

Mémoire

Master M2 Pro

« Soins, santé et Société »

Universités de Caen et de Rouen

Année universitaire 2005-2006

Docteur Khaled KHLIFA

Directeur :

Professeur Xavier LECOUTOUR

Titre :

« Pertinence des admissions des personnes âgées aux Structures des Urgences* du Centre Hospitalo-universitaire de Caen »

(juin 2007)

* les mots : « les services d'accueil et de traitement des urgences » sont remplacés par les mots : « les structures des urgences » ; Décret no 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). NOR : *SANH0620664D*

PLAN

Introduction		3
Méthodologie		6
	Type d'étude	6
	Population	6
	Instrument de mesure : Grille AEPf « Aproprieteness evaluation protocol »	6
	Modalités de recueil des données	7
	Saisie et analyse	8
Résultats		9
Discussion		19
	Synthèse des principaux résultats	19
	Critique méthodologique	20
	Confrontation avec la littérature	20
	Proposition	24
Conclusion		27
Bibliographie		28
Annexes		30
	Grille AEP Admission	
	Masque de saisie	
	Mémoire en format PDF sur CD	

INTRODUCTION :

« Fac simulé » de la lettre de liaison pour l'hospitalisation de madame f B , 77 ans (avril 2007)

Docteur

MEDECINE GENERALE

14000 CAEN

Tél. : 02 31

Consultations sur rendez-vous
le matin de 10 h 30 à 12 h
l'après-midi de 16 h à 19 h

Chères Conscœurs,
Madame f B fait des chutes
à répétition (coincée derrière sa porte ce dimanche)
Elle souffre de gros troubles mnésiques et
démementiels dont le diagnostic exacte (Vasculaire,
métabolique, Alzheimer) n'a pas été fait par
refus de soins de la malade.
Elle a perdu toute autonomie, ne se
nourrit plus prend de façon anarchique ses
traitements* (dont AVK). Elle vit seule et
je crois qu'il est temps de faire les examens
nécessaires pour l'orienter vers une
structure adéquate.

Merci à bientôt

* selon mon livre

En cas d'urgence : composer le 15
Prière d'appeler avant 9 h pour les visites le matin.

Chères Conscœurs,

Madame f B fait des chutes à répétition (coincée derrière sa porte ce dimanche).

Elle souffre de gros troubles mnésiques et démentiels dont le diagnostic exacte (vasculaire, métabolique, Alzheimer) n'a pas été fait par refus de soins de la malade.

Elle a perdu toute autonomie, ne se nourrit plus prend de façon anarchique ses traitements* (dont AVK). Elle vit seule et je crois qu'il est temps de faire les examens nécessaires pour l'orienter vers une structure adéquate.

Merci à bientôt

Le vieillissement de la population en France est inéluctable, il constitue aujourd'hui un problème de santé publique majeur, dont les enjeux tant politiques qu'économiques sont considérables.

Au 1er janvier 2007, la France compte 21,1 % de personnes âgées de 60 ans ou plus contre 20,1 % dix ans auparavant. Au 1er janvier 2050, en supposant que les tendances démographiques récentes se maintiennent, la France métropolitaine compterait 70,0 millions d'habitants, soit 9,3 millions de plus qu'en 2005. En 2050, un habitant sur trois serait âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005. En 2050, 69 habitants seraient âgés de 60 ans ou plus pour 100 habitants de 20 à 59 ans, soit deux fois plus qu'en 2005. (1)

En Basse Normandie, le volet personnes âgées du SROS III vise à adapter l'offre de soins au vieillissement de la population, le maintien à domicile reste la priorité et l'hospitalisation, lorsqu'elle est indispensable, devra privilégier les filières courtes dans la perspective d'un retour rapide au domicile. La loi du 13 août 2004 confirme la place du médecin traitant au centre du dispositif de prise en charge. L'un des objectifs du SROS III, est la création de réseaux gérontologiques, en partenariat avec les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), afin d'assurer une prise en charge coordonnée, interdisciplinaire et pluriprofessionnelle des personnes âgées. (2)

C'est dire que tout est en place tant sur le plan législatif, organisationnel et logistique pour qu'un « réseau gérontologique ville hôpital » voit le jour autour de l'agglomération

Caennaise apportant une réponse rapide, efficace et adaptée au besoin d'aide et de soins de chaque personne âgée.

Ce travail a pour objectif de quantifier les passages non pertinents par les structures des urgences du CHU de Caen des personnes âgées et qui auraient pu bénéficier d'une filière gériatrique structurée autour de l'hôpital mais pas spécialement hospitalière évitant ainsi les hospitalisations à répétition et les présentations inutiles aux urgences tout en désengorgeant ces dernières.

METHODOLOGIE :

Type d'enquête :

Il s'agit d'une enquête prospective exhaustive sur une semaine, du 11 au 17 avril 2007.

Le choix de la période est arbitraire.

Population :

L'étude a concerné tout patient se présentant aux structures des urgences du CHU de Caen, durant la période choisie et étant âgé de 75 ans ou plus.

L'outil de recueil de données :

L'outil de recueil de données utilisé est l'**Appropriateness Evaluation Protocol** : (AEPf) (validé en France en 1991 par le Pr Davido) (3). Il a été appliqué à chaque patient correspondant aux critères d'inclusion. Il a permis d'évaluer la pertinence de l'admission aux structures des urgences en s'appuyant sur des grilles comportant des critères objectifs indépendants du diagnostic. Un patient est sélectionné lorsque il se présente aux urgences, hors admission programmée. La grille comprend 16 critères divisés en deux parties (cf. annexe 1), dix critères liés à l'état de sévérité clinique et six critères liés à la délivrance de soins, tous justifiant que le patient se trouve dans un hôpital de soins aigus, indépendamment du diagnostic principal.

L'admission est jugée pertinente si l'un des 16 critères de la grille AEPf est présent. Si aucun critère n'est présent, un expert peut néanmoins déclarer la journée pertinente, c'est la notion «*over-ride* » que nous traduisons par avis d'expert. Il s'agit de situations médicales ne

nécessitant pas d'intervention immédiate mais devant lesquelles le médecin ne peut prévoir l'évolution à très court terme.

Quand l'admission est déclarée non pertinente, il s'agit de comprendre les besoins des patients qui se présentent aux urgences, de trouver quel est le lieu d'hébergement le mieux adapté dans une situation idéale et d'analyser les causes des admissions. Quatre causes principales peuvent être distinguées, elles sont liées :

- à l'organisation des soins ;
- aux structures alternatives ;
- à la décision médicale ;
- au patient ou à sa famille.

Modalité de recueil des données :

Le dossier médical des structures des urgences du CHU de Caen est informatisé utilisant l'application « URQUAL », il est complet, il transcrit dès l'arrivée du patient toutes les informations administratives le concernant (nom, prénom, âge, sexe, médecin traitant, lettre de liaison...) ainsi que le motif de recours, il est complété durant le passage dans le service par les transcriptions infirmiers, l'observation médicale proprement dite et le devenir du patient.

Durant la semaine de l'étude, toute personne adressée aux structures des urgences âgées de 75 ans et plus est ainsi repérée dès son inscription. Une grille AEPf est établie avec un recueil quotidien des données pour chaque patient retenu. Le recueil des informations sur la grille a été fait par une même personne après l'avoir testée sur cinq dossiers avant le début de l'étude.

On s'est adressé au médecin ayant pris en charge le patient à chaque fois où il était nécessaire de compléter les informations de la grille et surtout concernant l'avis d'expert.

Saisie et analyse :

La saisie a été réalisée en utilisant un masque de saisie conçu par le logiciel « EpiData , Version 3.1 (120.306) » (Annexe 2). Le fichier informatique utilisé est strictement anonyme ne transcrivant aucune information ni sur l'identification des patients ni sur la date de l'étude.

L'analyse et les résultats ont été obtenus en utilisant le logiciel « EpiData Analysis Version 1.1 (Build 68) ».

RESULTATS :**Nombre total des patients vus aux structures des urgences durant la semaine d'étude :**

Semaine du 11 avril 2007 au 17 avril 2007.

Nombre de passages tous patients	Patients âgés de 75 ans et plus	Pourcentage
1202	202	16,8

Durant la semaine d'étude, nous avons enregistré en moyenne 170 passages, tous patients confondus, par jour. Près de 17 % de ces passages ont concerné des personnes âgées de 75 ans et plus, ce qui représente 202 personnes.

Population de l'étude : Age

Nombre de Patients	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
202	83	6	75	104

La moyenne d'âge des 202 personnes retenues est de 83 ans. La personne la plus âgée avait 104 ans.

Sexe : 1 : Masculin, 2 : Féminin.

Le sexe ratio est de : 1.19

Sexe	Nombre	Pourcentage
Féminin	110	54.46
Masculin	92	45.54
Total	202	100

Population totale de l'étude (par tranche d'Age) : N=202

Tranche d'âge	Nombre	Pourcentage
75 → 79	61	30.20
80 → 84	67	33.17
85 → 89	45	22.28
90 → 94	18	8.91
95 → 99	10	4.95
100 → 104	1	0.50
Total	202	100

Près de 70 % des personnes retenues avaient plus de 80 ans.

Pertinence des admissions aux structures des urgences :

Pertinence des admissions	Nombre	Pourcentage
Non pertinente	91	45.05
Pertinente	111	54.95
Total	202	100

Chaque jour aux structures des urgences du CHU de Caen, en moyenne, 13 admissions de personnes âgées sont jugées non pertinentes par la grille AEPf.

Durant la semaine, 91 personnes, soit près de la moitié des patients âgés, auraient pu être pris en charge par des structures autres que l'hôpital de soins aigus.

19 % des admissions pertinentes (N=21 sur 111) l'étaient par « Avis d'expert », n'ayant donc pas validé la Grille AEPf.. La moitié avait un « avis d'expert positif » pour surveillance clinique.

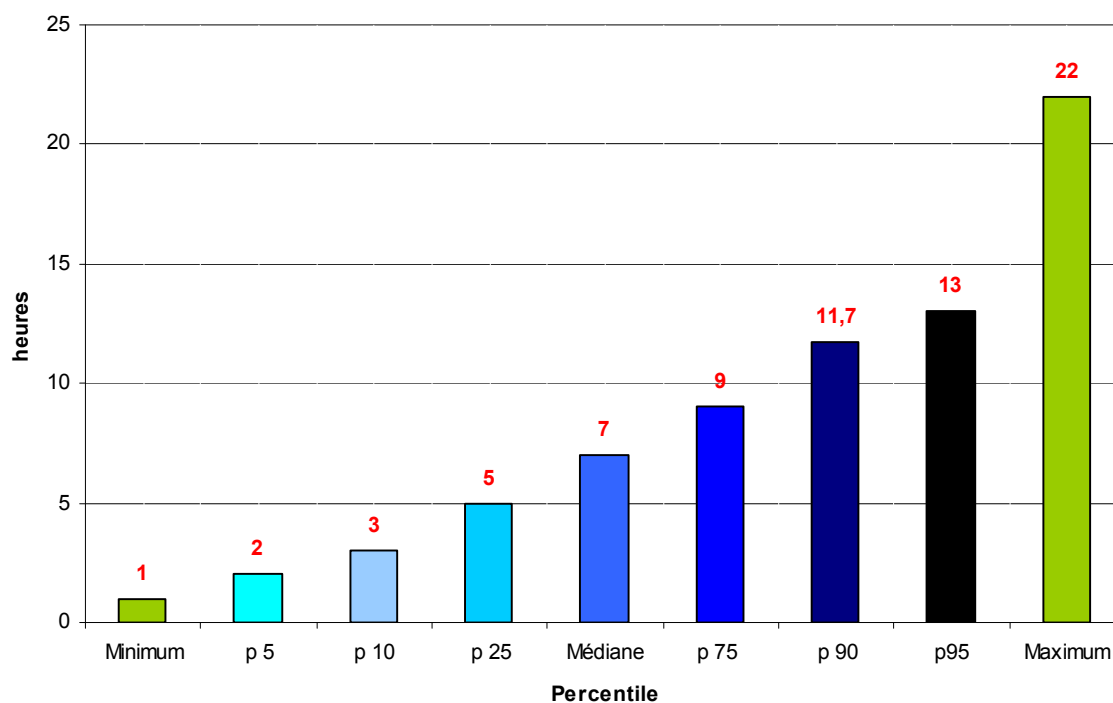
Pertinence des admissions par tranche d'âge : N=202

Tranche d'âge	Admission		Pourcentage de Non pertinence	Total
	Non pertinente	Pertinente		
75 → 79	22	39	36.1	61
80 → 84	31	36	46.3	67
85 → 89	24	21	53.3	45
90 → 94	11	7	61.1	18
95 → 104	3	8	27.3	11
Total	91	11	45	202

Plus l'âge est avancé, plus les admissions sont non pertinentes.

Durée de passage aux structures des urgences (en heures) : Population totale : N=202

Durée de Passage



La durée de passage des personnes âgées de l'étude est de 7 heures en moyenne, avec un maximum atteignant 22 heures. Cette durée de passage ne change pas quand l'admission est jugée non pertinente.

La durée moyenne de passage aux structures des urgences du CHU tout patient confondu durant l'année 2006 était de 3 heures.

Devenir des patients : Population totale : N=202

Destination	Admission		Total
	Non pertinente	Pertinente	
Bloc Urgences	0	3	3
Cardiologie	0	16	16
Chirurgie viscérale	1	15	16
Chirurgie Orthopédique	1	9	10
Dermatologie	4	2	6
Endocrinologie	1	1	2
Gastrologie	3	6	9
Hématologie	1	2	3
Maladies infectieuses	0	2	2
Médecine générale	17	12	29
Neurologie	3	11	14
Pneumologie	1	2	3
Réanimation	0	1	1
Rhumatologie	4	0	4
Gériatrie	11	10	21
Miséricorde	4	1	5
UHCD	12	7	19
DCD	0	1	1
Total	91	111	202

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

Principaux soins et services dont le patient à besoin :

B - Quels sont les principaux soins ou services dont le patient a besoin dans l'immédiat ? (plusieurs réponses possibles)		Nb
1	Avis diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision	87
2	Procédure diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision	62
3	Surveillance thérapeutique ou clinique rapprochée pendant quelques heures	3
4	Éducation sanitaire	0
5	Soutien psychologique	0
6	Aide sociale	8
7	Aucun soin ni aucun service	5
Total admissions non pertinentes		91

Pour cette question, on décrit les principaux soins et services effectivement rendus au patient par l'établissement, en dehors des raisons retrouvées dans la grille de l'AEPf. Cette question cherche à identifier les besoins du patient auxquels l'établissement répond de façon active lorsque l'admission est décidée, même si ces services pourraient éventuellement être rendus par d'autres structures. Ainsi dans 95,6 % des cas il y avait un avis diagnostique ou thérapeutique à fournir et dans 68 % des cas une procédure telle que les examens de laboratoires et les examens radiologiques.

Soins ou services dont le patient à besoin responsables de l'admission:

C - Parmi les principaux soins ou services dont le patient a besoin dans l'immédiat, quel est celui qui est responsable de son admission ? (Le patient est admis car il a besoin de ce soin ou service spécifique) (une seule réponse – voir codage de la question B)		Nb
1	Avis diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision	21
2	Procédure diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision	52
3	Surveillance thérapeutique ou clinique rapprochée pendant quelques heures	2
4	Éducation sanitaire	0
5	Soutien psychologique	0
6	Aide sociale	5
7	Aucun soin ni aucun service	5
Total admissions non pertinentes		91

Dans 23 % des cas l'admission non pertinente a été justifiée par un avis diagnostique ou thérapeutique, avis qui aurait pu être demandé en consultation de gériatrie ou spécialisée, permettant le maintien à domicile de la personne âgée.

Dans les deux tiers des cas, le patient a été adressé aux structures des urgences pour une procédure diagnostique, telle qu'une analyse biologique ou un examen radiologique. Ces procédures peuvent être demandées à titre externe à l'hôpital, évitant le déplacement vers ce dernier et encore plus une hospitalisation inutile.

A noter que cinq personnes n'avaient besoin ni de soins ni de services, mais adressés malgré tout aux urgences.

Lieu d'hébergement :

D - Quel lieu d'hébergement serait le mieux adapté pour prendre en charge le patient aujourd'hui (jour de l'admission) compte tenu de son état de santé, de sa situation socio-économiques et familiale ? (une seule réponse possible) Nb

1. Le domicile :

1.1 sans aide.....	26
1.2 avec aide non médicale (ménagère.....)	29
1.3 avec aide médicale ou paramédicale (soins infirmiers « légers » et/ou une surveillance médicale non spécialisée occasionnelle pendant la journée).....	11
1.4 avec aide médicale ou paramédicale soutenue (soins infirmiers « lourds » et/ou une surveillance médicale régulière, nuit et WE compris).....	0

2. Une structure d'hébergement :

2.1 non médicalisée de proximité (ex. hôtel proche de l'hôpital).....	4
2.2 non médicalisée pouvant être éloignée de l'hôpital.....	2
2.3 avec soins médicaux et/ou paramédicaux (aide à la vie quotidienne, soins infirmiers, kinésithérapie).....	14
2.4 médicalisée.....	5

3. L'hôpital (établissement de court séjour).....	0
---	---

1 - Le domicile : 66 (72.5 %)

2 - Une structure d'hébergement : 25 (27.5 %)

3 - L'Hôpital : 0 %

Quand on sait que pour cette question on aborde le lieu d'hébergement qui serait envisageable, compte tenu du contexte et dans une situation idéale (disponibilité, existence des structures) mais réaliste (environnement familial et socio-économique), pour accueillir le patient le jour de son passage, « à la place » de l'établissement de santé, la réponse est sans appel : les trois quarts des personnes âgées, présentes aux structures des urgences dont

l'admission aux structures des urgences est non pertinente, n'auraient pas dû quitter leur domicile et le quart restant serait mieux dans une structure d'hébergement.

Aucune de ces personnes ne devait être hospitalisée.

Les raisons principales expliquant l'admission aux structures des urgences:

E - Quelle est la raison principale expliquant l'admission ? (une seule réponse possible)	Nb
→ L'hôpital n'est pas le lieu le mieux adapté (vous n'avez pas répondu 3 à la question D)	
1. Organisation des soins	
1.1 Attente d'un avis diagnostique ou thérapeutique au sein de cette structure.....	8
1.2 Attente d'un avis d'expert (ressource externe aux urgences).....	3
1.3 Attente d'une procédure diagnostique ou thérapeutique au sein de cette structure.....	1
1.4 Attente d'une procédure diagnostique ou thérapeutique dans une autre structure.....	1
1.5 Manque de personnel aux urgences pour une surveillance rapprochée d'un patient pendant plusieurs heures.....	0
2. Service de relais	
2.1 Indisponible (places ou rendez-vous non disponibles).....	0
2.2 Inaccessible (isolement géographique, situation socio-économique du patient).....	0
2.3 Inexistant ou inconnu.....	15
3. Décision médicale	
3.1 Attente d'avis d'expert (senior indisponible).....	0
3.2 Demande expresse du médecin de ville.....	52
3.3 Attente d'un avis collégial (concertation avec les services cliniques et médico-techniques).....	0
4. Raisons liées au patient ou à sa famille	
4.1 Risque de non-observance des prescriptions (traitement, examens.....)	0
4.2 Décision du patient et/ou sa famille.....	10
4.3 Retour à domicile transitoirement impossible (heure tardive, week-end) compte tenu du contexte social ou de l'âge.....	1

Quatre causes principales peuvent être distinguées, elles sont liées :

- à l'organisation des soins : N=13 (14,2 %)
- aux structures alternatives : N=15 (16,5 %)
- à la décision médicale : N=52 (57,1 %)
- au patient ou à sa famille : N=11 (12,1 %)

Dans plus de la moitié des cas le médecin de ville a demandé à ce que le patient soit impérativement hospitalisé estimant que la prise en charge au domicile est impossible à ce moment-là (cf. fac simulé en introduction)

Pour 15 % des personnes âgées il s'agit d'une structure d'accueil ou d'une fonction de soins correspondant aux besoins du patient inexistante selon les connaissances actuelles des différents intervenants.

DISCUSSION :

1) Synthèse des principaux résultats :

Durant l'année 2006, les structures des urgences du CHU ont enregistré 53 701 passages, soit une moyenne de 147 passages par jour. 42% de ces passages ont été suivis d'une hospitalisation, ce qui est le taux d'hospitalisation le plus élevé de la région (10). L'activité du service a enregistré une augmentation d'activité de 5,8 % par rapport à l'année 2005 (10).

Tout porte à croire que cette augmentation d'activité se confirme pour l'année en cours, nous avons ainsi enregistré, en moyenne, 170 passages par jour durant la semaine de notre étude, dont 17 % ont concerné des personnes âgées (PA) de 75 ans et plus, soit 28 personnes en moyenne quotidiennement.

Près de la moitié de ces personnes âgées aurait du être prise en charge par des structures autres que l'hôpital de soins aigus. La quasi-totalité n'avait besoin que d'un avis diagnostic et près de 70 % d'entre eux n'avaient besoin, en plus, que d'un examen de laboratoire ou de radiologie. Ainsi une unité de soins aigus a rendu des services pouvant être dispensés par d'autres structures telle qu'une consultation spécialisée ou un laboratoire de ville.

Dans 57% des cas le fait de se retrouver aux structures des urgences du CHU était dû à une décision médicale, et dans seulement 12 % des cas c'était le patient ou sa famille qui ont souhaité consulter aux urgences. Pour tous les autres cas, il s'agissait d'une conséquence de l'organisation des soins dans l'agglomération caennaise ou de difficultés liées aux structures alternatives. Toutes ces raisons font qu'aujourd'hui se sont les structures des urgences qui soient la seule réponse aux besoins d'une personne âgée qu'ils soient médicaux ou non ou qu'ils soient urgents ou non.

2) critique méthodologique :

La méthode « revue de pertinence des soins », parrainée par la Haute Autorité de la Santé (5), appliquée aux admissions est une méthode d'amélioration de la qualité qui permet de repérer les admissions non pertinentes, de rechercher les causes qui expliquent ces admissions non pertinentes et de mettre en place des plans d'actions pour améliorer la prise en charge de ces patients. Nous avons utilisé cette méthode validée, spécifiquement à la prise en charge des personnes âgées aux structures des urgences du Centre Hospitalo-Universitaire de Caen, afin de prouver, par la réalité des chiffres, le dysfonctionnement persistant dans la prise en charge des personnes âgées dans l'agglomération Caennaise malgré la législation en vigueur (8), la recommandation de tutelle SROS III (2), la présence de structures spécialisées telle que le CLIC (6) et la publication de travaux scientifiques récents montrant l'intérêt d'un pôle d'évaluation gériatrique standardisé au CHU de Caen (3) (4).

3) Confrontation avec la littérature :

Sachant que le Calvados connaît le vieillissement le plus soutenu de sa population parmi les trois départements bas-normands (1), que le nombre de personnes âgées dépendantes augmenterait plus vite que celui des personnes âgées de 50 à 79 ans (4) et que 56 % des demandes d'admission en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) émanent des médecins hospitaliers(3), il est évident que le recours aux établissements hospitaliers et en l'occurrence aux structures des urgences en premier pour la prise en charge de tout besoin des PA est un comportement à changer au plus vite auprès des médecins traitants qui sont appelés à être les premiers à entamer cette démarche (8).

Près d'une centaine de personnes âgées, dont l'admission est déclarée non pertinente par l'outil AEPf, transite inutilement chaque semaine par les structures des urgences du CHU de Caen, alors que notre étude démontre que le lieu le mieux adapté pour prendre en charge ces patients le jour de leur admission aux structures des urgences était le domicile dans 72,5 % des cas. Ceci conforte l'orientation actuelle de prise en charge des PA qui favorise le maintien à domicile (3) (7) (8) (9) (11) et incite le médecin traitant à avoir recours aux institutions spécialisées en utilisant le « réseau ville – Hôpital » (4) (6) (9).

La cours des comptes dans son dernier rapport public de février 2007 (11), souligne que la proportion importante de personnes âgées a des conséquences sur l'organisation des services d'urgence : elle augmente sensiblement leur charge de travail, mais elle traduit surtout l'échec d'un suivi global adapté aux problèmes de santé des PA. La Cours l'a souligné depuis son rapport de 2003 en recommandant le développement des filières gériatriques et dont les principes d'organisation ont été définis dans une circulaire du 18 mars 2002.

A Poitiers (9), il existe une expérience réussie de la filière gériatrique, elle est basée sur sa composition variée regroupant un panel de structures de soins :

- lits de médecine gériatrique,
- de soins de suite,
- consultations généralistes et spécialisées,
- hôpital de jour,
- secteur de long séjour spécialisé pour les patients présentant des troubles de comportement

Le tout fonctionnant sur trois niveaux:

- un hôpital de jour pour soulager les familles,
- des consultations gériatriques en amont pour prévenir les situations d'urgences

- et une équipe mobile qui se rend au chevet des patients.

Cette expérience de Poitiers est basée aussi, sur une cohérence et une continuité des soins essentielle à la prise en charge globale et personnalisée du patient poly pathologique âgé. Elle démontre qu'une filière sans réseau est incomplète et qu'un réseau sans filière est moins efficace (9).

Pour illustrer cette dernière idée, prenons un deuxième exemple autre que celui cité en introduction. Le cas de madame X adressée par son médecin traitant aux structures des urgences du CHU de Caen, elle a fait une chute de sa hauteur au domicile, adressée ainsi aux structures des urgences à juste titre pour prise en charge d'une fracture non déplacée de la tête humérale droite. L'indication chirurgicale n'a pas été retenue pour cette patiente âgée de 89 ans aux lourds antécédents cardiaques et un traitement orthopédique par une immobilisation plâtrée a été décidé. Son retour au domicile est la solution idéale, mais voilà que se pose le problème de qui va l'aider dans les tâches de base de tous les jours n'étant plus capable d'y subvenir vu son handicap physique suite à ce traumatisme ?

Le médecin des urgences, aidé par l'infirmière, contacte le « CLIC » de Caen par téléphone et est renvoyé sans appel à l'assistante sociale du CHU. Cette dernière n'a pu qu'indiquer l'hospitalisation de la patiente en attendant les démarches nécessaires pour un retour au domicile avec l'aide adaptée. Nous avons ainsi assisté à une « hospitalisation non pertinente » de madame X.

Pour cet exemple vécu, les différents intervenants constituant le **réseau** de prise en charge existe bien, il est constitué par :

- le médecin traitant qui a adressé la patiente
- Le CHU de Caen représenté par sa structure des urgences et son service social chacun dans son domaine d'intervention

- Le CLIC de Caen sollicité directement

Quant a la **filière**, qui est définie par le dictionnaire « Larousse » comme une « ...suite obligée de formalités pour obtenir un résultat, et en l'occurrence dans ce cas le retour au domicile de Madame X dès la fin de la prise en charge médicale aux urgences, elle n'a pas fonctionné car inexistante.

La filière a pour missions essentielles l'accès aux soins aigus en cas de besoin, la continuité des prises en charge sanitaires et l'assurance d'une prise en charge adaptée aux besoins de la PA. Les composantes de la filière, ou réseau, sont classées en deux pôles selon la conférence de consensus de prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux structures des urgences (7) :

1- Pôles hospitaliers :

- a. Equipe mobile gériatrique
- b. Court séjour gériatrique
- c. Hôpital de jour gériatrique
- d. Consultation gériatrique avancée
- e. Pôle d'évaluation
- f. Consultation mémoire
- g. Soins de suite et rééducation gériatrique
- h. Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes et unités de soins de longue durée

2- Domicile de la personne âgée :

- a. Le médecin traitant
- b. Le Comité Locale d'Information et de Communication
- c. Les paramédicaux libéraux

- d. Les Services de Soins Infirmiers à Domicile
- e. Les associations d'aide à domicile.

Cette idée de prise en charge globale est retrouvée dans un deuxième exemple de filière gériatrique réussie, celui du Centre Régional d'Evaluation Gérontologique du CHU de Rouen (CREG) (4). Dans cet exemple la structure des urgences joue un rôle important d'évaluation, puis d'orientation vers la structure gériatrique la plus adaptée et même vers un suivi ambulatoire. Or au CHU de Caen, nous n'avons relevé aucune activité de ce genre dans la prise en charge dite « globale » des PA, il y a une absence totale de coordination, de toute action médicale et sociale ou autre en relation avec ce principe de prise en charge globale pourtant bien décrit dans la conférence de consensus (7).

Cette dernière datant de 2003, reconnaît elle aussi la complexité de la prise en charge des PA aux structures des urgences et préconise une batterie de test et de score d'évaluation de la pertinence d'une hospitalisation et encourage l'activation du « réseau gérontologique ville hôpital » permettant de mieux organiser le retour vers la structure de vie d'origine de la PA.

4) Proposition :

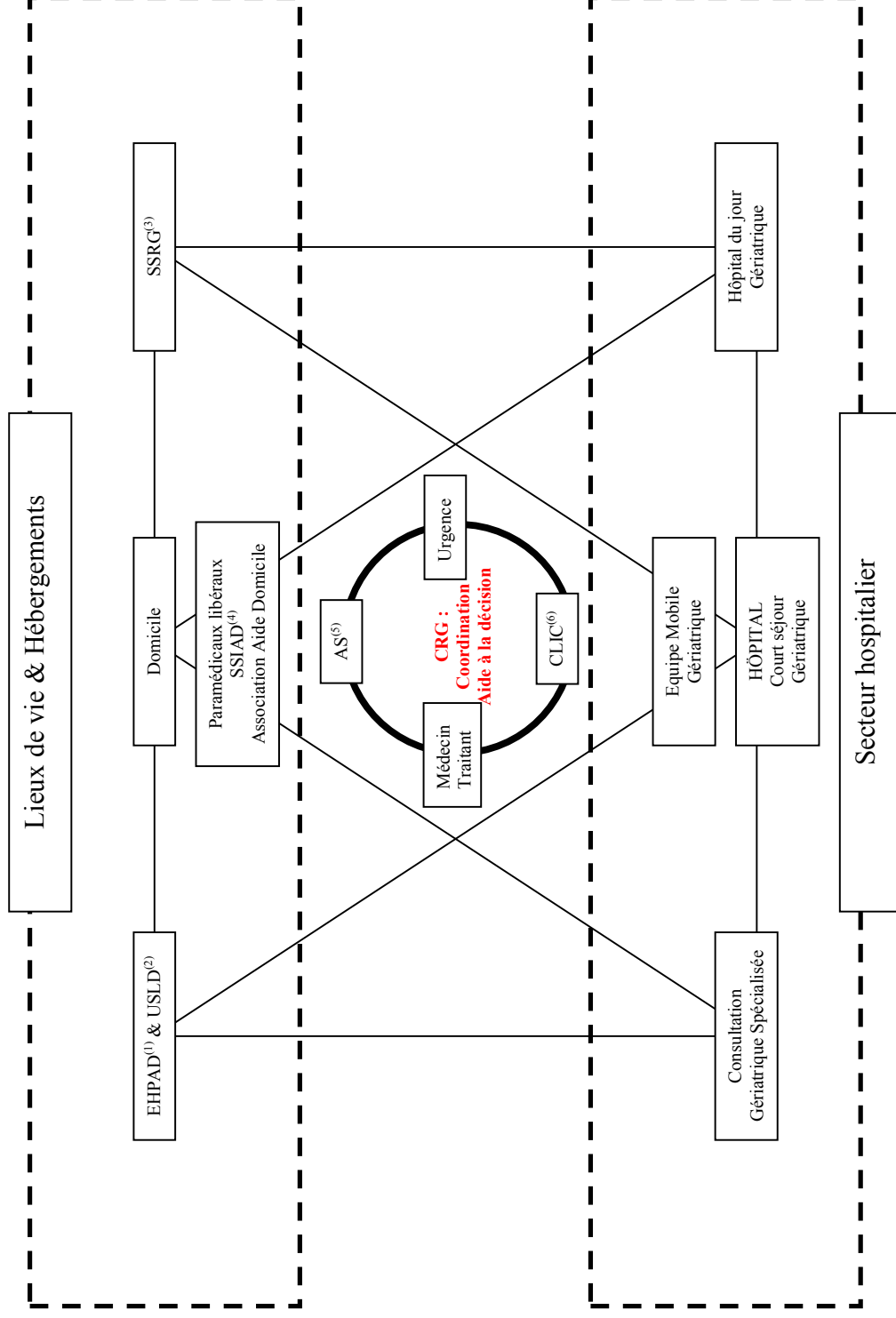
Dans l'agglomération caennaise le réseau gériatrique avec toutes ses composantes est réel, le hic concerne la filière dont les rouages font défaut. L'hôpital, et en première ligne les structures des urgences prennent en charge tous les problèmes des personnes âgées alors qu'il ne sont sensés prendre en charge que les « pathologies médicales » et non les « pathologies sociales ». Il y a inadéquation quand une structure hospitalière avec un personnel médical spécialisée prend en charge un problème d'hébergement sans relation avec des soins médicaux aigus d'une PA. Le coût exorbitant de la prise en charge de cette dernière est disproportionné par rapport au besoin réel de la PA sans oublier les dysfonctionnements engendrés à savoir l'encombrement des structures des urgences et l'occupation inappropriée des lits d'hôpital

(11). Ce sont actuellement les structures des urgences qui subissent les dits dysfonctionnements du système de prise en charge global des PA avec des conséquences économiques et sociales délétères.

Pour être efficient dans la prise en charge des PA, il est primordial, qu'entre professionnels, de parler le même langage, basé sur un seul et même objectif : « le maintien à domicile des P.A.. » et édifié autour de trois principes simples :

1. L'hôpital doit répondre uniquement à un besoin de prise en charge médicale aigu indisponible sur les lieux habituels d'hébergement.
2. Séparer le secteur « Hébergement » de celui « Hospitalier »
3. Installer une coordination et une aide à la décision opérationnelle 24h sur 24 : Le Centre de Régulation Gériatrique : Le « **SAMU Gériatrique** » selon le schéma suivant :

Le SAMU Gériatrique : Centre de Régulation Gériatrique (CRG)



(1)-EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

(2)-USLD : Unité de Soins de Longue Durée

(3)-SSRG : Soins de Suite et Rééducation Gériatrique

(4)-SSIAD : Service de soins Infirmiers à Domicile

(5)-AS : Assistante Sociale

(6)-CLIC : Comité Local d'Information et de Communication

CONCLUSION :

Ce travail a prouvé que la prise en charge globale des Personnes Agées à Caen est, à ce jour, défailante. En dépit de l'encombrement des structures des urgences et au delà de l'occupation inappropriée des lits d'hospitalisation, de la prolongation des durées de séjours hospitaliers et du coût de cette prise en charge, on continue à recevoir aux structures des urgences du CHU de Caen près d'une centaine de PA par semaine alors qu'on aurait pu faire autrement.

Les structures adaptées hospitalières et extrahospitalières existent à Caen, les composantes du réseau de prise en charge des personnes âgées sont en place, mais la filière et la régulation de cette prise en charge ne sont pas opérationnelles.

Il est impératif de simplifier la prise en charge des PA en parlant le même langage et en pensant un seul objectif : « Maintient à domicile ».

Il faut séparer la prise en charge hospitalière pour des soins aigus, indisponibles autrement, de celle possible à domicile où sur les lieux de vie de la PA.

Il faut mettre en place une Régulation gériatrique pour piloter le processus de prise en charge globale de la PA de la manière la plus urgente possible, la plus adaptée possible au besoin de la PA et la plus économique possible tout en veillant sur la santé et le bien être de la PA.

En attendant selon le dernier rapport de la cours des comptes, au moment où vous lisez ce travail, chaque passage aux structures des urgences coûte à la collectivité 262,86 €.euros. Durant notre semaine d'étude près de 100 personnes âgées ont été admises aux structures des urgences pour l'équivalent de 26000 Euros, pour « rien ». Nous sommes en juin 2007.

BIBLIOGRAPHIE :

1- Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 - La population continue de croître et le vieillissement se poursuit

Isabelle Robert-Bobée, Insee Première n°1089 - juillet 2006

2- Schéma régional de l'organisation sanitaire de Basse Normandie : Arrêté du SROS III signé le 22 mars 2006. [http://www.parhtage.sante.fr/re7/bno/site.nsf/\(webpub\)/SROS](http://www.parhtage.sante.fr/re7/bno/site.nsf/(webpub)/SROS)

(Consulté le 18 mai 2007)

3- LACOTTE Caroline

Les motifs d'entrée en institution pour une personne âgée : Etude menée auprès de trente et un résidents admis au cours des quatre derniers mois de l'année 2006 dans différents établissements recensés par le centre local d'Information et de Coordination (C.L.I.C.) de Caen

Th : Méd : Caen : 2006

4-TACKIN Mustapha

Réflexion stratégique locale à propos de la création d'un pôle d'évaluation gérontologique au CHU de caen.

Th : Méd : Caen : 2006

5- Haute Autorité de la santé

Revue de pertinence des soins. Application aux admissions et aux journées d'hospitalisation. Novembre 2004.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Revue_pertinence_soins_guide.pdf

(Consulté le 10 avril 2007)

6- AWADE Reine.

Rapport d'activité 2005. CLIC de l'agglomération Caennaise. 58 pages.

7- 10 ème conférence de consensus : Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. Société Francophone de médecine d'Urgence – La personne âgée aux urgences. 5 Décembre 2003 – Strasbourg.

8- LOI n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

J.O n° 190 du 17 août 2004 page 14545

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=INTX0300078L>

9- PARNAUDEAU Maud

Grand âge, A Poitiers, une prise en charge globale.

La Gazette Santé-Social, N° 29 – Avril 2007, pages 32-33

10 –Bilan d'activité du DATU 2006. Présenté publiquement en réunion de service le jeudi 18 janvier 2007.

11- Cour des comptes - **Rapport public annuel** - 08 février 2007

Les urgences médicales : constats et évolution récente

<http://www.ccomptes.fr/CC/documents/RPA/12UrgencesMedicales.pdf>

(Consulté le 30 mai 2007)

Annexe 1 : Grille AEPf. (5)

Annexe 2 : Masque de saisie

EpiData 3.1 - [AEPADMISSION.rec]

Fichier Aller à Filtre Fenêtre Aide

 * PERTINENCE DES ADMISSIONS DES PERSONNES AGEES AUX URGENCES DU CHU *

identifiant jour

ipp sexe age harrivee marree hsortie msortie

mduree hduree destination:

aepclinique:

n1a n2a n3a n4a n5a n6a n7a n8a n9a n10a

aepsoins

n1b n2b n3b n4b n5b n6b

aep pertinence : OUI NON avisexpert: OUI NON raison

Soins services avec besoin immediat:

n1soins n2soins n3soins n4soins n5soins n6soins n7soins

besoins repsonsable de l'admission:

hebergement le mieux adapté:

raisonl principale expliquant l'admission:

admission PERTINENTE

FIN DE SAISIE

Nouveau202

jour Alpha: + ou F9 pour choisir Longueur: 10