



**UNIVERSITÉ DE LILLE**  
**DÉPARTEMENT FACULTAIRE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
**Année 2023**

**MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER EN  
PRATIQUE AVANCÉE**

**MENTION PATHOLOGIES CHRONIQUES STABILISÉES ; PRÉVENTION ET  
POLYPATHOLOGIES COURANTES EN SOINS PRIMAIRES**

Analyse de pratique professionnelle  
**Analyse du parcours du patient de plus de 75 ans usager itératif des urgences.**  
*Cartographie et analyse du processus de retour à domicile suite au 4ème passage  
aux urgences.*

**Présenté et soutenu publiquement le 06 juillet 2023 à 08 h 00  
au pôle formation**

**par Léo LE COLLETER**

**MEMBRES DU JURY**

**Président : Monsieur le Professeur Ali AMAD**

**Infirmière : Mme Véronique KOZLOWSZKI**

**Directeur de mémoire : Monsieur le Professeur François PUISIEUX**



## **REMERCIEMENTS**

Je remercie le Pr PUISIEUX pour l'opportunité qu'il m'a donnée de faire ce stage de deuxième année dans la construction du poste innovant d'infirmier expert en gérontologie. Ce fut un enrichissement autant professionnel que personnel qui a fait évoluer ma vision du soin. Je le remercie également pour son suivi et ses précieux conseils tout au long de ce travail de recherche.

Je remercie sincèrement ma famille et mes amis pour leur soutien et leurs encouragements pendant mes études, ils ont été d'une aide précieuse.

Je remercie également tous mes camarades de promotion, plus particulièrement Karine, Sabine et Dorothée. Nous voguions sur le même vaisseau et avons su traverser cette aventure ensemble, ce fut une belle expérience que je n'oublierai pas.

Je remercie la faculté, son personnel et l'ensemble des professeurs qui ont servi un enseignement de qualité. Il m'a permis de grandir professionnellement et personnellement. Ces études furent indéniablement un bel enrichissement et j'espère dorénavant pouvoir le transmettre dans ma pratique soignante.

Merci à eux et tous les autres car nous n'avancions jamais seul.

## **LEXIQUE**

HPE : Hospitalisation Potentiellement Évitable

RH30 : Indicateur de ré-hospitalisation à 30 jours.

GIR: Groupe Iso-Ressource

HCSP: Haut Conseil de Santé Publique

ALD: Affection Longue Durée

PPS: Plan Personnalisé en Santé

HCAAM: Haut Conseil de l'Avenir de l'Assurance Maladie

ANAP: Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux.

EGS: Evaluation Globale Standardisée

EGG: Evaluation Gériatrique Globale

IPA: Infirmier(e) en pratique avancée

PMSA: Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Âgé

ARS: Agence Régionale de Santé

CHRU: Centre Hospitalier Régional Universitaire

CTA: Coordination Territoriales d'Appui

DAC: Dispositif d'Appui à la Coordination

CLIC: Centre Local d'Information et de Coordination

SAS: Service d'Accès aux Soins

MSP: Maison de Santé Pluriprofessionnelle

EMG: Equipe Mobile de Gériatrie

UPUG: Unité Post Urgence Gériatrique

RAD: Retour à Domicile

MT: Médecin Traitant

IDE: Infirmière Diplômée d'Etat

CPTS: Communauté Professionnelle Territoriale de Santé.

PPS: Plan Personnalisé en santé.

PPCS: Plan Personnalisé de Coordination en Santé.

CPAM: Caisse Primaire d'Assurance Maladie

RCP: Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

HAS : Haute Autorité de Santé

EGED : Equipe Gériatrique d'Expertise à Domicile

IEG : Infirmier(e) expert(e) en gérontologie

RSCA : Récit de Situation Complexe et Authentique

CSNP : Centre de Soins Non Programmés

GRREC : Guide Régional Des Ressources d'Expertises et des Coordinations

DLU : Dossier de Liaison d'Urgence

## **SOMMAIRE**

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	
<b>LEXIQUE</b> .....	
<b>I - PRÉAMBULE</b> .....	<b>1</b>
<b>II - INTRODUCTION</b> .....	<b>2</b>
a) CONSTAT .....	2
b) LE PROCESSUS DE VIEILLISSEMENT .....	4
c) DÉFINITION DES POLYPATHOLOGIES .....	6
d) LE PARCOURS DE LA PERSONNE AGÉE.....	7
<b>III – MÉTHODE</b> .....	<b>11</b>
a) RÉCIT DE SITUATION COMPLEXE ET AUTHENTIQUE .....	11
b) LES ENTRETIENS.....	19
<b>IV - RÉSULTATS ET ANALYSE</b> .....	<b>20</b>
a) DESCRIPTIF DU PROCESSUS .....	20
b) CARTOGRAPHIE DU PROCESSUS .....	21
c) CARTOGRAPHIE DES RISQUES .....	23
d) MATRICE DE CRITICITÉ.....	37
<b>V - DISCUSSION</b> .....	<b>38</b>
a) LES RISQUES PRIORITAIRES.....	38
b) LES RISQUES MODÉRÉS .....	39
<b>VI - CONCLUSION</b> .....	<b>49</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	
<b>ANNEXE</b> .....	

## I - PRÉAMBULE

La société, comme les individus qui la composent, évolue. Le système de santé, dans cette dynamique, se doit lui aussi d'évoluer s'il veut être en capacité de répondre aux besoins de la population.

La tendance actuelle est à un vieillissement de la population mondiale et, d'ici 2050, celle des plus de 65 ans aura doublé atteignant 1.5 milliard d'individus (45). La France suit cette tendance. Elle n'est certes pas le pays le plus vieillissant, mais avec l'espérance de vie qui s'allonge et l'arrivée en âge avancé de la génération des baby boomer, 28% de sa population aura plus de 65 ans d'ici 2070 contre environ 20% aujourd'hui. « *La quasi-totalité de la hausse de la population d'ici 2070 concernerait les personnes âgées de 65 ans ou plus, avec une augmentation particulièrement forte pour les personnes de 75 ans ou plus* » (46).

Faire avancer le soin et ses conceptions devient une nécessité. L'évolution de nos pratiques, de nos structures qui prennent en soin la population gériatrique devient un objectif de premier plan de nos politiques de santé. L'intégration des caractéristiques du prendre soin gériatrique dans nos pratiques et nos structures de soin est un impératif.

Il nous faut être en capacité de soutenir les enjeux de soin inhérents à cette population aux besoins si complexes et si sensibles. Notre système de soins, nos structures et notre prise en soin doivent évoluer pour être le reflet de cette sensibilité et de cette complexité. Avancer encore plus loin dans la construction et le développement de nos conceptions de santé.

Les théories du soin et nos structures de soins sont un miroir de la complexité humaine et de sa dynamique. La prise en compte de cette dynamique, de cette complexité et des caractéristiques propres aux individus dans notre système de soin tend à construire une réponse de soin adaptée, et efficace aux problématiques de ces populations.

C'est dans cet élan que j'ai réalisé ce travail de recherche. Il a pour point de départ mon stage en deuxième année où l'on m'a proposé d'aider à la construction du poste d'infirmier expert en gérontologie qui, par son action, tente de réduire les passages évitables aux urgences de personnes âgées. Ce travail se concentre donc sur la population gériatrique et plus particulièrement sur les points de rupture de leur parcours de soin favorisant un nouveau passage évitable.

Dans ce travail, il m'a été possible de formuler une réponse à cette problématique via mes recherches théoriques, mon récit de situations complexes et authentiques et une analyse de processus. Ainsi tout au long de ce travail, j'ai tenté de construire une réflexion analytique et objective afin de proposer une solution cohérente. Une solution qui tente de refléter la complexité du parcours de soin, de nos structures et de la réalité du terrain.

## II - INTRODUCTION

### a) CONSTAT

#### *Cartographie de la population (30) :*

La zone Métropole Flandres compte 1 137 938 habitants avec un accroissement de population de 13% par rapport à 1975. L'indice de vieillissement dans la région est de 69 en moyenne ce qui montre un résultat en faveur d'un accroissement de la population de 65 et plus par rapport aux jeunes de moins de 20 ans au niveau régional.

La métropole européenne de Lille compte 1 179 050 habitants et représente le territoire le plus densément peuplé de la zone Métropole-Flandres. L'indice de vieillissement y est plus faible que dans la région autour de 55.5.

211 642 personnes vivent dans la zone métropole Flandres âgée de 65 ans et plus dont 95 975 personnes âgées de 75 ans et plus. Depuis 1975, on note un accroissement démographique de 105% des 75 ans et plus dans la zone Métropole Flandres et 127.8% dans la région. 40 038 des 75 ans et plus vivent seuls à domicile :  $\frac{3}{4}$  sont des femmes pour  $\frac{1}{4}$  d'hommes. 8481 sont en E.H.P.A.D : les 85 à 95 ans sont largement majoritaires, suivis des 75 à 84 ans puis par les 96 ans et plus. Au niveau dépendance, les E.H.P.A.D prennent en soin majoritairement des GIR 2 puis GIR 4, GIR 3 et GIR 1.

#### *Spécificités des orientations des usagers itératifs des urgences (27)*

On constate que, sur un jour donné, les patients âgés de 75 ans et plus représentent 12% des passages aux urgences. 44% sont âgés de 84 ans et plus. L'admission au service des urgences survient souvent par cause médicale souvent associée à une cause sociale ce qui est dû à une augmentation de la complexité des problèmes de santé mais aussi de la fragilité physique, psychique et socio-économique.

#### *Les modalités d'arrivée aux urgences des plus de 75 ans (27)*

Globalement, la plupart des patients de 75 ans et plus arrivent de leur domicile (quasiment la même proportion entre ceux qui sont seuls ou non), 14% proviennent d'une institution.

Celles plus intégrées dans le système de soins entreprennent des démarches par rapport à leur état de santé et 4 fois sur 5, elles ont fait appel à un médecin (consultation ou téléphone). Au final,  $\frac{1}{5}$  des patients âgés qui ont fait un passage aux urgences sont adressés par un médecin libéral (dans 10% de ces prises en soin, les services d'urgences étaient prévenus).

#### *Leurs motifs de recours (27)*

Les personnes de plus de 75 ans sont majoritairement adressées aux urgences (25%) pour de la traumatologie puis de la cardiologie (17%) et pour causes diverses (15% : fièvre,

altération de l'état général etc...). La durée de passage aux urgences est bien plus longue pour les personnes âgées : 23% ont un séjour qui dépassera les 8h (contre 10% pour les 15-74). Viennent ensuite les atteintes respiratoires puis digestives.

Malgré la variété des motifs de recours, cette population présente des besoins de prise en soin communs liés à la fragilité et aux polyopathologies. Ceci complexifie la prise en soin aux urgences et alourdi la décision de l'hospitalisations d'autant que celle-ci peut être délétère (cascade gériatrique, dépendance nosocomiale). Le choix du retour à domicile après un passage aux urgences est lui aussi complexe et doit satisfaire à plusieurs exigences : la sécurité de l'environnement, la surveillance du patient, l'observance etc...

#### *Les usagers itératifs des urgences (8)*

Entre 1 et 5 % de la population totale des patients vus aux urgences sont des usagers itératifs des urgences (définition variable selon les études). Ils montrent également qu'ils sont usagers importants de soins primaires ayant des besoins de santé complexes. Une réponse adaptée à ces besoins complexes au quotidien est essentielle pour limiter les passages aux urgences. Le recoupement des données sur cette population a montré un profil émergent d'individus présentant une précarité au niveau socio-économique et une atteinte de maladies graves et chroniques. Les personnes âgées constitueraient un tiers de cette population.

#### *Les Hospitalisations Potentiellement Évitable (HPE) (5)*

Dans le contexte d'orientation vers les urgences, il me semble pertinent de questionner le parcours réalisé en amont qui a conduit un adressage aux urgences. L'approche des HPE semble être un bon moyen pour révéler les axes d'amélioration de notre système de soins dans nos pratiques des soins primaires et celui du renforcement du lien ville-hôpital. La question ici n'est pas de savoir si les hospitalisations sont justifiées ou non mais de savoir comment les éviter.

Les HPE se définissent comme un indicateur qui prend "*la forme d'un taux de recours mesurant la consommation de soins hospitaliers potentiellement évitables des habitants d'une zone géographique donnée, rapportée à la population adulte domiciliée dans cette zone pour 1000 habitants. Il a pour vocation d'identifier les territoires pour lesquels la coordination ville-hôpital pourrait être améliorée par des travaux avec les professionnels concernés*". Dans sa méthodologie de construction, le taux HPE s'est basé sur le comparatif de plusieurs listes de pathologies (WEISSMAN, RODWIN, NHS, AHRQ etc...), pour établir un ensemble de pathologies et d'indicateurs socle permettant une méthode de calcul fiable.

D'après Scan Santé et l'ATIH, sur l'année 2021, les Hauts de France ont dénombré chez les plus de 75 ans : 14 145 séjours HPE (Fig. 1) pour une population de 479 038 soit un taux HPE brut (pour 1000 personnes) à 29.53.

Le département du Nord quant à lui cumule un taux HPE brut à 29.92 (5901 séjours HPE soit 41.71% sur le total des Hauts-de-France) alors que la moyenne nationale se situe à 25.80 pour les plus de 75 ans. Notons que la moyenne départementale sur toute la France est à 4.95 pour les plus de 18 ans tout âge confondu et passe à 25.80 pour les plus de 75 ans.

Les HPE tentent de mesurer le taux d'hospitalisation évitable, par le prisme de critère diagnostic dans un séjour donné pour un patient type, mais leur analyse à ses limites. Certains facteurs favorisant ou non l'hospitalisation ne sont pas pris en compte comme les déterminants sociaux qui ont un rôle majeur dans l'orientation du patient.

*Les ré-hospitalisation à 30 jours (23) :*

En prenant un autre indicateur, le RH 30 : les Hauts de France ont un taux de ré-hospitalisation à 30 jours à 12.3% pour une moyenne entre tous les départements à 11.9%. Au niveau national : situé à 11.9% pour les 18 ans et plus, il monte à 18% pour les plus de 75 ans. Le département du Nord a quand à lui un taux RH30 à 12.3% pour les plus de 18 ans tout âge confondu et monte à 16.9% pour sa population de plus de 75 ans. Le taux de ré-hospitalisation à 30 jours ne fait qu'augmenter en fonction de l'âge et celui des plus de 75 ans est supérieur à 15%. (Fig. 3)

Le RH30 a lui aussi ses limites. A l'instar des HPE, le RH30 ne prend pas en compte les déterminants influençant la survenue d'une hospitalisation évitable comme certaines caractéristiques du système de soin, de la population ou certains facteurs épidémiologiques.

En conclusion, ces chiffres sont une bonne illustration de la situation des personnes de plus de 75 ans passant aux urgences. Elles représentent environ 12% des passages aux urgences sur un jour donné. Les plus fragiles d'entre eux ont des besoins complexes et sont à juste titre très consommateurs de soins primaires. Une attention toute particulière est à donner à leur prise en soin et leur accompagnement pour prévenir les décompensations qui sont la cause de venues évitables aux urgences.

Dans le prolongement de ce constat, une question m'est apparue :

***Comment réduire le risque d'un nouveau passage aux urgences évitable d'une personne de plus de 75 ans ?***

Il me semble donc pertinent de détailler le processus de vieillissement qui est un élément de compréhension important du profil des personnes de plus de 75 ans usagers itératifs des urgences.

## b) LE PROCESSUS DE VIEILLISSEMENT

### *Définition processus de vieillissement*

Comme j'ai pu l'indiquer dans le constat, la population est dans un processus de vieillissement. En 2050, un tiers de la population sera âgé de 60 ans ou plus en France contre un cinquième en 2005 (21). Au niveau sociétal, le vieillissement est souvent représenté comme un déclin de certaines facultés au niveau individuel, voire un « naufrage ». Au niveau biologique, On pourrait définir le vieillissement *«comme l'action du temps sur les êtres vivants*

*et comme l'ensemble des processus moléculaires, cellulaires, histologiques, physiologiques et psychologiques qui accompagnent l'avance en âge. Pris dans sa dimension biologique, le vieillissement de chaque individu résulte de l'action conjuguée de facteurs génétiques et environnementaux dont le nombre et le poids respectifs, ainsi que les différents degrés d'interaction, rendent compte du caractère extraordinairement hétérogène” (15).* Cet extraordinaire aspect hétérogène, ici élevé en concept majeur, nous fait repenser le vieillissement non pas de manière linéaire mais justement comme un processus protéiforme à l'arborescence développée. Si socialement, le vieillissement est perçu comme un carcan, une charge, alors les réponses de notre société face aux questionnements qu'il nous soumet, ne seront que superficielles et inadaptées. Si elles n'invitent pas à une évolution profonde et intelligente du traitement sociétal de l'évolution de l'individu, le vieillissement se traduira forcément par un ensemble de phénomènes négatifs. C'est l'enseignement implicite que nous soumet ce processus. Bien que le vieillissement soit un processus multifactoriel inscrit dans un continuum, nos institutions ont défini un seuil où l'individu devient une personne dite âgée : autour de 65 ans. Cependant, c'est à l'âge de 75 ans que chez la plupart des individus apparaissent les problèmes liés à la santé, l'autonomie et la sphère sociale (18).

#### *Orientation du processus de vieillissement :*

Il n'y a pas un vieillissement mais des vieillissements. L'aspect protéiforme du vieillissement ne coïncide pas avec une réduction schématique mais il y a pourtant une entente sur trois modalités évolutives du vieillissement (15) :

- Le vieillissement réussi ou robuste : qui se définit par une atteinte modérée des capacités fonctionnelles.
- Le vieillissement usuel ou habituel : qui se définit par la diminution d'une ou plusieurs capacités dont l'étiologie est difficilement assimilable à une pathologie organique spécifique.
- Le vieillissement avec morbidités : ces morbidités sont de type chronique (cardio-vasculaire, nutrition, cognitive, psychique, locomotrice...) et sont en lien avec un risque majoré de pathologies aiguës.

On retrouve un lien entre l'émergence des incapacités, les habitudes tout au long de la vie et l'effet des maladies. L'âge n'apparaît donc que comme un facteur de risque mais pas un facteur d'apparition. En sachant cela, l'objectif de nos politiques de santé doit se tourner vers une promotion d'un vieillissement à haut niveau de fonction qui “ *intègre surtout la notion de réversibilité ou de plasticité, rendant compte de la possibilité de changer de trajectoire sous l'effet d'actions adaptées*”.

Comme nous l'avons vu dans le constat, la population des plus de 75 ans usagers itératifs des urgences présente une fragilité importante liée à un profil polypathologique important. Pour tenter de répondre à la question de recherche, le développement de la notion de polypathologie semble nécessaire.

### c) DÉFINITION DES POLYPATHOLOGIES

La définition usuelle des polypathologies s'entend comme « *une co-occurrence de plusieurs maladies chroniques (au moins 2) chez le même individu sur la même période* » (18). Mais comment se caractérise une maladie chronique ? D'après le HCSP, la maladie chronique se définit par la présence :

- D'un état pathologique durable (physique, psychique, cognitif...)
- Avec une ancienneté d'au moins 3 mois.
- D'au moins une répercussion sur le quotidien (une dépendance vis à vis d'un médicament, des soins médicaux ou paramédicaux, une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale) (26).

Il faut bien faire la différence entre la comorbidité qui se centre sur la maladie et la polypathologie centrée sur le patient. Les polypathologies s'incarnent donc chez un individu ayant au moins 2 états pathologiques durables de plus de 3 mois avec pour conséquences, des retentissements dans ses activités de vie quotidienne.

Les tendances actuelles montrent une augmentation constante des maladies chroniques (25) En 2001, Les ALD sont passés de + 869 000 à + 1 680 300 en 2017. Le vieillissement et la prévalence des maladies chroniques sont intrinsèquement liés : environ 70% des plus de 75 ans sont atteints d'une maladie chronique (Fig. 5). Le vieillissement et la polypathologie sont également concomitants : 20% des personnes de 75 ans ont déclaré au moins deux ALD (Fig 6.) avec un nombre moyen de 6 maladies déclarées par personnes ayant 65 ans ou plus (18). Par exemple, dans les affections respiratoires chroniques chez les plus de 75 ans, plus de la moitié ont au moins 4 pathologies ou traitements chroniques (43 % pour les plus de 75 ans avec atteintes cardio-vasculaire ou d'un cancer).

#### *Prendre en soin des patients polypathologiques*

Basées sur plusieurs études, des normes pour une bonne prise en soin ont été éditées par l'HAS (18). Il ne s'agit pas ici de lister de manière exhaustives ces normes mais d'en faire ressortir les points clefs.

- 1- Identifier les personnes âgées polypathologiques et leur profil de risque (Fig. 7)
- 2- Evaluer la situation et les problèmes médicaux de la personne (EGS, EGG...).
- 3- Elaborer un Plan Personnalisé en Santé (PPS) si la situation est complexe.
- 4- Assurer un suivi et des évaluations adaptées.

Il est nécessaire pour une bonne prise en soin des personnes âgées polypathologiques de poser des diagnostics précis sur l'ensemble des maladies chroniques afin de pouvoir optimiser les traitements (ex: le tableau de Prescription Médicamenteuse chez les Sujets Âgés-PMSA). L'évaluation et l'intégration du contexte de vie de la personne est tout aussi important pour la bonne évolution de la prise en soin ainsi que l'implication du patient dans les processus de décision.

Dans la poursuite de ces bonnes pratiques, il me paraît judicieux de prendre un peu de hauteur et de voir dans quel continuum elles se cristallisent en s'intéressant à l'approche des parcours.

#### d) LE PARCOURS DE LA PERSONNE AGEÉE

##### *La notion de parcours*

La médecine de parcours est une notion apparue pour la première fois en 2010 dans le rapport du HCAAM, qui a émergé dans le contexte du vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques (36). Elle promeut une réflexion non plus basée sur la sectorisation (soins de ville, soins intra-hospitaliers et extrahospitaliers etc...) comme c'était le cas mais sur une *"prise en charge globale, structurée et continue des patients, au plus près de chez eux"* (11).

Cette approche mise au centre des priorités gouvernementales a nécessité une refonte de l'organisation de notre système de soin, aboutissant en 2016 à la loi de modernisation de notre système de santé. Cette loi entend articuler les parcours autour des soins primaires dispensés en ville et le virage ambulatoire (le développement des soins ambulatoires et de la transition des soins de l'hôpital vers les structures de la ville pouvant les accueillir).

*"Un parcours se définit comme la prise en charge globale du patient et de l'utilisateur dans un territoire donné, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social, et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement"* (35).

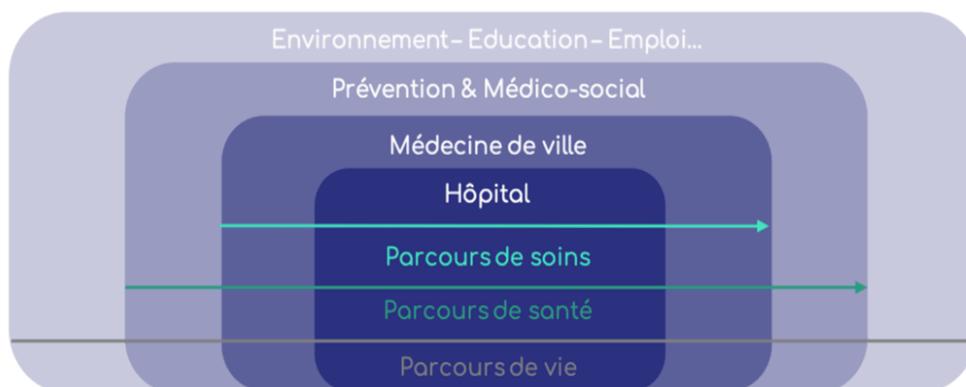


Figure 1 Les parcours de vie, de santé et de soins (source : ARS - Lexique des parcours de A à Z)

Ce schéma montre bien les 3 types de parcours existant :

- Le parcours de soin : centré sur les besoins sanitaires (hospitalisation, prise en soin intégrée et spécialisée etc...)
- Le parcours de santé : qui inclut la prévention, l'accompagnement social ou médico-social et le retour à domicile.

- Le parcours de vie : englobant la personne et son environnement (éducation, profession, logement, etc...)

Cette approche permet de repenser notre lien avec le patient : ce n'est plus lui qui doit s'adapter au système de santé mais le système de santé qui doit s'organiser pour ses besoins tout au long de ce continuum qu'est le parcours.

### *Le dispositif PAERPA*

Dans cet esprit, le ministère de la santé et de la solidarité a développé en 2014 le dispositif PAERPA : Le Parcours de santé des Personnes âgées En Risque de Perte d'Autonomie. Il a un objectif de prévention et de limitation de la perte d'autonomie des personnes âgées : *“de faire en sorte que les personnes reçoivent les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures au bon moment, le tout au meilleur coût”* (10). Ce dispositif tente de promouvoir une coordination des professionnels, des acteurs de santé autour de la prise en soin de la personne âgée. Il s'oriente sur la prévention liée à 4 facteurs d'hospitalisation évitable récurrent chez les plus de 75 ans : la dépression, les problèmes liés aux médicaments, la dénutrition, les chutes.

Cette démarche s'établit sur un plan d'action en 5 points (10)

- Le maintien à domicile renforcé : Via les professionnels de proximité et une coordination clinique de proximité (CPP). Cette CPP sert à l'élaboration d'un Plan Personnalisé en Santé afin de définir des préconisations prioritaires et piloter de façon commune et plus harmonisée l'orientation de la prise en soin.
- Une coordination améliorée facilitant les diffusions d'information via les coordinations territoriale d'appui (CTA : système informatique commun, accès au dossier médical partagé etc...) et la mise en place des interventions via une plateforme territoriale d'appui (PTA) qui est aujourd'hui incluse dans les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) lancé en 2022 pouvant mettre en place des Plan Personnalisé de Coordination en Santé (PPCS).
- Améliorer le processus de sortie d'hospitalisation : via la préparation à la sortie du patient, et la transmission du courrier de sortie au médecin traitant et aux professionnels de proximité.
- Diminuer les passages aux urgences évitables et mieux préparer l'hospitalisation par la démocratisation des volets de synthèse médicale, le Dossier de Liaison d'Urgence (DLU) et l'organisation d'astreintes infirmières de nuit entre EHPAD.
- Diminuer les hospitalisations liées aux problèmes médicamenteux par des actions de révisions d'ordonnance (ex : PMSA, conciliation médicamenteuse, dispositif de prévention du risque iatrogénique IATROPREV...).

Afin d'illustrer au mieux la logique du parcours voici un modèle illustrant le parcours de la personne âgée lié au dispositif PAERPA :

## Un parcours mieux coordonné

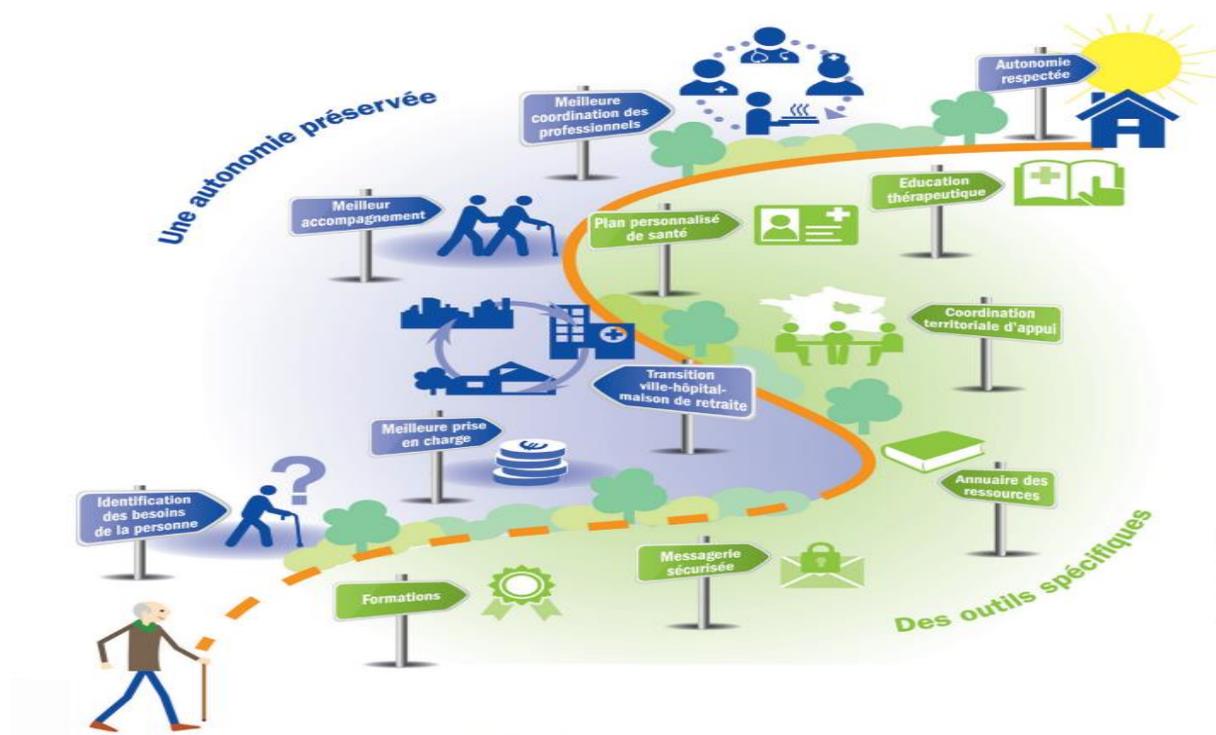


Illustration du parcours de santé PAERPA (10).

### *Le parcours de la personne âgée dans le département du Nord*

Le dispositif PAERPA s'est développé au départ dans 9 territoires en 2013. Puis, en 2016, une extension s'est faite du dispositif à un territoire par région. La région Nord a été une des régions pilotes de ce dispositif (Fig. 12).

Créer un parcours c'est "répondre de manière transversale à un enjeu de responsabilité populationnelle sur un territoire" (36). Il y a un travail de coordination majeur dans ce processus afin de proposer les actions adéquates au niveau territorial face aux besoins d'un groupe de populations vulnérables. Ce travail s'incarne sur plusieurs niveaux et de manière transversale :

- Local : via les offres de soins primaires disponibles autour du patient auxquelles il a accès immédiatement.
- Territorial : via l'offre de soin globale proposée géographiquement pour les besoins d'une population cible dans le département tout le long de son parcours de soin.
- Régional : via la structuration d'objectifs communs et de territoire définis entre les structures régionales (ARS, CHU...) afin de répondre au besoin des populations dans ces régions.
- National : via les structures gouvernementales pilotant les politiques de santé.

En prenant l'exemple des personnes âgées, la structuration d'un programme de parcours de santé sur le territoire Lille Métropole et Flandres intérieure se concrétise grâce au travail de la coordination de la filière gériatrique du territoire (CHU de Lille, GHICL, CH d'Armentières avec l'ensemble des structures composant la filière gériatrique). La filière gériatrique a pour mission de faciliter et optimiser l'accompagnement et la prise en soin des personnes âgées de 75 ans et plus sur le territoire. Elle a permis la cartographie de l'offre de soin présente sur ce territoire pour cette population et, basée sur le modèle de parcours PAERPA, de structurer l'offre en fonction des besoins de la personne âgée selon son degré d'avancement dans le parcours (Fig. 8). Également de réaliser un diagnostic du parcours déjà existant, de ses points faibles et de ses points forts afin de pouvoir proposer des actions de renforcement et d'amélioration de ce parcours. Ainsi, via les comités de pilotage de la filière, de construire des objectifs communs à suivre pour les structures composant la filière sur le territoire pour répondre aux besoins prioritaires de la population gériatrique (concrétisé par le plan d'action de la filière gériatrique territoriale).

La notion de parcours est devenue une notion phare de notre système de soin et elle structure dorénavant nos pratiques. Il est nécessaire de réfléchir aux points faibles des parcours patient afin d'identifier des points de rupture potentiels favorisant les passages aux urgences ou les ré-hospitalisations évitables. Concernant la question du risque d'un nouveau passage aux urgences évitable : *« Plusieurs études, nord-américaines pour la plupart, montrent avec un bon niveau de preuve que l'amélioration de la transition entre l'hôpital et le domicile réduit le risque de ré-hospitalisation précoce des personnes âgées et atteintes de pluri-pathologies. (...) La réduction du taux de réadmissions à 30 jours varie entre 18 et 50% selon les études et les comorbidités. Cette réduction peut être observée jusqu'à 6 à 12 mois. Le recours aux services d'urgences peut être réduit dans les mêmes proportions et dans certaines études la durée de séjour est réduite d'environ 10%. »* (16).

Dans cette optique, il semble pertinent de s'intéresser particulièrement à la prise en soin lors du retour à domicile des patients âgés provenant des urgences. Un épisode fragile du parcours qui cristallise la transition entre la ville et l'hôpital.

Suite à la question de recherche, aux concepts développés dans le cadre théorique et l'organisation du parcours de la personne âgée sur le territoire, je propose un objectif d'étude :

***Identifier les points de rupture favorisant un nouveau passage aux urgences évitable  
lors du retour à domicile du patient de plus de 75 ans  
usager itératif des urgences.***

### III – MÉTHODE

Afin de créer un lien entre la théorie et le terrain, l'analyse de pratique professionnelle semble être un choix pertinent de typologie d'étude pour répondre à l'objectif. En suivant cette typologie, j'ai choisi comme méthode le Récit de Situation Complexe et Authentique. En effet, les caractères narratifs, théoriques et réflexifs de cette approche, aident à la construction d'un raisonnement critique permettant l'évolution des pratiques soignantes.

Il est à noter que cette méthode axée sur le Récit de Situation Complexe et Authentique s'enrichit ici d'une analyse de processus et de gestion des risques (19). Elle est basée sur 4 entretiens effectués auprès d'une infirmière des urgences, une infirmière libérale, un médecin urgentiste et un médecin généraliste. Les entretiens ont été analysés via la méthode FFOM (Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces) afin de faire ressortir les dysfonctionnements, leur risques associés et leurs causes pendant la prise en soin du patient de 75 ans et plus lors de son retour à domicile en provenance des urgences. L'avantage de cette méthode hybride permet la triangulation des données entre la théorie, le vécu de l'étudiant via le Récit de Situation Complexe et Authentique et l'analyse des données brutes du terrain via les entretiens. De plus, cette approche s'intègre dans une démarche multi-composante qui permet une vision globale des dysfonctionnements, des risques, des causes. Elle permet ainsi la construction d'une solution structurée par plusieurs axes d'amélioration moins limitante et plus efficace qu'une intervention mono-composante.

#### a) RÉCIT DE SITUATION COMPLEXE ET AUTHENTIQUE

##### *Contexte :*

En suivant la typologie de mon mémoire, il m'est nécessaire de rédiger un récit de situation complexe et authentique. La situation a pour contexte mon stage de deuxième année où j'ai été missionné pour l'aide à la création d'un poste innovant issu d'un appel à projet de l'agence régionale de santé des Hauts de France. Ce stage a permis l'émergence d'un processus de réflexion autour des missions de ce futur métier. Ces missions sont centrées sur la diminution des passages aux urgences évitables des patients âgés de 75 ans et plus. Le processus de réflexion autour de cette question s'est cristallisé par l'intermédiaire de différentes situations vécues en stage. Comme toute réflexion sur le long terme, elle s'étale dans le temps et dans l'espace, sur toute la durée de mon stage. Pour tenter de saisir l'ensemble des problématiques potentielles favorisant un nouveau passage aux urgences et rester en lien avec mon objectif d'étude, il me semble pertinent de centrer ce Récit de Situation Complexe et Authentique sur mon vécu dans le développement de la mission de l'infirmier(e) expert(e) en gérontologie (IEG).

Mon stage de deuxième année du cursus d'infirmier en pratique avancée s'est effectué à la coordination de la filière gériatrique du Centre Hospitalier Universitaire de Lille situé aux Bateliers. Dans une volonté d'organiser à l'échelle territoriale et de couvrir l'ensemble du parcours de la personne âgée dans la région, l'agence régionale de santé des Hauts de France a

créé un appel à projet en juillet 2020 de labellisation de filières gériatriques. Un déploiement de 23 coordonnateurs de filières a permis le développement de la filière au sein des établissements mais aussi la construction d'une démarche commune de développement territorial. Un maillage progressif a ainsi pu s'établir créant un socle de travail pour l'amélioration du parcours des personnes âgées au niveau régional. Le plan d'action de cette filière territoriale se décline en plusieurs axes : *“Structurer les liens avec les services spécialisés en interne visés par les situations d'urgences, les parcours de psychogériatrie, et selon les territoires : orthopédie/traumatologie/chute et/ou onco-gériatrie. Augmenter la visibilité des équipes gériatriques quel que soit le statut de l'établissement et favoriser la fluidité des parcours des patients en particulier en situation d'urgence Favoriser les collaborations et susciter des partenariats avec les acteurs publics et privés. Favoriser les liens avec les EHPAD et le premier recours”* (32). C'est dans l'axe des missions de la filière portées sur les urgences que j'ai participé à la construction du nouveau poste d'infirmier expert en gérontologie (IEG).

### *Le poste d'infirmier expert en gérontologie*

L'une des trajectoires de santé prioritaire vise à éviter et/ou fluidifier le parcours des patients en situation d'urgence.

En 2021, l'ARS a lancé un appel à projet ADNP75 (Admissions Directes Non Programmées) résultant du pacte de refondation des urgences issu du SÉGUR de la santé auquel le CHU de Lille, le GHICL (Lille Métropole Weppes) et le CH d'Armentières/CH d'Hazebrouck (Flandre Intérieure) ont obtenu une réponse favorable pour mettre en place 3 IEG Infirmier(e) Expert en Gérontologie. Il découle directement de la mention 5 du pacte qui décrit les modalités du dispositif favorisant les admissions directes non programmées des personnes âgées de plus de 75 ans

L'ADNP 75 part du même constat développé dans le cadre théorique et souhaite limiter les passages aux urgences évitables qui peuvent s'avérer délétères par des entrées directes dans les services hospitaliers.

Leur mission vise à limiter les passages aux urgences des patients utilisateurs fréquents (>4 venues dans les 12 mois glissant) et/ou résidents d'EHPAD adressés pour des motifs inadaptés

Les objectifs du poste de l'infirmier(e) experte en gérontologie sont :

- D'améliorer le parcours des patients en favorisant les admissions directes et les alternatives graduées à l'hospitalisation en gériatrie ou dans les services de spécialités concernées.
- Renforcer les complémentarités territoriales nécessaires selon les thématiques choisies.
- Fluidifier ou limiter le passage aux urgences.

L'IEG est amené(e) à prendre en soin dans sa file active des patients de plus de 75 ans usagers itératifs des urgences. Une estimation a été réalisée statuant à 99 le nombre de patients de plus de 75 ans sur une année au CHU effectuant 5 passages ou plus. On augmente rapidement à 344 patients si on baisse le seuil à 3 passages. Le seuil à 4 passages a été fixé pour éviter que l'IEG ne soit débordé par sa file active lors de la première année d'expérimentation (une projection d'environ 245 patients signalés sur une année pour un seuil à 4 patients). Sa file maximale a été fixée à 40 patients, en prenant comme référence les questionnaires de cas MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie)

Sa cible d'intervention est double : les patients de retour à domicile lors de leur 4ème passage aux urgences et les EHPAD adressant le plus aux urgences (rapporté au nombre de lits) ou pour motifs jugés inadaptés. En conséquence, une partie de sa mission sera d'évaluer les patients de plus de 75 ans utilisateurs itératifs des urgences pour analyser la cause de ces venues et proposer des interventions pour limiter le risque d'une nouvelle venue aux urgences et, d'autre part, d'identifier les EHPAD les plus adresseurs et les accompagner pour améliorer leur pratique afin de diminuer les orientations aux urgences (par exemple, via le dispositif ASSURE<sup>1</sup>, la télémédecine, l'avis gériatrique etc.)

#### *La file active*

L'entrée dans la file active se fait selon plusieurs étapes : une requête est créée chaque semaine, alertant sur le 4ème passage ou plus d'un patient de plus de 75 ans aux urgences du CHU sur la semaine écoulée. Les derniers passages de ces patients identifiés vont ensuite être analysés afin de déduire s'ils peuvent entrer dans la file active de l'IEG.

Un premier tri est effectué entre les patients provenant des EHPAD et les patients provenant du domicile, ces derniers sont retenus. Parmi ceux du domicile, les patients sortent du dispositif d'emblée si : ils sont hospitalisés en gériatrie ou qu'un passage de l'équipe mobile de gériatrie a été effectué (aux urgences ou dans un service hors gériatrie) lors de leur dernier passage. Si le passage de l'équipe mobile de gériatrie n'a pas été effectué lors de l'hospitalisation hors gériatrie, l'IEG attendra le retour à domicile pour inclure le patient dans sa file active. En conclusion, ce sont les patients hospitalisés hors gériatrie et les patients ayant juste fait, au minimum, un 4<sup>ème</sup> passage aux urgences qui composent la file active de l'IEG lors de leur retour à domicile.

Dans un second temps, sur ces patients sélectionnés, une analyse de dossier est effectuée, complétée par des entretiens téléphoniques avec le médecin traitant, le patient et ses proches. Des propositions utilisant les ressources de la filière gériatrique et celles du territoire sont ensuite faites selon les problématiques favorisant de nouveau passage aux urgences évitables ou d'autres problèmes qui n'avaient pas encore été traités. Un courrier est écrit retraçant l'intervention de l'IEG et une sensibilisation aux dispositifs utiles pour la prise en soin du patient est faite. Un suivi téléphonique est ensuite proposé pendant une durée maximum de 6

---

<sup>1</sup> **Amélioration des Soins d'URgence en EHPAD**

mois : à 1, 3 et 5 mois. Les patients sont sortis de la file active si le patient vient à décéder ou être institutionnalisé. Le suivi ne doit pas dépasser 6 mois, sauf cas exceptionnel. Afin d'illustrer au mieux l'intervention de l'infirmier(e) expert(e) en gériatrie, j'ai mis à disposition en annexe (Fig. 22,23,24), un courrier anonymisé d'un patient issu de la file active de l'IEG et le logigramme de l'action de l'IEG (Fig. 25).

Pour montrer en détail le travail de l'infirmier(e) expert(e) en gériatrie, je vais maintenant présenter un cas clinique. Il s'agit de Mr W. âgé de 83 ans qui a effectué 6 passages aux urgences du CHU de Lille depuis février 2022.

*Antécédents médicaux :*

- AVC ischémique sylvien droit avec remaniement hémorragique volumineux en février 2022
- FA paroxystique anti-coagulée.
- Lymphome à cellules du manteau, de localisation myélo-sanguine diagnostiqué en Aout 2020 sur un bilan de gammopathie monoclonale, actuellement sous surveillance simple.
- Cardiopathie ischémique avec angioplastie coronaire droite en 2018,
- Insuffisance rénale chronique sur néphro-angiosclérose.
- Episode d'hyperthyroïdie sous CORDARONE
- Crise de goutte.
- Hypertension artérielle équilibrée sous traitement.
- Diabète de type 2 traité et équilibré
- Dyslipidémie

*Intoxications alcool-tabagique :*

- Tabagisme ancien, estimé à 30 paquets-année, arrêté il y a 40 ans
- Consommation d'alcool : 1 verre de vin par jour.

*Traitement au domicile :*

Eliquis 2,5 mg matin et soir	Tahor 20mg + ezetimib 10 le soir
Aldactone 25mg le midi	Thiamazol 5mg le matin
Perindopril 5mg le matin	Metformine 500mg matin et soir
Celiprolol 200 1 le matin	Vimpat 150mg matin et soir
Catapressan 0.15	Alfuzosine 10lp le soir
Rilmenidine 1 mg matin et soir	Adenurix 80mg /jour
Pantoprazol 20mg le soir	

*Habitudes de vie :*

Mr W. est un ancien carreleur dans le bâtiment et il aime entretenir son jardin. Il a deux filles qui vivent dans le secteur et l'une d'elle est référente pour l'organisation de la prise en soin médicale,

Mr W. vit actuellement avec son épouse dans une résidence autonomie suite à son AVC car le quotidien à la maison devenait difficile, son ancien logement étant difficilement aménageable et adapté. Si on surajoute les risques inhérents à l'anosognosie et l'hémianopsie latérale homonyme (HLH) gauche développées suite à l'AVC, un logement plus fonctionnel devenait nécessaire. Il a du mal à s'habituer à son changement de domicile et semble de nature très anxieuse avec des troubles dans la gestion du temps : Mr se prépare des heures à l'avance lorsqu'il a un rendez-vous avec d'importantes angoisses par peur d'être en retard.

Il se déplace avec une canne de déambulation sur les terrains extérieur. Il est autonome pour les soins d'hygiène (ADL à 6/6) mais a besoin d'assistance pour les autres actes de la vie quotidienne (IADL à 2.5/8).

#### *Histoire des hospitalisations :*

Au total, Mr W. a effectué au cours de l'année plusieurs hospitalisations :

- Le 23/02/2022 pour un AVC ischémique sylvien droit ayant nécessité une hospitalisation dans le service de neurovasculaire et une admission de 9 semaines dans un service de rééducation.

Une consultation de neurologie de contrôle au CHU a été effectuée le 24/05/2023 avec une issue favorable sans nécessité de modification de traitement.

- Le 29/05/2022, il passe aux urgences pour une suspicion d'une première crise convulsive post-AVC ayant nécessité une introduction progressive de LAMOTRIGINE et d'URBANYL (avec arrêt progressif de l'URBANYL une fois que la dose efficace de LAMOTRIGINE est atteinte).

Une nouvelle consultation neuro au CHU le 05/07/2023 qui conclut à une mauvaise tolérance du LAMICTAL et de l'URBANYL et préconise son arrêt sans remplacement devant le tableau clinique du malaise du 29/05 laissant penser à une étiologie cardiaque. Un EEG est préconisé ainsi qu'un bilan cardiaque.

- Le 06/08/2022, il se présente à nouveau pour une probable crise convulsive et introduction progressive de KEPPRA est faite par le neurologue de garde et un retour à domicile est autorisé. Suivi d'une consultation de neurologie le 11/08/2022, qui, suite à sa récente hospitalisation, introduit un traitement par VIMPAT .
- Le 20/09/2022, il se présente pour une hémiparésie faciale brutale ayant pour origine probable une nouvelle crise épileptique avec un retour à domicile préconisé.
- Le 16/12/2022 pour une nouvelle crise convulsive survient occasionnant un traumatisme crânien. Une nouvelle introduction progressive d'URBANYL en complément du VIMPAT pour quelques jours (avec diminution progressive et arrêt) avec un retour à domicile préconisé.

- Le 15/05/2023 un nouveau déficit apparaît corrélé à une aphasie motrice sur une probable nouvelle crise épileptique. Une nouvelle introduction progressive d'URBANYL en complément du VIMPAT est faite (URBANYL 5 mg matin et soir pendant 5 jours puis 5mg le matin pendant 5 jours puis arrêt) avec un retour à domicile possible.

Suite à l'analyse du dossier, nous avons proposé une consultation gériatrique et une consultation mémoire au patient et il les a refusées. Une réévaluation des aides par le CLIC n'a pas semblé nécessaire à Mr ni à son entourage qui semblent satisfaits de celles déjà mise en place. Une nouvelle consultation neurologique lui a été proposée en avril 2023 qu'il a accepté, la dernière datant d'août 2022, et un bilan pourra potentiellement être réalisé dans l'unité exploratoire de l'épilepsie. Une sensibilisation au médecin traitant sur les dispositifs d'optimisation médicamenteuse a été faite ainsi qu'au numéros d'avis gériatrique du territoire.

On retrouve plusieurs syndromes gériatriques dans l'analyse du dossier de Mr W. qui montrent une échelle SEGA à 15/26, une échelle CHARLSON à 7, et un risque d'hospitalisation modéré à 2/5 sur l'échelle TRST.

En analysant la situation de Mr W. d'un point de vue gériatrique on retrouve plusieurs syndromes gériatriques en plus des pathologies :

- Pathologie thrombo-embolique : AVC ischémique
- Pathologie rénale : Insuffisance rénale chronique
- Pathologie cancéreuse : Lymphome
- Troubles de l'humeur : trouble anxieux majeur.
- Risque de complications iatrogènes : polymédication à 13 molécules par jours.
- Risque de chute élevé en lien avec ses crises épileptiques et ses troubles de la marche.
- Trouble sensoriel : HLH gauche.

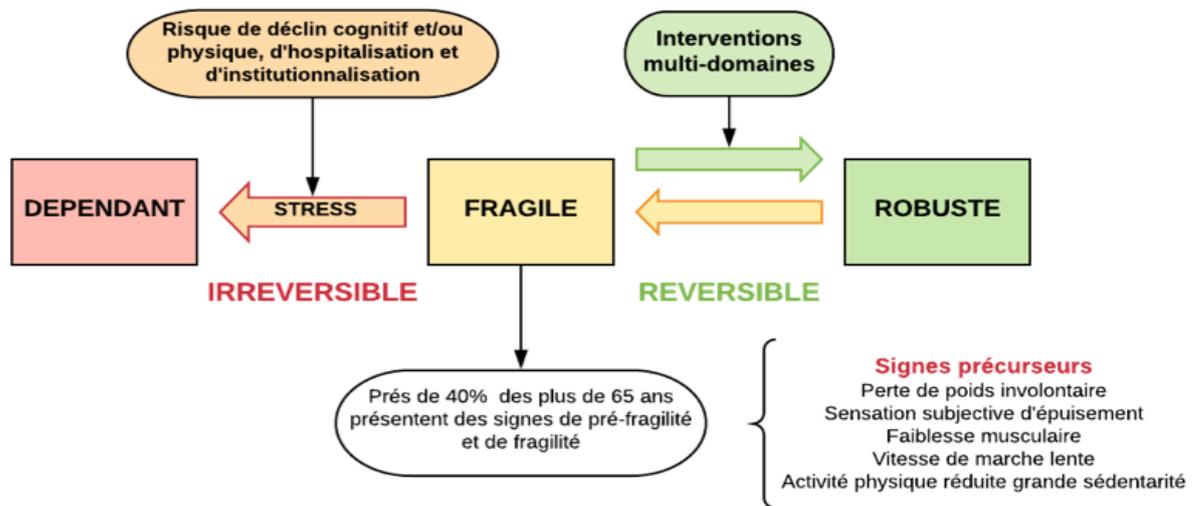
Ce sont ces syndromes et leur évolution qui vont amener l'apparition d'un état de fragilité chez Mr W. Il semble intéressant d'expliquer ce concept de fragilité qui est un élément majeur de prise en soin gériatrique.

### *Le concept de fragilité*

Dans le profil de Mr W. et de tous les patients de la file active de l'IEG, le concept de fragilité y est central. En effet, c'est par la détection et l'évaluation de cette fragilité que se construit une réponse thérapeutique adaptée. Plusieurs concepts opérants en gériatrie, permette de saisir cette notion plurifactorielle et globale. Le diagramme de Bouchon en tant que concept opérant sur le processus de décompensation dans la gériatrie illustre bien le processus d'évolution du vieillissement et le mode d'apparition de la fragilité (12).



schéma de l'étude *Age ageing* illustre bien la dynamique du concept de fragilité et son interfaçabilité:



D'après Buchner et al. *Age Ageing* 25:386-91, 1996

Si un individu se retrouve dans un état de fragilité, il est possible, par des actions ciblées, de le faire revenir dans la robustesse. Le passage de la fragilité à la dépendance est quant à lui irréversible. L'intervention de l'IEG vise à prévenir ces passages vers la fragilité et la dépendance par la mise en place d'actions de prévention via les ressources de la filière gériatrique. Ce qui souligne encore plus l'intérêt de la prévention, de l'évaluation globale pour des actions thérapeutiques efficaces. La figure 21 de l'annexe, inspirée de l'évaluation gériatrique globale, montre l'ensemble des échelles possiblement utilisables à distance par l'IEG pour avoir un « screening » le plus global possible, certaines peuvent être complétées via le dossier informatisé et/ou via les informations obtenues par entretien téléphonique auprès du médecin et du patient ou de sa famille.

C'est dans le contexte de cette mission innovante que la question d'identification des facteurs favorisant les passages aux urgences évitables se pose. Mr W. ayant été adressé 6 fois aux urgences dans l'année, la plupart de ses passages sont issus de probables crises épileptiques récidivantes post-AVC. Pourtant, aucune nouvelle consultation ou exploration n'a été proposée depuis août 2022 et lors des 3 derniers passages depuis, seulement un traitement temporaire par URBANYL a été mis en place en aval de la crise. Une nouvelle consultation de neurologie lui a été proposée avec une intégration possible dans le service d'exploration de l'épilepsie du CHU.

Le courrier anonymisé d'un autre patient (Fig. 22,23,24) illustre, en appui de cette situation, l'identification des facteurs favorisant d'une nouvelle orientation aux urgences et les actions cibles de l'IEG par rapport à ceux-ci. Soit un renforcement des soins primaire et une entrée facilitée dans la filière gériatrique.

Une analyse de la prise en soin lors du retour à domicile s'avère nécessaire pour comprendre les facteurs favorisant et identifier les points de rupture qui ont permis

l'émergence de ces passages itératifs qui auraient pu être évités. Dans cette optique, l'analyse de processus utilisée dans la démarche de gestion des risques associés aux soins semble pertinente pour leur identification (19).

## b) LES ENTRETIENS

Afin de pouvoir cartographier le processus de retour à domicile de façon authentique et identifier les dysfonctionnements, leurs risques associés et leurs causes, j'ai réalisé un entretien auprès d'une infirmière du CHU de Lille travaillant aux urgences, d'une infirmière libérale travaillant dans un cabinet de ville, d'un médecin urgentiste et d'un médecin généraliste. Le cabinet de l'infirmière libérale est intégré à une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP). Le médecin généraliste fait partie d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) et d'une MSP. J'ai ainsi analysé les données issues de leurs entretiens (Fig. 13, 14, 15, 28) via la méthode FFOM (Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces).

## **IV - RÉSULTATS ET ANALYSE**

### **a) DESCRIPTIF DU PROCESSUS**

Analyse du processus de prise en soin lors du retour à domicile des patients de plus de 75 ans ayant effectué leur 4ème passage sur les 12 derniers mois sur le territoire Lille Métropole.

#### **Objectifs :**

- Diminution du passage aux urgences des plus de 75 ans provenant du domicile au CHU de Lille.
- Développer la mobilisation des autres recours que le passage aux urgences chez les professionnels de proximité et les aidants lorsque cela est possible.
- Optimiser la gestion de l'urgence perçue sur le lieu de vie et favoriser les admissions directes non programmées.

#### **Valeur ajoutée :**

- Désengorgement des Urgences et amélioration de la fluidité du parcours,
- Amélioration de la qualité de vie de la personne âgée et de son parcours
- Améliorer la maîtrise des urgences des professionnels de ville.
- Améliorer la qualité de la trajectoire de soin de la personne âgée.

#### **Responsable ou pilote du processus :**

- Médecin traitant, infirmiers libéraux.
- CPTS/MSP, services des urgences

#### **Finalités du processus :**

- Diminution du passage aux urgences des plus de 75 ans usagers itératifs des urgences.

#### **Bénéficiaires :**

- Patient de plus de 75 ans usagers itératifs des services d'urgences.
- Personnel du service des urgences, professionnels de proximité en ville.

#### **Fournisseurs du processus :**

- Services des urgences, médecin traitant, infirmiers libéraux.
- Autres professionnels médicaux et paramédicaux.
- CPTS/MSP

#### **Éléments d'entrée dans le processus :**

- Retour à domicile lors du 4ème passage aux urgences sur les 12 derniers mois de patients de plus de 75 ans.

**Éléments d'entrée dans le processus (le début) qui les fournit et comment ? :**

- Orientation par les services d'urgences suite à leur évaluation vers un retour à domicile des patients de plus de 75 ans adressés pour la 4<sup>ème</sup> fois aux urgences sur les douze derniers mois. (Service des urgences).

**Éléments de sortie (la fin) qui les fournit et comment ? :**

- Absence du passage aux urgences pour motifs inadaptés dans les 6 mois suivant le retour à domicile lors du 4<sup>ème</sup> passage. (Professionnels de villes).

**Les acteurs :**

- Intra-hospitalier : Professionnels médicaux et paramédicaux des services d'urgences, l'équipe mobile de gériatrie.

- Extrahospitalier : Les professionnels de proximité médicaux, paramédicaux, sociaux.

- Structures satellitaires : tous les dispositifs de la filière gériatrique territorial (DAC, CLIC, Équipes Mobiles, SAS etc.)

**b) CARTOGRAPHIE DU PROCESSUS**

Suite à l'analyse des forces et opportunités des quatre entretiens (via la méthode FFOM) et l'étude des recommandations de la HAS (4,16,17,18,19) pour réduire les hospitalisations évitables des personnes de 75 ans et plus à domicile, je propose une cartographie du processus standard du retour à domicile du patient âgé de 75 ans et plus provenant des urgences pour son 4<sup>ème</sup> passage sur les 12 derniers mois. Dans un second temps, en me basant sur les dysfonctionnements mis en lumière par les entretiens (faiblesses et menaces), j'ai réalisé une cartographie et une hiérarchisation des risques potentiels favorisant un nouveau passage aux urgences évitable.

### MANAGEMENT: ARS/CPAM/CPTS/MSP/CABINETS LIBERAUX/SERVICES D'URGENCES



Ressources humaines  
 Locaux, milieu, circuits

Materiels  
 Hygiène

Logistique (transport, approvisionnement, pharmacie, dispositifs médicaux...)

Système documentaire  
 Système Qualité/sécurité

Système d'information ( dossier du patient, tableau de bord, gestion des risques, etc.) et l'aide à la décision

## c) CARTOGRAPHIE DES RISQUES

### Légende

<b>G1 (mineure)</b>	<i>Conséquences mineures sans préjudice (Mineur)</i>
<b>G2 (significative)</b>	<i>Incident avec préjudice temporaire (Significatif)</i>
<b>G3 (majeure)</b>	<i>Incident avec impact (Sans atteinte à la personne)</i>
<b>G4 (critique)</b>	<i>Conséquence grave (Impact réversible)</i>
<b>G5 (catastrophique)</b>	<i>Conséquence très grave (Impact irréversible)</i>

### Échelle de Gravité (19)

<b>F1 (exceptionnel)</b>	<i>Aucune ou une prise en soin. *</i>
<b>F2 (rare)</b>	<i>Très peu de prises en soin. *</i>
<b>F3 (occasionnel)</b>	<i>Lors de quelques prises en soin. *</i>
<b>F4 (régulier)</b>	<i>Lors de la majorité des prises en soin. *</i>
<b>F5 (très fréquent)</b>	<i>Lors de chaque prise en soin. *</i>

### Échelle de Fréquence (19) \* items adaptés selon le processus

<b>C... (Faible) Priorité basse</b>	0 à 8
<b>C... (Acceptable) Priorité modérée</b>	9 à 16
<b>C...(Inacceptable) Priorité élevée</b>	17 à 25

### Échelle de Criticité (19)

Étape	Libellé du dysfonctionnement	Risques (Conséquences possibles)	Causes identifiées ou potentielles	Gravité	Fréquence	Criticité
1- Trajectoire	-Évaluation non adaptée faite aux urgences.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Orientation inadaptée : retour à domicile précoce.</li> <li>-Actions thérapeutiques inadaptées/inefficaces.</li> <li>-Augmentation du risque d'un nouveau passage au urgences évitables dans les 30 jours suivant le retour à domicile.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Engorgement des urgences.</li> <li>-Manque de temps des professionnels.</li> <li>-Manque de professionnels.</li> <li>-Manque d'expérience/formation du professionnel.</li> <li>-Manque d'outils adaptés.</li> <li>- Pas de transmission des informations du 15.</li> <li>-Difficulté d'accès à un avis gériatrique.</li> <li>-Priorité relative selon arrivage.</li> <li>-Volumétrie de plus en plus importante de personne âgée.</li> <li>- Courrier du médecin traitant ou Dossier de Liaison d'Urgence (DLU) incomplet ou inexistant.</li> </ul>	G4	F3	C12

<b>2-Trajectoire</b>	-Pas de mesure du risque de ré-hospitalisation aux urgences.	-Sous-évaluation des actions thérapeutiques nécessaires à court et moyen terme.	-Manque de professionnels. -Manque de temps des professionnels. -Manque d'outil et de formation. -Pas d'harmonisation, médecin dépendant.	G3	F5	C15
<b>3-Trajectoire</b>	-Pas de consultation Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO)/urgentiste aux urgences.	-Non-détection de la gravité/priorité de l'état du patient. -Défaut de soin.	-Engorgement des urgences. -Manque de moyens humains et matériels.	G5	F1	C5
<b>4-Trajectoire</b>	-Plan personnalisé de Soins (PPS) formel non fait.	- Structuration de la prise en soin inadaptée. -Actions thérapeutiques inadaptées/inefficaces. -Risque élevé d'un nouveau passage aux urgences évitable.	- Manque de moyens humains et matériels. - Manque d'outil adapté. - Manque de temps du personnel des urgences. - Non-sollicitation de l'équipe mobile gériatrique (EMG)/Antenne Gériatrique (AG). - Pas de personnel dédié à la coordination.	G3	F3	C9

<p><b>5-Trajectoire</b></p>	<p>-Avis gériatrique non sollicitée.</p>	<p>-Pas d'entrée dans la filière gériatrique. -Évaluation inadaptée. -Orientation inadaptée. -Action thérapeutique inadaptée/inefficace.</p>	<p>- si pas d'EMG dans la structure (ne vaut pas pour CHU de Lille). -Manque de personnel. -Manque de temps. -Pas de protocole -Accès EMG difficile (non connu, pas de protocole, décision médicale...)</p>	<p>G4</p>	<p>F2</p>	<p>C8</p>
<p><b>6-Trajectoire</b></p>	<p>-Orientation inadaptée aux urgences : Retour à Domicile (RAD) précoce, patient en zone d'attente prolongé, hébergement non adapté.</p>	<p>-Prise en soin inadaptée voir délétère.</p>	<p>-Manque de lits d'hébergement. -Manque de lits aux urgences. -Engorgement des services et des urgences. -Pas de lits spécifiques à la gériatrie aux urgences. -Critère d'entrée dans un service trop sélectif par rapport à la polypathologie. - Admissions directes très difficiles car peu de place disponible dans les services. - Pas de formation aux prises en soin gériatrique des service spécialisés. -Pas d'appel en amont de l'envoi des médecins traitants pour vérifier la capacité d'accueil. - Pas de professionnel navigateur existant pour coordonner une pris en soin personnalisée et proche du patient.</p>	<p>G4</p>	<p>F4</p>	<p>C16</p>

<b>7-Trajectoire</b>	-Pas de vérification des données rédigées dans le courrier de sortie, de la bonne rédaction des ordonnances et de leur concordance avec le courrier de sortie par l'infirmière (IDE)/médecin des urgences.	-Erreur médicamenteuse. -Défaut de délivrance des thérapeutiques à domicile. -Actions thérapeutiques inadaptées.	-Manque de temps. -Manque de personnel. -Outil informatique inadapté.	G3	F2	C6
<b>8-Trajectoire</b>	-Pas de préparation de la sortie via un navigateur dédié.	-Perte d'information. -Rupture de soin.	-Manque de personnel médical et paramédical. -Manque de temps/personnel de coordination. -Pas de professionnel navigateur existant pour coordonner une prise en soin personnalisée et proche du patient.	G3	F5	C15
<b>9-Trajectoire</b>	- Non-vérification si RAD possible/enquête sociale. (Environnement adapté, suivi et dispensation des soins par professionnels possibles...)	-Rupture de soin -Risque élevé d'un nouveau passage aux urgences évitable.	-Manque de temps/personnel de coordination. -Manque de personnel médical et paramédical. -Manque d'assistante sociale.	G4	F2	C8

<b>10-Trajectoire</b>	-Pas de programmation des rendez-vous de suivi nécessaires (Consultation gériatrique, avis spécialisé etc...)	-Rupture de soin à moyen et long terme. -Thérapeutiques/prise en soin inadaptées à moyen et long terme.	-Manque de temps et de personnel. -Manque de temps / personnel en coordination. - Pour les avis spécialisés non urgents : peu d'accès au secrétariat des spécialités.	G2	F4	C8
<b>11-Trajectoire</b>	-Pas de partage direct des informations de sortie avec Médecin Traitant (MT)/infirmière libérale (IDEL).	-Rupture de soin/ défaut de soin. -Perte des informations. -MT/IDEL pas avertie du retour à domicile. -Risque élevé d'un nouveau passage aux urgences évitable.	-Manque de temps. -Manque de personnel. -Engorgement des urgences. -Manque de temps/ personnel de coordination. - Mauvais canaux de communication. -Pas de possibilité de consulter la messagerie de soin sécurisée constamment pour le MT.	G4	F5	C20
<b>12-Relai</b>	-Pas de partage du courrier de sortie à l'IDEL/MT/Famille.	-Perte d'information. -Erreur médicamenteuse. -Rupture de soin. -Risque élevé d'un nouveau passage aux urgences évitable.	-Problème d'organisation. -Pas de vérification avant la sortie. -Mauvais canaux de communication.	G5	F1	C5
<b>13-Relai</b>	-MT non prévenu par l'IDEL.	-Rupture de soin -Risque élevé d'un nouveau passage aux urgences évitable.	-Manque de temps. -File active trop importante. -Non prévenu du retour à domicile. -Pas de MT.	G5	F1	C5

<b>14-Relai</b>	-Pas de passage rapide de l'IDEL après la sortie.	-Rupture de soin -Risque élevé d'un nouveau passage aux urgences évitable.	-Manque de temps. -File active trop importante. -Non prévenu du retour à domicile. -Pas d'IDEL démarchée.	G5	F1	C5
<b>15-Relai</b>	-Pas de visite médicale alors que nécessaire suite au RAD et à l'avis de l'IDEL.	-Rupture de soin -Risque élevé d'un nouveau passage aux urgences évitable.	-Manque de temps. -File active trop importante. -Non prévenu du retour à domicile. -Pas de MT.	G5	F1	C5
<b>16-Relai</b>	-Mauvaise évaluation de l'état globale du patient par MT/IDEL/Intervenants lors de son retour à domicile par IDEL/MT.	-Risque élevé d'un nouveau passage aux urgences évitables. -Actions thérapeutiques/orientation non adaptées. -Rupture de soin. -Risque de dégradation de l'état du patient.	-Manque d'expérience. -Manque d'outils ou non adaptés. -Manque de temps. -Manque d'outil adapté. -Manque de formation. -Manque de temps de partage pluriprofessionnel. -Pas de bonne connaissance du patient par professionnel de proximité (remplaçant, intérimaire...)	G5	F1	C5

<b>17-Relai</b>	-Pas de mesure formelle de la fragilité.	-Sous-évaluation des actions thérapeutiques nécessaires à court et moyen terme.	-Manque de professionnels. -Manque de temps des professionnels. -Manque d'outil et de formation.	G3	F5	C15
<b>18-Relai</b>	-Pas d'identification formelle des patients à risque élevé de ré-hospitalisation.	-Sous-évaluation des actions thérapeutiques nécessaires à court et moyen terme.	-Manque de professionnels. -Manque de temps des professionnels. -Manque d'outil et de formation.	G3	F5	C15
<b>19-Relai</b>	-Pas de vérification concordance entre le courrier de sortie et les ordonnances des urgences.	-Erreur médicamenteuse.	-Manque de temps -Manque de personnel -Pas d'informatisation.	G5	F1	C5
<b>20-Relai</b>	-Pas de vérification concordance entre préconisations du courrier de sortie et l'ordonnance du MT.	-Erreur médicamenteuse.	-Manque de temps -Manque de personnel -Pas d'informatisation.	G5	F1	C5

<b>21-Relai</b>	-Pas de consultation du courrier de sortie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Erreur médicamenteuse</li> <li>-Rupture de soin</li> <li>-Risque élevé d'un nouveau passage aux urgences évitable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Non-transmission du courrier de sortie (par patient, par la famille, par les urgences)</li> <li>-Perte du courrier de sortie.</li> <li>-Courrier de sortie inexistant.</li> <li>-IDE/MT non prévenu du retour à domicile.</li> </ul>	G5	F1	C5
<b>22-Planification</b>	-Pas de programmation des interventions des professionnels de proximité nécessaires par (IDE/MT/Famille/Assist ante médicale).	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Rupture de soin.</li> <li>-Actions thérapeutiques inadaptées.</li> <li>-Prise en soin inadaptée à court et moyen terme.</li> <li>-Risque élevé d'un passage aux urgences évitables.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Manque de temps.</li> <li>-Manque de professionnels.</li> <li>-Canaux de communication inadaptés.</li> <li>-Offres de soins non connues.</li> <li>-Marge de manœuvre réduite de l'IDE.</li> <li>-Patient n'ayant pas de proches.</li> </ul>	G4	F2	C8
<b>23-Planification</b>	-Pas de réalisation d'un PPS formel par MT ou IDE.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Actions thérapeutiques inadaptées à court et moyen terme.</li> <li>-Evaluation partielle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Manque de temps pluriprofessionnel et de coordination (et non valorisé).</li> <li>-Manque de personnel, de professionnels intervenants.</li> <li>-Outil de réalisation non connu ou non adapté.</li> <li>-Manque de formation.</li> </ul>	G3	F5	C15

<p><b>24-Coordination</b></p>	<p>-Pas de réalisation d'un Plan Personnalisé de coordination en Santé (PPCS).</p>	<p>-Risque d'affaiblissement de la prise en soin et non réactualisation des préconisations prioritaires au moyen et long terme. -Actions thérapeutiques inadaptées au moyen et long terme.</p>	<p>-Manque de temps pluriprofessionnel et de coordination (et non valorisé). -Manque de personnel, de professionnels intervenants. -Outil de réalisation inexistant, non adapté. -Manque de formation. -PPCS non fait car outil non adapté et très chronophage.</p>	<p>G2</p>	<p>F5</p>	<p>C10</p>
<p><b>25-Coordination</b></p>	<p>-Pas de réalisation de Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle (RCP) pour les patients fragiles.</p>	<p>-Actions thérapeutiques inadaptées au moyen et long terme.</p>	<p>-Manque de temps pluriprofessionnel et de coordination (et non valorisé). -Manque de personnel, de professionnels intervenants. -Outil de réalisation inexistant, non adapté. -Patient ne dépend pas d'une Maison de Santé Pluriprofessionnel (MSP). - Chronophage</p>	<p>G3</p>	<p>F2</p>	<p>C6</p>

<p><b>26-Coordination</b></p>	<p>-Pas d'échange des nouvelles informations entre les professionnels de proximité, les spécialistes et les divers intervenants dans la prise en soins.</p>	<p>-Actions thérapeutiques inadaptées voir délétères. -Rupture de soin.</p>	<p>-Manque de temps. -Canaux/outils de transmission non adaptés ou inexistants. -Manque de temps de partage pluriprofessionnel.</p>	<p>G4</p>	<p>F1</p>	<p>C4</p>
<p><b>27-Coordination</b></p>	<p>-Pas d'accès à un avis médical/spécialiste rapide et fiable.</p>	<p>-Risque élevé d'un nouveau passage aux urgences évitable. -Rupture de soin. -Orientation du patient inadaptée. -Risque majeur de mauvaise évaluation et mauvais diagnostic.</p>	<p>-Densité médicale/spécialiste pauvre. -Manque de temps. -Manque d'outil facilitant le suivi/l'avis. -Manque d'évaluation médicale à domicile ou à distance. -Accès difficile ou inexistant à la médecine de garde la nuit ou le week-end. -MT ne fait pas partie d'une MSP (possibilité de remplacement lors d'absence). -Applications mobiles payante qui offrent un avis de médecine générale rapide en distanciel.</p>	<p>G5</p>	<p>F3</p>	<p>C15</p>

<p><b>28-Coordination</b></p>	<p>-Point de rupture dans le suivi (oubli programmation de rendez-vous, non passage d'intervenant...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Risque de dégradation de l'état du patient.</li> <li>-Action thérapeutique inadaptée voir délétère au long court.</li> <li>-Orientation du patient inadaptée.</li> <li>-Rupture de soin.</li> <li>-Risque élevé d'un nouveau passage aux urgences évitable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pas assez de personnel/intervenants.</li> <li>-Pas assez de temps.</li> <li>-File active trop conséquente.</li> <li>-Pas de réalisation de PPS et PPCS.</li> <li>-Personne âgée isolée à son domicile.</li> </ul>	<p>G3</p>	<p>F4</p>	<p>C12</p>
-------------------------------	---	--	---	-----------	-----------	------------

<p><b>29-Coordination</b></p>	<p>-Non-utilisation des dispositifs ressources de la filière gériatrique territoriale.</p>	<p>-Actions thérapeutique inadaptée. -Affaiblissement de l'efficacité de la prise en soin. -Rupture de soin.</p>	<p>-Dispositifs non connus ou inexistants. -Manque de temps de coordination, et/ou non valorisé. -Manque de personnel. -Canaux de communication inadaptés. -Rôle propre de l'IDEL réduit pour déclencher un dispositif. - Sous-utilisation des ressources gériatriques territoriales (MT utilise le plus : Maison des aidants, aide via allocation personnalisée d'autonomie, assistante sociale, service de soins infirmiers à domicile). -Manque de ressources territoriales au niveau de la précarité sociale, de la misère sociale.</p>	<p>G3</p>	<p>F5</p>	<p>C15</p>
<p><b>30-Coordination</b></p>	<p>-Orientation du patient dans l'urgence inadaptée : maintien à domicile alors que passage aux urgences nécessaire.</p>	<p>-Prise en soin/actions thérapeutiques inadaptées voire délétère. -Orientation inadaptée. -Évaluation/ actions thérapeutiques inadaptées.</p>	<p>-Avis du médecin/IDEL non adapté. -Refus régulier du patient ou de la famille sur l'orientation proposée.</p>	<p>G5</p>	<p>F2</p>	<p>C10</p>

<p><b>31-Coordination</b></p>	<p>-Orientation du patient dans l'urgence inadaptée : envoi aux urgences alors que non nécessaire.</p>	<p>-Prise en soin/action thérapeutique inadaptées voir délétère -Orientation inadaptée. -Évaluation/ actions thérapeutiques inadaptées.</p>	<p>-Accès difficile à un avis médical/spécialiste rapide à domicile. -Manque de temps/de personnel. -Alternatives à un passage aux urgences pauvres voire inexistantes. -Famille/patient s'inquiète donc va aux urgences. -Outils de gestion des urgences à domicile inadaptés/inexistants. -Refus du patient ou de la famille sur l'orientation proposée.</p>	<p>G4</p>	<p>F2</p>	<p>C8</p>
-------------------------------	--	---	--	-----------	-----------	-----------

d) MATRICE DE CRITICITÉ

F5	5	10 (C24)	15 (T2, T8, R17, R18, P23, C29)	20 (T11)	25
F4	4	8 (T10)	12 (C28)	16 (T6)	20
F3	3	6	9 (T4)	12 (T1)	15 (C27)
F2	2	4	6 (C25, T7)	8 (T5, T9, P22, C31)	10 (C30)
F1	1	2	3	4 (C26)	5 (T3, R12, R13, R14, R15, R16, R19, R20, R21)
Fréquence/ Gravité	G1	G2	G3	G4	G5

	<b>Risques prioritaires.</b> Situations à risques non acceptables en l'état, nécessitant des actions d'analyse et de traitement pour réduire le risque au moins jusqu'à un risque à surveiller
	<b>Risques modérés.</b> Situations à risques acceptables en l'état à condition que des actions soient menées pour mieux les identifier et les surveiller
	<b>Risques bas.</b> Situations à risques acceptables en l'état, correspond à un risque faible

*T=Trajectoire, R=Relai, P=Planification, C=Coordination.*

## V - DISCUSSION

La cartographie du processus et des risques corrélés aux entretiens et aux recommandations de la Haute Autorité en Santé a permis, via une matrice de criticité, de mettre en avant des points de rupture favorisant un nouveau passage aux urgences évitables.

Je propose donc ici de formuler des axes d'améliorations concernant les points de rupture les plus critiques. En prenant comme seuil la moitié du taux de criticité, on constate que 9 points ont un taux de criticité supérieur à 13/25 : 8 sont considérés comme risque acceptable à surveiller et 1 comme risque inacceptable. Je vais donc ici développer des axes d'amélioration concernant ces points précis.

### a) LES RISQUES PRIORITAIRES

#### 1) T11 : Partage direct des informations de sortie non faite à l'infirmière libérale, ni au médecin traitant par les services des urgences.

Différentes causes ont été mises en lumière expliquant ce dysfonctionnement : un manque de temps corrélé à un manque de personnel, un engorgement des urgences, un manque de temps et de personnel dédié à la coordination (temps non valorisé) et des mauvais canaux de communication.

Outre les problématiques nationales concernant nos services de santé et l'utilisation de nos services d'urgences, il me paraît pertinent de souligner le rôle important de la coordination et de l'amélioration des canaux de communication directs. Un professionnel dit « navigateur » serait ici un atout, permettant un transfert des informations directes aux professionnels de proximité afin de préparer au mieux la sortie et anticiper l'organisation en ville pour le retour à domicile optimal du patient âgé. Dans l'optique où il n'y a pas d'infirmière libérale ou de médecin traitant, il/elle pourrait les démarcher en amont de la sortie pour instaurer un suivi afin de renforcer la transition entre l'hôpital et le domicile. Il/elle pourrait également s'assurer de la présence ou non d'un soutien familial pour renforcer le relai auprès des professionnels de proximité. La qualité de transmission des informations serait ainsi renforcée.

La transmission du courrier se faisant principalement par papier de main à main, il semble judicieux de questionner la qualité de ce canal de transmission, hormis un contact téléphonique qui permettrait un échange direct d'informations et une anticipation du retour à domicile pour les professionnels, le développement du dossier médical partagé semble être une alternative pertinente.

Les cabinets libéraux utilisent tous un logiciel informatique différent de l'hôpital, quand celui-ci est existant. La région a mis en route en 2019 le logiciel PREDICE (33) qui offre un bouquet de services numériques en santé et souhaite être une solution d'harmonisation des outils numériques entre les différents secteurs. Par cela, il possède une interopérabilité avec les logiciels hospitaliers en particulier celui du CHU : SILLAGE. Un partage du dossier et des données est donc possible de SILLAGE à PRÉDICE. Concernant les patients passant pour la 5ème fois de l'année aux urgences, une création de compte PREDICE pour l'infirmière libérale

et le médecin traitant pourrait devenir un support technique d'un canal de communication de qualité, et favoriserait une consultation plus fluide et directe des informations de soins réalisées à l'hôpital. Le courrier de sortie étant directement consultable via le logiciel.

Cela fonctionnerait dans le sens Hôpital-Ville mais également dans le sens Ville-Hôpital. Ce qui permettrait aux urgences de connaître l'historique des soins réalisés en ville lors d'un nouvel adressage aux urgences, améliorant l'évaluation globale du patient lors d'un nouveau passage et en définitive son orientation. Rappelons ici que les services d'urgences n'ont pas les données réceptionnées par le 15 mais uniquement celles transmises par l'équipe du SAMU intervenant au domicile si celle-ci à été déclenchée (cf entretien n.3, Fig. 15). Le développement d'un outil de transmission de données du SAS vers les services d'urgences concernés lors d'une intervention ne peut être que bénéfique pour une meilleure gestion des soins d'urgence prodigués au patient âgé lors de son arrivée. Enfin, une version numérique du DLU pourrait être à disposition sur le logiciel pour une meilleur transmission des données aux équipes des urgences.

## b) LES RISQUES MODÉRÉS

### 3) T6 : Orientation inadaptée aux urgences : retour à domicile précoce, patient en zone d'attente prolongée, hébergement dans un autre service non adapté.

Plusieurs causes probables pour cet item : un manque de lits d'hébergement aux urgences, un manque de lits aux urgences, un engorgement des services d'urgences, trop peu de lits spécifiques à la gériatrie, des critères d'entrée dans les services de spécialité trop sélectifs face à un patient gériatrique et polypathologique.

La question des lits est centrale. Elle touche à nos politiques de santé et à l'adaptation de nos services au traitement sociétal des populations. Il m'est difficile ici d'apporter une réponse à une question aussi vaste et complexe. Cependant, il est à noter que la proposition de loi votée par le Sénat début février 2022 laisse présager de meilleures conditions d'exercice et une amélioration potentielle de la qualité des soins par l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé qui touche directement la question de la gestion des lits en fonction des effectifs. Mais le débat est vaste et l'exercice ici ne s'y prête pas. D'autres pistes de réflexion peuvent être abordées : le développement des unités post urgences gériatriques et des unités de très court séjour gériatrique (6) semblent avoir un réel bénéfice sur la filière gériatrique. Elles libèrent des places dans les services de médecine gériatrique en prenant en soin des patients venant des urgences, des lits sont donc disponibles pour des patients ne nécessitant pas un passage par les urgences, soit en admission programmée ou en admission directe non programmée.

#### **4) T2 : Pas de mesure du risque de ré-hospitalisation aux urgences.**

L'évaluation formelle du risque de ré-hospitalisation via une échelle établie n'est pas faite de façon systématique dans la prise en soin des patients adressés de multiples fois aux urgences de 75 ans et plus. Il n'est pas nécessaire d'agir sur l'ensemble des patients pour réduire le risque de ré-hospitalisation mais sur des profils spécifiques comme les usagers itératifs (16). L'identification via cette mesure des patients à risque nécessitant une attention et une préparation plus soutenues lors de leur sortie ne peut être que bénéfique pour diminuer le risque d'un nouveau passage évitable aux urgences à court terme. La prédiction ne peut être absolue mais des critères de risque peuvent être identifiés. La mesure du risque de ré-hospitalisation peut donc se faire selon plusieurs critères (16) : Une présence de troubles cognitifs, de troubles de la marche ou de chutes récentes, une polymédication supérieure à 5 médicaments par jour, un passage aux urgences dans les 30 jours précédents ou une hospitalisation dans les 90 jours précédents le passage aux urgences, une difficulté récente dans les activités de la vie quotidienne et un isolement social.

Dans cette optique, l'échelle TRST (Triage Risk Screening Tool-Fig.18) semble être indiquée. C'est une échelle de mesure du risque de ré-hospitalisation validée aux urgences et proposée par la HAS et peut être faite par un non-médecin. Elle semble cependant difficilement automatisable car il faut une lecture complète du dossier médical informatisé. Le score SST (Simple Scoring Tool-Fig.17) quant à lui possède une bonne valeur prédictive négative et une précision plus importante (7) et est opérable dans n'importe quelle structure ou service. Ces propositions de mesure du risque ne sont pas exhaustives et leur choix nécessite une étude plus poussée car il existe une multitude d'échelles d'évaluation de ce risque. En imaginant un consensus autour d'une échelle, on peut imaginer une automatisation via le dossier du patient informatisé (ex : SILLAGE au CHU de Lille ou PREDICE en ville...) du calcul du risque de ré-hospitalisation en fonction des nouvelles données de la prise en soin. Ce qui permettrait d'éviter une sous-évaluation des actions thérapeutiques, une prise en soin plus globale du patient âgé (besoin d'un avis gériatrique, déclenchement de l'équipe mobile de gériatrie...) et une entrée facilitée dans la filière gériatrique avec une diminution du risque de ré-hospitalisation/ré-envoi à court terme.

#### **5) T8 : Pas de préparation de la sortie via un navigateur**

Le manque de personnel médical, paramédical et le manque de temps dédié à la coordination au sein des services d'urgences peuvent favoriser l'émergence de points de rupture dans la prise en soin. Comme je l'ai expliqué dans les points précédents les temps de coordination et de préparation à la sortie, sont des points cruciaux et leur renforcement sont nécessaires pour éviter une perte d'information et une rupture de soin dans la transition hôpital-ville. Le profil de compétence de l'infirmière en pratique avancée semble être adapté à ce besoin. La pratique avancée dans le domaine infirmier vient prolonger et élargir les compétences infirmières. L'infirmière en pratique avancée porte en elle son expérience infirmière singulière et la maîtrise de nouvelles compétences. Comme nous l'avons vu dans le

constat, les personnes âgées usagers itératifs des urgences sont une population aux besoins complexes sensibles aux soins primaires et aux ruptures de parcours. Il semble donc intéressant de voir comment ces nouvelles compétences peuvent aider à traiter la problématique de cette population fréquemment admise aux urgences et de l'amélioration des transitions à l'intérieur de leur parcours. Le décret sur l'exercice de la pratique avancée chez les infirmiers stipule au point 4 du référentiel d'activité qu'il sera possible pour l'IPA de participer "à l'organisation du parcours de soins et de santé du patient" et dans le point 4 du référentiel de compétence d'"Organiser les parcours de soins et de santé de patients en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés" (13). L'IPA, avec cette expérience infirmière et ses compétences nouvellement acquises (principalement dans le champ médical et sur la gestion des trajectoires de santé) sera encore plus à même de travailler sur ces problématiques.

Sa prise en soin étant multidimensionnelle, c'est à dire qu'elle se développe sur un plan horizontal, longitudinale : la symétrie de la relation avec le patient, les interactions avec les sphères gravitant tout autour (famille, social, environnemental etc...) mais aussi sur un plan vertical : "de l'ensemble des unités composant chaque système physiologique à l'ensemble des institutions composant un système de santé" (40). Ainsi le champ d'action de l'infirmier(e) en pratique avancée inscrit différents types de complexités - cas/soins/besoins/pratiques (Fig. 10) - dans la prise en soin et ils interagissent de manière transversale sur plusieurs niveaux (Fig. 9).

L'infirmier(e) en pratique avancée, par ses compétences, devrait devenir un acteur majeur de la démarche de reliance<sup>2</sup> et de défragmentation du système de santé. Le métier tend à devenir une interface entre médecin et infirmier, entre la ville et l'hôpital, entre les institutions et le terrain favorisant une démarche transdisciplinaire et créative.

La mention « urgence » venant tout juste d'apparaître, on peut imaginer que la fiche de poste des futurs infirmier(e)s en pratique avancée travaillant aux urgences intégrerait la coordination des sorties des patients complexes, et fragiles pour diminuer le risque d'un nouveau passage aux urgences évitable lors du retour à domicile. On peut également se projeter dans le renforcement du lien entre les infirmiers(e)s en pratique avancée du secteur hospitalier travaillant dans les services et les professionnels « navigateurs » de ville ou les infirmiers en pratique avancée libéraux dans la coordination de la sortie des patients (visite d'évaluation de présortie, canaux de communication privilégiés, travaux collectifs sur l'amélioration des pratiques dans le cadre du lien ville-hôpital etc.).

J'ajoute également les professionnels issus du master de coordination en trajectoire de santé qui, intégrés dans un service d'urgence peuvent devenir des professionnels majeurs dans le travail d'amélioration du parcours des personnes âgées aux urgences, dans l'amélioration du lien ville-hôpital et le développement de dispositifs de sécurisation du retour à domicile. Le travail en binôme d'un infirmier en pratique avancée et d'un coordonnateur des trajectoires de santé aux urgences offre des opportunités de diagnostic du parcours et de propositions d'actions d'améliorations innovantes. Il est possible d'imaginer ce binôme aux urgences mais également dans les structures de ville comme les unions régionales des professionnels de santé, les communautés professionnelles territoriales de santé ou les maisons de santé

---

<sup>2</sup> Action de relier, de rattacher RELIANCE : Définition de RELIANCE (cnrtl.fr)

pluriprofessionnelles. Favoriser leur intégration, procéder à leur recensement et créer une organisation de travail autour d'objectifs et thématiques territoriaux communs, tel que la prise en soin lors du retour à domicile de la personne âgée ou la réduction du risque de ré-hospitalisation, permet de tendre vers une amélioration du parcours de la personne âgée au domicile.

Les IPA étant peu nombreux actuellement, on peut également imaginer une infirmière formée à la coordination et à la gestion de cas dans les services d'urgences afin de préparer au mieux la sortie du patient. Ainsi un accompagnement renforcé de ces patients usager itératifs des urgences pourraient être fait directement au urgences et permettrait une renforcement du line ville-hopital.

**6) R17 : Pas de mesure formelle de la fragilité en ville et R18 : Pas d'identification formelle des patients à risque de ré-hospitalisation en ville.**

Ayant déjà développé la nécessité de l'évaluation du risque de ré-hospitalisation, je n'y reviens pas. J'ajouterai seulement qu'elle semble tout aussi nécessaire dans les prises en soin de ville afin de mieux cibler les actions thérapeutiques, d'aider à l'identification des moments critiques et d'évaluer la nécessité d'y renforcer la prise en soin.

En ce qui concerne la mesure de la fragilité, on constate qu'il n'y a pas de mesure formelle régulière dans la prise en soin de ville lors du retour à domicile. Lors de l'entretien, le manque de temps, d'outils et de formation ont été mis en avant pour l'expliquer. Une mesure de la fragilité pourrait pourtant ouvrir la voie à une évaluation globale et pourrait devenir un critère de sélection pour la réalisation d'un Plan Personnalisé en Santé. Différentes échelles existent comme la FRAGIR ou l'Emergency Room and Recommendation (ER2) ou le questionnaire PRISMA-7. Une échelle plus simplifiée et rapide de réalisation a été développée pour les soins ambulatoires (Fig. 19) : la GFST (Gerontopole Fraitly Screening Tool) pour aider à la détection de la fragilité chez les patients les plus autonomes. Enfin, il y a l'échelle SEGA (Short Emergency Geriatric Assessment) qui reste une échelle assez complète en 2 volets : le volet A étant assez global et rapide à la réalisation (Fig. 20) et le volet B détaillant des informations supplémentaires complétant le score si nécessaire. Comme pour l'échelle d'évaluation du risque de ré-hospitalisation, on peut imaginer son informatisation permettant un calcul facilité, ou pourquoi pas automatisé, et actualisé selon les nouvelles informations de la prise en soin entrées par le professionnel de ville et son interopérabilité avec les logiciels hospitaliers.

Des sessions de formations sur le concept de fragilité, sur l'évaluation gériatrique globale et la mise à disposition d'outil de mesure au sein des maison de santé pluriprofessionnelles et des communautés professionnelles territoriales de santé (voir même, des unions régionales de professionnels de santé) pourraient améliorer le repérage des patients âgés fragiles ou pré-fragiles renforçant ainsi les actions de prévention du passage dans la dépendance. La présence d'un(e) infirmier(e) en pratique avancée et son intégration dans ces structures renforcerait le maillage territorial de la filière gériatrique en intégrant dans ses missions le repérage de la fragilité des patients de plus de 75 ans. Ainsi, suite à l'adoption de

l'avenant 1 de l'ACI-MSP (14), une aide financière à hauteur de 27 000 euros est fournie pour aider à l'implantation des infirmier(e)s en pratique avancée dans les MSP.

Ensuite, la disparition des réseaux de soins gériatriques a sans doute diminué les démarches proactives des évaluations gériatriques globale à domicile des patients de plus de 75 ans. Pour y pallier, l'agence régionale de santé a lancé un appel à projet pour la création d'équipes gériatriques d'expertise à domicile (EGED) affiliée au Dispositif d'Appui à la Coordination (31). Celles-ci, en remplacement des réseaux, centre ses missions sur : l'apport d'une expertise gériatrique globale aux professionnels de proximité, l'anticipation des situations de crise via une bonne orientation et une offre de soin adaptée, favoriser les hospitalisations directes, structurer les interventions secondaires de support et sécuriser le retour à domicile post-hospitalisation par une visite à domicile. Elles permettraient donc d'améliorer la détection de la fragilité à domicile, d'enrichir de manière globale le screening de la filière gériatrique sur le territoire, d'optimiser l'orientation des personnes âgées et de réduire les hospitalisations ou passages aux urgences potentiellement évitables.

Dans cet élan, l'outil d'évaluation spécifique de la complexité multidimensionnelle pour la pratique infirmière à domicile (COMID) pourrait également être une piste de solution permettant l'identification des situations complexe ou à risque de basculer dans une complexité multi-dimensionnelle (47). Elle permettrait de construire des objectifs stratégiques de soin ciblée et personnalisée afin de diminuer le risque de d'hospitalisation et de passage aux urgences évitables.

Dans cet item, je signale également l'apparition d'un nouveau dispositif basé sur l'intelligence artificielle : PRESAGE (3). C'est un logiciel d'analyse de données utilisant un algorithme qui prédit l'altération de l'état général et le risque d'hospitalisation du patient âgée. Il se base sur les données signalées quotidiennement par les aidants professionnels ou non. Il a un taux de fiabilité à 99% et permet de réduire de 80% les hospitalisations en urgences au domicile par des actions de prévention adaptées. Son intégration dans les structures d'aide à domicile ou de proche aidant du territoire améliorerait la prise en soin des personnes âgée sur le territoire.

En ce qui concerne la gestion de l'urgence à domicile, un guide de formation et de sensibilisation des bonnes pratiques dans l'urgence à domicile a été édité par le groupe ASSURE (ARS Hauts de France-Université de Lille et d'Amiens et GHLH) : ASSUR-Domicile qui a pour but de diminuer les passages aux urgences évitables. Le développement d'une formation et sensibilisation pro active de ce dispositif vers les CPTS, MSP, cabinets libéraux, SSIAD etc. pourrait permettre de diminuer le risque d'un nouveau passage aux urgences évitable. Ce qui entre en adéquation avec les objectifs du poste de l'IEG et on peut imaginer, dans le futur, l'intégration d'une mission de sensibilisation de ce dispositif aux professionnels du domicile dans sa fiche de poste.

J'ajoute également que la formation sur le concept de fragilité et sur l'évaluation gériatrique globale pourrait bénéficier aux personnels des urgences, l'entretien fait avec le médecin urgentiste allait dans ce sens et une demande de formation semble exister chez ces professionnels.

**7) P23 :** *Pas de réalisation d'un plan personnalisé de soin (PPS) formel par le médecin traitant ou l'infirmièr(e) libérale.*

L'entretien de l'infirmière libérale a révélé la difficulté pour elle ou le médecin traitant d'établir un plan personnalisé de soin formel principalement par manque de temps dans les prises en soins, par manque de temps dédié à la coordination, de temps pluriprofessionnel, d'un manque de formation et de connaissance d'outils de réalisation. Dans les prises en soins des patients âgés de plus de 75 ans consommateurs itératifs des urgences, la haute autorité de santé place la réalisation du plan personnalisé de soin comme un élément centrale dans la démarche de réduction du risque de ré-hospitalisation/passages aux urgences évitables (16). En effet, il permettrait d'éviter une évaluation partielle de l'état du patient et la mise en place d'actions thérapeutiques inadaptées à court et moyen terme. Elle préconise même une réalisation directement aux urgences avec une validation ou un réajustement lors du retour à domicile par les professionnels de proximité. Je souligne encore une fois l'utilité de l'intégration d'un professionnel navigateur aux urgences (IPA, IDEC, un(e) coordinateur(trice) d'appui...) mais aussi dans les structures de ville afin de favoriser la réalisation du plan personnalisé en santé aux urgences ou en aval du passage et renforcer le lien ville-hôpital par une réalisation commune. La haute autorité de santé offre des outils disponibles gratuitement pour aider à la réalisation du plan personnalisé en santé dans le dispositif PAERPA (17). Cependant une démarche proactive de sensibilisation, de formation auprès des professionnels, la création d'outils adaptés au terrain et la valorisation d'un temps dédié semblent être des facteurs favorisant l'intégration du plan personnalisé de soin dans la pratique soignante aux urgences comme en ville. On peut également imaginer la réalisation du PPS par l'infirmièr(e) expert(e) en gérontologie pour les patients usagers itératifs des urgences en collaboration avec les professionnels de proximité afin d'améliorer son intervention et son suivi à 6 mois.

**8) C27 :** *Pas d'accès à un avis médical/spécialiste rapide et fiable*

Sur ce point, plusieurs causes peuvent être évoquées : une densité médicale/spécialiste faible, un manque de temps et d'outils facilitant le suivi/l'avis, un manque d'évaluation à domicile ou à distance, un accès difficile ou inexistant à la médecine de garde la nuit ou le week-end, la non-adhésion d'un médecin traitant à une MSP qui facilite les remplacements en cas d'absence. Ces différentes causes augmentent l'occurrence d'un nouveau passage aux urgences évitable, d'une rupture de soin et d'une orientation inadaptée du patient.

Afin d'y pallier plusieurs solutions peuvent être envisagées. On peut développer la promotion des numéros du territoire permettant d'avoir un avis des praticiens hospitaliers pour les praticiens de ville : comme la HOP'LINE (pour l'avis de n'importe quel spécialiste du CHU) ou celle de la HOTLINE pour le GHICL ou l'avis GERALILLE pour les médecins coordonnateurs et les infirmières en EHPAD (CHU/GHICL). Les numéros du CHU et du GHICL ne sont, pour l'instant, qu'ouverts aux seuls médecins, mais pourquoi pas dans le futur, envisager une ouverture aux infirmières libérales. Voire même un numéro dédié pour ces professionnels du domicile afin d'obtenir un avis sur des patients aux pathologies ciblées et

connues qui ont tendance à décompenser lorsque l'avis d'un médecin en ville est impossible et que l'urgence est modérée. En effet, l'entretien de l'infirmière libérale révélait une difficulté à avoir un avis médical rapide de la part du médecin traitant dans l'urgence modérée. Elle préférerait donc appeler les urgences directement pour avoir l'avis du 15.

Il pourrait également être envisagé une création de poste d'infirmière en pratique avancée de première ligne, basé sur le modèle canadien d'infirmière clinicienne spécialisée. Il/Elle pourrait être déclenché(e) sur des urgences relatives évaluées par le service d'accès aux soins (SAS) afin d'aller à la rencontre au domicile du patient en situation d'urgence modérée pour procéder à une première évaluation clinique et pourquoi pas même une téléconsultation avec un urgentiste pour améliorer l'orientation du patient : soit par des actions de gestion de l'urgence sur le lieu du domicile ou une orientation vers les structures hospitalières (urgences ou service en admission directe non programmée).

Dans cet item, il me semble également pertinent de parler du développement de la télémédecine. Depuis 2019, l'ARS et la région Haut de France tendent à promouvoir l'utilisation de la téléconsultation chez les praticiens de ville. Le développement du programme PREDICE va dans ce sens. Le logiciel permet l'accès et la mise en place facilités de téléconsultations dans les pratiques des professionnels de proximité. Il permettrait d'être une bonne ressource d'avis médical rapide pour les professionnels libéraux s'occupant de patients fragiles à risque élevé de passage aux urgences. Soit par l'avis d'un médecin traitant ou celui d'un praticien hospitalier.

Dans la lignée du développement de la téléconsultation, un appel à projet a été lancé en mai 2023 par l'ARS de Corse sur l'utilisation de mallettes connectées mise à disposition des infirmiers libéraux « *afin de d'améliorer le suivi de patients porteurs de maladies chroniques en perte d'autonomie et la prise en charge de soins non programmés.* » (34). Elles amélioreraient, par la téléconsultation, l'accès à un avis médical directement sur le lieu de l'urgence et la qualité de l'orientation. A ma connaissance, elles n'ont pas encore été mises en place dans le département du Nord.

Notons également l'alternative non négligeable aux urgences que sont les centres de soins non programmés (CNSP). Face à l'augmentation de l'activité des services des urgences, les CNSP « *constituent l'une des réponses aux besoins de soins ressentis par les patients comme urgents mais ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences* » (29). Ils se développent au sein des CPTS comme structures intermédiaires de proximité entre le cabinet de ville et les services des urgences. Ils permettent de fluidifier le parcours du patient et d'améliorer l'accès à un avis médical de proximité et des soins médicaux pour une urgence modérée. Le but étant une diminution des engorgements des urgences. Pour l'instant un seul a ouvert ses portes en 2022 dans le département du Nord dans la CPTS du grand Douai. Le centre propose des rendez-vous dans les 24 à 48h avec un professionnel de santé aux patients n'ayant pas accès à l'avis de leur médecin traitant (inexistant ou indisponible) pour une demande de soins sans urgence vitale (41).

En ce qui concerne l'imagerie et les délais de plus en plus importants pour obtenir un examen, l'ARS Occitanie a développé la TéléImagerie Médical mobile sous les traits d'un bus (TIMM)

(43). Il centralise plusieurs outils de télémédecine permettant la réalisation d'examens d'imagerie à même le bus et l'analyse à distance de ces images. Il inclut aussi des outils de télé-avis et de téléconsultation permettant à des spécialistes de domaines différents (psychiatrie, dermatologie, cardiologie etc.) d'opérer une consultation au plus proche des patients.

Je terminerai cet item en mentionnant une réflexion en cours à la coordination de la filière gériatrique du CHU de Lille sur la mise en place de consultation avancée en gériatrie au sein des MSP. Un gériatre aurait ainsi un temps alloué de consultation par semaine directement dans les locaux des MSP. Ce qui améliorerait l'accès à un avis gériatrique et à l'intégration dans la filière dans un élan de décloisonnement des secteurs Ville/Hôpital.

#### **8) C29 : Non utilisation des dispositifs ressources de la filière gériatrique territoriale.**

Ce dernier point traite des ressources gériatriques du territoire non sollicitées par les professionnels de proximité. Ce qui peut engendrer un affaiblissement de l'efficacité de la prise en soin à moyen et long terme avec un risque élevé d'actions thérapeutiques inadaptées, de rupture de soin et donc d'un nouveau passage aux urgences et/ou une nouvelle hospitalisation évitable. Plusieurs causes sont apparues lors des entretiens pour l'expliquer : un manque d'acculturation des dispositifs par les professionnels de proximité ou même leur inexistence. On retrouve un manque de temps de coordination dédié à cette mission et/ou un manque de personnel. Des canaux de communications inadaptés pour leur déclenchement (disponible qu'aux heures ouvrables, une mauvaise promotion des modalités de déclenchement ou de leur mission etc.). Un rôle propre de l'infirmière libérale réduit dans le déclenchement de ces dispositifs.

Dans un premier temps, le diagnostic de l'offre de soin gériatrique existant sur le territoire est essentiel pour connaître les ressources et les faiblesses de celui-ci. C'est une des missions du plan d'action de la coordination de la filière gériatrique territoriale initié par l'agence régionale de santé, permettant la structuration de l'offre de soin (Fig. 8) et la potentielle évolution de celui-ci par la création de nouveaux dispositifs répondant aux besoins de la population gériatrique (ex : EGED, DAC, IEG...).

Sur cette base diagnostique, la création du poste d'infirmier expert en gérontologie (IEG) permet de pallier les causes permettant la non utilisation des ressources gériatriques territoriales sur les prises en soin des patients de plus de 75 ans usagers itératifs des urgences (plus de 5 passages sur les douze mois glissants). En effet, comme nous l'avons vu dans le récit de situation complexe et authentique, sa mission permet de favoriser l'accès de ces patients à la filière gériatrique et le renforcement des soins primaires via les dispositifs existant sur le territoire. Pour illustrer, j'ai réalisé une fiche résumant les différentes possibilités d'action l'IEG via les ressources existantes sur le territoire. Elle est inspirée par le recensement de l'offre de soin gériatrique de la filière territoriale (Fig.8) et le GRREC (42). Cette fiche recouvre les dispositifs à mettre en place face aux problématiques potentielles du patient et permettrait un

renforcement des soins primaires<sup>3</sup> (Fig. 26). Elle est enrichie par les expérimentations en cours au niveau régional et national touchant à la gériatrie qui, si elles s'avèrent efficaces, pourraient potentiellement être déployées dans le département du nord.

L'évaluation globale de la situation du patient de retour à son domicile à froid permet une meilleure détection des problématiques situationnelles qui sont difficilement évaluables aux urgences. Suite à l'évaluation, le temps de coordination de l'IEG dédié à la structuration d'une réponse de support et/ou de renforcement des soins primaires permet potentiellement une diminution du risque d'un nouveau passage aux urgences évitable. Cette réponse est composée de l'agencement des interventions des différents dispositifs de la filière, en adéquation aux problématiques du patient. Elle permet l'amélioration de l'accès à la filière gériatrique et une fluidification du parcours. Ainsi, l'infirmière(e) expert(e) gérontologie est dédiée au temps de coordination difficilement mobilisable sur le terrain par les professionnels de proximité. Sa mission de composition avec les ressources de la filière tend vers des réponses structurées, créatives et innovantes favorisant une reliance entre les dispositifs autour d'une même prise en soin. Dans cet optique de reliance, la potentielle évolution de l'infirmier(e) expert(e) en gérontologie vers une infirmier(e) de pratique avancée expert(e) en gérontologie permettrait par ses nouvelles compétences, d'approfondir et de faire évoluer cette nouvelle pratique par la possibilité d'une évaluation gériatrique globale plus poussée et d'augmenter le rôle propre de l'IEG dans le déclenchement des dispositifs de la filière gériatrique en collaboration avec le médecin traitant (via une délégation de missions de coordination/évaluation).

Dans la perspective d'un impact positif du projet, on peut imaginer un partenariat de l'infirmier(e) expert(e) en gérontologie avec l'équipe gériatrique d'expertise à domicile, les professionnels de proximité et les professionnels navigateurs intra-hospitalier dans une démarche commune de sécurisation du retour à domicile des patients à hauts risques d'un nouveau passage aux urgences et pourquoi pas, ouvrir le seuil d'inclusion des patients à moins de 4 passages. Dans cette continuité comme nous l'avons mentionné plus haut, on peut imaginer que l'IEG initierait le plan personnalisé en santé dans les situations le nécessitant mais également le plan personnalisé de coordination en santé pour la structuration et la réévaluation des interventions au moyen et long terme.

La mission de l'IEG de promotion des ressources de la filière gériatrique auprès des médecins via leurs patients usagers itératifs des urgences peut avoir un impact positif dans l'amélioration des pratiques des médecins traitants dans la gestion du parcours de leurs patients. C'est un travail de sensibilisation au long terme sur les dispositifs existants et à leurs modalités de déclenchement (ex : l'appui gériatrique téléphonique, la HOP'LINE du CHU pour obtenir

---

<sup>3</sup> Dans une optique de renforcement des soins primaires, j'ai également été en contact avec un coordonnateur du logiciel PREDICE qui nous a parlé d'une possibilité de création de parcours numérique. Ce parcours nous permettrait grâce au renseignement des données du patient, de possiblement générer des suggestions d'utilisation de dispositifs présents sur le territoire en fonction des problématiques spécifiques des patients et en fonction des données entrées sur le logiciel au fur et à mesure du suivi. On pourrait également imaginer une centralisation des modalités de déclenchement et passer directement par PREDICE pour une demande d'intervention.

l'avis d'un spécialiste, le dispositif IATROPREV pour l'optimisation médicamenteuse, l'existence des consultations gériatriques, mémoire et chutes etc.)

Il est difficile à ce jour de mesurer l'impact positif ou négatif des infirmiers experts en gériologie sur le risque d'un nouveau passage aux urgences voire de ré-hospitalisation, n'ayant pas assez de recul au vu du démarrage récent de l'activité (février). Je peux seulement conclure que suite au traitement du dossier de Mr W., Nous n'avons pas constaté de ré-hospitalisation ou de renvoi aux urgences à 4 mois de son suivi. Nous avons traité plus de 100 signalements, 36 patients ont été inclus dans la file active et ont bénéficié d'une intervention de l'IEG (4 sont en attente d'entrée dans la file active). Au total, 7 patients de la file active ont fait un nouveau passage aux urgences pendant le suivi de l'IEG.

## VI - CONCLUSION

Ce travail de recherche couplé au travail de l'infirmier expert en gériatrie est apparu comme une porte d'entrée vers une méthodologie propre d'amélioration des soins. Il tend vers une amélioration du parcours du patient âgé lors de ses passages aux urgences et globalement de son parcours de soin. J'y ai donc vu une évolution de ma conception de soin s'opérer.

Le soin mobilise une multiplicité de connaissances et différents savoirs (être, faire, dire etc.). Cette multiplicité montre bien que le soin lie, intrinsèquement à son action, une qualité : comment un mauvais soin peut-il soigner ?

Cet objectif de "bon soin" évolue dans un univers incertain (erreur, aléa etc...) ce qui amène le soignant à "*user d'une pratique permanente de la décision*" qui s'illustre par la notion de jugements déterminants et réfléchissants développée par Kant (44).

Le jugement déterminant applique une règle déjà construite à un cas particulier tandis que le jugement réfléchissant invente la règle à appliquer dans le cas singulier.

*« C'est au nombre des jugements réfléchissants qu'elle nécessite, c'est-à-dire à la place des inventions relevant d'une méthode au cas par cas, que peut être évaluée la complexité d'une situation de soin, parce que le jugement déterminant se fait au nom de ce que la situation a de simple et que le jugement réfléchissant, au contraire, se fait au nom de ce qu'elle a de complexe » (44).*

Ces sont les développements de ces jugements réfléchissants, de « *l'invention des règles* », qui m'ont fait évoluer en tant que soignant par l'intermédiaire de ce stage, de ces études et de ce travail de recherche.

Ainsi, la question du parcours de la personne âgée aux urgences et mon vécu d'étudiant en pratique avancée m'amènent dorénavant à percevoir ma pratique et ma réflexion professionnelle comme un laboratoire de soin.

Un laboratoire qui sollicite ma créativité et qui me permet de toucher à une pensée profondément soignante. Il m'amène à créer un pont vers l'autre dans toute sa singularité. Il devient un outil, un lieu de réflexion et de création pour l'amélioration des soins. J'espère dans le futur pouvoir continuer à l'incarner dans ma pratique soignante.

Par cela, l'infirmier en pratique avancée devient un artisan du soin, développant la « *reliance* » entre les soignants, les pratiques et les spécialités. Il favorise la création de possibles pour le patient vers une défragmentation et un maillage transdisciplinaire des soins. Avec les autres acteurs, il participe à ériger une structure de prise en soin dynamique permettant le soutien du patient dans toute sa complexité et, je l'espère, participera à l'avancée de la recherche en théorie du soin.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Indicateurs de coordination [Internet]. Scan santé-AITH. 2023 [cité 26 janv 2023]. Disponible sur : <https://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-coordination>
2. L'Atlas du 51 Les expérimentations par région / Actualisation au 30 juin 2022 [Internet]. Parlement ; 2022 juin [cité 16 mai 2023]. Disponible sur : <https://www.apmsl.fr/blog/atlas-article-51/>
3. PRESAGE [Internet]. 2020 [cité 17 mai 2023]. Disponible sur : <https://presage.care/>
4. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soin primaires, les points clefs. [Internet]. Haute Autorité de Santé ; 2015 [cité 27 janv. 2023]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1603223/fr/fiches-points-cles-organisation-des-parcours](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1603223/fr/fiches-points-cles-organisation-des-parcours)
5. Solomiac A, Le Bail M. Les hospitalisations potentiellement évitables : guide méthodologique de calcul de l'indicateur HPE et présentation des principaux résultats [Internet]. DGOS et ATIH ; 2018 [cité 26 déc. 2022]. Disponible sur : [https://dicom-portail-sante-recette.cegedim.cloud/IMG/pdf/guide\\_indicateur\\_hpe\\_dgos\\_atih\\_200318.pdf](https://dicom-portail-sante-recette.cegedim.cloud/IMG/pdf/guide_indicateur_hpe_dgos_atih_200318.pdf)
6. Société Française de Médecine d'Urgence, APMNews. INTÉRÊT D'UNE UNITÉ GÉRIATRIQUE DE TRÈS COURT SÉJOUR POST-URGENCE [Internet]. SFMU.org. 2019 [cité 2 mars 2023]. Disponible sur : [https://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/interet-d-une-unite-geriatrique-de-tres-court-sejour-post-urgence/new\\_id/62144](https://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/interet-d-une-unite-geriatrique-de-tres-court-sejour-post-urgence/new_id/62144)
7. SCHWAB C. Ré-hospitalisations évitables du sujet âgé : identifier les personnes les plus à risque [Internet]. Sorbonne ; 2020 [cité 2 mars 2023]. Disponible sur : <https://theses.hal.science/tel-03368309>
8. Palatnick W, Day S, Doupe M, Dan C. Frequent users of emergency departments: developing standard definitions and defining prominent risk factors. 2012;(60):24-32.
9. Pagani V, Kivits J, Minary L, Cambon L, Claudot F, Alla F. La complexité : concept et enjeux pour les interventions de santé publique : Santé Publique [Internet]. 6 mars 2017 [cité 29 janv 2023]; Vol. 29(1):31-9. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-1-page-31.htm?ref=doi>
10. Ministère des affaires sociales et de la santé, ARS. Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. [Internet]. 2017 [cité 2 févr 2023]. Disponible sur : <https://www.sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
11. Ministère de la santé et de la prévention. Parcours de santé, de soins et de vie. Une approche globale au plus près des patients. [Internet]. www.sante.gouv.fr. 2022 [cité 29 janv 2023]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>
12. Kagan Y. « Penser la gériatrie : le 1+2+3 de Bouchon » dans le Journal international de médecine. LEN [Internet]. 21 sept 2006 [cité 27 janv 2023]; Disponible sur:

[https://www.jim.fr/infirmier/thematique/07\\_prat\\_quot/e-docs/penser\\_la\\_geriatrie\\_le\\_1\\_2\\_3\\_de\\_bouchon\\_87750/document\\_mise\\_point.phtml](https://www.jim.fr/infirmier/thematique/07_prat_quot/e-docs/penser_la_geriatrie_le_1_2_3_de_bouchon_87750/document_mise_point.phtml)

13. Journal officiel. Décret dur l'exercice infirmier en pratique avancée [Internet]. Décret n. 2018-629 du 18/07/2018 juill. 19, 2018. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=3m3Uc5wFauIOOfWXk79HNR4APX7KalcLgYeuznhj5ZE=>
14. Journal officiel. Avis relatif à l'avenant n° 1 à l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles signé le 20 avril 2017 [Internet]. SPRS2218342V avr 20, 2017. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046132269>
15. Jeandel C. Les différents parcours du vieillissement. Les tribunes de la santé [Internet]. 2005 [cité 27 janv. 2023];2(7):25 à 35. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2005-2-page-25>.
16. HAS, FFMPS, CNPG. Comment réduire le risque de ré-hospitalisations évitables des personnes âgées ? [Internet]. 2013. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1602735/fr/comment-reduire-les-rehospitalisations-evitables-des-personnes-agees](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1602735/fr/comment-reduire-les-rehospitalisations-evitables-des-personnes-agees)
17. HAS. Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA [Internet]. 2015 [cité 5 mars 2023]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa)
18. HAS. Note méthodologique et de synthèse documentaire : Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. 2015.
19. HAS. La sécurité des patients : Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissements de santé [Internet]. 2012 [cité 9 mars 2023]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1239410/fr/mettre-en-oeuvre-la-gestion-des-risques-associes-aux-soins-en-etablissement-de-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1239410/fr/mettre-en-oeuvre-la-gestion-des-risques-associes-aux-soins-en-etablissement-de-sante)
20. Grossetti M. 7. Imprévisibilités et irréversibilités : les composantes des bifurcations : In : Bifurcations [Internet]. La Découverte ; 2009 [cité 3 févr. 2023]. p. 147-59. Disponible sur : <https://www.cairn.info/bifurcations-2009--9782707156006-page-147.htm?ref=doi>
21. Gimbert V, Godot C. Vivre ensemble plus longtemps. Enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française. Centre d'analyse stratégique ; 2010 p. 311. Report No.: 28.
22. Gérontophobe-Sud. Définition de la fragilité [Internet]. Gérontopôle Sud. 2019 [cité 27 janv 2023]. Disponible sur : <http://www.gerontopolesud.fr/d%C3%A9tection-de-la-fragilit%C3%A9/d%C3%A9finitions>
23. Fauconnier A, Solomiac A, Chossegros L, Rigollot N. Les ré-hospitalisations à 30 jours (RH30) - Guide méthodologique de calcul de l'indicateur et présentation des principaux résultats [Internet]. DGOS et ATIH ; 2015 [cité 26 janv 2023]. Disponible sur : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_indicateur\\_rh30\\_dgos\\_atih\\_200318.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_indicateur_rh30_dgos_atih_200318.pdf)

24. Dramé M, Jovenin N, Ankri J, Somme D, Novella JL, Gauvain JB, et al. La fragilité du sujet âgé : actualité - perspectives. *Gérontologie et société* [Internet]. 2004 ;27 / 109(2):31-45. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2004-2-page-31.htm>
25. Chassang M, Gautier A. Les maladies chroniques- Avis du conseil économique, social et environnemental. *Journal officiel de la république française* [Internet]. édition des journaux officiels. Juin 2019 [cité 27 janv. 2023]; Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/194000547.pdf>
26. Brianchon S, Guerin G, Sandrin-Berthon, B. Etat des lieux et prise en charge des maladies chroniques en France. ADSP [Internet]. Sept 2010 [cité 27 janv. 2023] ;(72). Disponible sur : [www.hcsp.fr](http://www.hcsp.fr)
27. Boisguérin B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier. Drees ; 2017.
28. Bloch J. Importance du problème : fréquence, contribution des différentes pathologies. ADSP [Internet]. 2010 [cité 29 janv. 2023] ;(72). Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=112>
29. ARS Pays de la Loire. Un centre de soins non programmés expérimenté à La Roche-sur-Yon pour améliorer la réponse aux besoins de santé des habitants [Internet]. 2022 [cité 17 mai 2023]. Disponible sur : <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/un-centre-de-soins-non-programmes-experimente-la-roche-sur-yon-pour-ameliorer-la-reponse-aux>
30. ARS Haut de France, OR2S. Portrait socio-sanitaire du territoire d'animation en santé-Métropole Flandres [Internet]. Observatoire régional de la santé et du social ; 2022 [cité 13 déc. 2021]. Disponible sur : <http://or2s.fr/index.php/publications/835-tasmetropoleflandres>
31. ARS Haut de France. Création d'Equipes gériatriques d'expertise à domicile (EGED) et poursuite du déploiement des parcours d'admissions directes non programmées des personnes âgées (ADNP PA) [Internet]. 2023 [cité 5 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/creation-dequipes-geriatriques-dexpertise-domicile-eged-et-poursuite-du-deploiement-des-parcours>
32. ARS Haut de France. Les filières gériatriques territoriales [Internet]. 2021 [cité 10 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-filieres-geriatriques-territoriales>
33. ARS Haut de France. PREDICE [Internet]. 2019 [cité 2 mars 2023]. Disponible sur : [https://www.predice.fr/portail\\_usager/](https://www.predice.fr/portail_usager/)
34. ARS Corse. Appel à projet CNR - Malette connectée en corse [Internet]. 2023 [cité 17 mai 2023]. Disponible sur : <https://www.corse.ars.sante.fr/appe-1-projet-cnr-malette-connectee-en-corse>
35. ARS, ANAP, CNSA. Parcours de soins. Parcours de santé. Parcours de vie. Pour une prise en charge adaptées des patients et des usagers. [Internet]. 2016 [cité 29 janv. 2023]. Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/lorganisation-des-parcours-de-soins-de-sante-de-vie>.

36. ANAP. Fiche ANAP sur la construction d'un parcours de santé pour les personnes âgées. [Internet]. ANAP ; 2013 [cité 29 janv 2023]. Disponible sur : <https://anap.fr/s/global-search/parcours%20personne%20ag%C3%A9e>
37. AMIOT N, CARRIER J, ROUSSY C. Le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée à l'urgence. Soins d'urgence [Internet]. Automne 2020 [cité 17 mai 2023];1(2). Disponible sur : <https://aiiuq.qc.ca/wp-content/uploads/2020/11/NOVEMBRE-RevueAIIUQ-IPS.pdf>
38. AITH. Taux d'hospitalisation potentiellement évitable selon l'âge des patients [Internet]. [www.scansanté.fr](http://www.scansanté.fr). 2023 [cité 26 janv. 2023]. Disponible sur : [https://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-coordination/submit?snatnav=&mbout=dummy&annee=2021&niv\\_geo=DEP\\_REG&code\\_reg=32&indic=hpe\\_tot](https://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-coordination/submit?snatnav=&mbout=dummy&annee=2021&niv_geo=DEP_REG&code_reg=32&indic=hpe_tot)
39. AITH. Admissions directes non programmées des patients de 75 ans et plus [Internet]. 2021 [cité 10 mars 2023]. Disponible sur : [https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4211/notice\\_adnp75\\_atih-682-13-2021.pdf](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4211/notice_adnp75_atih-682-13-2021.pdf)
40. Busnel C, Ludwig C, Da Rocha Rodrigues MG. La complexité dans la pratique infirmière : vers un nouveau cadre conceptuel dans les soins infirmiers : Recherche en soins infirmiers [Internet]. 25 mai 2020 [cité 29 janv. 2023]; N° 140(1):7-16. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2020-1-page-7.htm?ref=doi>
41. CPTS Grand-Douai [Internet]. 2022 [cité 18 mai 2023]. Disponible sur : <https://cptsgranddouai.fr/soins-non-programmes-2/>
42. ARS HDF. GUIDE RÉGIONAL DES RESSOURCES D'EXPERTISES ET DES COORDINATIONS [Internet]. 2020 [cité 26 mai 2023]. Disponible sur : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/index.php/media/66095/download?inline>
43. ARS Occitanie. Télé Imagerie Médicale Mobile [Internet]. 2018 [cité 26 mai 2023]. Disponible sur : <https://timm-sante.com/>
44. LOMBARD J. Approche philosophique de la complexité en situation de soin. [Internet]. 2011 [cité 26 mai 2023]. Disponible sur : [https://www.editions-harmattan.fr/auteurs/article\\_pop.asp?no=29549](https://www.editions-harmattan.fr/auteurs/article_pop.asp?no=29549)
45. INED. Le vieillissement de la population s'accélère en France et dans la plupart des pays développés [Internet]. 2021 [cité 28 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/actualites/presse/le-vieillissement-de-la-population-sE28099accelere-en-france-et-dans-la-plupart-des-pays-developpes/>
46. INSEE. Population par âge en France [Internet]. 2020 [cité 28 mai 2023]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
47. Busnel C. La complexité des prises en soins à domicile - Guide pour les professionnels de l'aide et des soins à domicile. Institut Genevoise de maintien à domicile ; 2022.

## ANNEXE

Lieu de résidence des patients	65 ans et +			75 ans et +		
	Nombre de séjours HPE (numérateur)	Population (dénominateur)	Taux HPE brut (pour 1 000)	Nombre de séjours HPE (numérateur)	Population (dénominateur)	Taux HPE brut (pour 1 000)
Aisne	1 847	107 448	17.19	1 316	48 845	26.94
Nord	8 283	439 492	18.85	5 901	197 217	29.92
Oise	2 531	139 334	18.16	1 862	60 458	30.80
Pas-de-Calais	4 966	272 859	18.20	3 471	121 115	28.66
Somme	2 123	112 690	18.84	1 595	51 403	31.03
Hauts-de-France	19 750	1 071 823	18.43	14 145	479 038	29.53

Figure 1: Taux d'hospitalisation potentiellement évitable selon l'âge des patients dans la région des Hauts-de-France en 2021. (ScanSanté).

Lieu de résidence des patients	65 ans et +			75 ans et +		
	Nombre de séjours HPE (numérateur)	Population (dénominateur)	Taux HPE brut (pour 1 000)	Nombre de séjours HPE (numérateur)	Population (dénominateur)	Taux HPE brut (pour 1 000)
Auvergne Rhône-Alpes	24 750	1 586 290	15.60	19 075	753 680	25.31
Bourgogne Franche-Comté	10 065	640 316	15.72	7 661	306 072	25.03
Bretagne	12 760	741 599	17.21	10 085	352 934	28.57
Centre-Val de Loire	9 107	573 710	15.87	6 966	275 866	25.25
Corse	1 103	79 497	13.87	779	38 260	20.36
Grand Est	17 888	1 106 145	16.17	13 006	520 426	24.99
Guadeloupe	848	73 281	11.57	553	32 265	17.14
Guyane	279	15 506	17.99	152	5 278	28.80
Hauts-de-France	19 750	1 071 823	18.43	14 145	479 038	29.53
Ile-de-France	29 786	1 821 765	16.35	22 175	835 691	26.53

La Réunion	1 916	101 802	18.82	1 357	41 156	32.97
Martinique	1 018	75 319	13.52	724	35 146	20.60
Normandie	13 051	704 941	18.51	10 018	330 553	30.31
Nouvelle Aquitaine	22 488	1 423 544	15.80	17 587	686 181	25.63
Occitanie	19 237	1 332 199	14.44	14 522	636 621	22.81
Pays de la Loire	12 631	776 616	16.26	9 830	369 810	26.58
Provence-Alpes- Côte d'Azur	17 115	1 163 335	14.71	13 010	566 235	22.98
France entière	213 792	13 287 689	16.09	161 645	6 265 211	25.80

Figure 2: Taux d'hospitalisation potentiellement évitable selon l'âge des patients par région en France en 2021. (ScanSanté)

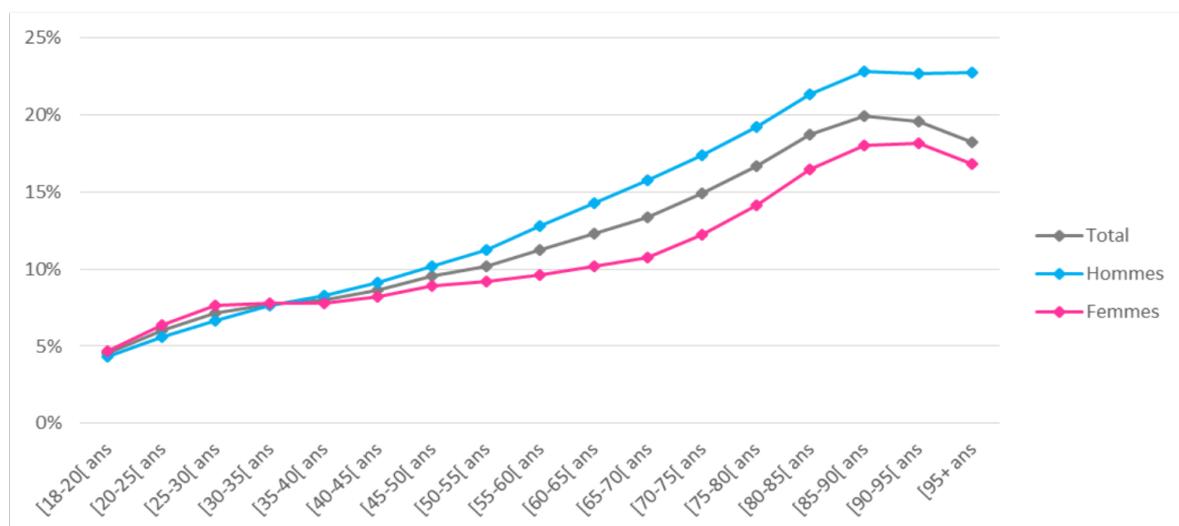


Figure 3 : Taux RH30 par tranche âge et sexe en 2015- (Guide méthodologique de calcul RH30, DGOS, 2015)

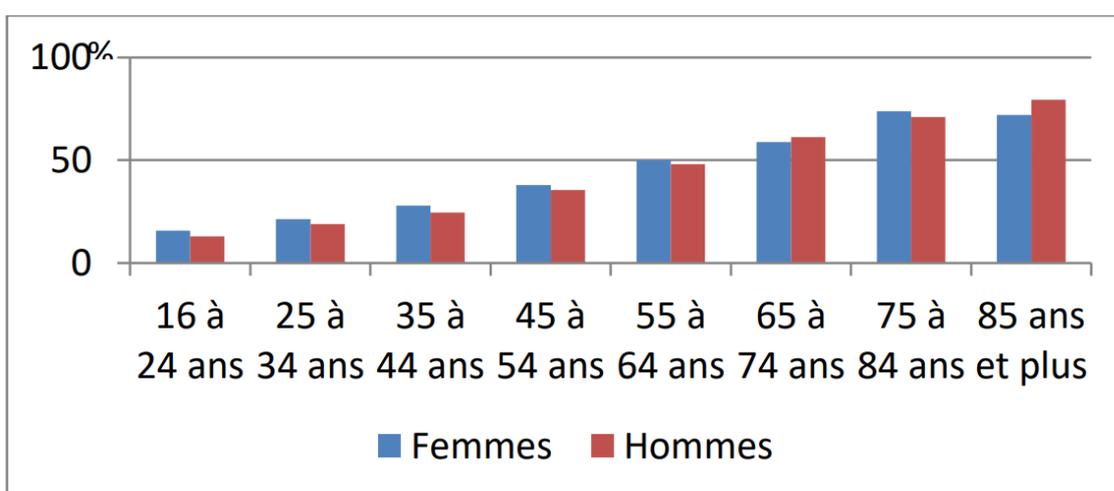
**Tableau 1. Décompensations d'organe (synthèse de J.-P. Bouchon 1984 et 2004)**

1	2	3	Résultante
Cerveau sénile	Sténose carotidienne gauche	Hypoglycémie iatrogène	Hémiplégie droite
Cœur sénile	Coronaropathie ou HTA	Saignement digestif (ou trouble du rythme, ou pneumopathie aiguë, ou hyperthyroïdie...)	Insuffisance ventriculaire gauche
Rein sénile	Néphropathie	Déshydratation (ou infection urinaire, ou non-respect des doses d'aminoside ou etc.)	Insuffisance rénale
Cerveau sénile	Maladie d'Alzheimer	Trouble du rythme cardiaque	État confusionnel
Poumon sénile	Séquelles de tuberculose (ou bronchite chronique ou scoliose ou etc.)	Fracture de la tête humérale, traitée par pose d'un Dujamier	Insuffisance respiratoire aiguë
Glycorégulation à 85 ans	Petit diabète ± contrôlé	Déshydratation ou traitement corticoïde	Coma hyperosmolaire

**Tableau 2. Perte d'autonomie à la lumière du 1 + 2 + 3**

FACTEURS	1	2	3
	Dégradation structurelle de l'autonomie avec l'avancée en âge	Altération facultative de l'autonomie avec l'avancée en âge	Facteur déclenchant une perte d'autonomie aiguë
Organiques	Vieillesse physiologique	Pathologies chroniques Incapacités chroniques	Pathologie aiguë Traumatisme Incapacité récente Douleur
Sociaux	Fragilisation du lien social	Précarité sociale Crise familiale Maltraitance	Déménagement Agression Conflit familial Placement ou hospitalisation
Psychologiques	Pertes multiples Proximité de la mort	Déficit cognitif Bilan de vie amer Personnalité fragile	Chute Deuil récent Éloignement d'un proche Événement stressant

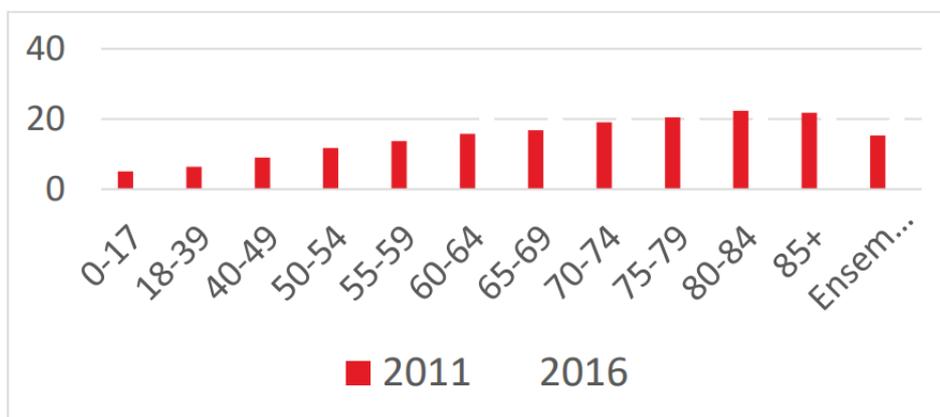
Figure 4 : Triple fragilité du grand âge par J.-P. Bouchon (Kagan Y., 2006)



Champ : France métropolitaine.

Source : enquête statistiques et ressources sur les conditions de vie 2016.

Figure 5 : Maladies chroniques déclarées selon l'âge et le sexe (Chassang M., 2019)



Source : DREES

Figure 6 : Part des assurés ayant déclaré plusieurs ALD, en % des assurés ALD, selon l'âge. (Chassang M., 2019)

Profils de patients	Points de vigilance	Interventions à prioriser
<b>Prédominance d'une pathologie avec des comorbidités</b> (ex. : insuffisance cardiaque avec diabète et HTA) chez un patient autonome	Renforcer le suivi après une hospitalisation Gérer la polymédication	Organiser la coopération avec le spécialiste d'organe ou référent de la pathologie Éduquer le patient et son entourage Envisager un PPS*
<b>Coexistence de plusieurs pathologies chez un patient autonome</b>	Établir des priorités entre les objectifs et les traitements Gérer la polymédication	Formaliser le suivi des différents avis spécialisés Éduquer le patient et son entourage Envisager un PPS*
<b>Polypathologie associée à une fragilité ou à une perte d'autonomie, même débutante</b>	Prévenir l'aggravation de la perte d'autonomie	Faire une évaluation gériatrique de soins primaires ou spécialisés Mobiliser les aides à domicile Envisager un PPS*
<b>Coexistence d'une polypathologie avec une précarité financière, sociale, énergétique, etc.</b>	Réduire les facteurs limitant l'accès aux soins et la qualité de vie	Établir un bilan social Mobiliser les aides sociales Proposer un accompagnement temporaire au patient Envisager un PPS*

Figure 7 : Personnalisation de la prise en charge en fonction des profils de risque. (Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires, les points clefs, HAS, 2015)

# L'OFFRE DE SOINS gériatrique

Une autonomie respectée... un parcours mieux coordonné



**Appui gériatrique** ligne dédiée aux EHPAD - Avis gériatrique téléphonique ligne réservée aux médecins généralistes - CM2R Centre Mémoire de Recherche et de Recherche - CLIC Centre Local d'Infirmiers et de Coordination - CPIS Communauté Française des Infirmiers et des Gériatres - Court Séjour Gériatrique - Service de médecine hospitalière pour les patients de 75 ans et plus (du lundi au vendredi de 9h à 18h) - DAC Dispositif d'Accueil à la Coordination - EHPAD Etablissement d'Ébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes - EMG Equipe Mobile Gériatrique Un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique - EM3G Equipe Mobile psychogériatrique pour les patients présentant des démences, des troubles du comportement...ent et/ou troubles psychiatriques associés en EHPAD - EM3M Etablissement Public de Santé mentale - ESPRAD Equipe Spécialisée de Prévention A Domicile (chute, Parkinson ou une SEP ou pathologies apparentées) - ESPREV: Equipe Spécialisée de Prévention (EHPAD) - HDJ Hospitalisation De Jour Un bilan gériatrique pluriprofessionnel médico-psychosocial (Durée: 1/2 à 1 jour) - IATROPREV Optimisation et suivi des prescriptions médicamenteuses des seniors entre ville et hôpital - Maison des Aidants (coaching, formations, ligne d'écoute, orientation, etc.) - SSIAD Service de Soins Infirmiers A Domicile - SMR (ex SSR) Soins de Médecine et Réadaptation Assure missions suivantes : des soins médicaux, curatifs et palliatifs ; de la rééducation et réadaptation (Durée moyenne de séjour : ± 3 semaines - UCC Unité Cognitive Comportementale (démence vasculaire, démence de la maladie de Parkinson ou autre pathologie neuro-dégénérative) - UHR Unité d'Hébergement Renforcé (Alzheimer ou apparenté) en EHPAD - UHPG Unité d'Hospitalisation Psychogériatrique (psychose schizophrénie troubles de l'humeur ...)

Figure 8 : L'offre de soins gériatrique sur le territoire Lille Métropole Weppes 2022- Coordination de la filière gériatrique.

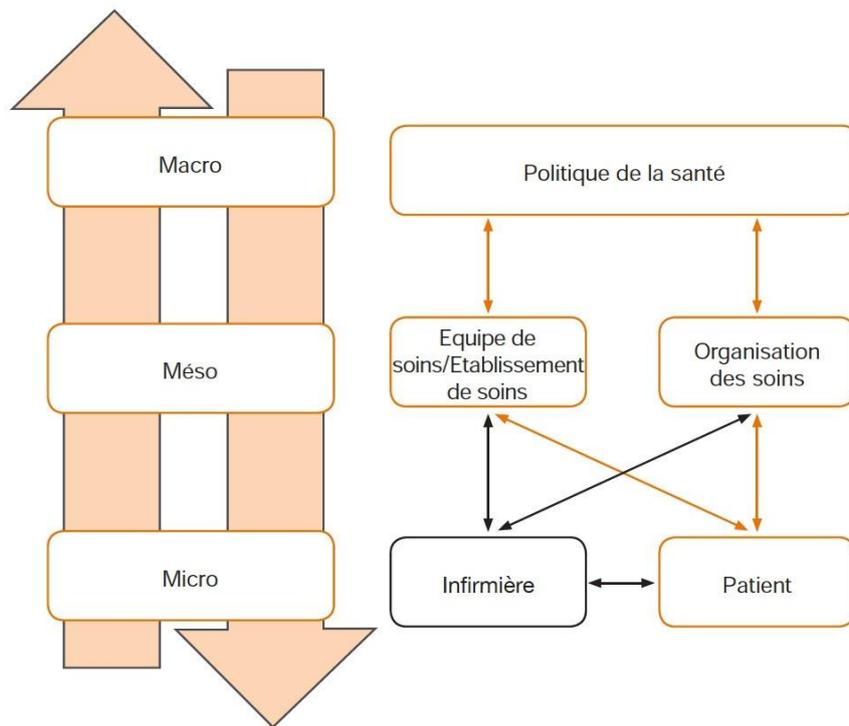


Figure 9 : Place de l’infirmière au regard des trois niveaux du système de santé-micro, méso, macro- et des interactions entre les différents systèmes : du patient à la politique de santé (Busnel C., 2020)

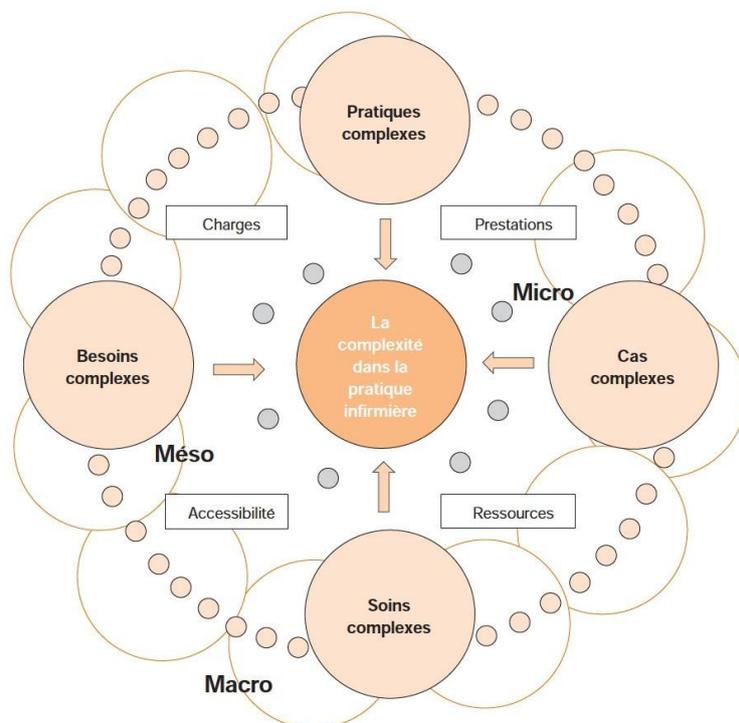


Figure 10 : Les différentes approches de la complexité dans les sciences infirmières (Busnel, C.)

Les différents axes de la complexité dans les soins	Éléments de compréhension
<b>Complexité des cas</b> « Capacités du patient »	Ensemble de conditions et de troubles manifestés par un patient, d'un point de vue médical, socio-économique, santé mentale et comportemental. Sont souvent associés les termes : Comorbidité, polypathologies, multi-morbidité. Ensemble de conditions et de troubles manifestés par un patient (gravité de la maladie et l'acuité du patient).
<b>Complexité des soins</b> « Charge de travail »	Ensemble des acteurs composant un système de prise en charge et réalisant des prestations d'aide et de soins. La complexité des soins est souvent utilisée comme synonyme d'intensité des soins ou de charge de travail infirmier.
<b>Complexité des besoins</b>	Caractéristiques du système de prise en charge engagé pour un patient qui utilise une part disproportionnée des ressources sanitaires humaines ou financières (besoins en services de santé : besoin de soins infirmiers, médicaux, chirurgicaux, de thérapies, d'équipements par exemple).

Figure 11 : Tableau synoptique des types de complexités dans les soins et leur définition : complexité des cas, complexité des soins, complexité des besoins

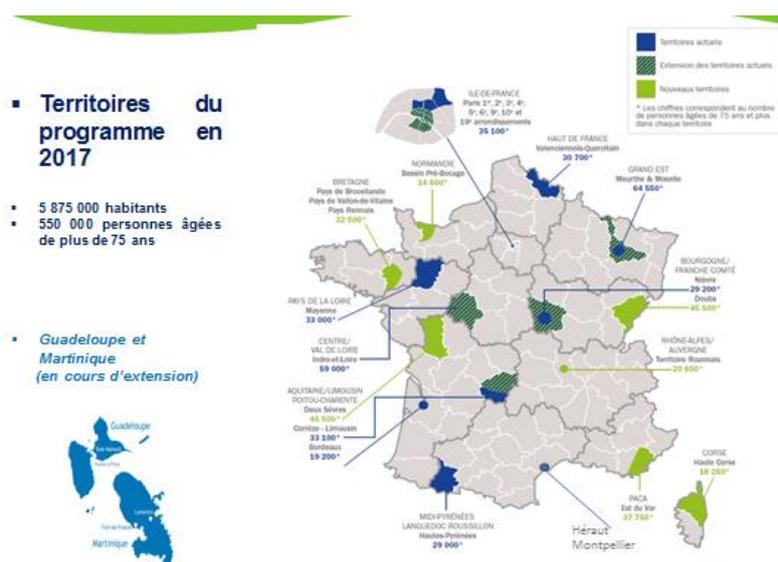


Figure 12 : Déploiement du dispositif PAERPA au niveau national. (Ministère de la Santé, 2017)

Entretien n.1

<b>FORCES (Facteurs internes)</b>	<b>FAIBLESSES (Facteurs internes)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Vérification des données du courrier de sortie par l'IDE.</li> <li>-Transmission des données de sortie au MT (ou aux autres professionnels) par l'IDE.</li> <li>-Bonne organisation et programmation des soins prescrits.</li> <li>-Toujours plusieurs infirmiers en poste, relais possible.</li> <li>-Évaluation juste de l'état du patient par IDEL (Appel au 15 justifié)</li> <li>-Bonne coordination dans l'urgence pour une bonne orientation.</li> <li>-Identification informelle des patients à risque de ré-hospitalisation.</li> <li>-Planification/coordination des intervenants et/ou ressources et/ou soins externes par IDEL.</li> <li>-Patient dépend d'une MSP.</li> <li>-Concision et pertinence des informations données au 15 pour avis médical consultatif.</li> <li>-Expérience de l'IDE dans évaluation de l'état du patient.</li> <li>-Comparatif entre l'ancienne ordonnance et la nouvelle ordonnance des urgences ou courrier de sortie.</li> <li>-Rôle de communication des informations de l'IDEL très important vers les intervenants dans la prise en soin, car s'il y a une mauvaise transmission, cela peut induire une ré-hospitalisation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Non-check des données de sortie.</li> <li>-Pas de transmission des données de sortie au MT (ou aux autres professionnels) par l'IDE (non prévenu du retour par les urgences ou la famille, données de sortie incomplètes, MT non disponible)</li> <li>-Mauvaise organisation ou programmation des soins prescrits.</li> <li>IDEL seul sans possibilité d'assistance d'autre IDEL.</li> <li>-Mauvaise coordination dans urgences et mauvaise orientation</li> <li>-Pas d'identification formelle des patients à risque de ré-hospitalisation.</li> <li>-Non planification/coordination des intervenants, ressources, soins externes par IDEL.</li> <li>-Manque de temps pour l'évaluation des patients.</li> <li>-Manque de temps pour la coordination.</li> <li>-Non lié à une MSP.</li> <li>-Mauvaises informations transmises au 15.</li> <li>-Manque d'expérience de l'IDE dans l'évaluation de l'état du patient (certains collègues).</li> <li>-Recours au médecin traitant dans l'urgence pour un avis direct par IDE trop long et donc délétère.</li> <li>-Pas d'investissement des autres IDEL sur les patients aux problématiques récurrentes.</li> <li>-Pas de surveillance IDEL la nuit.</li> <li>-Accès très difficile à l'astreinte médicale de garde.</li> <li>-Pas de réalisation PPS.</li> <li>-Ne pas connaître les ressources du territoire.</li> <li>-IDEL sont exécutant(e)s, pas de marge de manœuvre pour démarcher les dispositifs existants.</li> <li>-Temps de coordination non rémunéré pour l'IDEL.</li> </ul>

<b>OPPORTUNITÉS (facteurs externes)</b>	<b>MENACES (facteurs externes)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Bonne évaluation état santé du patient par autres professionnels ou services.</li> <li>-Avis médical de proximité rapide (sauf aux heures d'absence des MT).</li> <li>-Ressources territoriales gériatriques importantes.</li> <li>-Famille tenue au courant en premier de la sortie et à leur tour, ils préviennent IDE ou MT.</li> <li>-Prescription faite aux urgences lors introduction médicament (souvent).</li> <li>-Concordance entre CR et ordonnance de sortie.</li> <li>-Planification et coordination des intervenants fait par famille/patient.</li> <li>-Planification et coordination des intervenants fait par MT (si assistante médicale).</li> <li>-Avis médical facile par le 15 patient moins en difficulté par le 15 (transport pris en charge).</li> <li>-Planification et coordination des intervenants fait par famille/patient (si patient autonome ou bien entouré)</li> <li>-Présence UPUG aux urgences.</li> <li>-Patient famille ok pour transfert aux urgences.</li> <li>-Expérience du MT</li> <li>-Consultation Médecine de garde (exceptionnel)</li> <li>-Téléconsultation assistée par IDE au domicile du patient.</li> <li>-Relai au DAC pour problématique sociale.</li> <li>-Bonne évaluation du MT et envoi aux urgences si nécessaire.</li> <li>-Bonne évaluation du MT et maintien à domicile.</li> <li>-Travail d'équipe</li> <li>-Pouvoir compter sur la famille pour transmission d'informations et la planification des soins.</li> <li>-Temps de partage pluriprofessionnel.</li> <li>-Appel au 15 pour avis consultatif.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pas de programmation de la sortie par hôpital (patient/famille/hôpital) et IDEL prévenue en amont par les urgences.</li> <li>-Ressources territoriales gériatriques pauvres.</li> <li>-Mauvaise rédaction des ordonnances lors de la sortie (facturation soin, délivrance médicament, concordance avec le courrier de sortie)</li> <li>-Pas assez d'éléments dans le compte rendu d'hospitalisation des urgences (globalement se résumer à l'examen clinique et réorientation vers le médecin traitant).</li> <li>-Pas de transmission directe entre urgences et MT/IDEL.</li> <li>-Non-concordance entre CR et ordonnance (de temps en temps).</li> <li>-Si arrêt traitement pas d'ordonnance (souvent).</li> <li>-Non-transmission des changements de traitement au MT par les urgences (toujours).</li> <li>-File active de patients conséquente, tournée très rythmée (environ 15 mn par patient).</li> <li>-Outil d'orientation de la personne âgée (appui gériatrique, EMG etc...) inexistant ou non utilisé par IDE/ MT (généralement non connu).</li> <li>-Planification et coordination des intervenants non fait par MT.</li> <li>-Mauvaise orientation de la personne âgée aux urgences, RAD précoce ou transfert dans un service non adapté.</li> <li>-Refus patient/famille d'un transfert aux urgences.</li> <li>-Non-expérience du MT</li> <li>-Pas d'utilisation d'une téléconsultation.</li> <li>-Mauvaise évaluation MT et maintien à domicile alors que l'état du patient ne le permet pas.</li> <li>-Temps de coordination non rémunéré pour MT/IDE.</li> <li>-Pas de consultation de médecine de garde. Ne pas pouvoir compter sur la famille pour la transmission d'informations et la planification des soins.</li> <li>Aucun temps de partage pluriprofessionnel.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ne pas faire appel au dispositif de coordination.</li> <li>-Dispositifs de la filière disponible qu'aux heures ouvrable.</li> <li>-Mauvaise communication sur existence des dispositifs existants.</li> </ul>
--	---

Figure 13 : Analyse de l'entretien de l'infirmière libérale par la méthode FFOM.

Entretien n.2

<b><i>FORCES (facteurs internes)</i></b>	<b><i>FAIBLESSES (facteurs internes)</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Personne de plus de 80 ans prioritaire au niveau des protocoles en ZAO pour être en box.</li> <li>- Avis médical systématique.</li> <li>- Batterie complète d'examen complémentaire selon motif d'entrée (Prise de sang, radio...).</li> <li>- Si pas de place dans les services, transfert sur un lit.</li> <li>-Assistante sociale fait le lien avec la famille.</li> <li>-Urgentiste fait le lien avec médecin traitant.</li> <li>-il y a toujours un courrier de sortie réalisé synthétisant le séjour aux urgences.</li> <li>-Courrier transmis aux ambulanciers ou à la famille.</li> <li>-Ordonnance de sortie si nécessaire avec courrier pour MT pour réévaluation rapide.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Priorité relative selon arrivage.</li> <li>-Patient sur un brancard en attendant les résultats des différents examens.</li> <li>-Pas assez de lit en hébergement.</li> <li>-Lors de période critique, la personne âgée peut attendre 2 jours aux urgences.</li> <li>-Pas de lits spécifiques de la gériatrie aux urgences.</li> <li>-Pas de temps de coordination possible de l'IDE.</li> <li>-IDEL non appelé.</li> <li>-Énormément d'entrées par rapport au personnel.</li> <li>-Allongement du temps passé aux urgences avant orientation vers un service : phase de bilantage ne se fait plus dans les services mais aux urgences donc phase de bilantage plus lourde comparée à avant.</li> <li>-Mutualisation urgences CHIR/MED : augmentation du nombre de patients et polyvalence des pathologies.</li> <li>-Locaux insuffisants pour un flux normal.</li> <li>-Suppression des lits aux urgences.</li> <li>-Engorgement à l'entrée des urgences et à la sortie (difficulté à mener des actions en aval de la sortie)</li> </ul>

<b><i>OPPORTUNITÉS (facteurs externes)</i></b>	<b><i>MENACES (facteurs externes)</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Equipe Mobile de Gériatrie disponible et passe régulièrement.</li> <li>-Passage systématique de l'EMG aux urgences.</li> <li>-Hospitalisation directe en gériatrie.</li> <li>-Par l'intermédiaire d'une admission directe en gériatrie, passage direct en imagerie sans passer par les urgences.</li> <li>-Présence d'un dossier de liaison d'urgence et lettre du MT ou IDE.</li> <li>-Appel direct des médecins traitants vers les urgentistes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Difficultés à trouver des places d'hospitalisation (tout le temps).</li> <li>-Mauvaise gestion globale de la prise en soin en ville par les MT.</li> <li>-Événements aigus, traitement de l'urgence en amont difficile et donc adressage aux urgences.</li> <li>-Pas de lit réservé en gériatrie.</li> <li>-Pas de lettre du médecin ou IDE.</li> <li>-Pas de dossier de liaison d'urgence.</li> <li>-Pas d'appel direct du MT.</li> <li>-Pathologie mixte n'aide pas l'orientation dans service spécialisé, plutôt vers gériatrie mais peu de place.</li> <li>-Service devenu de plus en plus spécialisé et critères de sélection trop restrictifs pour les plus de 75 ans.</li> <li>-Suppression des lits dans les services.</li> <li>-Patients viennent car ils n'ont pas de médecin traitant.</li> <li>-Patients viennent aux urgences car ils veulent un examen rapide.</li> <li>-Pas d'aides adaptées à domicile.</li> </ul>

Figure 14 : Analyse de l'entretien de l'infirmier(e) urgentiste par la méthode FFOM.

Entretien n.3

<b>FORCES (facteurs internes)</b>	<b>FAIBLESSES (facteurs internes)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientation par l'infirmière d'accueil. (Tri, etc.)</li> <li>- L'âge du patient critère de priorité.</li> <li>- DPI avec historique si connus de l'hôpital ou passages rapprochés (critère d'hospitalisation).</li> <li>- Recherche d'information fait par médecin urgentiste quasi systématiquement auprès de professionnels de proximité.</li> <li>- Enquête sociale faite par les assistantes sociales (interpellation systématique dès qu'il y a une personne âgée).</li> <li>- Antenne gériatrique l'après-midi au urgences (aide précieuse pour l'orientation).</li> <li>- Equipe mobile gériatrique passe tous les matins voir patient gériatrique (pré-enquête sur logiciel).</li> <li>-Orientation basée sur : contexte social, diagnostic, l'heure (pas de renvoi de personne seule au beau milieu de la nuit), le nombre de place dans l'hôpital.</li> <li>-Kinésithérapeute aux urgences.</li> <li>-Surveillance majorée aux urgences.</li> <li>-Avis spécialisés en urgences facile d'accès.</li> <li>- CACNP : Commission des admissions non programmée (début d'organisation pour faciliter RDV rapide de certaines spécialités hors gériatrie).</li> <li>-RDV non urgent gériatrique pris par EMG ou AG.</li> <li>-Patient sort avec tous ses documents : Imagerie, biologie, courrier, ordonnance...</li> <li>-Lors d'un passage puis RAD : Courrier transmis via messagerie sécurisé LIFEN.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de PPS fait aux urgences.</li> <li>-Non-relai des informations du 15 aux urgences.</li> <li>-Pas de mesure échelle de ré-hospitalisation par les médecins (médecin dépendant).</li> <li>- Saturation des places de l'hôpital.</li> <li>- Avis spécialisé non urgent : peu d'accès aux secrétariats des différentes spécialités.</li> <li>- Peu de places disponibles dans les services, donc admissions directes très difficiles.</li> <li>- Aucun lien infirmier Ville-Hôpital.</li> </ul>
<b>OPPORTUNITÉS (facteurs externes)</b>	<b>MENACES (facteurs externes)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonne prise en soin préhospitalière, bon suivi médical et régulier.</li> <li>- Médecin généraliste attiré à la personne.</li> <li>- Bon contexte social.</li> <li>- Personne institutionnalisée (surveillance, suivi majorée).</li> <li>- En journée.</li> <li>- Information disponible via pharmacien et famille.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personne âgée isolée à son domicile.</li> <li>- Augmentation des motifs liés au problématiques sociales.</li> <li>- Les heures de garde (la nuit, les WE...)</li> <li>- Mauvaise connaissance du patient par personnel de proximité (remplacement ...)</li> <li>- Prise en soin délétère par service spécialisé si pas l'habitude des prises en soins gériatriques.</li> </ul>

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer poste navigateur s'occupant sortie, lien hôpital-ville, des prises en soins gériatriques aux urgences.</li> <li>- Faire formation des soignants aux urgences sur les prises en soins gériatriques (soignant demandeur).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jamais sollicité par les MT en amont de l'envoi pour savoir si il y a une capacité d'accueil suffisante (passage par HOP'LINE).</li> <li>- Volumétrie de plus en plus importante de patients âgés.</li> <li>- Courrier du médecin généraliste non complet ou inexistant).</li> </ul> |
|---|---|

Figure 15 : Analyse de l'entretien d'un Médecin Urgentiste par la méthode FFOM.

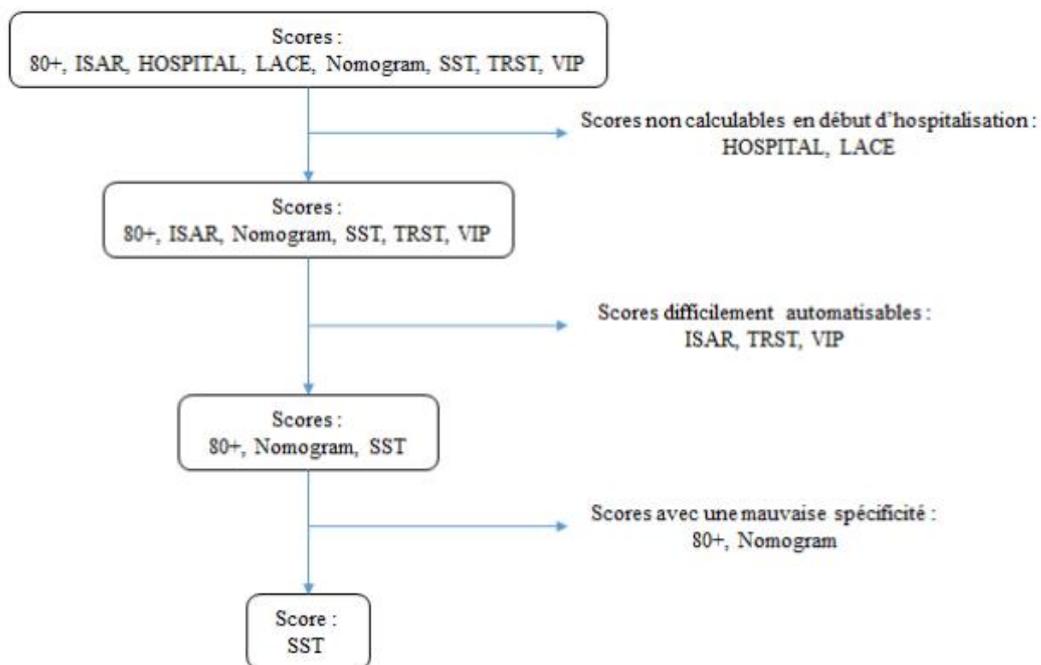


Figure 16 : Logigramme de la sélection des scores de mesure du risque de ré-hospitalisation précoce (SCHWAB, 2020).

Item	Oui	Non
Age ≥ 80 ans	1	0
Troubles cognitifs	1	0
Réside en EHPAD*	1	0
Présence d'une insuffisance cardiaque congestive	1	0
Créatininémie > 130 µmol/L	1	0

\*Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes

Figure 17 : Calcul du score Simple Scoring Tool (SCHWAB, 2020).

## TRST

Item	Points
Troubles cognitifs	
Démence, désorientation, etc	1
Pas de troubles cognitifs	0
Support social	
Vit seul, aucune aide à domicile	1
Vit entouré, époux(se), aide à domicile...	0
Mobilité	
Difficulté à la marche, chutes (6 mois)	1
Pas d'aide pour marcher ni chutes	0
Antécédents d'hospitalisation	
Visite(s) au SAU dans les 30 derniers jours ou hospitalisation(s) dans les 90 derniers jours	1
Absence de visite au SAU ou hospitalisation	0
Polymédication	
Prise de 5 ou plus médicaments	1
Moins de 5 médicaments	0

Figure 18 : Calcul du score Triage Risk Simple Tool (SCHWAB, 2020)

## Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST)

Patients de 65 ans et plus, autonome (ADL  $\geq$ 5/6), à distance de toute pathologie aiguë.

	OUI	NON	Ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :</i>			
Votre patient vous paraît-il fragile ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Si OUI, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	

Figure 19 : Echelle de fragilité GFST développée par le Gérontopôle de Toulouse.

## Volet A

	Profil gériatrique et facteurs de risques			Score
	0	1	2	
<b>Age</b>	74 ans ou moins	Entre 75 ans et 84 ans	85 ans ou plus	
<b>Provenance</b>	Domicile	Domicile avec aide professionnelle	FL ou EHPAD	
<b>Médicaments</b>	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou plus	
<b>Humeur</b>	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
<b>Perception de sa santé</b> par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
<b>Chute dans les 6 derniers mois</b>	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
<b>Nutrition</b>	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
<b>Maladies associées</b>	Absence de maladie connue et traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
<b>AIVQ</b> (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
<b>Mobilité</b> (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
<b>Continence</b> (urinaire et/ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
<b>Prise des repas</b>	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
<b>Fonctions cognitives</b> (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aiguë, démence)	
<b>Total .... / 26</b>				

TOTAL Volet A		
<b>&lt; ou = 8 :</b> Personne peu fragile	<b>[9-11] :</b> Personne fragile	<b>&gt; ou = 12 :</b> Personne très fragile

Figure 20 : Volet A de l'échelle de fragilité SEGA (Short Emergency Geriatric Assessment)

# EVALUATION GERIATRIQUE GLOBALE

NOM:

PRENOM:

DATE DE NAISSANCE:

DATE DU JOUR:

CATEGORIES:	ECHELLES								
AUTONOMIE	IADL:	ADL:	GIR:						
NEUROPSY	MMSE:	MoCA:	mini GDS 15:						
ENTOURAGE	LUBBEN 6:	3ITS:	mini ZARIT:						
COMORBIDITE	CHARLSON:								
SOMMEIL	EPWORTH								
FRAGILITE	SEGA:	SARC-F:							
NUTRITION	PERTE DE POIDS (%):	IMC:	SEFI:	ALB:	PREALB:	MNA:	BLNDF:		
DOULEUR	EN:	ECPA:	DN4:						
ESCARRE	BRADEN:								
QDV	EUROQOL								
PRECARITE	Score EPICES								
AUTRES									

Figure 21 : Echelles pour l'évaluation à distance de l'infirmière experte en gériatrie

**POLE DE GERONTOLOGIE**  
Responsable Médical du Pôle  
Professeur François PUISIEUX  
Responsable du Département Universitaire  
Professeur Eric BOULANGER  
Responsable Recherche  
Professeur Jean Baptiste BEUSCART  
Cadres Supérieures de Santé  
Madame Marie-Laure DE BOTTON  
Madame Isabelle FACQUEUR



**HOPITAL GERIATRIQUE LES BATELIERS**

**SOINS DE SUITE ET READAPTATION  
SPECIALISES**

**SOINS DE LONGUE DUREE – EHPAD**

Accueil : 03.20.44.45.82  
Secrétariat : 03.20.44.46.05  
Fax : 03.20.44.64.87

**SOINS DE SUITE ET READAPTATION  
POLYVALENTS**

Secrétariat : 03.20.44.46.02  
Fax : 03.20.44.45.94

**CONSULTATIONS DE GERIATRIE**

Accueil : 03.20.44.45.75  
Secrétariat : 03.20.44.48.60  
Fax : 03.20.44.45.90

Chute, Evaluation, Douleur, Consultation  
Mémoire Labellisée, Néphrogériatrie,  
Oncogériatrie, Psychogériatrie

**HOPITAL DE JOUR GERIATRIQUE**

Accueil : 03.20.44.41.69  
Secrétariat : 03.20.44.59.62 poste 39 970

**HOPITAL FONTAN 2 (niveau 2)**

**SOINS DE SUITE ET READAPTATION**

Polyvalents, UCC Alzheimer, Psychogériatrie  
Secrétariat : 03.20.44.58.51  
PC Infirmier : 03.20.44.58.52  
Fax : 03.20.44.58.39

**INSTITUT-CŒUR-POUMONS**

**MEDECINE GERIATRIQUE- 4<sup>ème</sup> SUD**

Accueil : 03.20.44.61.67  
Secrétariat : 03.20.44.61.80  
Fax : 03.20.44.61.51

**MEDECINE GERIATRIQUE-4<sup>ème</sup> OUEST**

Accueil : 03.20.44.50.82  
Secrétariat : 03.20.44.51.25  
Fax : 03.20.44.51.14

**EQUIPES MOBILES**

Intra-CHRU 32 802  
Psychogériatrie/EHPAD 03.20.44.58.51

Pr Jean-Baptiste BEUSCART  
Dr Jennifer BLOCH  
Dr Anne CHARPENTIER  
Dr Yaohua CHEN  
Dr Bénédicte CORROYER-SIMOVIC  
Dr Isabelle DELABRIERE  
Dr Marie-Guy DEPUYDT  
Dr Daniel DREUIL  
Dr Marie-Anne FABRE  
Dr Cédric GAXATTE  
Dr Catherine GIRES  
Dr Dominique HUVENT  
Dr Aurélie MAILLIEZ  
Dr Linda MEZIANI  
Dr Aurélie MORAUD  
Dr Juliette PODVIN  
Dr Jean ROCHE  
Dr Clémentine ROLLAND  
Dr Clémentine THERME  
Dr Marion WIMEL

Lille, le .../.../2023

Dr .....  
... rue .....  
59000  
Lille

**Evaluation IDE EXPERT EN GERONTOLOGIE**

**DATE .../.../2023**

Mr .....  
Né le .....  
...rue .....  
Appartement .....  
59120 LOOS

**Expertise infirmière**  
Utilisateurs itératifs des urgences

Mr le Dr .....

Dans le cadre de notre poste d'**infirmier d'expert en gérontologie** issu de l'ADNP 75 et financé par l'ARS, nous sommes amenés à **prendre en soin des patients de plus de 75 ans se présentant au moins cinq fois au sein des services d'urgences** du CHU de Lille sur les 12 mois glissant depuis leur dernier passage.

Notre but étant **d'épargner un nouveau passage aux urgences évitable** en facilitant l'accès aux ressources de la filière gériatrique du territoire et en favorisant les admissions directes non programmées dans les services.

Nous nous permettons de vous contacter par ce présent courrier car votre patient **Mr ..... né le .....s'est rendu 4 fois aux urgences sur les 12 derniers mois.**

Le .../.../2022 pour rétention aiguë d'urine sans point d'appel infectieux retrouvé.  
 Le .../.../2022 pour une nouvelle rétention aiguë d'urine avec douleur pelvienne.  
 Le .../.../2022 pour rétention aiguë d'urine sur fécalome.  
 Le .../.../2023 pour retrait accidentel de la sonde vésicale.

Nous avons effectué une analyse de dossier car Mr ..... entre dans nos critères de suivi.  
 Nous avons également eu un entretien téléphonique avec sa fille.

• **L'entretien et l'analyse de dossier ont révélé :**

- Une fragilité élevée avec : un échelle SEGA à 17/26, et un score CHARLSON à 4.
- Un risque de ré-hospitalisation à 3/5 sur l'échelle TRST.

• **Les facteurs de risque de réhospitalisation non programmée sont :**

- Un risque important de rétention aiguë d'urine.

• **Les autres problèmes de santé à prendre en compte :**

- De légers troubles mnésiques accompagnés d'une perte de mot.
- Un besoin de répit de la part des aidants principaux : sa fille exprime un besoin de relai au niveau des soins pour qu'elle et sa mère puissent partir en vacances.
- Des chutes récurrentes sans gravité au domicile et une perte d'autonomie majeure liée à sa cécité totale.

Concernant le risque de rétention urinaire, une sonde à demeure définitive a été posée suite à sa dernière consultation d'urologie d'après sa fille. Concernant le problème de cécité, majorant la dépendance et le problème d'adaptation du domicile, une prise en soin par une association accompagnant les personnes atteintes de cécité à leur domicile est possible. Enfin, des troubles mnésiques avec perte de mots ont été constatés par les proches, Mr ayant des antécédents cérébro-vasculaires importants, une consultation mémoire serait indiquée. Sa fille est d'accord avec toutes nos propositions.

**En conclusion, pour prévenir de nouvelles hospitalisations non programmées de Mr ....., nous proposons :**

Risques gériatriques ciblés	PROPOSITIONS	INTERVENANTS
Majoration de la dépendance due à une cécité totale.	Association d'accompagnement de personnes en déficience visuelle	Demande d'intervention faite le ..... à l'association .....
Souffrance des aidants, demande de répit.	Orienté vers un dispositif d'accompagnement des aidants.	Coordonnées de la maison des aidants de Lille transmis à la fille pour organiser un séjour de répit.
Suspicion de troubles mnésiques.	Evaluation gériatrique	Consultation mémoire prévue le .../.../.....

Figure 23 : Courrier anonymisé d'un patient de la file active de l'IEG. (p. 2)

Si vous souhaitez dans le futur entamer quelques démarches en lien avec la filière gériatrique du territoire en fonction de l'évolution de la prise en soin, n'hésitez pas à nous solliciter. Ainsi, nous vous proposons de mettre en place un suivi téléphonique personnalisé pendant 6 mois auprès de Mr .....

Nous sommes à votre disposition pour toute information complémentaire au **03/20/.../.../...** (**poste .....**) et par mail à l'adresse suivante : .....@**chu-lille.fr**. En cas de problématique, il vous est toujours possible de joindre **la HOP'LINE au 08/00/.../.../...** (**CHU**) ou **la HOTLINE au 03/67/4.../.../...** (**GHICL**) pour obtenir l'avis d'un spécialiste dont celui d'un gériatre.

Sensible à votre confiance, nous vous prions de croire, en l'expression de nos sentiments les meilleurs.

LE COLLETER Léo  
Infirmier expert en gériatrie

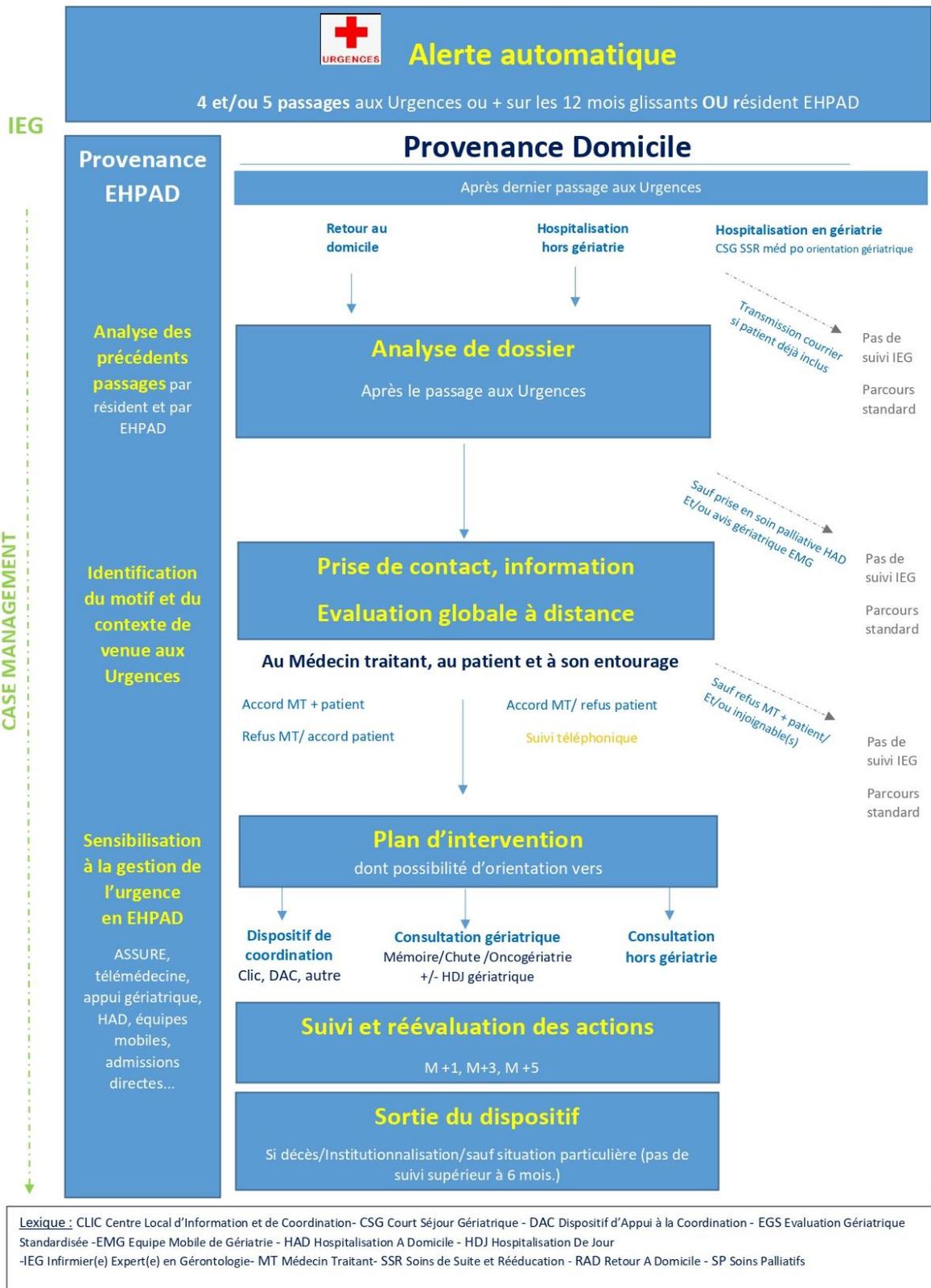


Figure 25 : Logigramme de l'action de l'infirmier(e) expert(e) en gérontologie et des critères d'inclusion d'exclusion de sa file active.

Evaluation Globale

PPS

PPCS

**Orientation structure :**

- Admissions directes
- Consultations (gériatrique ou autres)
- Hôpital de jour
- UCC (cognitivo-comportemental)
- USLD (soins longues durées)
- UHR (hébergement renforcé)
- SMR (rééducation)
- SDC (douleur)
- CMP (medico-psychologique)
- PASS (soins précarité)

**Autres :**

- IATROPREV (optimisation médicamenteuse)
- HOP'LINE
- Dossier liaison d'urgence
- FICHES URGENCES PALLIATIVE
- DIRECTIVES ANTICIPÉES

**Coordination :**

- DAC
- CLIC/EOLLIS (hors secteur Lille)
- SAD (Maison d'aide à domicile)
- SSIAD / SSIAD Précarité (Abej)
- PRADO (RAD : Chir,IC,BPCO,AIT/AVC, +75ans)

**Santé Numérique :**

- PREDICE
- TELECONSULTATION

**Equipe mobile :**

- HAD/CARMAD (Santély)
- EMSSR/ ESPRAD (rééducation)
- ESAD (Alzheimer/cognition)
- EGED (évaluation gériatrique à domicile)
- EQLAAT (aide technique)
- EMPP (Psychiatrie et précarité)
- Dispositif Diogène (diogène)
- VISAVIES (addictions+ précarité)

**Aidants :**

- Maison des aidants
- TEMPOFORM (Prévention - de 65A)
- BULLE D'AIR (bénévoles)
- Plateforme de répit

**Réseaux/centre :**

- PARCSEP/CRC SEP/CEP (Parkinson /SEP)
- REMORA (Cécité)
- ELSA (addiction)
- ERC/ RRC HDF (cancer)
- MEOTIS/CM2R (Mémoire)
- TC-AVC (réseau AVC)
- Réhabilitation respiratoire (GHLH, La Louvière : Acti air)
- PREMOB (Chute)
- Réseau Diabète
- CMEI (asthme/respi)
- Réseau régional Sourd et Santé
- Réseau Handident (soins dentaire)
- Réseau santé solidarité (précarité)

Figure 26 : Fiche récapitulative des possibilités d'action de l'IEG via les ressources territoriales (1).

## **Expérimentations en 2022\*:**

### **Régionale :**

- Grand Est : Toktokdoc (polyclinique mobile)
- Nord : IATROPREV et le parcours Nutri'Age (parcours sur la prise en soin de la dénutrition chez les personnes âgées)
- Ile de France : Vigie-Age (télésurveillance des personnes âgées)
- Occitanie : Vigilance senior (Repérage de la fragilité et prévention aggravation santé des seniors par les SAD)
- Pays de la Loire : Parcours D-NUT (parcours de prise en soins de patients de plus de 60 ans dénutris au domicile) et REMIDOM (Mettre en place une prise en charge conjointe et coordonnée, entre les infirmiers libéraux et le médecin généraliste, des patients en ALD qui ne peuvent pas se déplacer à la maison de santé)

### **Nationale :**

- DRAD (Coordination intégrée et renforcée des différents professionnels intervenant auprès de la personne âgée en perte d'autonomie, en mobilisant l'expertise d'un EHPAD)
- OCTAVE (Organisation et Coordination Traitements Age Ville Établissement de santé)
- Passcog (Faciliter le diagnostic et la prise en charge des maladies neurocognitives au stade léger)
- Psycog (orientation par le médecin traitant vers une psychothérapie remboursée de patients avec un trouble anxieux/dépressif atteints d'une maladie d'Alzheimer ou apparentées et/ou leur aidants)

### **Ministérielle :**

- ICOPE (Dépistage précoce de la dépendance et de la fragilité chez les seniors)

*\*issue de l'ATLAS des expérimentations de l'article 51*

Figure 27 : Fiche récapitulative des possibilités d'action de l'IEG via les ressources territoriales (2).

Entretien n.4 :

<b>FORCES (internes)</b>	<b>FAIBLESSES (internes)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient vu rapidement par le médecin traitant (MT) lors de son retour.</li> <li>- PPS informel fait régulièrement</li> <li>- Transmissions directes entre professionnels de proximité via SMS ou face à face.</li> <li>- Coordination fait par MT (Médecin Traitant) vers Maison des aidants (MDA), Allocation personnalisée autonomie (APA), Assistante sociale (ASS), Service de soins infirmier à domicile (SSIAD).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sous-utilisation des ressources gériatrique territoriale utilise le plus : MDA, APA, ASS, SSIAD.</li> <li>- MSS (Messagerie de soin sécurisée) pas forcément consultée constamment pour voir si nouveau patient en retour au domicile.</li> </ul>
<b>OPPORTUNITES (externes)</b>	<b>MENACES (externes)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recueil de donnée fait aux urgences régulièrement par les internes.</li> <li>-Transmission via Messagerie de soin sécurisée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non résolution du problème aux urgences.</li> <li>- Impatience du patient part sans avis/contre avis médical.</li> <li>- Inquiétude du patient (ou de son entourage) donc va de lui-même aux urgences.</li> <li>- Pas d'appel direct au MT lors du retour du patient.</li> <li>-Plan Personnalisé de Coordination en Santé (PPCS) non fait car outil non adapté et très chronophage.</li> <li>- Pas de professionnel navigateur existant pour coordonner une pris en soin personnalisé et proche du patient.</li> <li>-Application qui veulent offrir un avis de médecine générale rapide en distanciel : risque majeur de mauvaise évaluation et mauvais diagnostic.</li> <li>-Pas d'alerte de la MSS quant à un nouveau courrier si application fermée.</li> <li>-Manque de ressources territoriales au niveau de la précarité sociale, misère sociale.</li> </ul>

Figure 28 : analyse de l'entretien d'un médecin traitant via la méthode FFOM



**AUTEUR** : Nom : LE COLLETER

Prénom : Léo

**Date de soutenance** : 06/07/2023

**Titre du mémoire** : *Analyse du parcours du patient de plus de 75 ans usager itératif des urgences. Cartographie et analyse du processus de retour à domicile suite au 4ème passage aux urgences*

**Mots-clés libres** : passages, urgences, gériatrie, parcours, processus, IPA, risques, prise en soin, soins primaires,

**Résumé** : Face au vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques, il est nécessaire de réfléchir à notre système de soins et aux parcours dont il est composé. Nos services d'urgences sont saturés et les passages des personnes âgées s'y multiplient. Certains de ses passages pourrait être évités. Je me suis sensibilisé à cette thématique dans le cadre de mon stage de deuxième année. J'ai effectué ce stage à la coordination de la filière gériatrique du CHU de Lille sur une mission de création de poste d'infirmier(e) expert(e) en gérontologie (IEG). Dans ce contexte une question de recherche m'est apparue : « **Comment réduire le risque d'un nouveau passage aux urgences évitable d'une personne de plus de 75 ans ?** » Mes recherches théoriques m'ont amené à me familiariser avec le processus de vieillissement, le concept de polyopathie et la notion de parcours gériatrique. Ainsi, j'ai pu formuler un objectif de recherche pour ma méthode : « **Identifier les points de rupture favorisant un nouveau passage aux urgences évitable lors du retour à domicile du patient de plus de 75 ans, usager itératif des urgences.** » Afin d'identifier ces points de rupture, je me suis basé sur ma propre expérience au poste d'IEG via le récit de situation complexe et authentique (RSCA). J'ai couplé ce RSCA à une analyse de processus et plusieurs entretiens afin d'être le plus proche possible de la réalité du terrain des urgences et du libéral. Le fruit de ce travail m'a permis de construire une réponse cohérente et multi-composante aux problématiques identifiées dans le parcours de soins des personnes âgées usagers itératifs des services d'urgence.

**Abstract** : Considering the ageing population and the increase in chronic diseases, it is necessary to rethink our healthcare system and its structures.

Our emergency services are saturated, especially because of the increasing inflow of the elderly. Some of their admittances could be avoided. It is during my second year internship that I eventually became aware of this phenomenon. I carried out this internship at the geriatric sector coordination of Lille's University Hospital. My assignment was to imagine and develop the new position of gerontology expert nurse (GEN). In this context, I came up with a question : « **How could we avoid unnecessary emergency admittances of patients over 75 years?** » During my theoretical research, I discovered the process of ageing, the concept of poly-pathology and the notion of geriatric journey which helped me formulate an objective : « **Identify the breaking points that potentially foster an avoidable new visit to emergency services especially when frequent users of emergency over 75 years are home discharged.** » In order to identify these breaking points, I relied on my personal experience as a GEN via the complex and authentic situation narrative (CASN). I coupled this CASN with a process analysis and several interviews in order to be as close as possible to the actual working conditions of emergency and liberal professionals. The fruit of this work allowed me to build a coherent and multi-component response to the issues identified regarding the geriatric journey especially when dealing with frequent users of emergency over 75 years.

**Directeur de mémoire** : Pr François PUISIEUX