage
- la présence ou non de services d'auxiliaire de vie (définis comme une aide professionnelle extérieure dont l'objectif est de « participer au maintien au domicile de la personne en favorisant son autonomie et en assurant son confort de vie par l'entretien de la maison, de l'hygiène corporelle, de l'assistance dans les tâches quotidiennes et des échanges sociaux ») (44), et la fréquence de passage
- la présence ou non de séances de kinésithérapie.

5.2.3. Autonomie du patient

Pour les patients résidant en EHPAD, nous avons recueilli le Groupe iso-ressources (GIR) qui correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Il est calculé entre autres lors de l'entrée en EHPAD. Le calcul se fait à partir de la grille Autonomie gérontologique groupes iso-ressources (AGGIR) (Annexe 1), qui mesure notamment les capacités de la personne âgée à accomplir 10 activités corporelles et mentales dites discriminantes. Chaque item est coté soit A (fait seul, totalement, habituellement, correctement), soit B (fait partiellement, non habituellement, non correctement) ou C (ne fait pas). Après un algorithme informatique, le GIR est attribué allant de 1 (personne totalement dépendante) à 6 (personne autonome).

Pour les patients résidant hors EHPAD nous avons recueilli les scores ADL et IADL sur 4 points.

L'échelle ADL de Katz (Annexe 2) évalue l'autonomie d'une personne pour les actes de la vie quotidienne, à travers 6 items : l'hygiène corporelle, l'habillement, l'utilisation des toilettes, les transferts, la continence et l'alimentation. Pour chaque item, un score est attribué : 0 correspond à la dépendance totale, 0,5 à la dépendance partielle et 1 à l'indépendance. Un score global est donc obtenu allant de 0 à 6. Plus le score est bas, plus le patient est dépendant.

L'échelle IADL de Lawton sur 4 points (annexe 3) évalue l'autonomie d'une personne pour les activités instrumentales de la vie quotidienne à travers 4 items : la prise de médicaments, l'utilisation du téléphone, la gestion du budget et l'utilisation des transports. Pour chaque item, plusieurs niveaux d'utilisation de l'instrument sont détaillés avec un score attribué pour chaque niveau : 0 (dépendant) ou 1 (autonome). Un score global est donc obtenu allant de 0 à 4. Un score de 4 correspond à un patient autonome, un score de 0 à un patient dépendant.

5.2.4. Antécédents médicaux et traitements

Nous avons recueilli les principaux antécédents médicaux inscrits dans les dossiers patients informatisés :

- présence ou non de troubles cognitifs
- hypertension artérielle (HTA)
- diabète type 2 (DT2)
- artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI)
- fibrillation atriale (FA)
- maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV)
- cardiopathie
- bronchopathie
- insuffisance rénale chronique (IRC) terminale et sévère, correspondant aux stades de maladie rénale chronique 4 et 5 soit respectivement des débits de filtration glomérulaire < 29 ml/min et < 15 ml/min
- accident vasculaire cérébral séquellaire et non séquellaire
- maladie de Parkinson
- néoplasie active
- dysthyroïdie
- syndrome dépressif.

Nous avons recueilli le nombre de médicaments pris quotidiennement par le patient, au moment de l'admission en se référant à son ordonnance habituelle.

5.3. Caractéristiques des hospitalisations

Nous avons recueilli :

- le délai entre la date de l'appel et la date de l'entrée en hospitalisation
- la durée d'hospitalisation
- le diagnostic retenu à la sortie d'hospitalisation
- le mode de sortie d'hospitalisation : domicile, résidence, hospitalisation à domicile (HAD), EHPAD, transfert en SSR, transfert en USLD, transfert dans un autre service ou décès.

6. Analyse statistique

L'analyse statistique consistait en une analyse quantitative. Nous avons utilisé le logiciel statistique STATA version 16.

Les variables qualitatives ont été exprimées sous forme d'effectifs et de pourcentages et les variables quantitatives sous forme de médiane, de quantile et d'inter-quartile.

Pour notre objectif principal, la comparaison des variables s'est effectuée avec le test Chi 2. Le seuil de significativité retenu est $p < 0,05$.

Résultats

1. Résultats de l'objectif principal

Pilot'âge a permis de proposer des alternatives à l'hospitalisation complète pour la moitié des appels. Pour l'autre moitié, la balance bénéfice/risque était en faveur d'une hospitalisation. 132 admissions directes en CSG ont été organisées par Pilot'âge entre le 1er juin et le 30 novembre 2022.

Tableau 1 : Orientation des personnes âgées de 75 ans et plus après appel à la plateforme Pilot'âge au sein du CHCB pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022.

	N(effectifs)	(%)
Nombre total d'appels	417	100
Maintien au domicile avec avis	188	45
Hospitalisation		
Directe en court séjour gériatrique	132	32
Directe dans un autre service	46	11
Par le service d'accueil des urgences	30	7
Hôpital de jour	21	5

Nos résultats concernant l'objectif principal n'ont pas mis en évidence de différence significative quant à la proportion des admissions directes en CSG du CHCB pour les périodes du 1er juin au 30 novembre 2019 et 2022 (p-value=0,508).

Tableau 2 : Comparaison des modes d'admission des personnes âgées de 75 ans et plus hospitalisées en CSG du CHCB entre les périodes du 1er juin au 30 novembre 2019 et 2022.

	Période 2019		Période 2022	
	N(effectifs)	(%)	N(effectifs)	(%)
Nombre de séjours	1084	100	936	100
Mode d'admission				
SAU	877	81	768	82
Directe	207	19	168	18
dont par Pilot'âge	0	0	132	14

2. Résultats des objectifs secondaires

2.1. Caractéristiques des appels

Les appels ayant abouti à une admission directe en CSG provenaient majoritairement d'un médecin généraliste.

Tableau 3 : Profil de l'appelant à la plateforme Pilot'âge pour les appels ayant abouti à une admission directe en CSG du CHCB pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022.

	N=132 (effectifs)	(%)
Médecin généraliste	111	84,1
Médecin SSR	14	10,6
Médecin coordonnateur d'EHPAD	2	1,5
Médecin spécialiste hospitalier	2	1,5
Infirmier libéral	2	1,5
Famille du patient	1	0,8

Parmi les appels ayant abouti à une admission directe en CSG, 1 appel sur 4 concernait une situation d'AEG.

Tableau 4 : Motifs d'appels ayant abouti à une admission directe en CSG du CHCB par Pilot'âge pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022.

	N=132 (effectifs)	(%)
AEG	33	25,0
Anémie	28	21,2
Chute	16	12,1
Décompensation cardiaque	11	8,3
Douleurs	10	7,6
Plaie cutanée	9	6,8
COVID	6	4,4
Bilan gériatrique	3	2,3
Confusion	3	2,3
Fièvre inexpliquée	3	2,3
Trouble du comportement	3	2,3
Échec retour au domicile après hospitalisation	2	1,5
Fin de vie	2	1,5
Adaptation thérapeutique	1	0,8
Malaise	1	0,8
Trouble du transit	1	0,8

2.2. Profil médico-social des patients

2.2.1. Caractéristiques socio-démographiques

Tableau 5 : Caractéristiques socio-démographiques des patients admis directement en CSG du CHCB par Pilot'âge pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022.

	N=132 (effectifs)	(%)
Sexe féminin	77	58,3
Lieu de vie habituel		
Domicile	101	76,5
EHPAD	25	18,9
Résidence	6	4,6
Lieu de vie au moment de l'appel		
Domicile	84	63,6
EHPAD	25	8,9
SSR	14	10,6
Résidence	6	4,6
Service de médecine hors CHCB	2	1,5
Hébergement temporaire	1	0,8
Territoire du lieu de vie habituel		
GHT Navarre-Côte Basque	105	79,5
GHT Landes	23	17,5
GHT Béarn-Soule	2	1,5
Autres	2	1,5

L'âge médian était égal à 89,6 ans. La moyenne d'âge était égale à 88,9 ans.

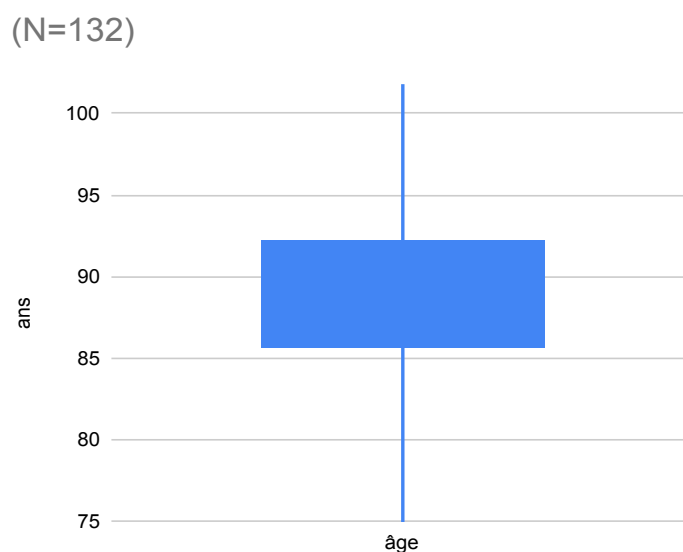


Figure 3 : Âges des patients admis directement en CSG du CHCB par Pilot'âge pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022.

2.2.2. Entourage du patient et plan d'aides au domicile

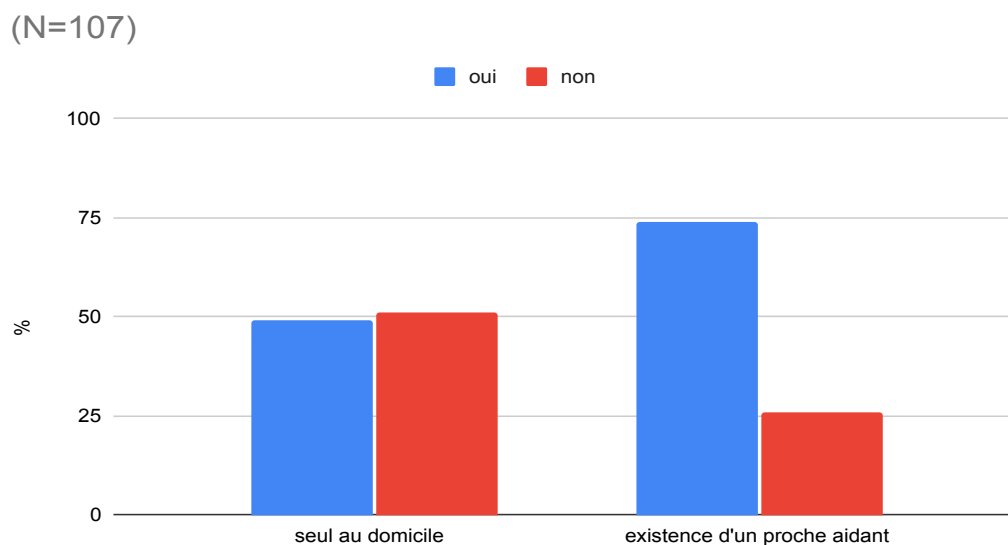


Figure 4 : Situation au domicile et existence d'un proche aidant pour les patients résidant hors EHPAD et admis directement en CSG du CHCB par Pilot'âge pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022.

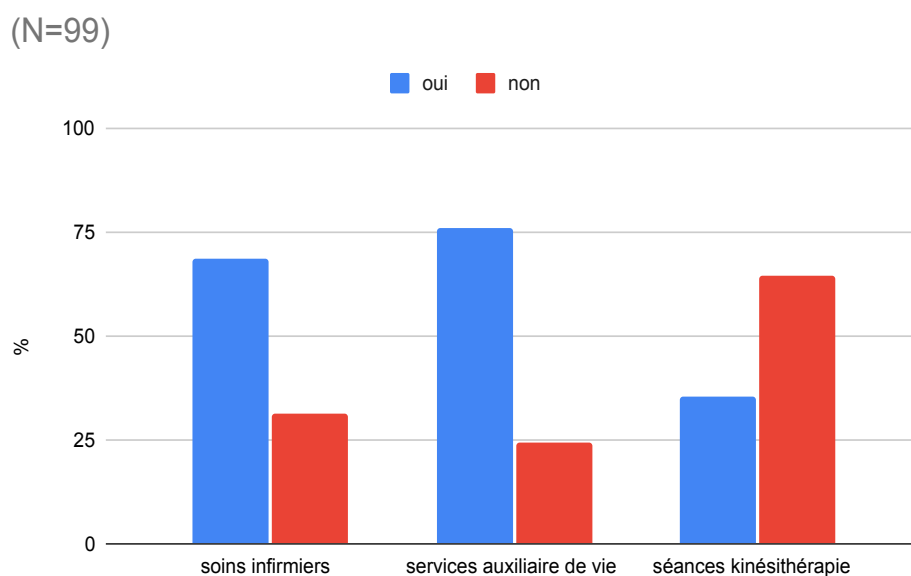


Figure 5 : Caractéristiques du plan d'aides au domicile des patients résidant hors EHPAD et admis directement en CSG du CHCB par Pilot'âge pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022.

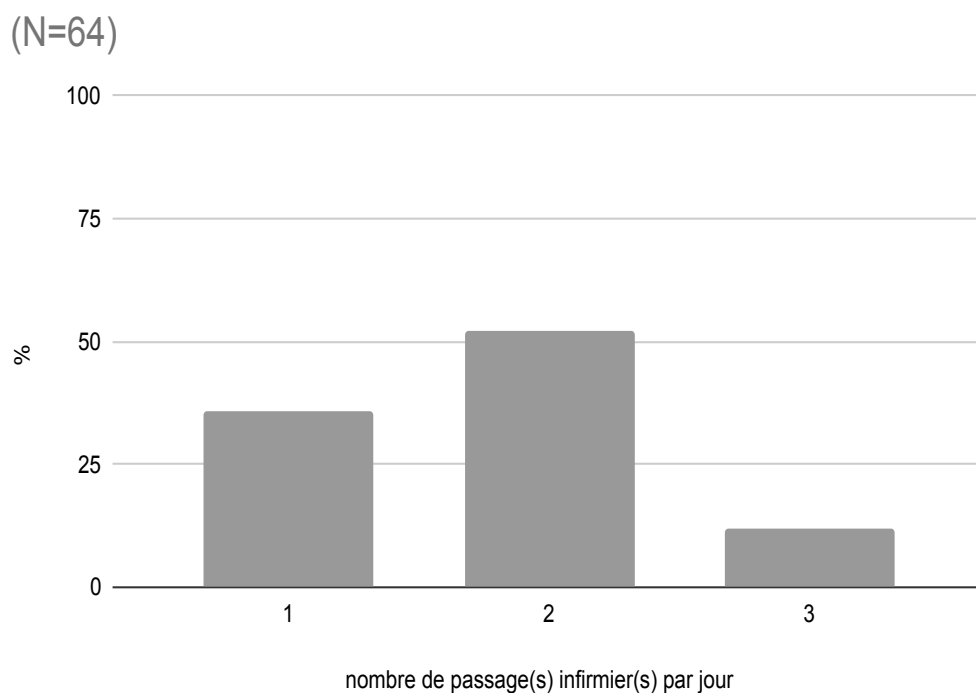


Figure 6 : Répartition des soins infirmiers en fonction du nombre de passage(s) par jour pour les patients résidant hors EHPAD et admis directement en CSG du CHCB par Pilot'âge pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022.

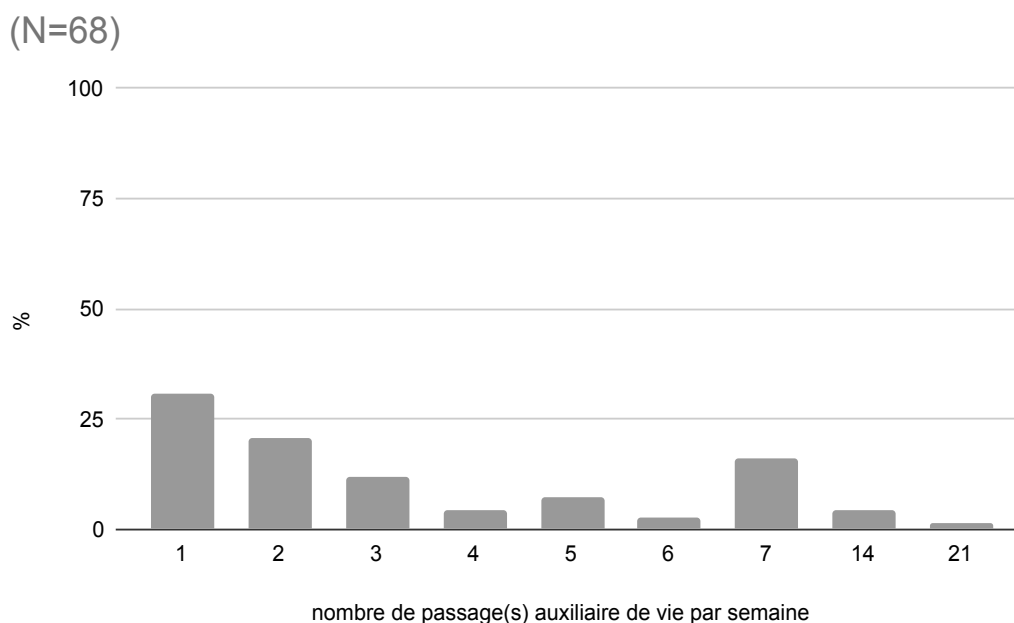


Figure 7 : Répartition des services d'auxiliaire de vie en fonction du nombre de passage(s) par semaine pour les patients résidant hors EHPAD et admis directement en CSG du CHCB par Pilot'âge pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022.

2.2.3. Autonomie du patient

Parmi les 25 patients résidant en EHPAD, les GIR 1 et 2 étaient les plus représentés.

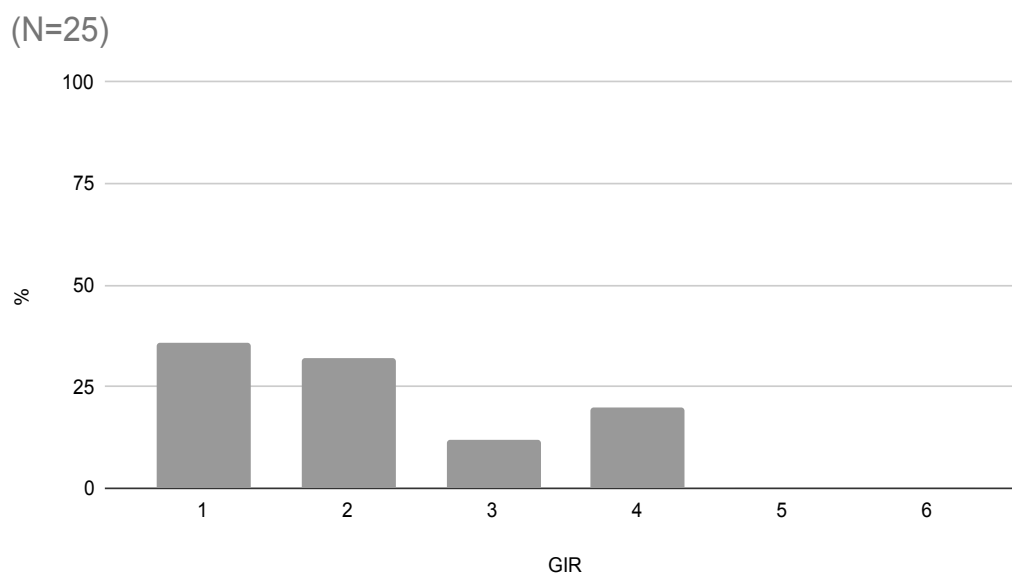


Figure 8 : GIR des patients résidant en EHPAD et admis directement en CSG du CHCB par Pilot'âge pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022.

40,4% des patients avaient un score ADL < 3 c'est-à-dire un niveau de dépendance sévère. La moyenne calculée du score ADL de ces patients était égale à 3,1/6.

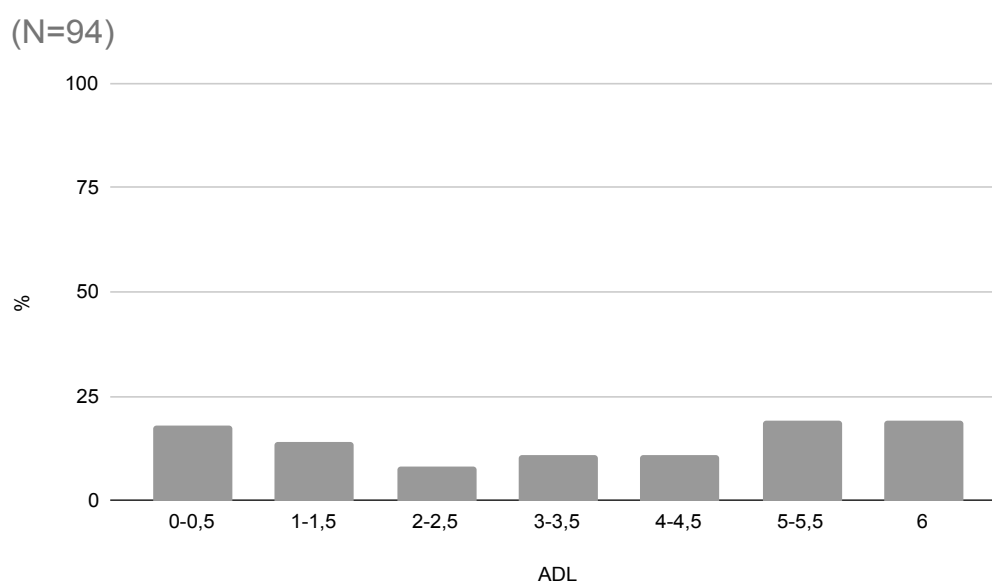


Figure 9 : Score ADL des patients résidant hors EHPAD et admis directement en CSG du CHCB par Pilot'âge pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022.

La moyenne calculée du score IADL de ces patients était égale à 1,4/4.

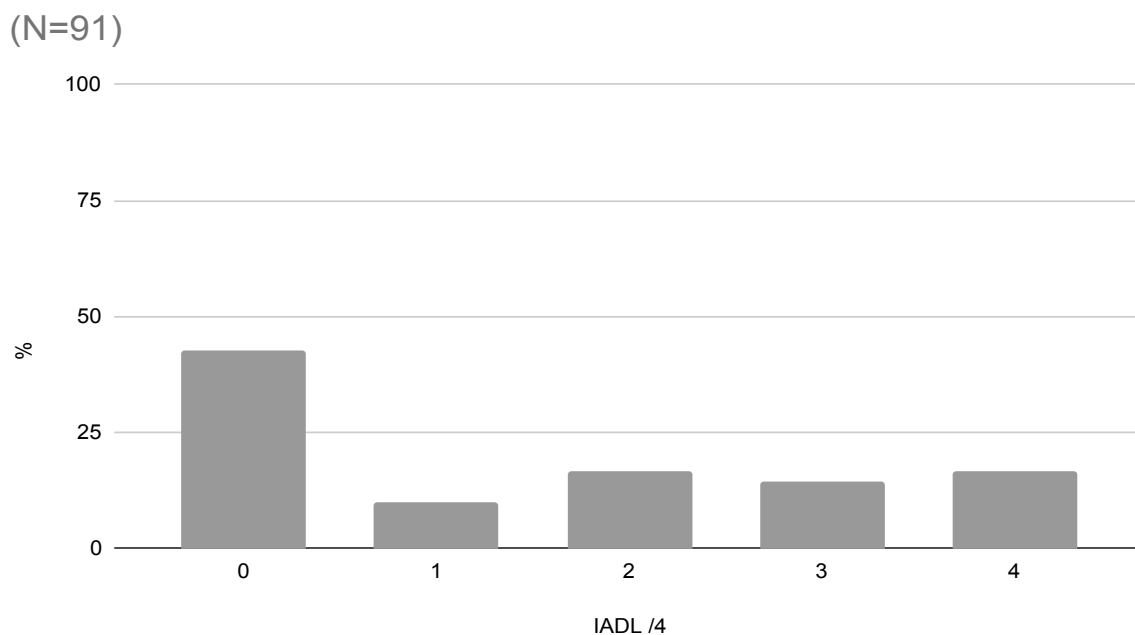


Figure 10 : Score IADL sur 4 points des patients résidant hors EHPAD et admis directement en CSG du CHCB par Pilot'âge pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022

2.2.4. Antécédents médicaux et traitements

Tableau 6 : Principaux antécédents médicaux des patients admis directement en CSG du CHCB par Pilot'âge pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022.

	N=132 (effectifs)	(%)
HTA	81	61,4
Troubles cognitifs	62	47,0
Fibrillation atriale	50	37,9
Cardiopathie	45	34,1
IRC sévère/terminale	36	27,3
Bronchopathie	31	23,5
Diabète type 2	29	22,0
Dysthyroïdie	24	18,2
Syndrome dépressif	21	15,9
Néoplasie active	19	14,4
AVC non séquellaire	16	12,1
AOMI	11	8,3
AVC séquellaire	9	6,8
MTEV	9	6,8
Maladie de parkinson	3	2,3

La médiane du nombre de médicaments pris par jour et par patient était égale à 7.

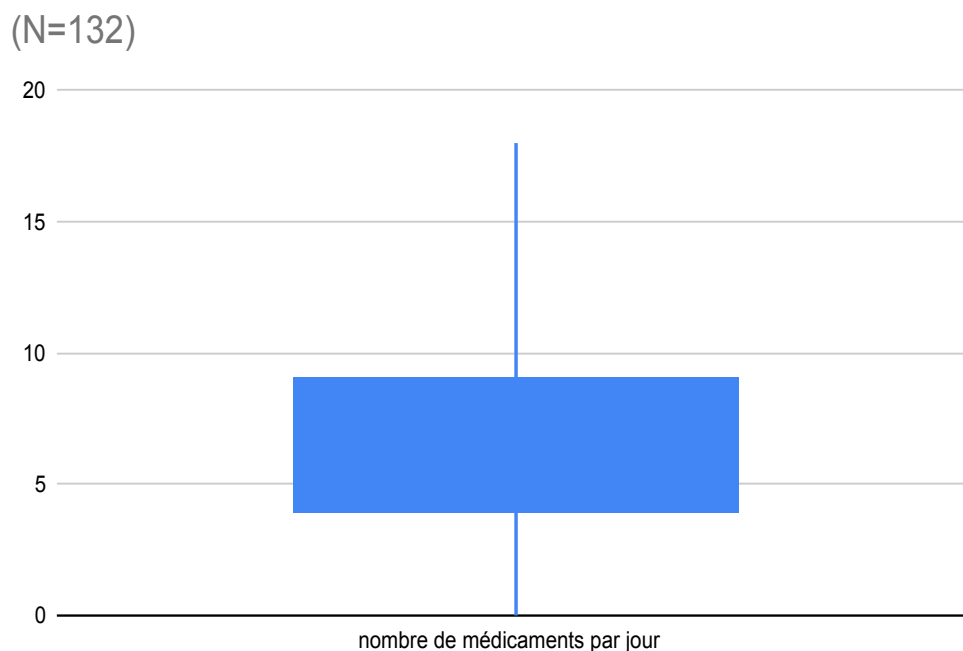


Figure 11 : Nombre de médicaments pris par jour et par patient pour ceux admis directement en CSG du CHCB par Pilot'âge pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022.

2.3. Caractéristiques des hospitalisations

Plus de la moitié des patients étaient admis en CSG dans les 24 heures suivant l'appel à Pilot'âge.

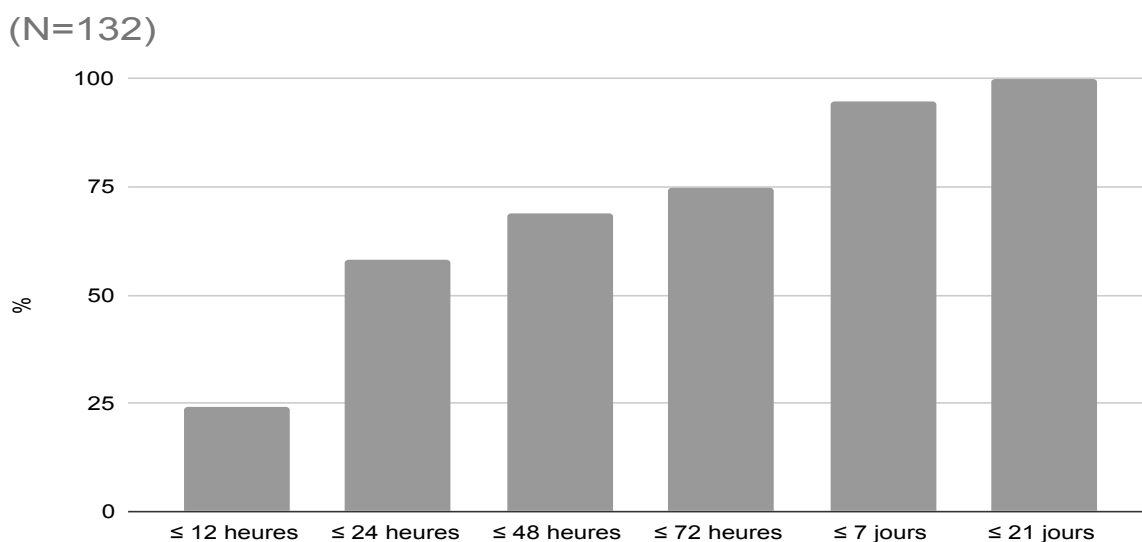


Figure 12 : Représentation en données cumulées du délai entre la date de l'appel et la date de l'entrée en hospitalisation pour les patients admis directement en CSG du CHCB par Pilot'âge pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022.

La médiane de la durée d'hospitalisation était égale à 7.

La DMS des patients admis directement en CSG par Pilot'âge était égale à 9,6 jours.

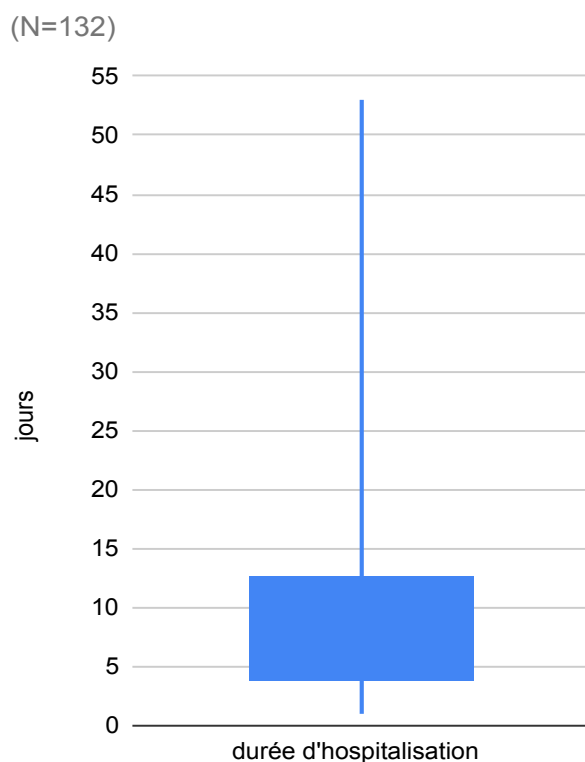


Figure 13 : Durée d'hospitalisation des patients admis directement en CSG du CHCB par Pilot'âge pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022.

95,4% des motifs d'appels ont été associés soit à un diagnostic de pathologie organique, soit à une situation de iatrogénie médicamenteuse ou à une situation d'adaptation des thérapeutiques en hospitalisation.

Tableau 7 : Diagnostics retenus à la sortie d'hospitalisation concernant les admissions directes en CSG du CHCB par Pilot'âge pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022.

	N=132 (effectifs)	(%)
Anémie	28	21,2
Décompensation cardiaque	14	10,6
Pathologie rhumatologique/orthopédique	13	9,8
Néoplasie	11	8,3
Plaie cutanée	10	7,6
Bilan de chute polyfactorielle	9	6,8
Déclin cognitif	8	6,0
COVID avec ou sans complications	6	4,5
Pathologie infectieuse	6	4,5
Bilan d'AEG polyfactoriel	5	3,8
Bilan négatif	5	3,8
Pathologie neurologique	5	3,8
Iatrogénie médicamenteuse	3	2,3
Syndrome dépressif	3	2,3
MTEV	2	1,5
Adaptation thérapeutique	1	0,8
Environnement du domicile inadapté	1	0,8
Fécalome	1	0,8
Maladie de système	1	0,8

Plus de la moitié des patients sont retournés sur leur lieu de vie habituel directement après l'hospitalisation.

Tableau 8 : Modes de sortie d'hospitalisation pour les patients admis directement en CSG du CHCB par Pilot'âge pour la période du 1er juin au 30 novembre 2022.

	N=132 (effectifs)	(%)
Retour au lieu de vie habituel	76	57,5
dont domicile	49	37,1
dont EHPAD	24	18,2
dont résidence	2	1,5
dont HAD	1	0,7
Transfert du patient	39	29,6
dont en SSR	36	27,3
dont vers un autre service	3	2,3
Entrée en structure	8	6,0
dont en EHPAD	7	5,3
dont en USLD	1	0,7
Décès	9	6,9

Discussion

1. Analyse des résultats

1.1. Objectif principal

En réalisant ce travail de thèse, notre hypothèse était de montrer une évolution du nombre d'admissions directes en CSG du CHCB à la suite de la mise en œuvre de la plateforme téléphonique Pilot'âge. Nous avons choisi de comparer les 6 premiers mois de la mise en œuvre de la plateforme avec une période similaire. Nous avons donc choisi la période de juin à novembre de l'année 2019 afin que les périodes soient semblables en terme de saisonnalité (mois identiques) et que nos résultats ne soient pas impactés par les spécificités propres à la pandémie de COVID des années 2020 et 2021.

Nos résultats ont montré que les admissions directes en CSG étaient au nombre de 207 sur la période de 2019 et de 168 sur la période de 2022. Parmi les 168 admissions directes réalisées sur la période 2022, 132 l'ont été par le biais de Pilot'âge et 36 l'ont été sans sollicitation à la plateforme. Cette part d'admission directe résultait de l'habitude des gériatres, qui ont gardé le fonctionnement pré-existant à la mise en œuvre de Pilot'âge. Ces admissions concernaient des patients vus en consultation par un gériatre du CSG qui retrouvait une indication à l'hospitalisation et des patients pour lesquels un gériatre du CSG avait reçu directement un appel par un confrère.

Nos résultats ont également montré que les appels enregistrés par Pilot'âge entre le 1er juin et le 30 novembre 2022 étaient au nombre de 417. Pilot'âge a permis un maintien au domicile après avis spécialisé pour 188 patients (soit 45% des appels), une admission directe en CSG pour 132 patients (soit 32% des appels) et une admission directe dans un autre service pour 46 patients (soit 11% des appels). 21 patients ont été pris en charge en HDJ (soit 5% des appels). Seuls 30 patients ont été orientés vers le SAU durant cette période (soit 7% des appels).

Nous avons finalement montré une absence de différence significative quant à la proportion d'admissions directes en CSG du CHCB pour ces 2 périodes ($p=0,508$).

Nous pouvons détailler différentes explications face à cette absence de différence significative.

1.1.1. Freins à l'évolution du mode d'admission

1.1.1.1. Mise en œuvre progressive de Pilot'âge

L'équipe des professionnels médicaux et paramédicaux n'a été au complet qu'à partir du mois de septembre 2022 avec le recrutement d'1 assistante sociale et de 2 gériatres supplémentaires. Les plages horaires de la plateforme ont été étendues au week-end à partir du mois de septembre 2022.

L'apprentissage des tâches, l'organisation du personnel et la gestion des imprévus ont pu impacter le fonctionnement de la plateforme durant la période de notre travail. Les médecins appelants passaient par Hospi'line comme à leur habitude et étaient redirigés sans en être informés vers la plateforme Pilot'âge.

1.1.1.2. Communication initiée après la mise en œuvre

La communication au sujet de Pilot'âge ne s'est effectuée qu'à partir du mois de juin 2022, après sa mise en œuvre, de manière ponctuelle et progressive. Il n'y a pas eu d'information préalable sur le projet de création de cette plateforme téléphonique ni sur la date officielle de sa mise en œuvre.

1.1.1.3. Moyens de communication utilisés

La communication au sujet de Pilot'âge s'est effectuée par différents moyens :

- En juin et en septembre 2022, un courriel d'information a été envoyé par l'ARS aux établissements de santé et établissements médico-sociaux du GHT Navarre Côte Basque. Mi-octobre 2022, un courriel d'information a été envoyé par la caisse primaire d'assurance maladie à l'ensemble des médecins généralistes du GHT Navarre Côte Basque. Aucune relance de courriel n'a été effectuée.

- Une réunion d'information au sujet du développement des nouvelles activités de la filière gériatrique du GHT Navarre Côte Basque a été organisée par l'ARS le 2 décembre 2022. Les représentants des établissements de santé et établissements médico-sociaux du GHT Navarre Côte Basque et du CH de Dax appartenant au GHT des Landes étaient présents. A cette occasion, une présentation de Pilot'âge a été réalisée. Aucune réunion de présentation de Pilot'âge n'a été organisée auprès des médecins généralistes et spécialistes.

- Depuis mi-décembre 2022, une fiche de présentation de Pilot'âge est ajoutée à la fin de chaque compte rendu d'hospitalisation (Annexe 4).

- En janvier 2023, une présentation de Pilot'âge a été réalisée dans un article de la revue « Quoi de neuf à l'hôpital? », revue élaborée de façon mensuelle par le service de communication du CHCB (Annexe 5). Cet article était disponible sur l'intranet de l'hôpital, à destination principalement du personnel du CHCB.

A titre d'exemples, le CHU de Saint-Étienne a communiqué par courriel, fax, téléphone et courriers postaux pour informer de l'ouverture de leur plateforme téléphonique et de ses modalités (36). Le CH d'Avranches-Granville a étendu sa communication au sujet de la mise en œuvre de sa plateforme téléphonique aux urgentistes et au grand public. Un article a été publié dans la rubrique « Actualités de l'Urgence » sur le site internet de la Société Française de Médecine d'Urgence (45). Des articles ont été publiés sur les sites internet de France Bleu Cotentin, de Ouest-France et également sur celui de la mairie d'Avranches (46, 47, 48). Un reportage a été réalisé par BFM TV Normandie (49).

1.1.1.4. Manque de lits disponibles sur la période

Durant la période de notre travail, 9 lits sur 40 étaient réservés aux patients infectés par le coronavirus, ce qui limitait la possibilité d'admissions directes.

1.1.2. Alternatives à l'hospitalisation complète

Pour autant, notre travail a montré que Pilot'âge remplit sa mission de coordination du parcours de soins de la personne âgée.

Pour la moitié des appels, Pilot'âge a proposé des alternatives à l'hospitalisation complète :

- 45% des appels ont permis le maintien au domicile de la personne âgée après avis spécialisé. L'appelant pouvait à nouveau solliciter la plateforme dans les jours suivants pour obtenir une

réévaluation de la situation clinique. Une évaluation spécialisée en consultation pouvait être programmée de façon urgente ou bien à distance. Si le maintien au domicile semblait complexe, l'assistante sociale pouvait déclencher des aides ou bien optimiser celles déjà en place.

- 5% des appels ont abouti à la programmation d'un HDJ, principalement dans le cadre de transfusion de culots globulaires ou de perfusion de fer. Les situations de découverte d'anémie ou bien d'anémie chronique récurrente ont été prises en charge autant que possible en HDJ. L'activité d'HDJ a été déployée de manière rapide à la suite de la mise en œuvre de Pilot'âge. Elle a été structurée, s'ouvrant à la cardiogériatrie, à l'orthogériatrie, à l'oncogériatrie et aux bilans mémoire notamment.

Pour l'autre moitié des appels, la balance bénéfice/risque était en faveur d'une hospitalisation :

- 32% des appels ont abouti à une admission directe en CSG.

- 11% des appels ont abouti à une admission vers un autre service de spécialité. Ces appels concernaient des patients qui ne relevaient pas de la filière gériatrique. Pour ces situations, le gériatre a sollicité directement le médecin spécialiste afin de trouver la solution la plus appropriée pour le patient. Ainsi il remplit son rôle de coordonnateur du parcours de soins de la personne âgée.

- Seuls 7% des appels ont abouti à une orientation vers le SAU. Devant la présence de critères de gravité, une évaluation urgente avec des examens complémentaires rapides était nécessaire. L'absence de lits disponibles en CSG a pu être un facteur décisionnel quant à l'orientation vers le SAU.

1.2. Objectifs secondaires

Pour rappel, nos objectifs secondaires consistaient en une description des appels ayant abouti à une admission directe en CSG, puis des profils des patients concernés et des caractéristiques de ces hospitalisations, sur la période du 1er juin au 30 novembre 2022.

Nous avons cherché à comparer nos résultats d'objectifs secondaires avec ceux issus de l'étude multicentrique réalisée d'avril 2018 à 2020 sur 7 sites hospitaliers de France. L'objectif principal de cette étude était de décrire les parcours de soins des sujets âgés de 75 ans et plus hospitalisés en CSG sur orientation d'une hotline gériatrique. Le protocole de cette étude a été publié dans le Journal of Medical Internet Research (36).

1.2.1. Caractéristiques des appels

Nos résultats ont montré que le médecin généraliste était le principal appelant à la plateforme pour les appels ayant abouti à une admission directe (84,1% des appels). 10,6% des appels provenaient de médecins de SSR, 1,5% de médecins coordonnateurs d'EHPAD et 1,5% de médecins spécialistes hospitaliers.

Dans l'étude multicentrique, 76,9% de l'ensemble des appels aux plateformes (y compris les appels n'ayant pas abouti à une admission directe) provenaient de médecins généralistes et 10,1% de médecins d'un autre service (36).

Parmi les 132 appels ayant abouti à une admission directe en CSG, 3 appels ne provenaient pas d'un médecin mais d'infirmiers libéraux (pour 2 appels) et de la famille de patient (pour 1 appel). Ces appels ont été enregistrés lors du premier mois de la mise en œuvre de Pilot'âge, en juin 2022, et concernaient des patients connus du CSG du CHCB. Ces appels ont été transférés à Pilot'âge bien que ne provenant pas d'un médecin. Il est intéressant de noter que

certaines plateformes téléphoniques au niveau national sont à destination également des infirmiers libéraux et infirmiers coordonnateurs d'EHPAD, telles que celles développées au CH d'Avranches-Granville ou encore au CHU de Grenoble (49, 50).

Le principal motif d'appel ayant abouti à une admission directe en CSG était une AEG pour 25% des appels. Ce résultat est similaire à celui retrouvé dans l'étude multicentrique (24,7%) (36). Il est également similaire à celui retrouvé dans une thèse réalisée au CHU de Clermont-Ferrand (24,5%) (38).

1.2.2. Profil médico-social des patients

1.2.2.1. Caractéristiques socio-démographiques

Nous avons montré que les patients admis directement en CSG par Pilot'âge avaient des profils similaires aux patients admis en CSG par les 7 plateformes téléphoniques analysées dans l'étude multicentrique (36). En effet, il a été retrouvé une prédominance féminine (respectivement 58,3% au CHCB et 66,38% dans l'étude multicentrique) et une prédominance de personnes âgées vivant au domicile (respectivement 76,5% et 77,70%). La proportion de patients résidant en EHPAD était similaire (respectivement 18,9% et 17,35%), tout comme celle des patients vivant en résidence (respectivement 4,6% et 4,95%). Nos résultats ont montré cependant un âge plus élevé pour les patients admis en CSG du CHCB par Pilot'âge (respectivement une moyenne d'âge de 88,9 ans au CHCB contre 86,6 ans dans l'étude multicentrique).

L'analyse de la commune de résidence du patient a mis en évidence une proportion importante de patients provenant du GHT des Landes (17,5% des patients). Il existe en effet une spécificité liée au territoire sud du GHT des Landes qui se trouve rattaché au CH de Dax et également au CHCB en appartenant au territoire de recours du SAMU Pyrénées Atlantiques.

1.2.2.2. Entourage du patient et plan d'aides au domicile

Nos résultats ont montré l'existence d'un proche aidant pour 73,8% des patients admis en CSG par Pilot'âge et résidant hors EHPAD. 2 thèses réalisées au CHU de Clermont-Ferrand et au CH Bretagne Sud retrouvaient la présence d'un proche aidant pour respectivement 65,7% et 62,8% des patients admis en CSG par la plateforme téléphonique (38, 39).

Parmi les patients admis en CSG par Pilot'âge et résidant hors EHPAD, 68,9% bénéficiaient de soins infirmiers au domicile, à l'inverse 31,1% n'en bénéficiaient pas. 75,8% des patients bénéficiaient de services d'auxiliaire de vie au domicile une à plusieurs fois par semaine et 24,2% des patients n'en bénéficiaient pas. Les résultats issus de l'étude multicentrique ne détaillaient pas le plan d'aides au domicile (36).

1.2.2.3. Autonomie du patient

Nos résultats concernant l'autonomie des patients hospitalisés par la plateforme ont montré une grande variabilité des niveaux de dépendance des patients résidant hors EHPAD. Le score ADL < 1 était autant représenté que le score ADL de 6 (respectivement 18,1% et 19,2% des patients). La moyenne du score ADL de nos patients admis en CSG par Pilot'âge et résidant hors EHPAD était égale à 3,1/6. Celle retrouvée dans l'étude multicentrique était égale à 3,78/6, elle s'intéressait à l'ensemble des patients admis en CSG par les 7 plateformes, dont ceux résidant en EHPAD (36). Nos résultats indiquaient une dépendance sévère, score ADL < 3, pour 40,4% des patients admis directement en CSG par Pilot'âge et résidant hors EHPAD.

Ce score est supérieur à celui retrouvé dans l'étude multicentrique alors que celui-ci prenait en compte également le score ADL des patients résidant en EHPAD (27,84%) (36).

Concernant le score IADL sur 4 points, 16,5% des patients admis en CSG par Pilot'âge et résidant hors EHPAD étaient considérés comme autonomes pour les activités instrumentales de la vie quotidienne avec un score IADL de 4. 42,8% étaient considérés dépendants avec un score IADL de 0. La moyenne du score IADL de nos patients était égale à 1,4/4, celle de l'étude multicentrique s'intéressant également aux patients résidant en EHPAD était égale à 1,33/4 (36).

1.2.2.4. Antécédents médicaux et traitements

L'analyse des caractéristiques médicales des patients admis en CSG par Pilot'âge nous a montré l'existence fréquente de troubles cognitifs (47%), ce qui a également été retrouvé dans les résultats issus de l'étude multicentrique (52,76%) (36). 34,1% des patients présentaient une cardiopathie, 27,3% une IRC sévère/ terminale et 23,5% une bronchopathie.

Le nombre de médicaments pris par jour et par patient variait de 0 à 18. La médiane était égale à 7. 74,8% des patients admis en CSG par Pilot'âge prenaient 5 médicaments ou plus par jour, contre 81,46% des patients issus de l'étude multicentrique (36).

Ces résultats confirment les notions de polypathologie et polymédication des patients âgés, pour lesquelles Pilot'âge apporte une expertise spécialisée et pluridisciplinaire. Nous pourrions nous interroger sur l'intérêt de recruter un pharmacien au sein de la plateforme Pilot'âge. Celui-ci pourrait apporter son expertise pour les conciliations médicamenteuses, les révisions d'ordonnances et également le dépistage des situations de iatrogénie médicamenteuse.

1.2.3. Caractéristiques des hospitalisations

58,3% des patients étaient admis dans les 24 heures suivant l'appel à Pilot'âge et 75% dans les 72 heures. Cela permet de supposer la réactivité de Pilot'âge. Nous pouvons également supposer que cela a permis d'éviter des passages par le SAU en limitant les difficultés de maintien au domicile avant l'hospitalisation. Le délai d'hospitalisation à la suite des appels enregistrés auprès des 7 plateformes de l'étude multicentrique n'a pas été décrit (36).

La DMS après admission directe par Pilot'âge était égale à 9,6 jours. Celle-ci est comparable à la DMS en CSG de l'année 2022, tout mode d'admission confondu (9,2 jours). La DMS pour les patients admis par les 7 plateformes téléphoniques de l'étude multicentrique était égale à 13,81 jours. Le CH de Saint Chamond enregistrait la plus courte DMS (11,33 jours) et le CHU Lyon Sud la plus longue (16,84 jours) (36).

Nos résultats ont montré que 95,4% des admissions directes par Pilot'âge ont permis soit de poser un diagnostic de pathologie organique, soit de diagnostiquer une situation de iatrogénie médicamenteuse ou encore d'adapter les thérapeutiques en hospitalisation. Cela suggère la pertinence des hospitalisations organisées par Pilot'âge. Pour rappel, la littérature a montré que 20 à 35% des passages en SAU des personnes âgées étaient inappropriés et auraient pu être évités par l'obtention d'un avis gériatrique, avec notamment la mise en place d'une hospitalisation planifiée (26).

5 patients admis en CSG par Pilot'âge (soit 3,8% des admissions) ont eu un bilan négatif, c'est-à-dire qu'aucun diagnostic n'a été retenu à la sortie d'hospitalisation. Parmi l'ensemble des admissions en CSG par Pilot'âge, une seule relevait uniquement d'un environnement inadapté au domicile, sans pathologie aiguë associée.

Plus de la moitié des patients (57,5%) sont retournés sur leur lieu de vie habituel dès la sortie d'hospitalisation. Concernant les résultats issus de l'étude multicentrique, 72,9% des patients sont retournés sur leur lieu de vie habituel directement à la sortie ou bien après un séjour en SSR (36).

La proportion de patients décédés au cours de l'hospitalisation était similaire (respectivement 6,9% en CSG du CHCB et 6,6% dans l'étude multicentrique) (36).

2. Points forts et limites de l'étude

Notre travail aborde un sujet d'actualité et d'avenir : le parcours de soins de la personne âgée. Depuis quelques années sur le territoire national, des plateformes téléphoniques se développent dans un objectif de coordination du parcours de soins de la personne âgée en lien principalement avec les médecins généralistes. Cependant, peu de travaux ont traité ce sujet, d'où l'intérêt de notre étude.

Notre travail décrit le mode d'admission de la personne âgée au sein de la filière gériatrique du CHCB et est le premier à décrire l'activité de Pilot'âge. Nos résultats constituent un support de réflexion pour les perspectives d'amélioration de Pilot'âge.

L'ensemble des dossiers patients a été étudié et analysé. Cela a permis une description précise de nos résultats d'objectifs secondaires, qui coïncident pour plusieurs caractéristiques avec ceux de la littérature (36).

Concernant les limites de notre étude, il s'agit d'une étude monocentrique et rétrospective de faible niveau de preuve scientifique.

Notre recueil de données a mis en évidence la présence de 8 dossiers patients insuffisamment complétés pour obtenir les caractéristiques du plan d'aides au domicile et l'autonomie du patient. Il s'agissait de 5 patients provenant de SSR, de 2 patients provenant d'un service de médecine hors CHCB et d'1 patient provenant d'hébergement temporaire.

Il manquait 4 données supplémentaires pour décrire la fréquence de passage infirmier, 7 pour celle du passage d'auxiliaire de vie, 5 pour le score ADL et 8 pour le score IADL.

Notre travail s'est intéressé aux 6 premiers mois de la mise en œuvre de la plateforme Pilot'âge. Or ce n'est qu'au bout de 3 mois, à partir de septembre 2022, que l'équipe des professionnels a été au complet. De plus, la communication au sujet de Pilot'âge n'a débuté qu'après sa mise œuvre et ce de façon ponctuelle et très progressive. Notre travail a donc été réalisé avant le fonctionnement optimal de la plateforme et sans recul par rapport à son lancement.

Notre étude constitue la première étape d'un travail qui mérite d'être poursuivi. Plusieurs travaux de thèse pourraient poursuivre l'évaluation de Pilot'âge. Par exemple, une thèse pourrait s'intéresser aux alternatives à l'hospitalisation proposées par Pilot'âge. Une autre pourrait réévaluer la proportion d'admissions directes en CSG à 1 an de la mise en œuvre de Pilot'âge. Par ailleurs, une enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes ayant sollicité la plateforme pourrait être réalisée.

3. Perspectives

Nous avons mis en évidence que Pilot'âge remplit sa mission de coordination du parcours de soins de la personne âgée.

Afin que la plateforme téléphonique Pilot'âge puisse continuer à se développer, il est nécessaire qu'elle soit mieux connue. Nous pouvons soulever quelques pistes d'amélioration de la communication :

- L'envoi d'un courriel directement par l'adresse électronique de la plateforme Pilot'âge permettrait sa visibilité, mais cela nécessiterait l'obtention d'une liste officielle et exhaustive des destinataires. Il serait intéressant d'effectuer une ou plusieurs relance(s) de ce courriel pour augmenter les chances d'être lu par les médecins, qui reçoivent un nombre conséquent de courriels par jour.
- Il semblerait utile d'organiser une réunion d'information spécifique à Pilot'âge en invitant l'ensemble des professionnels concernés (les médecins généralistes, coordonnateurs d'EHPAD, spécialistes libéraux et hospitaliers, médecins régulateurs du SAMU et médecins de la permanence des soins).
- Nous pouvons également nous interroger sur l'intérêt d'utiliser les réseaux sociaux (Facebook et WhatsApp) avec la publication de messages sur des groupes réunissant des médecins à l'échelle locale.
- L'information au grand public par les médias (radios, journaux et émissions TV) pourrait également être réalisée.

Notre étude suggère que Pilot'âge devrait connaître une expansion de son fonctionnement au fur et à mesure de son développement. En augmentant le nombre d'appels reçus à la plateforme, on pourrait obtenir une augmentation de la proportion des admissions directes en CSG tout comme une augmentation du nombre d'HDJ dans les années à venir. Puis à long terme, nous pouvons espérer obtenir une diminution du nombre de passages inappropriés des patients âgés au SAU.

Progressivement, le fonctionnement de Pilot'âge pourrait s'étendre à l'ensemble du GHT Navarre Côte Basque. La plateforme pourrait organiser des évaluations gériatriques sur les différents sites de consultation du GHT afin de renforcer les soins de proximité. Elle pourrait organiser des admissions directes en CSG sur le site de St-Jean-de-Luz et également dans les services de médecine polyvalente de la filière gériatrique sur les sites de Saint-Jean-Pied-de-Port et de Saint-Palais.

Conclusion

Face au vieillissement démographique et à l'augmentation des besoins en santé, dont le recours à l'hospitalisation des personnes âgées, les filières gériatriques s'adaptent et proposent des outils de coordination du parcours de soins de la personne âgée. C'est le cas de la plateforme téléphonique Pilot'âge qui a été créée au sein de la filière gériatrique du GHT Navarre Côte Basque en lien avec l'ARS Nouvelle Aquitaine. Sa création s'est inscrite dans le cadre de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences de la loi Ma santé 2022. L'objectif de cette mesure était de pouvoir généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées, tels que des admissions directes en service hospitalier. Cela permettrait d'éviter les passages par un SAU et ses conséquences sur l'état de santé des personnes âgées (confusion, déshydratation, incontinence urinaire, chute, escarre, DMS plus longues). La mise en œuvre de Pilot'âge a débuté au 1er juin 2022. Ce numéro unique permet de renforcer le lien ville-hôpital, qui est un des piliers de l'organisation de notre système de santé. Pilot'âge permet à tout médecin (et particulièrement aux médecins généralistes) 7 jours sur 7 un accès direct et rapide à une expertise gériatrique.

L'objectif principal de notre travail consistait à mesurer l'évolution du nombre d'admissions directes en CSG du CHCB à la suite de la mise en œuvre de Pilot'âge. Nous avons répondu à notre objectif principal en comparant les proportions des admissions directes entre les périodes du 1er juin au 30 novembre 2019 et 2022. Nous n'avons pas montré de différence significative quant à la proportion d'admissions directes en CSG du CHCB pour ces 2 périodes. Cependant, nos résultats ont montré que Pilot'âge répondait à sa mission de coordination du parcours de soins de la personne âgée en proposant par ailleurs soit un maintien au domicile après avis (45% des appels), soit une admission en service hospitalier (43% dont 32% d'admissions directes en CSG) ou encore la programmation d'un HDJ (5%). Seuls 7% de l'ensemble des appels étaient orientés vers le SAU.

Les objectifs secondaires de notre travail consistaient à décrire les appels ayant abouti à une admission directe en CSG ainsi que les profils des patients concernés et les caractéristiques des hospitalisations directes qui en découlaient, sur la période du 1er juin au 30 novembre 2022. 84,1% des appels provenaient d'un médecin généraliste. 1 appel sur 4 correspondait à une situation d'AEG. Les patients étaient âgés en moyenne de 88,9 ans. 76,5% des patients vivaient à domicile. 47% présentaient des troubles cognitifs. 74,8% prenaient plus de 5 médicaments par jour. 75% des patients étaient admis dans les 72 heures suivant l'appel à la plateforme. 95,4% des hospitalisations ont permis un diagnostic et une adaptation des thérapeutiques. Ces résultats nous suggèrent la pertinence des hospitalisations directes organisées par Pilot'âge. La DMS était égale à 9,6 jours. 57,5% des patients retournaient sur leur lieu de vie habituel directement après l'hospitalisation.

Notre étude rétrospective s'est intéressée aux 6 premiers mois de la mise en œuvre de Pilot'âge. L'équipe des professionnels de la plateforme n'a été au complet qu'au bout du troisième mois. La communication au sujet de la plateforme n'a débuté qu'après sa mise en œuvre et n'a pas été optimisée. Cela nous suggère que le fonctionnement de Pilot'âge devrait connaître une véritable expansion au fur et à mesure de son développement. D'autres études seraient souhaitables à distance pour réévaluer la plateforme sur le mode d'admission en CSG mais également pour étudier les autres réponses apportées par Pilot'âge ou encore pour s'intéresser à la connaissance et à l'utilisation de la plateforme par les médecins généralistes.

Références

1. Institut national d'études démographiques. (consulté le 26 janvier 2023). Vieillesse démographique, [en ligne]. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/lexique/vieillesse-demographique/>
2. Organisation Mondiale de la Santé. (consulté le 2 décembre 2022). Vieillesse et santé, [en ligne]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. Ministère de la Santé et de la Prévention. (consulté le 28 septembre 2022). Personnes âgées : les chiffres clés, [en ligne]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillesse/article/personnes-agees-les-chiffres-cles>
4. Papon S. Institut national de la statistique et des études économiques. (consulté le 2 décembre 2022). Bilan démographique 2021, [en ligne]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6024136>
5. Institut national de la statistique et des études économiques. (consulté le 26 janvier 2023). Projections de population 2007-2060 pour la France métropolitaine, [en ligne]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151?sommaire=2020101>
6. Dumartin S, Labarthe G. Institut national de la statistique et des études économiques. (consulté le 2 décembre 2022). En Nouvelle-Aquitaine, des personnes âgées dépendantes toujours plus nombreuses d'ici 2030, [en ligne]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4294178#graphique-figure1>
7. Da Silva O, Garnier C. Observatoire Régional de la Santé Nouvelle Aquitaine. (consulté le 19 février 2023). Santé des habitants de la Communauté d'Agglomération du Pays Basque, élaboré dans le cadre du contrat local de santé, [en ligne]. Disponible sur : <https://www.ors-na.org/publications/sante-des-habitants-du-pays-basque-etat-des-lieux-elabore-dans-le-cadre-du-contrat-local-de-sante/>
8. Bosetti A, Desvaux É. Le sujet âgé, un patient particulier. Actualités Pharmaceutiques. 2021 Déc 8; 60 (611) : 8-11.
9. Harboun M. Épidémiologie des comorbidités chez les personnes âgées. Neurologie Psychiatrie Gériatrie. 2007 Fév; 7 (37) : 11-13.
10. Almirall J, Fortin M. The coexistence of terms to describe the presence of multiple concurrent diseases. J Comorb. 2013 Oct 8; 3 : 4-9.
11. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity : A systematic review of the literature. Ageing Research Reviews. 2011 Sept ; 10 (4) : 430-9.
12. Haute Autorité de Santé. (consulté le 2 décembre 2022). Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires, [en ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires

13. Le Cossec C, Sermet C, Perronnin M. (consulté le 19 février 2023). Mesurer la polymédication chez les personnes âgées : impact de la méthode sur la prévalence et les classes thérapeutiques, [en ligne]. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/presse/communiqués/145-mesurer-la-polymedication-chez-les-personnes-agees.html>
14. Réseau Français des Centres Régionaux de Pharmacovigilance. (consulté le 19 février 2023). Iatrogénie médicamenteuse source d'hospitalisation chez l'adulte et l'enfant : incidence, caractérisation et évitabilité. Etude IATROSTAT, [en ligne]. Disponible sur : <https://www.rfcrpv.fr/etude-iatrostat/>
15. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (consulté le 19 février 2023). L'aide et l'action sociales en France - Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion - Fiche 15 : l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), [en ligne]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance/panoramas-de-la-drees/laide-et-laction-sociales-en-france-perte>
16. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (consulté le 19 février 2023). La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile, [en ligne]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-prise-en-charge-en-medecine-generale-des-personnes-agees>
17. Canac B. Admission directe en court séjour gériatrique : difficultés rencontrées par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes. Thèse d'exercice de médecine : Nice : 2014.
18. Villard R, Somrabère-Inghelbrecht C. Le médecin généraliste face à l'hospitalisation de son patient âgé : le point de vue de généralistes de Midi-Pyrénées et d'urgentistes du CHU Purpan à travers deux enquêtes. Thèse d'exercice de médecine : Toulouse : 2005.
19. Khnaba M. Les entrées directes en court séjour gériatrique au centre hospitalier de Dinan : motifs, difficultés, et attentes des médecins généralistes. Thèse d'exercice de médecine : Rennes : 2017.
20. Vedel I, De Stampa M, Bergman H, Ankri J, Cassou B, Blanchard F, et al. Healthcare professionals and managers' participation in developing an intervention : a pre-intervention study in the elderly care context. *Implement Sci.* 2009 Apr 21; 4 : 21.
21. Ministère des Solidarités et de la Santé. (consulté le 19 février 2023). Concertation nationale : rapport de l'atelier 10 : L'hôpital et la personne âgée, [en ligne]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/archives/consultation-place-des-personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie/article/concertation-nationale>
22. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. (consulté le 19 février 2023). Chiffres clés de l'hospitalisation 2021, [en ligne]. Disponible sur : <https://www.atih.sante.fr/chiffres-cles-de-l-hospitalisation>
23. Ministère des Solidarités et de la Santé. (consulté le 19 février 2023). Pacte de refondation des urgences, [en ligne]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-dossiers-de-presse/article/pacte-de-refondation-des-urgences>

24. Boisguérin B, Mauro L. (consulté le 6 décembre 2022). Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue, [en ligne]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-personnes-agees-aux-urgences-une-sante-plus-fragile>
25. Büla C, Jaccard Ruedin H, Carron P-N. Personnes âgées aux urgences : défis actuels et futurs. Revue Médicale Suisse. 2012 août 15; 8 : 1534-8.
26. Celarier T, Bailly R, Gonthier R, Ehret B, Devun A. Réduction du nombre de passage aux urgences des personnes âgées de 75 ans et plus grâce à la mise en place d'une hotline. L'année gériatologique. 2014.
27. Ackroyd-Stolarz S, Read Guernsey J, Mackinnon NJ, Kovacs G. The association between a prolonged stay in the emergency department and adverse events in older patients admitted to hospital: a retrospective cohort study. BMJ Qual Saf. 2011 jul; 20 (7) : 564-9.
28. Bo M, Bonetto M, Bottignole G, Porrino P, Coppo E, Tibaldi M, et al. Length of Stay in the Emergency Department and Occurrence of Delirium in Older Medical Patients. J Am Geriatr Soc. 2016 May; 64 (5) : 1114-9.
29. Creditor MC. Hazards of hospitalization of the elderly. Ann Intern Med. 1993 Feb 1; 118 (3) : 219-23.
30. Société Française de Gériatrie et Gérontologie. (consulté le 19 février 2023). La dépendance iatrogène : « Suite à une hospitalisation, les personnes âgées ont 60 fois plus de risque de développer des incapacités fonctionnelles », [en ligne]. Disponible sur : <https://sfgg.org/actualites/la-dependance-iatrogene-suite-a-une-hospitalisation-les-personnes-agees-ont-60-fois-plus-de-risque-de-developper-des-incapacites-fonctionnelles/>
31. Haute Autorité de Santé. (consulté le 29 janvier 2023). Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées, [en ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801190/fr/prevenir-la-dependance-iatrogene-liee-a-l-hospitalisation-chez-les-personnes-agees
32. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. (consulté le 5 décembre 2022). Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques, [en ligne]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm>
33. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. (consulté le 5 décembre 2022). Circulaire DHOS/O2 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques, [en ligne]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>
34. Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 - article 70, [en ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000025005833>

35. Ministère des Solidarités et de la Santé. (consulté le 5 décembre 2022). INSTRUCTION N° DGOS/R4/2022/31 du 7 février 2022 relative à la pérennisation des appuis territoriaux gériatriques et de soins palliatifs, [en ligne]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_dgos-r4_31_du_7_fev_2022_relatifs_a_la_perennisation_des_appuis_geriatriques_et_soins_palliatifs.pdf
36. Bongue B. (consulté le 19 février 2023). Rapport d'étude : Impact des hotlines gériatriques sur les parcours de soins des personnes âgées susceptibles d'être hospitalisées, [en ligne]. Disponible sur : <https://en3s.fr/recherche-et-publications/etudes-et-projets-de-recherche/impact-des-hotlines-geriatriques-sur-les-parcours-de-soins-des-personnes-agees-susceptibles-detre-hospitalisees/>
37. Alais M. Admissions appropriées et inappropriées des personnes âgées aux urgences : impact d'une nouvelle diffusion du numéro de régulation gériatrique auprès des médecins généralistes de la Haute-Vienne. Thèse d'exercice de médecine : Limoges : 2017.
38. Delpech A. Étude comparative des patients adressés par le médecin généraliste pour hospitalisation en court séjour gériatrique : via le service d'accueil des urgences ou par admission directe via une ligne téléphonique dédiée. Thèse d'exercice de médecine : Clermont-Ferrand : 2022.
39. Guennec Marine. Analyse du parcours de soins des patients âgés au sein des différents circuits hospitaliers de Lorient après orientation par le médecin généraliste. Thèse d'exercice de médecine : Rennes : 2017.
40. Colasson A. Admission directe des patients âgés de plus de 70 ans en services hospitaliers: évaluation de l'utilisation par les médecins généralistes d'une ligne téléphonique directe (l'outil Allo Gériatrie) pour l'hospitalisation des sujets âgés en MCO de Gériatrie. Thèse d'exercice de médecine : Aix-Marseille : 2018.
41. Salles N, Floccia M, Videau M-N, Diallo L, Guérin D, Valentin V, et al. Avoiding emergency department admissions using telephonic consultations between general practitioners and hospital geriatricians. J Am Geriatr Soc. 2014 apr; 62 (4) : 782- 4.
42. Dijon J, Sarazin M, Augusto V, Franck T, Gonthier R, Célarier T. Comparaison de deux modes d'hospitalisation en gériatrie : directement grâce à une ligne téléphonique ou après un passage aux urgences. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement. 2018 sept 1; 16 (3) : 255-62.
43. Code de l'action sociale et des familles. Article L113-1-3.
44. Ministère de la transformation et de la fonction publiques. (consulté le 14 février 2023). Auxiliaire de vie, [en ligne]. Disponible sur : <https://place-emploi-public.gouv.fr/metiers/social-enfance-famille/auxiliaire-de-vie/>
45. Société Française de Médecine d'Urgence. (consulté le 14 février 2023). Actualités de l'Urgence – APM : NORMANDIE : Le groupe hospitalier Mont-Saint-Michel (Manche) cherche à améliorer la prise en charge des personnes âgées, [en ligne]. Disponible sur : https://www.sfmou.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/dans-la-vie-des-etablissements-grand-hopital-de-l-est-francilien-ghcf-medipole-villeurbanne-ch-jura-sud-groupe-hospitalier-mont-saint-michel-chr-metz-thionville/new_id/68834

46. Coquelin P. France Bleu Cotentin (consulté le 14 février 2023). Groupe hospitalier Mont-Saint-Michel : une ligne téléphonique pour la prise en charge des personnes âgées, [en ligne]. Disponible sur : <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/groupe-hospitalier-mont-saint-michel-une-ligne-telephonique-pour-la-prise-en-charge-des-personnes-agees-8240070>
47. Ouest-France. (consulté le 14 février 2023). Avranches. Personnes âgées : l'hôpital se mobilise, [en ligne]. Disponible sur : <https://www.ouest-france.fr/normandie/avranches-50300/avranches-personnes-agees-l-hopital-se-mobilise-0e7b7182-91a2-11ed-b45a-63c0a76b986b>
48. Communiqué du groupe hospitalier Mont St Michel. (consulté le 24 février 2023). Le groupe hospitalier Mont-Saint-Michel innove pour la prise en charge des personnes âgées – Ville de Granville, [en ligne]. Disponible sur : <https://www.ville-granville.fr/actualites/le-groupe-hospitalier-mont-saint-michel-innove-pour-la-prise-en-charge-des-personnes-agees/>
49. Groupe Hospitalier Mont Saint Michel. (consulté le 14 février 2023). Lancement d'une plateforme téléphonique à destination des professionnels de santé, [en ligne]. Disponible sur : <https://www.hopitaux-montsaintmichel.fr/actus/lancement-dune-plateforme-telephonique-a-destination-des-professionnels-de-sante/>
50. Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes. (consulté le 14 février 2023). La hotline gériatrique, [en ligne]. Disponible sur : <https://www.ch-voiron.fr/presentation/Equipes-mobiles.html>

Annexe 2 : Échelle ADL de Katz.

Tableau 110.1 Les 6 items des activités de la vie quotidienne (ADL).

1. Hygiène corporelle	
Indépendance	1
Aide partielle	0,5
Dépendance	0
2. Habillage	
Indépendance pour le choix des vêtements et l'habillage	1
Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage, mais a besoin d'aide pour se chausser	0,5
Dépendant	0
3. Aller aux toilettes	
Indépendance pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite	1
Besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller aux toilettes	0,5
Ne peut aller aux toilettes seul	0
4. Transfert	
Indépendance	1
A besoin d'aide	0,5
Grabataire	0
5. Continence	
Continent	1
Incontinence urinaire ou fécale occasionnelle	0,5
Incontinence urinaire ou fécale	0
6. Repas	
Mange seul	1
Aide pour couper la viande ou peler les fruits	0,5
Dépendant	0
Total des points	
Meilleur score = 6. Score < 3 = dépendance majeure ; score = 0 : dépendance totale pour toutes ces activités. Source : Katz S, et al. Progress in the development of the index of ADL. Gerontologist. 1970; 10 : 20-30.	

Source : Gériatrie pour le praticien, 3ième édition. 2018.

Annexe 3 : Échelle IADL de Lawton sur 4 points.

IADL sur 4 points	
Médicaments	
Est responsable de la prise de ses médicaments (doses et rythmes corrects)	1
Est responsable de la prise de ses médicaments si les doses ont été préparées à l'avance	0
Est incapable de prendre seul ses médicaments même si ceux-ci ont été à l'avance	0
Non réalisable	0
Utilisation du téléphone	
Se sert normalement du téléphone	1
Compose quelques numéros très connus	1
N'utilise pas du tout le téléphone spontanément	1
Incapable d'utiliser le téléphone	0
Non réalisable	0
Gestion du Budget	
Gère ses finances de façon autonome	1
Se débrouille pour les achats quotidiens, mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque et les achats importants	1
Incapable de manipuler l'argent	0
Non applicable, n'a jamais manipulé l'argent	0
Non réalisable	0
Transports	
Utilise les moyens de transport de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	1
Organise ses déplacements en taxi ou n'utilise aucun moyen de transport public	1
Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un	1
Déplacements limités en taxi ou en voiture avec l'aide de quelqu'un	0
Non réalisable	0
Score IADL (0 dépendant - 4 autonome) —	

Source : Bérengère et Eric Maeker. 2020.

Annexe 4 : Fiche de présentation de Pilot'âge



CENTRE HOSPITALIER
de la Côte Basque

Pilot'Âge

Plateforme Parcours direct
de la Personne Âgée
LIGNE HOSPILINE GERIATRIQUE



05 59 44 34 99
en tapant **3**

7 jours sur 7 de 8h30 à 18h30

L'objectif de cette plateforme est :

- De permettre une meilleure orientation de la personne âgée
- D'étudier les alternatives pour éviter un passage inapproprié aux urgences

Pour qui ?

- Médecin traitant
- Médecin coordinateur d'EHPAD
- Médecin hospitalier : SAMU centre 15/SAS
- SOS médecins

Pour quoi ?

- un avis gériatrique
- une orientation adaptée en fonction du recours aux soins nécessaires et des besoins de proximité
- une discussion bénéfice / risque de l'hospitalisation
- une programmation de l'hospitalisation si nécessaire (hospitalisation complète ou en hôpital de jour)
- une programmation d'un suivi : évaluation sur le lieu de vie avec l'Equipe Mobile à Orientation Gériatrique, la consultation gériatrique en externe, orientation vers le Dispositifs d'Appui à la Coordination
- Maintien à domicile avec mise en place, si nécessaire, d'aides et/ou renforcement des aides humaines et matérielles.



GHT GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE
NAVARRRE - CÔTE BASQUE

Annexe 5 : Article de la revue « Quoi de neuf à l'hôpital ? »

Pilot'Âge

PLATEFORME TÉLÉPHONIQUE DE COORDINATION DU PARCOURS DE SOINS DE LA PERSONNE ÂGÉE

Dans le cadre de la mise en place des mesures posées par le pacte de refondation des urgences et plus particulièrement la mesure 5, le Centre Hospitalier de la Côte Basque a mis en place une plateforme téléphonique de coordination du parcours de soins de la personne âgée, appelée Pilot'Âge.



Initialement ouverte aux médecins des EHPAD en juin dernier, elle s'adresse désormais à l'ensemble des professionnels médicaux du territoire, médecins traitants, les médecins de spécialités et médecins coordonnateurs d'EHPAD.

L'objectif de la plateforme est de favoriser les admissions directes depuis le domicile ou un EHPAD sans passage par les urgences et d'éviter les hospitalisations inutiles.

La plateforme vous permet d'échanger directement avec un gériatre sur la situation d'un patient à hospitaliser. Ainsi, il pourra être examiné en lien avec lui si l'hospitalisation est adaptée et l'éventualité d'une hospitalisation programmée directe. Les appels urgents restent gérés par le 15.

Si l'indication de l'hospitalisation n'est pas retenue, pour le maintien sur le lieu de vie, Pilot'Âge participe à la coordination du parcours de soins, à la mise en place du plan d'aides (IDE, kinésithérapeute) se met en relation avec les autres acteurs de la filière ou du secteur tels que l'Équipe Mobile de Gériatrie (EMOG) ou la DAC.

PORTEURS DE PROJETS À CONTACTER :

Dr LAMOULIATTE, Chef de pôle de la filière gériatrique

Mme FOURCADE, Directrice adjointe en charge du pôle filière gériatrique

Grâce à la Plateforme, vous pourrez ainsi obtenir :

- Un avis gériatrique
- Une orientation adaptée en fonction du recours aux soins nécessaires et des besoins de proximité
- Une discussion bénéfique/risque de l'hospitalisation
 - Une programmation de l'hospitalisation si nécessaire
 - Une programmation d'un suivi : évaluation sur le lieu de vie avec l'EMOG, consultation gériatrique en externe, orientation vers la DAC

L'équipe de Pilot'Âge est pluridisciplinaire. Elle se compose de médecins gériatres, d'infirmiers coordinateurs, d'un assistant social et d'assistants médico administratifs pour être en relais avec vous.

Vous pouvez joindre la plateforme et échanger avec un gériatre 7 jours sur 7 de 8 h 30 à 18 h 30 en appelant le : 05 59 44 34 99, en tapant 3.

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

Abstract

Evaluation of the efficiency of Pilot'âge, a phoning platform created by the Côte Basque Hospital Center for a better aged senior patient management in the geriatric service.

Introduction : Due to the ageing population trend our society is facing new health needs like increased patient hospitalization. Phoning platforms are being developed to strengthen the relationship between the city and hospital, to provide a geriatric expertise and to deal with direct admissions processes. The Côte Basque Hospital Center uses emergencies for direct admissions related to geriatric short-stay and this despite its bad effects for the patients. This is the reason why the Côte Basque Hospital Center implemented Pilot'âge, a phoning platform created for a better aged senior patient management from June 1st of 2022. The idea of Pilot'âge is to allow a more efficient coordination of the senior patient care pathway process in its geriatric service. What are the effects of Pilot'âge over the number and the quality of direct admissions in the geriatric short-stay in the Côte Basque Hospital Center ?

Method : Quantitative, monocentric, descriptive, observational and retrospective study including people aged 75 and over admitted to the Côte Basque Hospital Center for geriatric short-stay over the periods from June 1 to November 30, 2019 and 2022. Our primary endpoint was the proportion direct admissions.

Results : We did not show any significant difference in the proportion of direct admissions in geriatric short-stay of the Côte Basque Hospital Center for these periods. However, Pilot'âge has enabled an alternative to hospitalization for half of the calls.

Discussion: The proportion of direct admissions for geriatric short-stay did not increase during the first 6 months of operation of Pilot'âge, probably due to its gradual implementation and the inefficient communication. However, Pilot'âge has made it possible to avoid inappropriate hospitalizations by offering other alternatives.

Discipline : General medicine

Key words : care pathway, elderly, phoning platform, city-hospital link, direct admission, geriatric service, emergency

Medical science training and research unit : Bordeaux University (France)

Évaluation d'une plateforme téléphonique de coordination du parcours de soins de la personne âgée sur le mode d'admission en court séjour gériatrique du Centre Hospitalier de la Côte Basque.

Résumé :

Introduction : L'augmentation de la proportion de personnes âgées dans la population se traduit par une augmentation des besoins en santé, dont le recours à l'hospitalisation. Des permanences téléphoniques se développent pour renforcer le lien ville-hôpital, apporter une expertise gériatrique et favoriser les admissions directes. Au Centre Hospitalier de la Côte Basque (CHCB), le mode d'admission en court séjour gériatrique (CSG) se fait majoritairement par les urgences, malgré la connaissance des effets délétères pour le patient. Dans ce contexte, une plateforme téléphonique de coordination du parcours de soins de la personne âgée, Pilot'âge, a été mise en œuvre depuis le 1^{er} juin 2022. Cette mise en œuvre a-t-elle permis d'optimiser, en nombre et en qualité, les admissions directes en CSG du CHCB ?

Méthode : Étude quantitative, monocentrique, descriptive, observationnelle et rétrospective incluant les personnes âgées de 75 ans et plus admises en CSG du CHCB sur les périodes du 1^{er} juin au 30 novembre 2019 et 2022. Notre critère de jugement principal était la proportion d'admissions directes.

Résultats : Nous n'avons pas montré de différence significative quant à la proportion d'admissions directes en CSG pour ces périodes. Cependant, Pilot'âge a permis pour la moitié des appels une alternative à l'hospitalisation.

Discussion : La proportion d'admissions directes en CSG n'a pas augmenté durant les 6 premiers mois de fonctionnement de Pilot'âge, probablement du fait de sa mise en œuvre progressive et des modalités de communication utilisées peu optimisées. Toutefois, Pilot'âge a permis d'éviter des hospitalisations inappropriées en proposant d'autres alternatives.

Discipline : Médecine générale

Mots-clés : parcours de soins, personne âgée, plateforme téléphonique, lien ville-hôpital, admission directe, filière gériatrique, service d'accueil des urgences
