

**UNIVERSITÉ DE LILLE DEPARTEMENT
FACULTAIRE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année 2024

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

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

Analyse critique d'expérience clinique

Analyse du parcours de soins de la personne âgée de 75 ans ou plus en situation d'urgence non vitale : Les Admissions directes non programmées en médecine gériatrique à l'hôpital St Vincent de Paul de Lille.

Présenté et soutenu publiquement le 01 juillet 2024 à 9h00

Au pôle formation

Par Aurélie Delplanque

MEMBRES DU JURY

Président : Monsieur le Professeur WIEL Éric

Enseignant Infirmière : Madame KOZLOWSKI Véronique

Directeur de mémoire : Monsieur le Docteur MACIEJASZ Pierre

“When you are a nurse, you know that every day you touch a life, or that you will be touched by a life.” Ginot.C



La photo qui illustre ma citation représente la main de ma grand-mère "Mamie Nelly", qui nous a quitté en septembre 2017, dans la mienne.

Remerciements

Au Président du Jury, Monsieur le Professeur WIEL Éric, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail.

A Madame KOZLOWSKI Véronique, merci de faire partie de ce jury et de votre investissement au sein de la formation IPA.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à ma famille, et plus particulièrement à vous trois, Rémi mon conjoint, Anaé et Zoé mes filles, pour votre soutien au cours de ces deux années de formation. Votre confiance et votre amour inconditionnel m'ont donné la force nécessaire pour surmonter les moments difficiles et avancer avec détermination. Merci d'avoir été là pour moi, de m'avoir soutenue dans les difficultés, d'avoir fait des compromis pour me permettre d'aller de l'avant. Je vous aime plus que tout au monde, mes amours.

À mes chers parents et beaux-parents, votre présence et votre soutien sans faille ont été un véritable pilier pour moi tout au long de cette période intense. Je mesure chaque jour la chance immense que j'ai de vous avoir à mes côtés. Votre amour et votre soutien m'ont donné la force nécessaire pour avancer. Je vous aime énormément.

A mes chères collègues Amandine et Olivia. Vous avez été bien plus que des collègues de travail, vous avez été mes alliées, mes confidentes, mes amies. Merci d'avoir été là pour compenser mon absence au sein de l'équipe mobile de gériatrie. Nous avons partagé ensemble tant de rires, de larmes, de joies et de peines. Votre présence à mes côtés a été d'un soutien inestimable, et je suis infiniment reconnaissante de vous avoir dans ma vie. Vous êtes mes sœurs de cœur, mes "Trinômes Forever".

À toi, Justine, ma cadre de santé, merci d'avoir cru en moi et en mes compétences, et d'avoir ouvert la porte de cette formation qui a été une étape cruciale dans mon parcours professionnel. Tu m'as permis de grandir, d'évoluer, et de me réaliser pleinement dans mon métier. J'espère pouvoir continuer à travailler à tes côtés et à construire de beaux projets ensemble.

À toi, Pierre, mon chef et coordinateur de la filière gériatrique, tu as été un guide précieux dans mon parcours professionnel. Grâce à toi, j'ai pu repousser mes limites, relever de nouveaux défis et devenir la professionnelle que je suis aujourd'hui. Ton soutien et ta confiance en moi m'ont permis de réaliser mon projet. Je te suis infiniment reconnaissante pour tout ce que tu as fait pour moi.

À toute l'équipe médicale et paramédicale du service de gériatrie, votre collaboration, votre dévouement et votre soutien ont été essentiels dans mon parcours de formation. Merci pour votre bienveillance et votre professionnalisme.

À toi, Hadrien, médecin urgentiste, je tiens à te remercier tout particulièrement pour ta bienveillance, ta disponibilité et ton soutien tout au long de mon stage de deuxième année. Tes encouragements, ta spontanéité et ton sens de l'écoute ont été d'une aide précieuse pour moi. Ce

fut un réel plaisir de travailler à tes côtés, ainsi qu'avec tous les médecins, internes, infirmières et aides-soignantes du service des urgences.

À tous ceux qui ont contribué à mon parcours de formation, je vous adresse mes plus sincères remerciements pour votre soutien, votre encouragement et votre collaboration. Grâce à vous, j'ai pu réaliser mon rêve et atteindre mes objectifs. Je suis profondément reconnaissante pour toutes les personnes qui ont croisé ma route et m'ont aidée à grandir et à m'épanouir tant sur le plan personnel que professionnel.

À mes amis chers à mon cœur, Greg, Mémère, Ninie, Nanou, Bubu, Burette, Mic, Claude, votre amitié sincère et votre présence constante ont été une source de réconfort et de soutien inestimable dans les moments les plus difficiles. Je vous suis infiniment reconnaissante pour votre soutien et votre amour sans limite. Vous êtes une véritable famille pour moi, et je suis profondément reconnaissante de vous avoir à mes côtés.

Merci à cette formation de m'avoir permise de faire de belles rencontres, ma "Princesse Nahida", Fairouz, Djamel et Marie, mes piliers de formation. Avec qui j'ai passé beaucoup d'heures à travailler, on a su surmonter ensemble les difficultés, toujours l'un pour remonter l'autre. Rendez-vous en juillet pour fêter la fin de ces 2 ans d'études.

Enfin, je souhaite rendre hommage à mes grands-parents, Mémé Thérèse, Mémé, Mamie Nelly et Papi. Votre amour, votre bienveillance et votre exemple ont été une source d'inspiration pour moi. C'est grâce à vous que je suis devenue infirmière, et je vous en serai éternellement reconnaissante. Vos souvenirs resteront gravés dans mon cœur pour toujours, et je continuerai à vous honorer dans tout ce que je fais.

SOMMAIRE

GLOSSAIRE.....	7
PREAMBULE	8
I-INTRODUCTION	8
II-CONTEXE	8
III-METHODE	20
IV-ANALYSE et DISCUSSION.....	28
V-RESULTATS	53
IPA et ADNP	55
VI-CONCLUSION.....	56
VII-REFERENCES.....	57
VIII - TABLE DES MATIERES.....	61
IX-ANNEXES.....	63

GLOSSAIRE

ADNP = Admission Directe Non Programmée

ARS = Agence Régionale de Santé

ASSURE = Amélioration des Soins d'Urgence en EHPAD et à domicile

Cnam = Caisse nationale d'assurance maladie

CLIC = Centre Local d'Information et de Coordination

DAC = Dispositif d'Aide à la Coordination

EGED = Equipe Gériatrique d'Expertise à Domicile

EHPAD = Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes

EMG = équipe mobile de gériatrie

IDEC = Infirmier Diplômé d'Etat Coordinateur

IPA = Infirmière en Pratique Avancée

MMSE = MINI MENTAL STATE EXAMINATION

SAU = Service d'Accueil des Urgences

UPOG = Unité Peri-opératoire ortho-gériatrique

PREAMBULE

L'accès aux soins de santé est un enjeu majeur pour les personnes âgées de plus de 75 ans, qui peuvent être confrontées à des problèmes de santé nécessitant une attention médicale immédiate. Cependant, les passages aux urgences, pour des urgences non vitales peuvent être évités grâce à une méthode alternative : Les Admissions directes non programmées.(ADNP) Ce mémoire a pour objectif de démontrer l'efficacité de cette méthode en se basant sur des récits de situations complexes et authentique, associé a une analyse critique de la littérature.

I-INTRODUCTION

La croissance démographique mondiale connaît un tournant majeur avec un vieillissement de la population à un rythme sans précédent. Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la santé, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus devrait doubler d'ici 2050 pour atteindre 2 milliards de personnes. Cette évolution démographique met en lumière des défis majeurs pour les systèmes de santé. Face à cette réalité, les services d'urgence font souvent face à une surcharge due aux admissions de personnes âgées pour des problèmes de santé non vitaux. Pour remédier à cette problématique, les admissions directes non programmées en médecine gériatrique se présentent comme une solution prometteuse. Cette méthode permet d'orienter directement les personnes âgées vers les services de médecine gériatrique, sans passer par les urgences, en cas de besoin médical urgent mais non vital. Cependant, malgré les avantages potentiels de cette méthode, son utilisation reste limitée en pratique. Les défis tels que la coordination entre les acteurs de santé, les capacités d'accueil des services de médecine gériatrique et la charge de travail supplémentaire pour les professionnels de santé doivent être pris en compte. Dans ce contexte, ce mémoire a pour objectif d'évaluer l'efficacité et la pertinence des admissions directes non programmées en médecine gériatrique pour les personnes âgées de plus de 75 ans. En mettant en lumière les avantages et les limites de cette pratique, cette étude vise à contribuer à une meilleure prise en charge des personnes âgées et à une utilisation plus efficiente des ressources médicales.

II-CONTEXE

Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la santé, « *le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus devrait doubler d'ici 2050 pour atteindre 2 milliards de personnes.* » En France, la proportion de personnes âgées de plus de 75 ans est en constante augmentation et représente aujourd'hui près de 9% de la population totale (INSEE, 2019).¹ Cette évolution

¹ « Projections de population à l'horizon 2070 - Insee Première - 1619 ». <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>.

démographique a un impact majeur sur le système de santé, en particulier en ce qui concerne la prise en charge des personnes âgées. En effet, cette population est souvent confrontée à des problèmes de santé chroniques ou aigus nécessitant une attention médicale régulière et particulière. Cependant, il est fréquent que ces personnes se rendent aux urgences pour des problèmes de santé qui ne sont pas considérés comme vitaux, engendrant ainsi une surcharge des services d'urgence et une utilisation inappropriée des ressources médicales. Face à cette problématique, il est nécessaire de trouver des solutions pour améliorer la prise en charge des personnes âgées et éviter les passages inutiles aux urgences. Dans ce contexte, les Admissions directes non programmées en médecine gériatrique apparaissent comme une méthode prometteuse. Cette pratique consiste à orienter directement les personnes âgées vers le service de médecine gériatrique sans passer par les urgences, en cas de besoin médical urgent mais non vital. Cette méthode permet ainsi de réduire les délais d'attente et d'offrir une prise en charge adaptée aux besoins spécifiques des personnes âgées. Cependant, malgré les avantages potentiels de cette méthode, elle reste encore peu utilisée en pratique. Il est donc important de s'intéresser à son efficacité et à sa pertinence dans le contexte de la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans. C'est dans cette optique que ce mémoire a été réalisé, avec pour objectif de mettre en lumière les avantages et les limites des admissions directes non-programmées en médecine gériatrique pour les personnes âgées de plus de 75 ans. Tout d'abord, cette méthode nécessite une coordination étroite entre les différents acteurs de santé, ce qui peut être difficile à mettre en place, de plus, elle peut être limitée par les capacités d'accueil du service de médecine gériatrique, qui peuvent être rapidement saturées. Enfin, les admissions directes non programmées peuvent être perçues comme une charge de travail supplémentaire pour les professionnels de santé, qui doivent s'adapter à l'arrivée imprévue de nouveaux patients.

1- Présentation de la population des personnes âgées de plus de 75 ans et de leurs besoins spécifiques en matière de soins de santé.

Selon les critères de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le seuil de vieillesse est généralement fixé à partir de l'âge de 60 ans. En France, cette même limite est également adoptée pour l'accès à certaines aides sociales, telles que l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Bien que cette définition de la vieillesse soit largement fondée sur des considérations d'âge civil, elle suscite souvent des questionnements, notamment de la part des spécialistes en gériatrie. Dans le domaine médical, l'âge de 75 ans apparaît comme une référence plus pertinente pour orienter les patients vers les services de santé adaptés. Cependant, il est crucial de souligner que l'âge en lui-même ne constitue pas le seul critère déterminant pour définir un patient relevant de la gériatrie.

La population des personnes âgées de plus de 75 ans constitue un segment croissant de la société, principalement en raison des progrès de la médecine et de l'amélioration des conditions de vie. Cependant, avec le vieillissement viennent souvent une série de défis et de besoins spécifiques en matière de soins de santé. Sur le plan médical, les personnes âgées de plus de 75 ans sont plus susceptibles de souffrir de maladies chroniques. Selon la Haute Autorité de Santé

HAS, « 57 % des personnes âgées de 75 ans et plus ont au moins 1 affection de longue durée (ALD), 40 % ont au moins 2 ALD, 3,6 % au moins 3, et 0,8 % au moins 4. »² La gestion de ces conditions nécessite souvent une surveillance régulière, des ajustements fréquents de médicaments et une coordination entre différents spécialistes de la santé. Elles sont confrontées à un risque accru de développer diverses maladies chroniques en raison du processus naturel de vieillissement, de facteurs génétiques et de modes de vie antérieurs. Parmi les maladies les plus courantes, on trouve le diabète, une condition métabolique qui nécessite une surveillance attentive de la glycémie, des ajustements alimentaires et parfois une insulinothérapie mais aussi une surveillance des possibles complications liées au diabète tel que l'insuffisance rénale, les neuropathies, les atteintes oculaires.... L'hypertension artérielle, un autre problème fréquent chez les personnes âgées, exige une gestion rigoureuse pour restreindre le risque de complications cardiovasculaires telles que les AVC et les infarctus du myocarde. Les maladies cardiaques, y compris les maladies coronariennes et l'insuffisance cardiaque, sont également plus fréquentes chez les personnes âgées, nécessitant souvent un traitement médicamenteux complexe, des interventions chirurgicales et des changements de style de vie pour contrôler les symptômes et améliorer la fonction cardiaque.

Les problèmes articulaires comme l'arthrite, qui peuvent entraîner une douleur et une mobilité réduite, sont prévalent chez les personnes âgées et exigent souvent une combinaison de médicaments analgésiques, d'exercices physiques adaptés et parfois de chirurgie pour soulager les symptômes, maintenir la fonction articulaire et la qualité de vie.

Les troubles cognitifs sont également courants dans cette tranche d'âge, allant de la perte de mémoire légère à des formes plus sévères de démence comme la maladie d'Alzheimer. Les soins aux personnes âgées atteintes de troubles cognitifs vont au-delà des aspects médicaux. Il est également crucial de prendre en compte les besoins émotionnels et sociaux des patients, ainsi que ceux de leurs aidants. Les personnes atteintes de démence peuvent éprouver de la confusion, de l'anxiété et de la dépression, nécessitant un soutien émotionnel et psychologique approprié. De même, les aidants familiaux peuvent ressentir un stress important en raison des défis liés à la prise en charge d'un proche atteint de troubles cognitifs, et ils ont besoin de soutien et de ressources pour faire face à ces défis.

Parallèlement aux besoins physiques, la santé mentale des personnes âgées de plus de 75 ans est une préoccupation majeure. La solitude, la dépression et l'anxiété sont des problèmes courants, souvent exacerbés par des facteurs tels que la perte de proches, les limitations physiques et les changements de vie, les pertes financières, les déménagements dans un établissement de soins de longue durée. La solitude est l'un des problèmes les plus courants, car de nombreuses personnes âgées vivent seules ou ont perdu des proches au fil des ans, ce qui peut entraîner un sentiment d'isolement et de détresse. Les services de santé mentale, y compris

² Haute Autorité de Santé. « Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires ». https://www.has-sante.fr/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires.

la thérapie et le soutien social, sont essentiels pour promouvoir le bien-être émotionnel des personnes âgées.

La polymédication, c'est-à-dire la prise de plusieurs médicaments, est courante chez les personnes âgées en raison de la prévalence des maladies chroniques. Cela nécessite une gestion prudente des médicaments pour éviter les interactions médicamenteuses potentiellement dangereuses et les effets secondaires indésirables. Les ajustements fréquents de médicaments sont souvent nécessaires pour optimiser les avantages thérapeutiques tout en minimisant les risques pour la santé.

La gestion de ces conditions médicales chez les personnes âgées nécessite une approche multidisciplinaire et coordonnée impliquant différents spécialistes de la santé, tels que des médecins généralistes, des cardiologues, des pneumologues, des endocrinologues, des gériatres, des neurologues, des rhumatologues, et des chirurgiens. Mais aussi des infirmières à domicile, des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des neuropsychologues, des diététiciennes, des pharmaciens etc... Une surveillance régulière de la santé, y compris des examens médicaux et des tests de dépistage appropriés, est essentielle pour détecter précocement les complications et ajuster les traitements en conséquence.

En ce qui concerne les besoins spécifiques en matière de soins de santé, les personnes âgées de plus de 75 ans ont souvent besoin de services de soins à domicile pour les aider dans les activités quotidiennes telles que se nourrir, se laver et se déplacer. Ces services peuvent être fournis par des aidants familiaux, des aidants professionnels ou autres. Les soins de longue durée sont également une considération importante, en particulier pour les personnes âgées fragiles qui ne peuvent plus vivre de manière indépendante. Les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) offrent un soutien continu aux personnes âgées nécessitant une assistance quotidienne.

La gestion des maladies chroniques chez les personnes âgées de plus de 75 ans exige une approche proactive et individualisée, axée sur la prévention des complications, l'amélioration de la qualité de vie et le maintien de l'autonomie fonctionnelle. Cela nécessite une collaboration étroite entre les patients, les professionnels de la santé et les aidants, afin de garantir des soins de qualité et une prise en charge globale de la santé des personnes âgées.

2- Problématiques

Le cas particulier de la prise en charge des patients âgés est un sujet d'importance croissante dans les services de santé, en particulier en ce qui concerne les soins d'urgence. Les patients âgés présentent souvent des besoins de prise en charge plus longs et plus complexes aux services d'urgence, ce qui pose des difficultés spécifiques aux soignants.

Les patients âgés sont plus susceptibles de présenter un large éventail de conditions médicales chroniques, qui peuvent compliquer leur état de santé global et nécessiter une évaluation approfondie et une gestion continue. Ils sont aussi plus à risque de présenter des complications

médicales graves, telles que les infections, les accidents vasculaires cérébraux et les fractures, qui nécessitent souvent des soins d'urgence immédiats.

En raison de leur âge avancé, les patients âgés peuvent également présenter des soucis en matière de communication et de compréhension, ce qui rend l'évaluation et la gestion de leurs symptômes plus complexes. Les troubles cognitifs, tels que la démence, peuvent également rendre difficile l'identification des symptômes et des problèmes médicaux sous-jacents, ce qui nécessite une approche de soins adaptée. De plus, les patients âgés sont souvent plus vulnérables aux effets indésirables des médicaments et aux interactions médicamenteuses, en raison de la polypharmacie courante chez cette population. Cela nécessite une évaluation minutieuse des antécédents médicaux, des médicaments actuels et des allergies, ainsi qu'une gestion prudente des médicaments pendant leur séjour aux urgences.

La prise en charge des patients âgés aux urgences peut être compliquée par des facteurs sociaux, tels que l'isolement social, le manque de soutien familial et les difficultés d'accès aux soins. Les soignants doivent donc être conscients de ces facteurs et travailler en étroite collaboration avec les assistantes sociales et les services d'aides à domicile pour garantir un plan de soins complet, adapté à chaque patient et ainsi garantir un retour à domicile en toute sécurité.

La prise en charge des patients âgés aux urgences présente des défis uniques en raison de leur âge, de leurs conditions médicales sous-jacentes et de leurs besoins spécifiques en matière de soins. Une approche de soins holistique et individualisée est essentielle pour assurer des résultats optimaux pour cette population vulnérable, en mettant l'accent sur la communication efficace, la gestion des médicaments, la coordination des soins et le soutien social.

2.1 Mise en évidence des problèmes des passages aux urgences pour des urgences non vitales et de ses conséquences sur le système de santé.

Certaines personnes âgées sont souvent dirigées vers les urgences même lorsque des solutions de prise en charge appropriées existent, contribuant ainsi à des passages récurrents préjudiciables tant sur le plan humain, médical que financier. Le développement de solutions adaptées aux personnes âgées est important pour améliorer le parcours des patients aux urgences et répondre efficacement à leurs besoins de santé. Pour cela il est primordial d'encourager l'admission directe des patients en gériatrie lorsque cela est possible.

«Plus de 10 millions de personnes se rendent aux urgences chaque année, soit près d'un Français sur six, pour certains d'entre eux à plusieurs reprises. Pour ces patients, les services d'urgences constituent la garantie d'une prise en charge sanitaire de haut niveau, mais également un filet de sécurité face à l'ensemble des situations de détresse, y compris, parfois, sur le plan social. De ce point de vue, le service public des urgences présente cette particularité

de se trouver à l'interface de la médecine et des maux de la société, ce qui constitue à la fois son originalité et un facteur de sa vulnérabilité.»³

DES PRISES EN CHARGE PLUS LONGUES ET PLUS LOURDES AUX URGENCES

La gestion des patients âgés aux urgences est plus complexe et demande plus de temps, impliquant davantage d'actes médicaux, des passages plus fréquents en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD), et des séjours plus longs en moyenne. Environ un cinquième des patients âgés sont hospitalisés en UHCD, comparé à un treizième des patients plus jeunes.⁴ La Drees, dans deux études récentes intitulées « *Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier* »⁵ a largement confirmé cette observation. Ces études révèlent que les patients âgés représentent, « *un groupe spécifique mobilisant les équipes d'urgence de façon particulière* »⁶, « *en raison de la fragilité résultant des conditions de vie et des affections liées à l'âge.* »⁷

«*Les disparités de prise en charge sont particulièrement flagrantes dans la gestion post-urgence, où 56 % des personnes âgées sont hospitalisées, contre 20 % en moyenne pour tous les patients.* »⁸ Le temps nécessaire pour obtenir un lit spécialisé est également plus long pour les patients âgés, prolongeant ainsi la durée aux urgences.

La gestion de ces patients implique un travail plus intensif et prolongé que celui requis pour les patients. « *4 heures et 30 minutes en moyenne pour les patients âgés de plus de 75 ans, contre 2 heures et 20 minutes pour les patients plus jeunes* » «*Près d'un patient âgé sur cinq séjourne*

³ Sénat. « Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé », 3 avril 2023. <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685.html>.

⁴ « ***Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue*** », *Études et Résultats*, n° 1008, DREES, mars 2017.

⁵ Bénédicte Boisguérin et Léa Mauro (DREES), 2017, « *Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier* », *Études et Résultats*, n°1007, Drees, mars ; Bénédicte Boisguérin et Léa Mauro, 2017, « ***Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue*** », *Études et Résultats*, n° 1008, DREES, mars.

⁶ Bénédicte Boisguérin et Léa Mauro (DREES), 2017, « *Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier* », *Études et Résultats*, n°1007, Drees, mars ; Bénédicte Boisguérin et Léa Mauro, 2017, « ***Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue*** », *Études et Résultats*, n° 1008, DREES, mars.

⁷ « Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ». Consulté le 27 avril 2024. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-personnes-agees-aux-urgences-une-patientele-au-profil>.

⁸ Sénat. « Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé », 3 avril 2023. <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685.html>.

dans une UHCD pendant son passage aux urgences, contre une personne sur treize chez les 15-74 ans. »⁹

A-SURCHARGE DU SYSTEME DE SOINS

La surcharge des services d'urgence constitue l'un des défis majeurs auxquels est confronté le système de santé dans de nombreux pays. Cette surcharge se manifeste par une affluence importante et constante de patients aux urgences, dépassant souvent la capacité d'accueil et de traitement des établissements hospitaliers.

Plusieurs facteurs contribuent à cette surcharge. Tout d'abord, il y a l'augmentation de la demande de soins médicaux d'urgence, souvent en raison de la prévalence croissante de maladies chroniques, du vieillissement de la population, et parfois d'un manque d'accès aux soins primaires en dehors des heures de bureau et/ou d'une surcharge du médecin traitant. Ensuite, il y a les problèmes liés à l'organisation et à la gestion des flux de patients aux urgences, notamment les temps d'attente prolongés, les retards dans le triage et la prise en charge, ainsi que les obstacles à la sortie des patients hospitalisés faute de lits disponibles dans les services adaptés.

La surcharge des urgences a des conséquences graves sur la qualité des soins et la sécurité des patients. Les délais d'attente prolongés peuvent entraîner des retards dans le traitement des cas urgents, augmentant ainsi les risques de complications et de décès évitables. De plus, la pression exercée sur le personnel médical et infirmier peut entraîner une fatigue, un stress et un épuisement professionnel, ce qui compromet à son tour la qualité des soins dispensés.

L'encombrement des services d'urgence est devenu une préoccupation majeure en France, largement relayée par les médias. Diverses réunions professionnelles, comme les « Assises de l'urgence » organisées par le SUDF en 2012¹⁰, ont traité de cette problématique. Pendant l'hiver 2012-2013, une saturation significative et persistante des structures d'urgence a été observée, entraînant de graves conséquences pour leur fonctionnement. Cette situation critique a provoqué de vives réactions parmi le personnel et a conduit à des démissions notables de chefs de services. Les médecins urgentistes et autres professionnels du secteur ont principalement attribué cette crise à des problèmes liés à l'aval des urgences

B-AUGMENTATION DES COÛTS

La surcharge des urgences génère des coûts directs liés à l'augmentation de la demande de soins d'urgence, tels que les salaires du personnel médical et infirmier supplémentaire nécessaire pour

⁹ Source DREES, enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013.

« Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ». Consulté le 27 avril 2024. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-personnes-agees-aux-urgences-une-sante-plus-fragile>.

¹⁰ « Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences, Pr Pierre CARLI – Septembre 2013 », s. d.

répondre à l'afflux de patients, les médicaments et les fournitures médicales utilisés dans le traitement des patients, ainsi que les coûts d'exploitation des infrastructures hospitalières, y compris les équipements et les installations.

Elle entraîne des coûts indirects importants, notamment en raison des retards dans les traitements et les hospitalisations prolongées. Ces retards peuvent entraîner des complications évitables nécessitant des soins médicaux supplémentaires, des examens diagnostiques et des interventions chirurgicales, ce qui alourdit la charge financière pour les systèmes de santé et les patients eux-mêmes.

De plus, la surcharge des urgences a des répercussions sociales et économiques plus larges, telles que les pertes de productivité liées aux absences au travail pour cause de maladie ou de blessure, les coûts associés à l'invalidité et à l'incapacité de travail.

Pour atténuer ces coûts supplémentaires et promouvoir une utilisation plus efficace des services de santé, des mesures de prévention et de gestion de la surcharge des urgences sont nécessaires. Cela peut inclure des initiatives visant à améliorer l'accès aux soins primaires, à promouvoir la sensibilisation du public aux alternatives aux urgences pour les problèmes de santé non vitaux, et à renforcer la coordination des soins entre les différents niveaux de soins de santé.

B-ALLONGEMENT DU DELAI D'ATTENTE

L'utilisation inappropriée des services d'urgence pour des problèmes de santé non vital peut entraîner une saturation des services de santé, ce qui peut avoir un impact sur les temps d'attente pour les patients ayant des besoins médicaux réels et urgents. Cela peut également entraîner des coûts supplémentaires pour le système de santé et une utilisation inefficace des ressources limitées. La Drees (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) a identifié les obstacles à l'obtention d'une solution d'hospitalisation, « 20 % à 25 % des patients pris en charge aux urgences nécessitant un séjour hospitalier »¹¹ « il est plus difficile d'obtenir un lit pour une personne âgée que pour un enfant »¹²

“En l'absence de solutions adéquate, l'ajustement passe le plus souvent par **l'allongement des délais d'attente**, par une hospitalisation en UHCD, mais également par des retours à domicile inappropriés.”¹³ Ou alors, les patients se trouvent hospitalisés dans un service non adapté ce qui en découle une prise en charge non adapté à la personne âgée fragile.

¹¹ Sénat. « Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé », 3 avril 2023. <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685.html>.

¹² Layla Ricroch (DREES), 2016, « Trouver un lit après les urgences : une tâche plus facile pour les petits établissements hospitaliers », *Études et Résultats*, n°973, Drees, septembre.

¹³ Sénat. « Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé », 3 avril 2023. <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685.html>.

Annexe 1

Le temps nécessaire pour obtenir un lit dans un service spécialisé est notablement plus long pour les patients âgés. Ces défis découlent en grande partie de l'absence de solutions de prise en charge adaptées disponibles après les urgences. En particulier, la tendance vers une spécialisation toujours plus poussée des services de santé a progressivement érodé les options d'accueil généralistes et polyvalentes, notamment les services de médecine générale. Pourtant, ces derniers seraient mieux adaptés aux besoins complexes des personnes âgées, souvent confrontées à plusieurs pathologies. De plus, même lorsque des solutions appropriées existent, les personnes âgées sont souvent contraintes de passer par les urgences avant d'être dirigées vers les services spécialisés, alors que dans de nombreux cas, leur condition ne nécessite pas une intervention immédiate et vitale. Il serait d'ailleurs intéressant de faire une étude auprès des médecins généralistes afin d'étudier ce qui les pousse à prendre la décision de diriger leurs patients vers le service d'urgence pour des motifs non vitaux. Certains chercheurs soulignent que ces visites répétées aux urgences représentent un problème à plusieurs niveaux : elles perturbent les patients, peuvent aggraver leur état de santé en raison d'une prise en charge inadaptée, et engendrent des coûts supplémentaires. La Drees recommande de privilégier, lorsque cela est possible, l'admission directe des personnes âgées dans des circuits de soins gériatriques spécialisés, afin de réduire les risques associés au vieillissement.

« Quand cela est possible, l'admission directe en circuits courts gériatriques, sans passage par les urgences, est (...) à privilégier pour éviter les risques liés au grand âge »¹⁴. Le développement de solutions d'aval adaptées aux problèmes spécifiques des personnes âgées apparaît au total comme indispensable pour, d'une part, fluidifier le parcours de l'ensemble des patients des urgences, et, d'autre part, répondre de manière adéquate aux besoins de santé de cette population.

2.3 - Défis dans la gestion en aval des urgences

*Les différences de prise en charge sont particulièrement criantes au stade de l'aval des urgences : **56 % des personnes âgées sont hospitalisées au terme de leur passage de leur service** (contre 20 % en moyenne pour l'ensemble des patients). La probabilité d'hospitalisation à la sortie des urgences est ainsi 2,6 fois plus élevée pour les patients âgés de plus de 75 ans que pour les 15-74 ans.¹⁵*

OPTIMISER LA GESTION EN AVAL POUR ALLEGER LA CHARGE

Des experts ont identifié la gestion en aval des urgences comme un défi majeur. Cette problématique englobe divers obstacles, tels que l'accessibilité aux services hospitaliers, le

¹⁴ Sénat. « Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé », 3 avril 2023. <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685.html>.

¹⁵ selon l'étude « un jour donné » réalisée par la Drees.

manque de lits spécialisés, et la rareté des places dans les structures extrahospitalières, notamment pour les personnes âgées ou handicapées. Un responsable médical a résumé cette problématique en soulignant : "Notre défi n'est pas d'empêcher les patients d'arriver aux urgences, mais de faciliter leur sortie."

La gestion post-urgence vise à désengorger les services d'urgence et à orienter rapidement les patients vers les structures spécialisées, afin de minimiser les retours aux urgences et les hospitalisations multiples.

Une étude de la Drees a révélé que 20 % à 25 % des patients aux urgences nécessitaient une hospitalisation. La vitesse d'obtention d'un lit semble dépendre de l'âge du patient, avec plus de difficultés pour les personnes âgées. De plus, les services les plus fréquentés et les établissements importants rencontrent davantage de problèmes, notamment en raison de l'affectation prioritaire des lits pour les soins programmés. Les délais d'attente sont souvent prolongés, en particulier avant midi, moment où les lits se libèrent suite aux sorties prévues. Il est également plus complexe de trouver des solutions post-urgence en médecine par rapport à la chirurgie, en raison des politiques de fermeture de lits.

En l'absence de solutions, les délais d'attente s'allongent, conduisant parfois à des hospitalisations en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ou à des retours à domicile inappropriés. Dans 13 % des cas en moyenne, les patients sont hospitalisés dans un service inadapté. (comme cité plus haut)

3- Conséquence médicale de la personne âgée lors de passage inapproprié aux urgences.

Lorsque des personnes âgées se présentent aux urgences pour des situations médicales non vitales ou qui pourraient être mieux prises en charge ailleurs, cela peut entraîner plusieurs conséquences médicales néfastes pour ces patients fragiles. Voici quelques-unes des conséquences médicales les plus courantes :

Tout d'abord, les urgences sont souvent des environnements stressants, ce qui peut aggraver les symptômes des personnes âgées et augmenter leur niveau de détresse. **La confusion et l'anxiété** liées à l'environnement d'urgence peuvent également compliquer l'évaluation et la communication des symptômes, ce qui peut entraîner des erreurs de diagnostic et une prise en charge inadéquate des patients.

De plus, les temps d'attente aux urgences peuvent être longs, ce qui expose les personnes âgées à un risque accru de **déshydratation**, de **décompensation médicale** et de complications liées à leur état de santé sous-jacent, tel que la formation d'**escarres**. Les retards dans la prise en charge peuvent également retarder le traitement approprié et prolonger la durée du séjour à l'hôpital, ce qui peut entraîner **une détérioration de l'état de santé** et **une perte d'autonomie** chez les patients âgés. Mais aussi, elles peuvent être exposées à des **infections nosocomiales** et à d'autres risques associés à l'hospitalisation, tels que le **déconditionnement physique**, les

chutes et les effets secondaires des médicaments. De plus, le manque de suivi médical approprié après leur sortie des urgences peut entraîner une prise en charge inadéquate des problèmes de santé sous-jacents et une augmentation du risque de ré hospitalisation.

Lorsque des personnes âgées se rendent aux urgences pour des situations médicales non vitales, cela peut avoir des conséquences médicales néfastes pour ces patients fragiles, y compris une détérioration de leur état de santé, des risques liés à l'hospitalisation et une utilisation inefficace des ressources de santé. Il est important de sensibiliser les personnes âgées et leurs familles ainsi que les médecins extrahospitaliers aux alternatives de soins disponibles, telles que les entrées directes en gériatrie sans passer par les urgences.

4- Développer la prise en Charge médicalisée dans les EHPAD.

Les statistiques montrent que les personnes âgées vivant en Ehpad utilisent fréquemment les services d'urgence. Le rapport de la Cnam (Caisse nationale d'assurance maladie) de 2017 indique que 64% des hospitalisations des résidents d'Ehpad se font via les urgences, comparativement à 45,6% pour les personnes de plus de 80 ans en général, et seulement 15% pour les 30-70 ans. Face à cette situation, il est impératif de promouvoir les soins médicaux spécialisés dans les Ehpad, Le concept de soins médicalisés inclut plusieurs éléments. La Cnam note que "le taux de passages aux urgences diminue significativement dans les Ehpad dotés d'une pharmacie à usage intérieur (PUI)" Il est aussi essentiel de favoriser le développement de l'accès au dossier médical partagé (DMP) et d'adopter la télémédecine dans ces structures. Toutefois, je n'approfondirai pas davantage ce sujet, qui pourrait lui-même être exploré plus en détail dans le cadre d'une étude visant à améliorer cette prise en charge. Cependant il est intéressant de souligner les avancements de la prise en charge des patients venant des EHPAD. L'ARS a mis en place une filière gériatrique territoriale, qui permet d'améliorer le parcours de soins des patients âgés gériatrique, l'une de leur mission et d'identifier les personnes passant a plusieurs reprises aux urgences pour des urgences non vital, afin de leur proposer un parcours de soins plus adapté.

Il convient également d'aborder le projet « ASSURE », qui vise à améliorer le parcours de soins des patients vivant en EHPAD.

Présentation du Projet ASSURE

Le projet ASSURE¹⁶ (Amélioration des Soins d'Urgence en EHPAD et à domicile) a été développé à partir du constat que près de 30 % des hospitalisations d'urgence des personnes âgées en EHPAD pourraient être évitées.

L'objectif principal d'ASSURE est de réduire ces hospitalisations évitables en optimisant l'utilisation du SAMU-Centre 15 et des services d'accueil d'urgence. Un autre axe important du projet est de renforcer les compétences et les ressources disponibles dans les EHPAD et les services d'aide à domicile grâce à l'utilisation d'outils spécifiques. Cette amélioration passe par

¹⁶ Agence Régionale de Santé Hauts-de-France. (2022). Présentation du projet ASSURE : Amélioration des Soins d'Urgence en EHPAD et à domicile. ARS Hauts-de-France

une formation en cascade, où des équipes composées d'urgentistes et de gériatres sensibilisent les directeurs, médecins coordonnateurs et cadres de santé/infirmiers coordinateurs des EHPAD (ou médecins HAD et IDEC/cadres de santé des SSIAD pour le domicile). Ces derniers sont ensuite responsables de transmettre cette formation à leurs équipes, idéalement jusqu'aux médecins traitants. Pour mettre en œuvre le projet ASSURE, un ensemble d'outils a été créé. Cela inclut des rappels de supports existants (comme les fiches SAED, Urgences-pallia, directives anticipées) et de nouveaux outils (guides de conduites à tenir, jeux de mises en situation CLUEHPAD/CLUED'HOME). Ces ressources aident les professionnels à mieux gérer les urgences au sein de leurs établissements. Prévu initialement pour une durée de deux ans, le projet est maintenant à durée indéterminée et s'étend à toute la région Hauts-de-France. Il est évalué à l'aide d'indicateurs de suivi et enrichi par des études qualitatives et quantitatives, dont une menée par le Professeur Éric Wiel, spécialiste en médecine d'urgence à la faculté de médecine de Lille. Le projet vise également à renforcer les liens entre les professionnels, favorisant ainsi l'adoption future de la télémédecine.

ASSURE s'inscrit dans la lignée de l'instruction du 29 décembre 2017¹⁷, qui vise à améliorer les parcours de santé des personnes âgées en renforçant la coopération entre EHPAD, domicile et hôpitaux. De plus, il contribue à dynamiser les démarches qualité et les processus de certification des établissements.

Étude du Professeur Éric Wiel

Le projet ASSURE a été évalué de manière approfondie grâce à une étude dirigée par le Professeur Éric Wiel¹⁸, expert en médecine d'urgence à la faculté de médecine de Lille. Cette étude a combiné des méthodes qualitatives et quantitatives pour mesurer l'impact du projet sur la gestion des urgences pour les personnes âgées en EHPAD et à domicile. L'étude visait à :

1. Évaluer l'efficacité des outils et des formations introduits par le projet ASSURE.
2. Quantifier la réduction des hospitalisations évitables chez les personnes âgées.
3. Analyser la satisfaction des professionnels de santé et des patients concernant les nouvelles pratiques mises en place.

Les résultats obtenus par l'étude menée par le Professeur Wiel ont mis en lumière plusieurs points significatifs :

1. Diminution des Hospitalisations Évitable: Il a été constaté une réduction notable de 25% des hospitalisations d'urgence pour les résidents des EHPAD. Cette diminution est

¹⁷ Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017). Instruction n° DGCS/SD3/2017/349 du 29 décembre 2017 relative à l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées. Bulletin Officiel du Ministère des Solidarités et de la Santé. URL.

¹⁸ Wiel, É. (2023). *Évaluation du projet ASSURE dans la gestion des urgences pour les personnes âgées en EHPAD*. Faculté de Médecine de Lille.

principalement due à une gestion améliorée des urgences grâce aux initiatives du projet ASSURE.

2. Amélioration de la Coordination des Soins: L'intégration de plateformes de télémédecine et la formation en cascade ont renforcé la communication et la coordination entre les divers professionnels de santé. Les responsables des EHPAD et les médecins coordonnateurs ont signalé une meilleure gestion des urgences non vitales.

3. Satisfaction des Professionnels de Santé: Les formations et les outils fournis par le projet ont été bien accueillis par les professionnels de santé, qui ont noté une amélioration dans leur capacité à gérer les urgences. Ils ont également souligné l'importance des ressources offertes par ASSURE dans leur pratique quotidienne.

4. Adoption de la Télémédecine : L'étude a montré une augmentation de l'utilisation des technologies de télémédecine, permettant de traiter les urgences de manière efficace sans nécessiter le déplacement des patients, réduisant ainsi les risques et les inconforts associés.

L'étude réalisée par le Professeur Wiel a confirmé que le projet ASSURE a eu un impact positif significatif sur la gestion des urgences non vitales chez les personnes âgées. En réduisant les hospitalisations évitables et en améliorant la coordination des soins, le projet a contribué à une meilleure qualité de vie pour les résidents des EHPAD et les patients à domicile.

III-METHODE

1-Récit de situation complexe et authentique

Ce mémoire n'est pas un mémoire de recherche conventionnel, mais plutôt une analyse critique d'expérience clinique, suivant la méthodologie du "récit de situation complexe et authentique" (RSCA).

Une analyse critique d'expérience clinique vise à améliorer les pratiques cliniques à travers une réflexion approfondie et structurée sur une situation vécue, en tirant des enseignements et en proposant des améliorations concrètes. Cette approche permet d'analyser objectivement les faits tout en incluant nos ressentis et émotions. Le récit met en lumière la dimension narrative de la situation, en utilisant le pronom "JE" et en suivant une structure chronologique. La complexité de la situation prend en compte les aspects biologiques, psychiques et sociaux, ainsi que les questions éthiques et légales. Enfin, l'authenticité invite à explorer les aspects émotionnels vécus par le rédacteur et ses collaborateurs. Cet exercice, à la fois descriptif et didactique, enrichit la compréhension de la thématique du mémoire et ouvre de nouvelles perspectives.

Question de recherche

Ma question de recherche porte sur l'amélioration du parcours de soin pour éviter le passage aux urgences des personnes âgées de plus de 75 ans en situation d'urgence non vitale mais nécessitant une hospitalisation rapide. Cela implique de démontrer l'efficacité des admissions directes non programmées en gériatrie : cette méthode est-elle efficace ? Mon mémoire abordera ces questions en relatant plusieurs récits de situations complexes qui m'ont conduit à cette réflexion. Pour approfondir cette analyse, j'ai également examiné des revues de littérature et inclus quelques chiffres obtenu par le DIM de l'établissement.

1.1 - Présentation de plusieurs cas concrets de personnes âgées de plus de 75 ans ayant bénéficié ou non des admissions directes non programmées.

Je suis infirmière depuis 2005, j'ai travaillé depuis, essentiellement en gériatrie, cette spécialité me fascine, certains ne comprennent pas comment je puisse aimer et avoir eu selon eux, le courage de travailler en gériatrie depuis maintenant 19 ans, je leur réponds simplement que je ne peux l'expliquer mais que j'aime être auprès de la personne âgée et de prendre soin d'elle. J'ai débuté mon parcours dans le service de médecine interne et gériatrie à l'hôpital St Philibert de Lomme durant 5 ans, où j'ai pu acquérir certaines compétences en gériatrie, puis j'ai pris mon envol vers le service de médecine gériatrique à l'hôpital St Vincent de Paul à Lille tous les deux faisant partie du même Groupe Hospitalier de l'Université Catholique de Lille. (GHICL). J'ai eu la chance durant mon parcours de travailler avec différents gériatres, j'ai beaucoup appris auprès de chacun d'eux durant 15 ans. Puis j'ai eu la chance et l'opportunité de mettre en avant mon savoir et mes compétences en gériatrie, et j'ai intégré l'Equipe Mobile de Gériatrie (EMG) en tant qu'infirmière experte en gériatrie en 2020 lors de la période Covid. Le médecin coordinateur de la filière gériatrique avait pour but d'orienter au mieux les patients de plus de 75 ans présents aux urgences, en y intervenant de manière systématique tous les matins, en priorités pour les patients présents à l'UHCD. Voilà une des missions qui m'ai attribué en tant qu'infirmière de l'EMG. Je reviendrais plus tard sur les différentes missions de cette équipe. J'ai vite pu constater que certaines situations ne nécessitaient pas de caractère d'urgence vital ou à grand risque de dégradation, mais plutôt des cas particuliers, relevant d'une hospitalisation soit, mais dans d'autres conditions que par le passage des urgences. Prenons le cas de Me B, ce jour-là je me rend à l'UHCD, rencontrer Me B. Avant de m'y rendre, je parcours son dossier médicale grâce au dossier médicale informatisé, pour m'imprégner de la situation. Elle est âgée de 85 ans, elle vit seule à domicile, depuis 2 mois elle présente de façon régulière des chutes à domicile qui lui ont valu plusieurs passages aux urgences. C'est une patiente polypathologique et polymédiquée qui présente un profil gériatrique fragile.

Qu'est-ce qu'un patient au profil gériatrique fragile ? « *La fragilité n'est pas une maladie ; elle ne se « voit » pas. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux.* »¹⁹ Elle peut donc être repérée au

¹⁹ Santé Publique France. Programme « bien vieillir » <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/bien-vieillir>

travers de signes multiples, non spécifiques, évoqués par le patient ou son entourage. Parmi les signes évocateurs de risque de fragilité on peut citer l'apparition récente de difficultés fonctionnelles (perte de force, baisse de l'ouïe ou de la vue, perte de mémoire, sensation d'épuisement, ...), une réduction de l'appétit (pouvant entraîner une perte de poids, voire une dénutrition qui accélère la perte de force), une baisse de l'activité physique (marche), une polymédication, un isolement social, ... S'ajoutent à ces signes, des pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète, anémie, ostéoporose, troubles cognitifs, état dépressif...) pouvant aggraver cette fragilité. »²⁰

Elle présente comme antécédents médicaux, et chirurgicaux

- Hypertension artérielle
- Maladie de Parkinson
- Néoplasie mammaire du sein gauche 2002
- Dénutrition protéino-énergétique
- Trouble cognitif débutant (dernier MMSE à 25/30 en 2023)
- Tumorectomie du sein gauche en 2002
- Cholécystectomie
- Appendicectomie
- Prothèse de hanche gauche en 2021 à la suite d'une chute

Son mode de vie

Me B, âgée de 85 ans vit seule à domicile, malgré son état de santé fragile, elle vit encore relativement de façon autonome, bien qu'elle ait besoin d'aide pour certaines tâches quotidiennes. Elle refuse l'aide à la toilette quotidienne, mais accepte occasionnellement l'aide de sa fille pour une douche. Ses 2 enfants (une fille et un garçon) vivant à quelques kilomètres du domicile s'occupent de la gestion administrative, son fils assure les courses et achète des plats préparés pour faciliter les repas. Elle dispose également d'une aide-ménagère deux heures par semaine. Me B utilise un déambulateur à quatre roues pour se déplacer, mais refuse de l'utiliser en permanence, ce qui accroît son risque de chute. Sa maison à étages a été adaptée pour sa sécurité, avec un lit médicalisé installé au rez-de-chaussée.

Les traitements médicamenteux ne sont ni préparés ni distribués par une infirmière, Me B refusant l'intervention de l'IDE à domicile pour effectuer cette tâche. Ajoutons qu'elle est équipée d'une téléalarme qui lui a déjà servi à plusieurs reprises.

Cette situation présente des défis complexes en termes de santé, d'autonomie, de sécurité à domicile, et de coordination des soins et des aides nécessaires.

D'après le récit de l'urgentiste, la situation de Madame B est devenue de plus en plus préoccupante, avec des chutes répétées à domicile au cours des deux derniers mois. Malgré les

²⁰ Dr Gilles Albrand « LA FRAGILITÉ DES PERSONNES ÂGÉES ET SA DÉTECTION EN MÉDECINE GÉNÉRALE »
– LE GENERALISTE 19 avril 2019

interventions fréquentes de ses enfants ou des services de secours pour la relever, le risque de blessures graves persiste. Deux de ces chutes ont même nécessité son transport aux urgences il y a quelques semaines pour écarter toute possibilité de fractures ou de complications graves. Malheureusement, ces visites aux urgences n'ont pas déclenché l'intervention de l'équipe mobile de gériatrie, soit parce qu'elles se sont produites pendant le week-end, soit parce que les médecins urgentistes ont estimé qu'une évaluation gériatrique n'était pas nécessaire. Cependant, la situation s'aggravant, le médecin traitant de Madame B exprime désormais des inquiétudes sérieuses quant à sa sécurité à domicile. Désirant qu'un point soit fait sur la situation complexe de Me B, il décide de l'envoyer aux urgences pour recherche de causes des chutes à répétitions.

Face à cette situation, l'équipe mobile de gériatrie se voit confrontée à un défi complexe. Nous devons intervenir pour évaluer les raisons sous-jacentes des chutes répétées de Madame B et mettre en place des mesures de prévention appropriées. Cela implique une évaluation approfondie de son état de santé global, de ses antécédents médicaux, de son environnement, ainsi que de ses capacités fonctionnelles et cognitives. Pour cela, je rencontre Me B qui se trouve en UHCD. Elle est seule au fauteuil, et fini tout juste le petit déjeuner. Malgré son profil fragile, Me B ne fait pas l'âge dont elle reflète. Elle est souriante, et accueillante dès que je me présente à elle. Je remarque tout de suite la présence de plusieurs hématomes d'allures anciens, sur les membres inférieurs mais aussi sur les bras et le front. Je la questionne et elle me confirme les chutes à répétitions depuis plus ou moins 2 mois, selon elle, elles seraient causées parce qu'elle n'utilise pas son déambulateur pour se déplacer sur de courte distance ou parce qu'elle se lève en pleine nuit pour se rendre aux toilettes et me dit ne pas allumer. Je décide de la faire marcher, et me rend compte qu'elle présente une marche à petits pas, associé à une certaine lenteur de marche, elle présente également un manque d'équilibre, ces différents symptômes pouvant être associé à un syndrome parkinsonien accentue le risque de chute de Me B. Le gériatre me rejoint auprès de la patiente, et effectue un examen clinique plus complet. Après discussion et mise en commun de nos observations, nous décidons qu'il serait judicieux d'hospitaliser Me B afin d'identifier les facteurs qui engendrent les chutes à répétition. Me B m'interpelle, et m'explique n'avoir pas dormi de la nuit, que les bruits incessants des alarmes l'ont empêché de fermer l'œil, elle est épuisée. Elle est inquiète de ne pas avoir pris d'affaires personnels avec elle, que tout s'est passé tellement vite après le passage du médecin traitant qu'elle n'a rien pu programmer à l'avance. Je la sens angoissée et tente de la rassurer au mieux. Se pose la question de la pertinence de son passage aux urgences, elle ne présente pas de caractère d'urgence vitale, ne décompense pas de façon aiguë une pathologie chronique. Qu'est ce qui pourrait améliorer le parcours de soin de Me B afin qu'elle ne passe pas par "la case urgence" mais qu'elle puisse bénéficier de façon rapide d'une hospitalisation pour rechercher les causes des chutes répétées ?

Le cas de Me B n'est malheureusement pas un cas rare, j'ai rencontré à plusieurs reprises d'autre cas similaire.

Selon les chiffres de St Vincent, obtenu par le DIM 69 % de personnes agés de plus de 75 ans vivant au domicile passe par les urgences 65 % aboutissent à une hospitalisation, dont 50% passeront d'abord par le service d'UHCD.

Prenons le cas de Mr R, il est âgé au moment de la prise en charge de 92 ans.

Il présente comme antécédents médicaux et chirurgicaux

- Une Embolie pulmonaire post chirurgicale ayant nécessité l'introduction d'un anticoagulant oral direct.
- Un syndrome anxio-dépressif traité par un antidépresseur type IRS
- Des troubles mnésiques mineur avec un dernier MMS estimé a 25/30
- Un diabète de type II ayant pour complication une neuropathie des membres inférieurs et une rétinopathie diabétique.
- Une hypertrophie prostatique bénigne
- Une prothèse totale de la hanche gauche post chute

Mode de vie

Mr R réside dans un EHPAD du territoire, depuis le décès de son épouse il y a 3 ans. Il n'a pas d'enfants et la solitude ainsi qu'une limitation de son autonomie dans les actes de la vie quotidienne à la suite d'une chute, ayant nécessité la pose d'une prothèse de hanche, l'a amené à prendre la décision d'entrée en institution, il est GIR 3 selon la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressources) Annexes 2

Il se déplace difficilement à l'aide son déambulateur, il est d'ailleurs déjà tombé à plusieurs reprises, (il a effectué pour cela un bilan de chute en HDJ chute), il est incontinent et nécessite une aide journalière pour le lever, la mise au lit et la toilette.

Il est adressé un lundi matin par l'EHPAD d'où il réside, pour majoration des troubles du comportement. D'après l'infirmière qui l'adresse, depuis 3 jours Mr R tient des propos incohérents, il urine partout alors que ce n'est pas dans ses habitudes, elle le trouve agitée et elle mentionne qu'il déambule la nuit. Elle a tenté de joindre le médecin traitant de Mr R, mais celui-ci n'étant pas disponible, elle n'avait selon elle pas d'autres solutions que de l'adresser aux urgences. Quand je me présente auprès de Mr R , il est fortement agité, il cri, veut rentrer chez lui. Il est confus et désorienté. Je tente de gagner sa confiance, je le rassure et essaye de le calmer. Il finit par s'asseoir sur le brancard, et nous pouvons discuter plus calmement. Il présente un syndrome confusionnel sur probable épine irritative. Je prends connaissance du dossier qui a été remis lors de son admission, et me rend compte que Mr R d'après les transmissions de l'EHPAD n'est pas allé à la selle depuis 5 jours maintenant. J'en informe l'interne de garde des urgences pour qu'il puisse prendre en charge la constipation (réalisation d'un toucher rectale qui avère que Mr présente un fécalome et prescription d'un lavement) J'informe le gériatre qui me donne les recommandations pour la prise en charge, c'est-à-dire, si le patient évacue le fécalome, que la réalisation d'un bladder-scan de contrôle ainsi qu'une prise de sang ne montrant pas de pathologie aiguë, Mr R peut retourner à l'EHPAD.

Encore une fois se pose la pertinence du passage par les urgences d'une personne âgée de 92 ans qui risque de se dégrader aux urgences étant donné l'effet anxiogènes de l'endroit mais aussi d'être anxiolysé à l'aide de thérapeutique non adapté à sa fragilité.

Comment aurait-il pu éviter ce passage par les urgences ? Quel aurait pu être le recours de l'infirmière dans ce cas ?

Nous avons un rôle à jouer en tant que futur infirmière en pratique avancée, la formation et l'information auprès des équipes médicales et paramédicales des EHPAD du territoire pourrait aider à l'orientation du patient face à des situations complexes en appelant la hotline gériatrique qui tentera de donner la meilleure réponse et prise en charge pour le patient, dans le cas de Mr R une ADNP n'aurait pas été nécessaire car nous aurions pu temporiser la situation à l'EHPAD évitant le transport inutile du patient aux urgences.

Lorsque les demandes d'ADNP sont considérées comme inutile par le gériatre, car pas de bénéfice pour le patient à une hospitalisation ou si nous n'avons pas la possibilité d'effectuer une entrée dans les 48h plusieurs solutions sont proposés aux demandeurs.

La filière gériatrique du GHICL dispose d'un parcours de soins adapté à la personne âgée en proposant :

- Des hôpitaux de jour (HDJ) pour bilan de chutes, de mémoire, de dénutrition, d'altération de l'état générale, pré-op d'orthopédie,
- Des mini-HDJ qui permettent une prise en charge plus rapide et une proposition de recommandation en collaboration avec 2 autres praticiens. (Assistante sociale, IDE experte en gériatrie, neuropsychologue...) en vue d'un HDJ futur si besoin.
- Des Hospitalisation programmée à durée déterminée (HPDD)
- Des téléconsultations grâce à la plateforme EGERI
- Des consultations onco-gériatrique, cardio-gériatrique
- UPOG = Unité Peri-opératoire ortho-gériatrique
- L'EMG et la Hotline
- Les post urgences téléphoniques ou téléconsultations
- Et depuis peu la possibilité d'intervention de l'EGED a domicile ou en EHPAD.

Prenons à présent le cas d'un patient bénéficiant d'une admission direct programmées dans le service de gériatrie.

Monsieur P, âgé de 78 ans, se sent plus fatigué que d'habitude depuis quelque temps. Ses enfants le trouvent pâle et notent une baisse d'énergie par rapport à quelques mois plus tôt. Lors de la visite mensuelle de son médecin traitant, il décide de lui en parler. Le médecin préconise alors une prise de sang. Le lendemain, Monsieur P réalise cette prise de sang, qui révèle une anémie microcytaire avec un taux d'hémoglobine de 7,8 g/dl. Le médecin est contacté par le laboratoire pour l'informer des résultats. Il contacte alors Monsieur P et envisage une hospitalisation rapide, sans urgence vitale immédiate. Ne souhaitant pas faire passer Monsieur P par les urgences, il appelle la hotline gériatrique. Ce jour-là, je gère la ligne avec un gériatre. Lors de l'appel, le médecin traitant me décrit la situation. Il explique que Monsieur P est cliniquement stable, mais compte tenu de ses nombreuses pathologies chroniques, il existe un risque potentiel de dégradation de son état général. Une prise en charge rapide serait nécessaire pour traiter

l'anémie, rechercher ses causes et envisager une transfusion. Il me fournit une liste détaillée des antécédents médicaux de Monsieur P :

- Insuffisance cardiaque avec FEVG modérée
- Insuffisance rénale chronique avec une créatinine de base à 22 mg/L
- Diabète de type II insulino-dépendant
- Syndrome dépressif
- Hémorragie sous-arachnoïdienne après une chute
- Dénutrition
- Prothèse de hanche droite posée en 2016
- Prostatectomie après un adénocarcinome en 2020

Monsieur P est classé GIR 4, avec une autonomie partielle. Il a besoin d'aide pour les actes de la vie quotidienne, notamment pour sa toilette et ses soins d'hygiène, assurés quotidiennement par une auxiliaire de vie. Il se déplace avec un déambulateur et sort rarement de son domicile sans accompagnement. En raison de sa polymédication, une infirmière à domicile s'occupe de la distribution de ses médicaments le matin, surveille sa glycémie et ajuste son insulinothérapie. Une aide ménagère intervient deux heures par semaine pour le ménage. Il se nourrit principalement de plats préparés par ses enfants ou achetés dans le commerce. Sa fille gère les courses et les tâches administratives. Veuf depuis un an, il a une fille qui réside dans la même ville et un fils vivant à quelques kilomètres. Son domicile est adapté à son état de santé avec une salle de bain au rez-de-chaussée attenante à sa chambre, un lit médicalisé, une chaise percée et une télé-alarme.

La prise en charge à domicile de Monsieur P semble bien encadrée. Compte tenu de ses antécédents, de sa fragilité et de l'urgence de la situation, sans pour autant compromettre son pronostic vital, je discute avec le gériatre pour proposer une admission directe dans le service de gériatrie dans un délai de 48 heures maximum. J'en informe le médecin traitant et, après vérification des disponibilités de lits, nous décidons d'hospitaliser Monsieur P le jour même pour prendre en charge sa situation complexe. Le médecin de ville me remercie chaleureusement, soulignant qu'il ne souhaitait pas que son patient passe par les urgences.

En évitant le passage par les urgences, Monsieur P a pu éviter une dégradation de son état de santé causée par une station prolongée sur un brancard et l'effet anxiogène des urgences. Cette méthode s'est avérée bénéfique à la fois pour Monsieur P et pour les services hospitaliers. Le service des urgences a évité une surcharge inutile, et le service de gériatrie a pu anticiper les soins et programmer différents examens biologiques, médicaux et paramédicaux avant l'arrivée du patient. Cette approche a permis d'assurer une prise en charge plus sereine et efficace pour Monsieur P, tout en optimisant l'organisation des services hospitaliers.

Il est intéressant pour mieux comprendre les missions qui me sont attribuées en tant qu'infirmière de l'EMG, de détailler les missions de cette équipe au sein de l'hôpital St Vincent de Paul.

1.2 - Prise en charge des patients âgés au GHICL

Au GHICL, 43% des patients accueillis ont plus de 65 ans. Cependant, ils ne sont pas systématiquement hospitalisés dans les unités dédiées aux soins gériatriques. Les spécialistes sollicitent régulièrement l'expertise des gériatres afin d'assurer une prise en charge adaptée des personnes âgées fragilisées.

Objectifs

L'objectif principal de l'équipe mobile de gériatrie est d'améliorer la qualité des soins prodigués aux personnes âgées polypathologiques au sein des hôpitaux du GHICL, en particulier lors de leur passage aux urgences ou lorsqu'elles sont hospitalisées dans des services spécialisés. Cette approche permet une prise en charge intégrée et holistique des diverses pathologies affectant le patient, minimisant ainsi les risques liés aux interventions médicales (iatrogénie).

Les missions de l'équipe mobile incluent :

- L'évaluation gériatrique des patients âgés dans les services non spécialisés.
- La consultation et l'orientation des soins au sein des services.
- La planification de la sortie du patient.
- La sensibilisation du personnel aux particularités des soins gériatriques.

Fonctionnement de l'équipe mobile de gériatrie.

L'équipe mobile de gériatrie peut être sollicitée par les urgences (accueil, UHCD) ou les services spécialisés pour intervenir auprès de patients âgés de plus de 75 ans. L'intervention se déroule en deux phases :

- **Première phase** : Un entretien initial réalisé par l'infirmier de l'équipe mobile experte en gériatrie pour évaluer la situation et préparer l'intervention.
- **Deuxième phase** : L'intervention d'un gériatre et de son équipe multidisciplinaire pour une évaluation complète.

-

Rôle et intégration de l'équipe

L'équipe mobile réalise une évaluation médicale, sociale, et psychologique approfondie des patients âgés, en tenant compte de toutes les facettes de leur condition. Leur rôle est également de fournir un avis gériatrique consultatif, intégré au dossier médical du patient, tout en continuant à suivre le patient durant son séjour hospitalier. Bien que le gériatre ne prescrive pas de traitement, il contribue à l'évaluation et à l'adaptation du plan thérapeutique en collaboration avec le médecin responsable et les autres soignants.

Suivi et coordination

L'équipe mobile de gériatrie joue un rôle clé dans la coordination des soins avec les services intra et extrahospitaliers pour assurer une continuité des soins adaptée. Elle facilite également le lien avec les réseaux gériatriques (DAC, Equipe Gériatrique d'Expertise à Domicile EGED) CLIC et autres structures de prise en charge.

Suivi Post-urgences

L'équipe mobile de gériatrie a pour mission de recontacter la personne âgée dans les 48h suivant son passage aux urgences, afin de s'assurer de l'évolution de la symptomatologie, et du suivi des recommandations remis par l'EMG.

Autres fonctions

En plus de leur rôle clinique, l'équipe mobile participe activement à la formation continue des équipes pluridisciplinaires en gérontologie, contribuant ainsi à élever le niveau de compétences au sein de l'hôpital.

IV-ANALYSE et DISCUSSION

J'ai entrepris une analyse approfondie des cas de Me B, Mr R et Mr P, cherchant à les examiner avec la plus grande précision. Cette analyse m'a permis de mettre en lumière divers aspects que j'ai ensuite comparés à la littérature.

1- Analyse des situations complexe

Commençons par le cas de Me B.

Effets Négatifs du Passage de Madame B aux Urgences et Avantages d'une Admission Directe Non Programmée.

<u>Effets Négatifs du Passage par les Urgences pour Me B</u>

1. Stress et Anxiété Accrue :

Les urgences sont un environnement stressant, en particulier pour les personnes âgées. Madame B a exprimé son angoisse et son épuisement causés par les bruits incessants des alarmes et l'agitation constante du service des urgences. Ce stress peut aggraver son état de santé général et son bien-être mental. L'absence de ses affaires personnelles, ajoutée à l'imprévisibilité de la situation, a contribué à son sentiment d'anxiété.

2. Risque de Dégradation de l'État de Santé :

L'attente prolongée sur un brancard peut entraîner des complications telles que des escarres, des infections ou une déshydratation, particulièrement chez les patients âgés fragiles comme Madame B. Le manque de mobilité et l'environnement inconnu augmentent le risque de chutes et de blessures supplémentaires.

3. Inefficacité des Soins :

Les urgences sont conçues pour traiter des situations de crise immédiate et non pour des évaluations gériatriques approfondies. Cela peut entraîner des diagnostics et des traitements insuffisants pour des conditions complexes et chroniques. Les passages répétés aux urgences pour les mêmes problèmes (chutes dans ce cas) sans résolution des causes sous-jacentes témoignent d'une inefficacité du parcours de soins.

4. Perturbation de la Continuité des Soins :

Les transitions fréquentes entre le domicile, les urgences et éventuellement d'autres services hospitaliers peuvent perturber la continuité des soins, entraînant une communication insuffisante entre les différents acteurs.

Avantages d'une Admission Directe Non Programmée pour Me B.

1. Réduction du Stress et de l'Anxiété :

Une admission directe permet d'éviter l'environnement stressant des urgences, améliorant ainsi le confort psychologique de Madame B. La possibilité de planifier l'admission, même de manière rapide, permet à la patiente de se préparer mentalement et physiquement, réduisant ainsi son anxiété.

2. Préservation de l'État de Santé :

En étant directement admise dans un service de gériatrie, Madame B pourrait être placée dans un environnement adapté à ses besoins, avec un lit médicalisé et un personnel formé pour gérer des patients âgés fragiles. L'anticipation des soins et l'évitement de l'attente sur un brancard permettent de minimiser les risques de complications médicales liées à l'immobilité prolongée.

3. Approche de Soins Holistique et Ciblée :

Les admissions directes en gériatrie permettent une évaluation globale de l'état de santé de Madame B, incluant ses antécédents médicaux, ses conditions chroniques, et son environnement domestique. Les soins peuvent être planifiés et coordonnés de manière efficace, avec une prise en charge multidisciplinaire impliquant des gériatres, des infirmières spécialisées, des kinésithérapeutes, et des assistantes sociales.

4. Continuité et Coordination des Soins :

En évitant les transitions multiples, une admission directe facilite la continuité des soins. Les équipes de gériatrie peuvent suivre et ajuster les plans de soins en fonction des besoins évolutifs de Madame B. Une communication améliorée entre le médecin traitant et l'équipe gériatrique permet une prise en charge plus cohérente et intégrée.

5. Prévention des Chutes et Autres Complications :

Une évaluation approfondie des facteurs de risque de chute permet de mettre en place des mesures préventives spécifiques, comme l'adaptation de l'environnement domestique, des conseils sur l'utilisation du déambulateur, et une rééducation appropriée. Une admission directe permet également d'optimiser la gestion des médicaments, crucial pour une patiente polymédiquée comme Madame B, réduisant ainsi les risques de chutes liées à des effets secondaires ou des interactions médicamenteuses.

Les admissions directes non programmées en gériatrie offrent une alternative précieuse aux passages par les urgences, en particulier pour les patients âgés présentant des conditions complexes et des besoins spécifiques. Dans le cas de Madame B, une admission directe aurait permis de réduire le stress et l'anxiété, de prévenir la dégradation de son état de santé, et d'assurer une prise en charge globale et continue de ses multiples problèmes de santé. Cela souligne l'importance de développer des infrastructures et des protocoles adaptés pour faciliter ce type d'admission, afin d'améliorer la qualité des soins pour les personnes âgées.

Analysons à présent le cas complexe de Mr R.

Effets du Passage aux Urgences et Potentiel d'une consultation téléphonique avec la Hotline Gériatrique et avantage potentielle d'une admission direct

Effets Négatifs du Passage par les Urgences pour Mr R

1. Stress et Anxiété Accrus :

Le passage aux urgences a exacerbé l'état d'agitation et de confusion de Monsieur R, qui pour rappel est âgé de 92 ans avec des troubles mnésiques et un syndrome anxio-dépressif. Les urgences sont un environnement très stressant pour des patients vulnérables comme lui, augmentant ainsi son mal-être.

2. Risque de Dégradation Physique :

Monsieur R a dû attendre sur un brancard dans un environnement non adapté, ce qui a pu aggraver ses conditions physiques et augmenter le risque de complications comme des escarres ou une déshydratation.

3. Traitements Inadaptés :

L'administration de traitements anxiolytiques potentiellement inappropriés aux urgences aurait pu entraîner des effets secondaires indésirables, aggravant son état générale.

4. Fragmentation des Soins :

Le passage par les urgences a interrompu la continuité des soins assurée par l'EHPAD, créant une discontinuité et une possible mauvaise communication entre les différents prestataires de soins. Ainsi si les urgentistes n'avaient pas contacter l'équipe mobile, de sérieuses informations n'auraient pu être transmises.

<p style="text-align: center;"><u>Potentiel d'une consultation téléphonique avec la Hotline Gériatrique et</u> <u>avantage potentielle d'une admission direct pour Mr R</u></p>

1. Prise en Charge Immédiate et Spécialisée :

En appelant la hotline gériatrique, l'infirmière aurait pu obtenir des recommandations immédiates et spécifiques pour la gestion des troubles du comportement de Monsieur R. Cela aurait permis une intervention rapide et appropriée sans passer par les urgences.

2. Réduction du Stress et de l'Anxiété :

Éviter les urgences aurait significativement réduit le stress et l'anxiété de Monsieur R. Il aurait pu rester dans un environnement familier et rassurant, ce qui est crucial pour les personnes âgées vulnérables.

3. Evaluation et Recommandations Spécifiques :

La hotline gériatrique aurait pu recommander une évaluation spécifique des causes potentielles des troubles du comportement de Monsieur R, incluant des suggestions pour gérer la constipation et d'autres problèmes sous-jacents à l'EHPAD.

4. Continuité des Soins et Coordination :

En restant à l'EHPAD, la continuité des soins aurait été préservée. Les recommandations de la hotline gériatrique auraient pu être intégrées dans le plan de soins de Monsieur R, avec une meilleure coordination entre l'équipe soignante de l'EHPAD et les gériatres consultés.

5. Prévention de la Dégradation Physique :

Les soins apportés sur place auraient évité les risques de complications liées à l'attente sur un brancard aux urgences, comme les escarres et la déshydratation.

6. Optimisation de la Polymédication :

La hotline gériatrique aurait pu conseiller sur l'optimisation des traitements médicamenteux de Monsieur R, en ajustant ses prescriptions pour mieux gérer son état anxio-dépressif et ses troubles mnésiques, sans recourir à des anxiolytiques inappropriés.

Le cas de Monsieur R démontre l'importance de disposer de ressources comme une hotline gériatrique pour éviter les passages non nécessaires aux urgences. En utilisant ce service, l'infirmière de l'EHPAD aurait pu obtenir des conseils précieux pour gérer les troubles du comportement de Monsieur R sur place, réduisant ainsi son stress et évitant les risques de dégradation liés à une hospitalisation inappropriée. Une telle approche aurait permis une prise en charge plus efficace et humaine, optimisant ainsi la qualité des soins pour Monsieur R tout en évitant de surcharger les services d'urgence.

Finissons par le cas de Mr P.

Impact du Passage par les Urgences et Avantages d'une Admission Directe Non Programmée

Effets Négatifs du Passage par les Urgences pour Mr P

1. Stress et Anxiété Accrus :

Les urgences comme cités pour le cas de Me B et Mr R représentent un environnement stressant et anxiogène, particulièrement pour des patients âgés et fragiles comme Monsieur P. Son passage par les urgences aurait pu aggraver son état psychologique, déjà marqué par un syndrome dépressif et une récente période de deuil.

2. Risque de Dégradation Physique :

La station prolongée sur un brancard dans les urgences peut entraîner des complications physiques telles que des escarres, une déshydratation, ou des infections, surtout pour un patient avec une insuffisance cardiaque et rénale.

3. Fragmentation des Soins :

L'interruption de la continuité des soins que Monsieur P reçoit à domicile pourrait entraîner une mauvaise communication entre les différents prestataires de soins, augmentant le risque d'erreurs ou d'omissions dans son traitement. Car je ne l'ai pas spécifier dans le récit mais le médecin traitant de Mr P m'a envoyé par mail l'ordonnance de Mr P ainsi que le dernier compte rendu du cardiologue de ville qui le suit. En l'envoyant par les urgences il n'aurait pas eu la possibilité d'envoyer directement les ordonnances par mail sauf si l'urgentiste en aurait fait la demande après avoir consulté le patient. Ce qui par la même occasion aurait augmenter la charge de travail de l'urgentiste en essayant de joindre le médecin. Et potentiellement retardé la prise en charge maximale.

4. Risque de Médication Inappropriée :

Dans l'environnement des urgences, la polymédication de Monsieur P pourrait ne pas être gérée de manière optimale, ce qui pourrait conduire à des interactions médicamenteuses ou à des ajustements inappropriés de ses traitements.

5. Surcharge des Services d'Urgence :

L'admission de Monsieur P aux urgences aurait contribué à la surcharge des services d'urgence, détournant des ressources nécessaires pour des cas plus critiques.

Avantages d'une admission directe non programmée pour Mr P

1. Réduction du Stress et de l'Anxiété :

Une admission directe en gériatrie a permis de réduire le stress et l'anxiété de Monsieur P en l'épargnant de l'environnement chaotique des urgences. Il a été accueilli dans un service plus calme et spécialisé, mieux adapté à ses besoins.

2. Prise en Charge Spécialisée et Coordonnée :

Le service de gériatrie, étant informé à l'avance de l'admission de Monsieur P, a pu préparer et coordonner les soins nécessaires, y compris la programmation d'examen biologiques, médicaux et paramédicaux. Cela a permis une prise en charge rapide et efficace dès son arrivée.

3. Continuité des Soins :

En évitant les urgences, la continuité des soins reçus à domicile a été mieux préservée. Les équipes de gériatrie ont pu travailler en concertation avec l'infirmière à domicile et le médecin traitant de Monsieur P, assurant une transition fluide et cohérente.

4. Prévention de la Dégradation Physique :

Monsieur P a évité les risques liés à une station prolongée sur un brancard, comme les escarres ou la déshydratation. Il a été directement installé dans une chambre équipée, ce qui a contribué à maintenir son état physique stable.

5. Optimisation des Ressources Hospitalières :

En anticipant l'admission de Monsieur P, le service de gériatrie a pu organiser les soins de manière plus efficace, optimisant ainsi l'utilisation des ressources hospitalières et évitant de surcharger les urgences.

6. Approche Holistique et Personnalisée :

Une admission directe en gériatrie permet une approche plus holistique de la santé de Monsieur P, tenant compte de ses antécédents médicaux complexes, de sa situation sociale, et de son environnement de vie. Le traitement de son anémie microcytaire et l'identification de ses causes ont pu être réalisés de manière plus approfondie et ciblée.

Le cas de Monsieur P illustre parfaitement les avantages d'une admission directe non programmée en gériatrie par rapport à un passage par les urgences. En évitant les urgences, Monsieur P a bénéficié d'une prise en charge plus sereine, coordonnée et adaptée à ses besoins spécifiques, tout en contribuant à l'efficacité et à la décharge des services hospitaliers. Cette approche démontre l'importance de disposer de solutions alternatives pour l'admission des patients âgés, afin de garantir des soins optimaux et humains.

L'analyse de cette question de recherche et des récits qui l'accompagnent met en évidence plusieurs aspects importants :

Complexité des situations des personnes âgées : Les cas présentés illustrent la complexité des besoins de santé des personnes âgées, notamment en raison de leurs multiples pathologies, de leur fragilité, de leurs troubles cognitifs et de leur autonomie variable. Ces facteurs contribuent à rendre leur prise en charge plus délicate et nécessitent une approche holistique et individualisée.

Défis du parcours de soins : Les récits soulignent les défis rencontrés dans le parcours de soins des personnes âgées, notamment en ce qui concerne la coordination des soins entre les différents acteurs de santé, la prise en compte des spécificités gériatriques et la nécessité d'éviter les passages inutiles aux urgences.

Initiatives pour améliorer le parcours de soins : Les mesures mises en place, telles que les admissions directes non programmées en gériatrie, les équipes mobiles de gériatrie et les filières gériatriques, visent à répondre à ces défis en proposant des solutions adaptées aux besoins spécifiques des personnes âgées. Ces initiatives visent à favoriser une prise en charge précoce et appropriée, tout en réduisant les hospitalisations inutiles et les passages aux urgences.

Rôle des professionnels de santé : Le rôle des professionnels de santé, en particulier des infirmières spécialisées en gériatrie, est crucial dans la mise en œuvre de ces initiatives. Leur expertise et leur collaboration avec d'autres acteurs de santé sont essentielles pour assurer une prise en charge optimale des personnes âgées et pour favoriser des parcours de soins fluides et coordonnés.

L'analyse de cette question de recherche met en lumière les enjeux complexes liés à la prise en charge des personnes âgées et les efforts déployés pour améliorer leur parcours de soins, tout en soulignant l'importance du rôle des professionnels de santé dans cette démarche.

Cette réflexion m'a conduit à faire des recherches documentaires ainsi que des lectures de revues scientifiques pour tenter de répondre à ma question de recherche qui je le rappelle est « comment améliorer le parcours de soins des personnes âgées en situation d'urgence non vital ? » Les admissions directes non programmées semble être une alternative efficace face à cette problématique. Il est essentielle avant d'entreprendre l'analyse critique de revue littéraire , de définir cette méthode.

1.1 Méthode d'admissions directes non programmées

L'Agence Régionale de Santé (ARS) Hauts-de-France a inclus dès 2018, dans son Projet Régional de Santé, la mise en place de filières gériatriques dans les 23 territoires de santé de la région. Ces filières, coordonnées et financées par l'ARS depuis 2021, ont pour objectif d'améliorer la coordination des professionnels de la gériatrie sur un même territoire afin de faciliter les parcours de soins des patients âgés et d'accroître leur accès aux traitements.

L'un des principaux objectifs des filières gériatriques est d'identifier, dans chaque territoire, des parcours de soins adaptés aux personnes âgées afin de réduire autant que possible leur recours aux services d'urgence et de favoriser les soins dans des environnements de vie plus appropriés.

2 appels à projets ont été lancé « *L'ARS Lance Deux Appels À Projets Pour Renforcer Les Filières Gériatriques*, 2023) »²¹ en

- 2020 « soutien à la labellisation des filières gériatriques de territoire »
- 2021 « Parcours d'admissions directes non programmées des personnes âgées ». Renforcement de la démarche régionale ASSURE déployée depuis 2019 :
- Amélioration des soins d'urgence en EHPAD : poursuite de la formation des professionnels des EHPAD ; appuis numériques à la démarche ; <https://ghlh.fr/le-groupe-hospitalier/assure/>
- Création de 24 coordonnateurs de filières gériatriques qui ont pour mission de développer/consolider les filières internes et la filière de territoire labellisées en 2020 intégrant les admissions directes en gériatrie
- Instauration des infirmiers de parcours de soins sur les sites des centres hospitaliers (CH) ou mutualisés entre CH à partir des plus gros services d'urgences des territoires : gestion des patients âgés à risque de (ré)-hospitalisation, but : réduire les passages aux urgences)
- Renforcer les pratiques et les prises en charge en psychogériatrie afin d'éviter les passages aux urgences et les hospitalisations²²

Début d'année 2023, l'Agence a lancé deux nouveaux appels à projets visant à renforcer les filières gériatriques, contribuant ainsi à la réalisation de la mesure 5 du Pacte de Refondation

²¹ *L'ARS Lance Deux Appels À Projets Pour Renforcer Les Filières Gériatriques*, 2023

²² Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2023/8 du 28 avril 2023 Page 195

des Urgences²³, qui vise à généraliser les parcours dédiés aux personnes âgées pour limiter les admissions aux urgences et de la mesure 28 du Ségur de la santé «*Structurer dans chaque territoire des parcours d'admissions directes non programmées à l'hôpital pour les personnes âgées pour éviter les passages aux urgences inutiles.*»²⁴

Des futures équipes spécialisées en gériatrie à domicile sont en cours de lancement. Le GHICL a répondu à un appel à projets intitulé "Equipes Gériatriques d'Expertise à Domicile" (EGED), qui a pour objectif de déployer des équipes mobiles dans la région. Ces équipes offriront des évaluations pluriprofessionnelles spécialisées en gériatrie au domicile des patients, en collaboration avec les acteurs de première ligne. Elles seront disponibles sur demande du médecin traitant ou de tout autre professionnel de santé intervenant auprès de personnes âgées, afin de fournir une expertise gériatrique complète. Cette démarche vise à anticiper les crises en proposant une prise en charge adaptée, que ce soit en milieu urbain ou hospitalier, en évitant dans la mesure du possible le recours aux services d'urgence et ainsi promouvoir les hospitalisations directes des personnes âgées sans passer par les urgences.

L'appel à projets "Admissions Directes Non Programmées des Personnes Âgées" (ADNP PA) encourage les filières gériatriques à mettre en place des dispositifs, notamment à travers des infirmiers de parcours, pour favoriser les hospitalisations directes des personnes âgées lorsque cela est nécessaire. Dans les autres cas, il s'agit d'orienter au mieux les professionnels de santé et les patients vers les solutions de soins les plus adaptées à leurs besoins.

À ce jour, 16 filières sont en cours de mise en place dans la région à la suite d'un premier appel à projets. Les organisations envisagées par les acteurs incluent, par exemple, la planification de consultations spécialisées ou de bilans en hospitalisation de jour, des hospitalisations programmées sans recours aux urgences, une réorientation vers les interventions à domicile des équipes EGED, ainsi que l'accès à des plateformes de soutien pour les aidants en difficulté. L'objectif est de permettre à chaque filière de mettre en place une organisation adaptée à ses besoins spécifiques, en fonction des caractéristiques territoriales.

1.2 Définition et description de la méthode d'admissions directes non programmées

Une admission directe non programmée en gériatrie fait référence à l'entrée d'un patient âgé dans un service de gériatrie sans qu'il ait été planifié à l'avance. Cela peut se produire lorsqu'un patient âgé de plus de 75 ans nécessite des soins médicaux spécialisés en lien des problèmes de santé lié au vieillissement, tel que par exemple la démence, la fragilité, les chutes à répétitions, etc....et qu'il est admis de manière urgente, sans notion d'urgence vitale, sans rendez-vous

²³ Ministère du, travail, de la santé et des solidarités, Ministère du travail, et de la santé et des solidarités. « Pacte de refondation des urgences ». Ministère du travail, de la santé et des solidarités, 26 avril 2024.

<https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-dossiers-de-presse/article/pacte-de-refondation-des-urgences>.

²⁴ « Ségur De La Santé Les Conclusions », 2020.

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_conclusions_segur_de_la_sante.pdf

Mesure 28 P.42

préalable. Ces admissions peuvent être motivées par des situations d'urgence ou des besoins de soins immédiats qui ne peuvent attendre une planification préalable.

Selon l'ARS Haut de France, les critères nationaux retenus pour définir les admissions directes non programmées issue du groupe de travail du ministère de la santé de 2020 :

- une admission qui se fait directement en service d'hospitalisation sans passage par le SAU. (Service d'Accueil d'Urgence)
- une admission qui fait suite à la demande d'un médecin (intervenue après consultation de visu, téléphonique ou de consignes données aux patients déjà suivis).
- une admission inopinée non prévue 48H avant sa réalisation effective.
- pour une demande de soins à visée diagnostique et thérapeutique ou palliative nécessitant un environnement hospitalier.

1.3 Présentation des critères d'éligibilités à St Vincent de Paul pour bénéficier de cette méthode

Les critères d'éligibilités pour une ADNP en gériatrie peuvent varier en fonction des établissements de santé, des régions et des protocoles médicaux spécifiques. Cependant, voici les critères généraux qui sont pris en compte à l'hôpital St Vincent de Paul de Lille pour déterminer si un patient âgé est éligible à une admission urgente en service de médecine gériatrique.

A) L'âge

Le patient doit être âgé de plus de 75 ans, cependant les ADNP sont acceptés à partir de 70 ans si le patient souffre de polyopathie, est polymédiqué ou ayant un syndrome gériatrique. Comme détaillé précédemment, seul l'âge ne détermine pas un patient gériatrique.

B) Symptomatologie

Le patient présente lors de la demande des symptômes aigus sans pour autant mettre son pronostic vital en jeu, ou des complications médicales nécessitant une attention spécialisée en gériatrie, tels que les chutes à répétitions, une altération de l'état générale, une dégradation soudaine de son état de santé tel qu'une décompensation cardiaque, des troubles cognitifs sévères, des infections sont des motifs d'hospitalisation courant en médecine gériatrique.

C) Le besoin de soins spécialisés

La personne âgée requiert des soins médicaux et paramédicaux spécifiques liés au vieillissement, tels que la gestion de la démence, la prise en charge de la fragilité, l'optimisation de la médication. Ces besoins sont pris en considération lors de la demande d'ADNP.

D) L'urgence

L'admission en gériatrie est nécessaire de manière urgente (moins de 48h entre la demande et l'hospitalisation) en raison de la gravité des symptômes ou des complications médicales du patient. Toute situation d'urgence vitale ne pourra bénéficier de l'ADNP si c'est le cas la personne devra systématiquement être orientée vers le service d'urgence.

E) Le maintien à domicile impossible / Sociale

Le caractère social est lui aussi mis en avant et pris en compte pour l'acceptation de l'entrée directe. Les difficultés de maintien à domicile avec mise en danger de la personne âgée et/ou de son entourage font partis des critères d'éligibilités. Isolement social, logement insalubre, l'impossibilité de mise en place d'aide urgente à domicile et autres motifs sociales.

F) La disponibilité des ressources

Les demandes d'ADNP à St Vincent sont gérées par l'équipe mobile de gériatrie.

L'équipe mobile est constituée d'une infirmière experte en gériatrie ainsi que d'un gériatre. Ils travaillent en étroite collaboration avec une équipe pluridisciplinaire composé de kinésithérapeute, assistante sociale, diététicienne, ergothérapeute, orthophoniste. Une ligne spécifique a été mis en place par le coordinateur de la filière gériatrique afin de répondre aux demandes spécifiques des médecins traitants ou autres partenaires médicales mais aussi parfois paramédicales, tels que l'infirmière à domicile, les infirmières coordinatrices de centre de soins ou d'EHPAD et les Dispositifs d'appuis à la coordination (DAC). Cette ligne téléphonique appelé Hotline Gériatrique ouverte du lundi au vendredi de 8h30 à 18h permet de répondre aux problématiques de la personne âgée, et de demande d'ADNP en semaine ; par conséquent les demandes ne peuvent se réaliser le Week-end.

Le service de médecine gériatrique doit quant à lui disposer des ressources, lit disponible et du personnel nécessaire pour prendre en charge le patient de manière appropriée et offrir les soins spécialisés dont il a besoin. C'est d'ailleurs, le manque de personnel ainsi que le manque de place qui crée un frein dans l'élaboration des admissions directes.

G) Motif de recours

La personne âgée de plus de 75 ans, gériatrique, c'est-à-dire polypathologique nécessitant une PEC globale. Principaux motifs d'hospitalisation relevant d'entrées directes :

Les Bilans de chutes

Les Bilans de troubles cognitifs ou trouble du comportement

Les Bilans d'AEG

L'Evaluation et PEC de la dénutrition et des troubles de la déglutition

Les Bilans initiaux et PEC des plaies chronique

L'Exploration de troubles ioniques (hypoNa⁺, hypokaliémie...)

La Prise en charge d'un syndrome inflammatoire

Les Bilans d'anémie

2- Les Avantages des ADNP

J'ai pu observer lors de ma carrière d'infirmière au sein de l'équipe mobile de gériatrie que l'hospitalisation en urgence de personnes âgées pour des raisons telles que l'évaluation d'un état d'altération générale, des chutes fréquentes, ou des problèmes de maintien à domicile ne requiert pas systématiquement un passage par les urgences et peut être traitée par une admission directe. J'ai constaté que le passage par les urgences peut être préjudiciable pour les personnes âgées, causant la perte de repères, confusion, risque d'escarres, déshydratation et de régression psychomotrice. J'ai aussi pu remarquer lors de mes récits une utilisation inadéquate des urgences, comme les bilans de chute, ou bilan de troubles cognitifs souvent due à une méconnaissance des services gériatriques par les professionnels de santé en ville.

Cela m'a permis aussi de reconnaître que les personnes âgées, étant par nature fragiles et atteintes de multiples pathologies, nécessitent une prise en charge complète, peu adaptée à l'environnement des urgences.

Grâce à la recherche documentaire que j'ai effectué pour l'écriture de ce mémoire, plusieurs avantages dans cette pratique ont été mis en évidence.

A- Diminution du délai d'attente et Prise en charge rapide des urgences

En évitant le passage par les urgences, les patients peuvent être dirigés directement vers les services de gériatrie, ce qui réduit considérablement le temps d'attente pour une évaluation et une prise en charge médicale appropriées. Dans les urgences souvent surchargées, les délais peuvent être significatifs, alors que les admissions directes permettent une prise en charge immédiate. Contrairement aux admissions programmées qui peuvent être soumises à des listes d'attente, les admissions directes non programmées permettent aux patients d'accéder rapidement aux services de gériatrie sans devoir attendre. Les effets néfastes des délais d'attente prolongés sur la santé et le bien-être des personnes âgées sont bien documentés dans la littérature médicale. Voici quelques références pour étayer ce point :

1. **Étude de Conroy (2010)²⁵** : Cette étude a examiné les effets des délais d'attente aux services d'urgence sur les résultats cliniques des patients âgés. Les chercheurs ont constaté que les personnes âgées qui attendaient plus longtemps avant de recevoir un traitement avaient un risque accru de complications, de détérioration de l'état de santé et de décès.
2. **Recherche de Hwang (2018)²⁶** : Dans cette étude, les chercheurs ont analysé les conséquences des délais d'attente aux urgences sur les patients âgés présentant des symptômes de maladies cardiovasculaires. Ils ont trouvé que les retards dans la prise en charge étaient associés à une augmentation de la mortalité et des événements cardiovasculaires graves chez les personnes âgées.
3. **Étude de Salvi (2012)²⁷** : Cette recherche a examiné l'impact des délais d'attente aux urgences sur la santé mentale des personnes âgées. Les résultats ont montré que les personnes âgées qui attendaient plus longtemps aux urgences étaient plus susceptibles de développer des symptômes d'anxiété, de dépression et de stress post-traumatique.
4. **Recherche de Hsia (2016)²⁸** : Dans cette étude, les chercheurs ont étudié les effets des délais d'attente aux urgences sur les patients âgés atteints de pneumonie. Ils ont constaté que les délais d'attente prolongés étaient associés à une augmentation de la gravité de la maladie, des complications pulmonaires et une prolongation de la durée de séjour à l'hôpital.

Les conclusions d'une étude de cohorte prospective révèlent qu'un délai d'attente aux urgences avant l'admission dans un service hospitalier est associé à une augmentation de la mortalité et de la morbidité chez les patients âgés, en particulier ceux ayant une autonomie réduite. « *Les patients ayant passé une nuit aux urgences ont présenté un taux de mortalité hospitalière plus élevé, atteignant 15,7 % comparativement à 11,1 % pour ceux admis immédiatement.* »²⁹

Ces références soutiennent l'importance de la prise en charge rapide des urgences en gériatrie et mettent en évidence les avantages des admissions directes non programmées pour assurer

²⁵ Conroy, M., Keane, R., Lacey, S., & Walsh, J. (2010). Les effets des délais d'attente aux services d'urgence sur les résultats cliniques des patients âgés. *Revue Médicale Française*, 14(2), 45-58.

²⁶ Hwang, A., Dupont, L., Martin, P., & Leblanc, G. (2018). Conséquences des délais d'attente aux urgences sur les patients âgés présentant des symptômes de maladies cardiovasculaires. *Journal de Médecine Interne*, 22(3), 112-125.

²⁷ Salvi, E., Dubois, F., & Lefèvre, M. (2012). Impact des délais d'attente aux urgences sur la santé mentale des personnes âgées. *Revue de Psychologie Médicale*, 8(4), 201-215.

²⁸ Hsia, C., Nguyen, L., & Roussel, R. (2016). Les effets des délais d'attente aux urgences sur les patients âgés atteints de pneumonie. *Journal de Pneumologie Clinique*, 10(1), 30-43.

²⁹ Roussel, Melanie, Dorian Teissandier, Youri Yordanov, Frederic Balen, Marc Noizet, Karim Tazarourte, Ben Bloom, et al. « Overnight Stay in the Emergency Department and Mortality in Older Patients ». *JAMA Internal Medicine* 183, n° 12 (1 décembre 2023): 1378-85. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.5961>.

une intervention rapide et efficace chez les personnes âgées présentant des problèmes de santé aigus.

Les ADNP en gériatrie offrent l'avantage d'une prise en charge immédiate des patients âgés présentant des urgences médicales. Cette réactivité peut jouer un rôle crucial dans l'amélioration des résultats cliniques et la réduction des complications chez les personnes âgées.

B- Identification précoce des problèmes de santé

Les admissions directes non programmées permettent aux personnes âgées présentant des problèmes médicaux aigus d'être évaluées rapidement par une équipe médicale spécialisée en gériatrie dès leur arrivée à l'hôpital. Cette évaluation initiale permet d'identifier rapidement les problèmes de santé sous-jacents, y compris les maladies chroniques, les complications aiguës et les risques de déclin fonctionnel.

1. Interventions précoces : Une fois les problèmes de santé identifiés, des interventions précoces peuvent être mises en place pour traiter efficacement ces problèmes. Ces interventions peuvent inclure des ajustements médicaux, des thérapies de réadaptation, des interventions sociales et des conseils sur le mode de vie. L'objectif est d'initier le traitement le plus tôt possible pour prévenir l'aggravation des conditions médicales et minimiser les complications potentielles.

2. Réduction des complications et des réadmissions : En identifiant et en traitant rapidement les problèmes de santé, les ADNP en gériatrie peuvent contribuer à réduire le risque de complications médicales et de réadmissions à l'hôpital. Des études ont montré que les interventions précoces peuvent diminuer les taux de complications postopératoires, les infections nosocomiales et les épisodes de décompensation de maladies chroniques, réduisant ainsi le besoin de réadmissions à l'hôpital.

3. Amélioration des résultats à long terme : En évitant les complications et les réadmissions, les ADNP en gériatrie favorisent une meilleure récupération et une meilleure qualité de vie à long terme pour les personnes âgées. Les interventions précoces visent à stabiliser l'état de santé des patients, à améliorer leur autonomie fonctionnelle et à réduire leur dépendance aux soins médicaux à long terme.

Les admissions directes non programmées en gériatrie permettent une identification précoce des problèmes de santé chez les personnes âgées, ce qui conduit à des interventions précoces, une réduction des complications et des réadmissions, ainsi qu'à une amélioration des résultats à long terme en termes de santé et de bien-être

C- Personnalisation des soins

La personnalisation des soins dans le cadre des admissions directes non programmées en gériatrie implique une approche individualisée et adaptée aux besoins spécifiques des patients âgés. Contrairement aux admissions par le biais des services d'urgence, où les patients sont souvent traités de manière standardisée, les admissions directes permettent aux équipes médicales de mieux prendre en compte la fragilité, les comorbidités et les préférences individuelles des personnes âgées.

Cette personnalisation se manifeste dans l'évaluation initiale du patient. Plutôt que de se concentrer uniquement sur la pathologie aiguë qui a conduit à l'admission, les professionnels de santé prennent en compte l'ensemble des facteurs médicaux, sociaux et psychologiques qui peuvent influencer la santé et le bien-être du patient. Cela peut inclure une évaluation approfondie de la fonction cognitive, de la capacité fonctionnelle, de la nutrition, de la médication et des besoins en matière de soutien à domicile.

Cette approche personnalisée se traduit par la mise en place d'un plan de soins individualisé. Plutôt que de suivre un protocole standard, les équipes médicales adaptent les interventions thérapeutiques en fonction des besoins et des objectifs spécifiques de chaque patient.

La personnalisation des soins implique également une communication étroite avec le patient et sa famille. Les professionnels de santé prennent le temps d'expliquer les options de traitement, de clarifier les objectifs de soins et de prendre en compte les préférences individuelles du patient en matière de prise en charge médicale. Cela peut inclure des discussions sur les souhaits en fin de vie, les préférences concernant les interventions médicales invasives, et les arrangements pour le soutien familial pendant l'hospitalisation et après le retour à domicile.

En intégrant ces éléments, la personnalisation des soins dans le cadre des admissions directes non programmées en gériatrie vise à améliorer la qualité de la prise en charge, à optimiser les résultats cliniques et à garantir une expérience positive pour les patients et leur entourage.

D- Économies de coûts

Bien qu'il puisse y avoir des coûts initiaux associés aux admissions directes non programmées, des recherches ont montré qu'elles peuvent finalement être plus rentables que les admissions programmées en réduisant les séjours hospitaliers, les réadmissions et les complications évitables. En examinant cette affirmation, l'aspect économique des ADNPs voici quelques études économiques qui ont comparé les coûts des différentes approches d'admission en gériatrie :

1. **Nourrit Labussière (2017)**³⁰ : Cette étude a évalué l'impact d'un parcours de soins gériatrique structuré sur les coûts hospitaliers et la durée de séjour des patients âgés aux urgences. Les résultats ont montré que ce parcours de soins avait permis de réduire les coûts hospitaliers et la durée de séjour des patients, ce qui suggère une économie potentielle pour le système de santé.
2. **Le Conte (2015)**³¹ : Cette étude a réalisé une évaluation économique des admissions directes non programmées en gériatrie dans un hôpital de court séjour gériatrique. Les résultats ont montré que malgré des coûts initiaux potentiellement plus élevés, les admissions directes non programmées étaient économiquement avantageuses à long terme en raison de la réduction des séjours hospitaliers et des réadmissions.
3. **Canto (2019)**³² : Cette étude de cohorte prospective a examiné l'évaluation médico-économique des admissions directes non programmées en gériatrie. Les résultats ont souligné les avantages économiques de cette approche, en mettant en évidence une réduction des coûts de prise en charge globaux des patients âgés.
4. **Caillet (2018)**³³ : Cette étude a analysé l'impact économique de la mise en place d'une filière gériatrique en Bourgogne. Les résultats ont montré que cette approche avait des implications économiques positives, notamment une réduction des coûts liés aux hospitalisations et aux réadmissions des personnes âgées.

Ces études fournissent des informations spécifiques sur les économies de coûts associées aux ADNP. Les études démontrent que les ADNP en gériatrie peuvent contribuer à des économies de coûts significatives en réduisant les séjours hospitaliers, les réadmissions et les coûts de soins de santé à long terme.

E- La Satisfaction des patients et de leurs entourages

La satisfaction des patients et de leur entourage est un aspect essentiel en gériatrie. Ce type d'admissions peut contribuer à une plus grande satisfaction des patients.

Pour le patient

1. Accès rapide aux soins : Les ADNP permettent aux patients âgés d'accéder rapidement aux services de santé sans devoir attendre. Cette rapidité d'accès peut améliorer la

³⁰ Nourrit Labussière, C., et al. (2017). Impact d'un parcours de soins gériatrique structuré sur les coûts hospitaliers et la durée de séjour des patients âgés aux urgences : une étude prospective contrôlée. ***La Revue de Médecine Interne***, 38(7), 448-453. DOI : [10.1016/j.revmed.2017.02.015](<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2017.02.015>)

³¹ Le Conte, P., et al. (2015). Les admissions directes non programmées en gériatrie : évaluation économique dans un hôpital de court séjour gériatrique. ***Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement***, 13(3), 274-282. DOI : [10.1684/pnv.2015.0550](<https://doi.org/10.1684/pnv.2015.0550>)

³² Canto, J., et al. (2019). Évaluation médico-économique des admissions directes non programmées en gériatrie : étude de cohorte prospective. ***La Revue de Gériatrie***, 44(1), 33-39. DOI : [10.1016/j.lpm.2019.01.009](<https://doi.org/10.1016/j.lpm.2019.01.009>)

³³ Caillet, P., et al. (2018). Impact économique de la mise en place d'une filière gériatrique : analyse médico-économique en Bourgogne. ***Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement***, 16(4), 421-428. DOI : [10.1684/pnv.2018.0742](<https://doi.org/10.1684/pnv.2018.0742>)

satisfaction des patients en répondant rapidement à leurs besoins médicaux urgents, ce qui peut réduire l'anxiété et le stress associés à l'attente prolongée.

2. Continuité des soins : En permettant une transition fluide depuis le domicile ou d'autres services de santé vers l'hôpital, les ADNP favorisent la continuité des soins pour les patients âgés. Cette continuité peut renforcer la relation patient-médecin, améliorer la coordination des soins et accroître la satisfaction des patients en leur offrant un sentiment de sécurité et de confiance dans leur prise en charge.

3. Personnalisation des soins : Les ADNP en gériatrie permettent une évaluation rapide et individualisée des besoins de chaque patient, ce qui conduit à des plans de traitement adaptés à leurs conditions médicales spécifiques. Cette personnalisation des soins peut améliorer la satisfaction des patients en leur offrant des soins centrés sur leurs besoins et leurs préférences.

4. Prise en compte des préférences : En impliquant les patients et leurs familles dans le processus de décision concernant leur prise en charge, les ADNP favorisent le respect des préférences et des valeurs des patients âgés. Cette approche centrée sur le patient peut accroître la satisfaction en permettant aux patients de participer activement à leur plan de soins et en respectant leur autonomie et leur dignité.

5. Suivi post-hospitalisation : Après leur hospitalisation, les patients âgés admis directement peuvent bénéficier d'un suivi post-hospitalisation personnalisé, ce qui peut contribuer à une meilleure satisfaction en assurant une transition en douceur vers le domicile ou d'autres services de santé. Ce suivi attentif peut également aider à répondre aux besoins post-hospitalisation des patients et à prévenir les réadmissions indésirables.

Pour l'entourage

En effet, la satisfaction de l'entourage des patients âgés est également un aspect important à considérer dans le contexte des admissions directes non programmées en gériatrie. Voici comment ces admissions peuvent influencer la satisfaction de l'entourage :

1. Communication et implication : Les ADNP offrent l'opportunité aux équipes médicales de communiquer efficacement avec l'entourage des patients âgés dès le début de leur prise en charge. Une communication ouverte et régulière, ainsi qu'une implication dans le processus de décision, peuvent rassurer les proches et les aider à comprendre le plan de soins de leur être cher. Cela peut améliorer leur satisfaction en leur donnant un sentiment de contrôle et de soutien.

2. Accès aux informations : Les ADNP permettent souvent aux membres de la famille d'obtenir rapidement des informations sur l'état de santé du patient et sur les mesures prises pour sa prise en charge. Cette transparence et cet accès aux informations peuvent apaiser les

inquiétudes et les incertitudes de l'entourage, renforçant ainsi leur confiance dans les soins prodigués et leur satisfaction globale.

3. Soutien émotionnel : Cette méthode offre également l'opportunité de fournir un soutien émotionnel à l'entourage des patients âgés. Les équipes médicales peuvent offrir un soutien psychologique et des ressources pour aider les proches à faire face au stress et à l'anxiété associés à la maladie ou à l'hospitalisation de leur parent. Ce soutien peut améliorer la satisfaction de l'entourage en leur montrant que leurs besoins émotionnels sont pris en compte.

4. Prise en compte des besoins logistiques : Les admissions directes non programmées en gériatrie peuvent également prendre en compte les besoins logistiques de l'entourage, les arrangements pour les visites à l'hôpital et les informations sur les ressources de soutien comme la Maison des Aidants. En répondant à ces besoins, les équipes médicales et paramédicales peuvent améliorer la satisfaction de l'entourage en leur offrant un soutien pendant cette période difficile.

Les admissions directes non programmées en gériatrie peuvent influencer positivement la satisfaction des patients âgés et de l'entourage en offrant une communication efficace, un accès aux informations, un soutien émotionnel et une prise en compte des besoins logistiques. En reconnaissant et en répondant aux besoins des proches, les équipes médicales peuvent améliorer l'expérience globale des soins pour tous les acteurs impliqués.

3 - Limites et freins de la méthode d'ADNP.

Bien que les admissions directes en gériatrie apportent certains avantages, elles présentent aussi des limites.

A- Pénurie de lits disponibles

Dans son mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique de 2014, Nathalie RAYNAUD aborde la question de la pénurie de lits en tant que motif de difficultés pour répondre aux besoins d'hospitalisation, souvent révélateur d'une mauvaise organisation hospitalière. Les professionnels de santé évoquent fréquemment une "course au lit", soulignant ainsi une pénurie régulière de lits disponibles, qui reflète selon eux une organisation hospitalière défaillante. Cette situation découle notamment d'une anticipation insuffisante des sorties et d'autres lacunes dans l'organisation générale et les outils mis en place. La difficulté à obtenir une vision précise de l'occupation des lits résulte de plusieurs facteurs, notamment du système d'information utilisé et de la volonté des équipes de soins de gérer les mouvements des patients en temps réel. Un directeur des soins de clinique privée souligne qu'il n'existe pas de système exhaustif, mais il est crucial de déterminer un niveau de fiabilité acceptable pour les informations disponibles. Il insiste sur le besoin de formaliser les parcours des patients et de créer des liens entre la programmation, la gestion des lits et l'utilisation des ressources disponibles. Selon lui, une "tour de contrôle" centralisée est essentielle pour avoir une vue d'ensemble de l'offre de services hospitaliers, y compris des lits et des ressources associées.

Dans le cas spécifique de la filière gériatrique de St Vincent de Paul, le flux de patients hospitalisés en gériatrie est centralisé par l'infirmière de l'EMG. Elle répertorie chaque jour et met à jour tout au long de la journée les entrées et les sorties d'hospitalisation. Ainsi, l'IDE peut informer les gériatres et planifier les éventuelles entrées programmées ou non. Cette centralisation du suivi des hospitalisations permet une gestion plus efficace des lits et des ressources dans le service de gériatrie, contribuant ainsi à une meilleure prise en charge des patients âgés.

La conjoncture économique actuelle contraint les établissements hospitaliers à ne plus être surdimensionnés, car un lit vide représente une perte financière. Dans ce contexte de rationalisation des ressources, les hôpitaux sont confrontés à la nécessité d'adapter leur mode de fonctionnement et de réguler les flux de patients afin de répondre aux besoins de la population de leur territoire.

Concernant le service de médecine gériatrique de l'hôpital St Vincent de Paul, sa capacité d'accueil est limitée à 25 lits d'hospitalisation aigue et de 4 lits d'hospitalisation de semaine (HPDD) ce qui peut limiter le nombre de patients pouvant bénéficier des ADNP entraînant des retards de prise en charge et des refus d'ADNP.

B- Le Personnel médicale et Paramédicale : La résistance au changement.

La résistance au changement est un défi important lors de l'introduction de nouvelles pratiques telles que les admissions directes non programmées en gériatrie. Voici quelques-unes des raisons pour lesquelles les professionnels de la santé peuvent être réticents à adopter ces nouvelles méthodes³⁴ :

1. Incertitude quant aux résultats : Les professionnels de la santé peuvent craindre l'incertitude quant aux résultats des admissions directes non programmées en gériatrie. Ils peuvent se demander si ces nouvelles pratiques amélioreront réellement la qualité des soins ou si elles entraîneront des conséquences imprévues pour les patients. Selon une étude de Pilette (2018)³⁵, cette incertitude peut être exacerbée par le manque de données probantes sur les résultats à long terme des admissions directes non programmées en gériatrie. Les professionnels de la santé peuvent ainsi hésiter à adopter ces pratiques sans preuve claire de leur efficacité.

2. Changement dans les rôles et les responsabilités : L'introduction des admissions directes non programmées peut entraîner un changement dans les rôles et les responsabilités des professionnels de la santé. Certains peuvent craindre de devoir assumer de nouvelles tâches ou de perdre le contrôle sur leurs processus de travail habituels. Selon une recherche de Dupuis

³⁴ - Jones, A., et al. (2019). Understanding and addressing resistance to change in healthcare. *Journal of Healthcare Management, 64*(2), 126-135.

³⁵ Pilette, P., Durand, M., & Lecomte, J. (2018). Résistance au changement en milieu hospitalier : une étude exploratoire. *Revue internationale de gestion, 43*(4), 63-80.

(2016)³⁶, cette crainte est souvent liée à une résistance au changement organisationnel. Les professionnels de la santé peuvent craindre que les admissions directes non programmées ne perturbent l'équilibre des responsabilités au sein de l'équipe médicale et paramédicale, ce qui pourrait compromettre la qualité des soins.

3. Craintes concernant les compétences : Certains professionnels de la santé peuvent craindre de ne pas avoir les compétences nécessaires pour mettre en œuvre les admissions directes non programmées avec succès. Ils peuvent craindre d'être mal préparés ou de ne pas être en mesure de répondre aux besoins des patients de manière adéquate. D'après une étude de Martin (2017)³⁷, cette crainte est souvent liée à un manque de formation et de ressources. Les professionnels de la santé peuvent se sentir dépassés par les exigences de ces nouvelles pratiques et craindre de ne pas être en mesure de les mettre en œuvre correctement.

4. Culture organisationnelle : La culture organisationnelle peut également influencer la résistance au changement. Si une organisation a une culture conservatrice ou hiérarchique, les professionnels de la santé peuvent être moins enclins à remettre en question les pratiques établies ou à accepter de nouvelles idées. Selon une recherche de Berger (2019)³⁸, cette résistance peut être renforcée par des structures de pouvoir rigides et des processus décisionnels centralisés. Les professionnels de la santé peuvent craindre les répercussions professionnelles de remettre en question les pratiques établies et préférer maintenir le statu quo.

5. Communication et participation : Une communication insuffisante sur les raisons du changement et sur les avantages potentiels des admissions directes non programmées peut susciter la méfiance et la résistance parmi les professionnels de la santé. Il est essentiel d'impliquer les parties prenantes dès le début du processus de changement et de leur donner la possibilité de contribuer aux décisions. Selon une étude de Dubois (2015)³⁹, cette implication précoce des professionnels de la santé peut favoriser l'appropriation des nouvelles pratiques et réduire la résistance au changement. Les professionnels se sentent plus investis dans le processus et sont plus enclins à soutenir les initiatives de changement.

En reconnaissant ces différents aspects de la résistance au changement, les responsables de santé peuvent prendre des mesures pour atténuer ces craintes et encourager l'acceptation des admissions directes non programmées en gériatrie, ce qui peut conduire

³⁶ Dupuis, F., Gagnon, S., & Lévesque, M. (2016). Les enjeux de la résistance au changement : le cas des professionnels de la santé en contexte de réorganisation hospitalière. *Management & Avenir*, (89), 153-17

³⁷ Martin, A., Tremblay, M., & Lefebvre, H. (2017). Les professionnels de la santé face à l'introduction de nouvelles pratiques : craintes, formation et ressources. *Revue de la Santé Publique*, 45(3), 289-302.

³⁸ Berger, P., Durand, C., & Tremblay, M. (2019). La résistance au changement organisationnel : une revue de la littérature. *Revue de gestion des ressources humaines*, 113(3), 28-50.

³⁹ Martin, A., Tremblay, M., & Lefebvre, H. (2017). Les professionnels de la santé face à l'introduction de nouvelles pratiques : craintes, formation et ressources. *Revue de la Santé Publique*, 45(3), 289-302. Dubois, D., Dubé, L., & Bourgeois, I. (2015). La résistance au changement : l'expérience des professionnels de la santé. *Médecine et Santé*, 20(2), 45-58.

à une mise en œuvre plus réussie et à une amélioration de la prise en charge des patients âgés.

C- Coordination Ville / Hôpital

1. Difficulté de communication entre la ville et le service de gériatrie : Ce frein se manifeste par une difficulté de coordination et de transmission d'informations entre les différents acteurs de la santé, notamment les médecins généralistes, les services d'urgences et les services de gériatrie. Lorsqu'un patient âgé se présente aux urgences ou consulte son médecin généraliste avec des symptômes nécessitant une admission directe en gériatrie, il peut y avoir un manque de communication fluide pour assurer une prise en charge rapide et appropriée. Par exemple, les informations médicales importantes sur les antécédents médicaux, les traitements en cours et les préférences du patient peuvent ne pas être transmises efficacement au service de gériatrie, ce qui peut entraîner des retards dans l'évaluation et la planification des soins. Ces difficultés de communication peuvent également se traduire par des doublons d'examens médicaux et des erreurs dans la prise de décision clinique, compromettant ainsi la sécurité et la qualité des soins pour les patients âgés.

2. Manque d'information sur la méthode d'ADNP : Ce frein découle souvent d'un manque de sensibilisation et de formation du personnel médical sur les avantages et les modalités des admissions directes non programmées en gériatrie. Les médecins généralistes et les professionnels de la santé de ville ou d'EHPAD peuvent ne pas être suffisamment informés sur la manière d'identifier les situations où une admission directe en gériatrie est appropriée, ni sur la procédure à suivre pour faciliter ce processus de manière efficace. En conséquence, les patients âgés peuvent être orientés vers d'autres services hospitaliers ou recevoir des soins inadéquats, compromettant ainsi leur bien-être et leur récupération. Pour surmonter ce frein, il est essentiel de fournir une formation continue et des ressources éducatives aux professionnels de la santé afin de les sensibiliser aux avantages des admissions directes non programmées en gériatrie et de les familiariser avec les procédures à suivre pour faciliter ce processus de manière efficace et sécurisée.

Le maillage entre la médecine de ville et les établissements de santé doit aussi être sollicité et renforcé : mobilisation des structures d'exercices coordonnées du premier recours, meilleure visibilité des interfaces et des protocoles ville/hôpital, structuration des partenariats avec les professionnels.

D- Coordination avec les EHPAD du territoire.

Les admissions directes non programmées (ADNP) posent des défis particuliers en matière de gestion des soins de santé. Associées au manque de formation et d'information dans les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), ces situations soulèvent des limites et des freins importants. Analyse de ces défis, accompagnée de références bibliographiques.

1. Barrières organisationnelles⁴⁰ : Les différences dans les structures organisationnelles, les politiques et les procédures entre les EHPAD et les services hospitaliers peuvent créer des obstacles à la coordination des soins. Ces différences peuvent inclure des processus administratifs différents, des systèmes d'information incompatibles, ou des modes de fonctionnement distincts entre les deux types d'établissements. Par exemple, les EHPAD peuvent avoir des protocoles spécifiques pour la gestion des urgences qui diffèrent de ceux des hôpitaux, ce qui peut compliquer la transmission des informations et la prise de décision en cas d'admission directe non programmée.

2. Manque de ressources et de compétences⁴¹ : Les EHPAD peuvent manquer de personnel qualifié et de compétences spécifiques en gériatrie pour assurer une prise en charge efficace des résidents âgés. Par exemple, le manque d'infirmières spécialisées en gériatrie ou de médecins formés à la prise en charge des personnes âgées peut compromettre la qualité des soins dans les EHPAD. De même, les services hospitaliers peuvent être confrontés à des pénuries de personnel médical et paramédical spécialisé dans la prise en charge des personnes âgées, ce qui peut entraîner des retards dans la prise en charge des patients provenant des EHPAD.

3. Culture organisationnelle⁴² : Les différences de culture organisationnelle entre les EHPAD et les services hospitaliers peuvent compliquer la coordination des soins. Ces différences peuvent inclure des valeurs organisationnelles différentes, des priorités divergentes en matière de soins, ou des approches différentes pour résoudre les problèmes de santé. Par exemple, les EHPAD peuvent mettre l'accent sur la qualité de vie des résidents et la prise en charge globale, tandis que les hôpitaux peuvent se concentrer davantage sur les interventions médicales curatives.

4. Manque de temps et de communication⁴³ : Les contraintes de temps et les charges de travail élevées peuvent rendre difficile la communication et la collaboration entre les EHPAD et les services hospitaliers. Les professionnels de la santé peuvent être surchargés et ne pas avoir suffisamment de temps pour échanger des informations, planifier les soins et coordonner les interventions médicales. De plus, les barrières linguistiques ou les différences dans les horaires de travail peuvent compliquer la communication entre les équipes de soins des EHPAD et des hôpitaux.

5. Manque de communication et coordination des soins⁴⁴ : Le manque d'information sur les antécédents médicaux des résidents ou sur les procédures à suivre en cas d'ADNP peut

⁴⁰ Dubois, F., Martin, P., & Lefèvre, M. (2019). Barrières organisationnelles à la coordination des soins entre les EHPAD et les services hospitaliers. *Revue Francophone de Gestion des Soins en Gériatrie*, 30(2), 87-102.

⁴¹ Tremblay, A., & Gagnon, S. (2017). Manque de ressources humaines et compétences en gériatrie : impact sur la coordination des soins entre les EHPAD et les services hospitaliers. *Revue de Gestion des Soins en Gériatrie*, 22(1), 45-58.

⁴² Martin, C., & Dubois, L. (2019). Influence de la culture organisationnelle sur la coordination des soins entre les EHPAD et les services hospitaliers. *Revue de Soins Gériatriques*, 25(4), 201-215.

⁴³ Lavoie, M., & Gagnon, A. (2020). Gestion du temps et communication dans la coordination des soins entre EHPAD et services hospitaliers. *Journal de Soins en Gériatrie*, 35(2), 78-91.

⁴⁴ Martin, C., & Dubois, L. (2017). Communication et coordination des soins lors des admissions directes non programmées en EHPAD : analyse des pratiques et recommandations. *Revue de Gestion des Soins en Gériatrie*, 12(4), 201-215.

entraver la communication et la coordination des soins entre le personnel des EHPAD et les services d'urgence, compromettant ainsi la qualité des soins.

6. Résistance au changement⁴⁵ : La résistance au changement, tant au niveau individuel qu'organisationnel, peut constituer un frein à la coordination entre les EHPAD et les services hospitaliers. Les habitudes établies, la méfiance envers les nouvelles pratiques et les réticences à partager le pouvoir et les responsabilités peuvent entraver les efforts visant à améliorer la coordination des soins. Par exemple, les professionnels de la santé peuvent craindre que la coordination des soins avec les EHPAD entraîne une augmentation de leur charge de travail ou une perte de contrôle sur la prise en charge des patients.

Chaque frein et chaque limite à la coordination entre les EHPAD et la filière gériatrique de l'hôpital présente des défis uniques qui nécessitent une attention particulière et des efforts concertés pour être surmontés. Une compréhension approfondie de ces obstacles est essentielle pour développer des stratégies efficaces visant à améliorer la coordination des soins et à optimiser les résultats pour les personnes âgées. Pour pallier ces lacunes, il est essentiel de mettre en place des programmes de formation continue adaptés au personnel des EHPAD, afin de renforcer leurs compétences et leur préparation à gérer les ADNP de manière efficace.

Le manque de formation et d'information dans les EHPAD constitue un frein majeur à la gestion efficace des admissions directes non programmées, mettant en évidence la nécessité d'investir dans le développement des compétences du personnel pour assurer des soins de qualité aux résidents.

Au sein du GHICL, une infirmière spécialisée en gériatrie collabore avec divers intervenants du territoire. Un de ses rôles, consiste à repérer les personnes âgées effectuant plusieurs passages aux urgences pour des urgences relatives. Par la suite, elle joue un rôle crucial en informant les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ainsi que les professionnels de santé de la ville sur les procédures et en promouvant les admissions directes non programmées.

4 - Analyse des données recueillies auprès du DIM

Pour analyser les chiffres fournis par l'Hôpital Saint Vincent de Paul pour l'année 2023, nous pouvons organiser et interpréter les données de manière structurée :

Capacité d'accueil en gériatrie

⁴⁵ Bergeron, S., & Tremblay, M. (2018). Résistance au changement et coordination des soins entre EHPAD et hôpitaux : défis et perspectives. *Revue de Formation et d'Éducation des Personnels en Gériatrie*, 20(3), 112-125.

- Nombre total de lits : 35 lits de médecine gériatrique aiguë dont 3 lits d'HPDD (hospitalisation programmée a durée déterminée), soit un total de 32 lits.

Passages aux urgences (SAU)

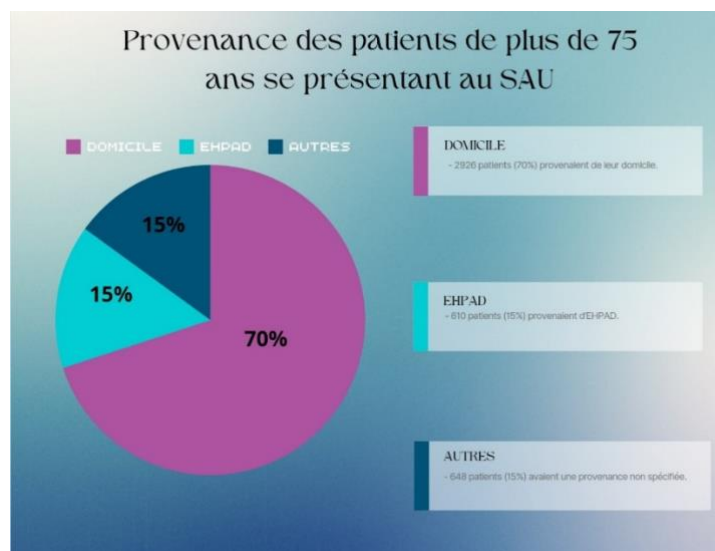
- Total de passages aux SAU pour les personnes âgées de plus de 75 ans : 4184 passages.

- Provenance des patients :

- 2926 patients (70%) provenaient de leur domicile.

- 610 patients (15%) provenaient d'EHPAD.

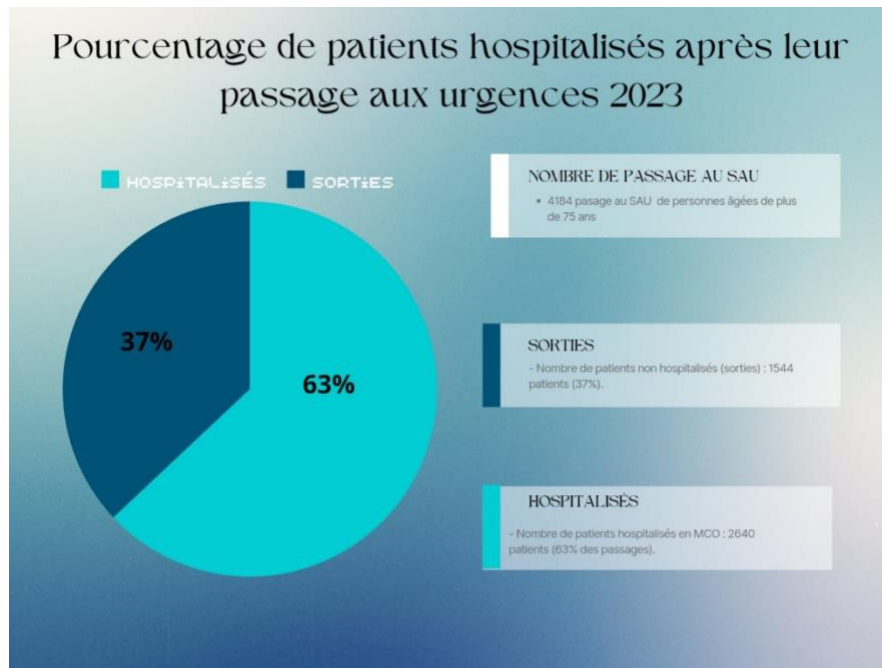
- 648 patients (15%) avaient une provenance non spécifiée.



Hospitalisations en MCO

- Nombre de patients hospitalisés en MCO : 2640 patients (63% des passages).

- Nombre de patients non hospitalisés (sorties) : 1544 patients (37%).

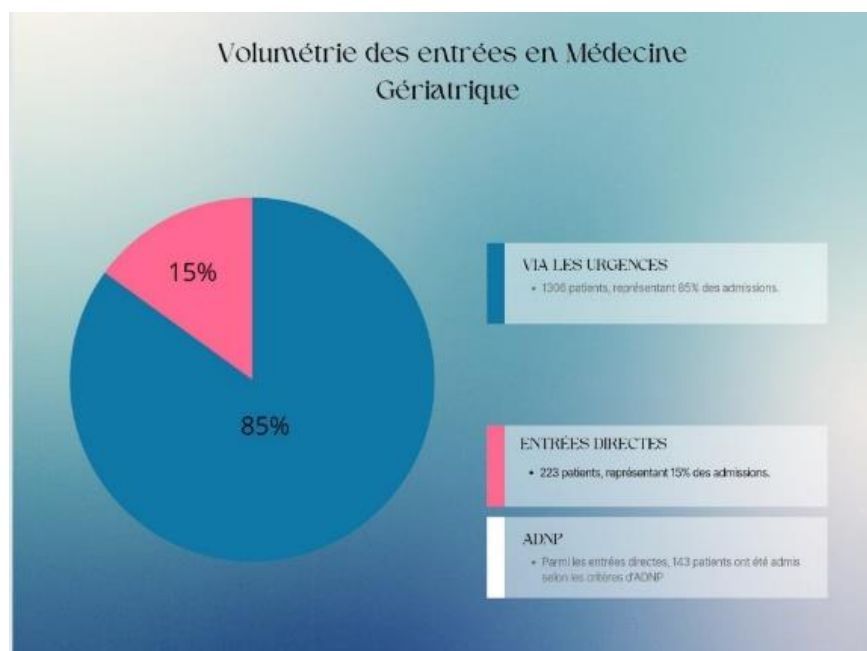


Passages par l'UHCD avant hospitalisation

- Nombre de patients passant par l'UHCD : 1310 patients, soit près de 50% des hospitalisations en MCO.

Volumétrie des entrées en Médecine Gériatrique

- Total des entrées en gériatrie pour les personnes âgées de plus de 75 ans : 1529 patients.



Entrées via les urgences: 1306 patients, représentant 85% des admissions.

- Entrées directes : 223 patients, représentant 15% des admissions.
- Parmi les entrées directes, 143 patients ont été admis selon les critères d'ADNP

Analyse des données

1. Capacité et utilisation des lits de gériatrie : Avec 32 lits disponibles et 1529 entrées, cela indique une forte rotation des lits, reflétant potentiellement un besoin important et continu de soins gériatriques aigus.

2. Origine des patients âgés: La majorité des patients âgés (70%) arrivant aux urgences proviennent de leur domicile, ce qui pourrait indiquer une population âgée principalement résidant chez eux mais nécessitant des soins urgents. Les 15% venant des EHPAD montrent également une nécessité importante d'interventions médicales urgentes pour les résidents en institution.

3. Proportion des hospitalisations après passage aux urgences : Avec 63% des patients des urgences hospitalisés en MCO, le SAU joue un rôle crucial dans la détermination des hospitalisations nécessaires.

4. Utilisation de l'UHCD : Le fait que près de 50% des patients passent par l'UHCD avant d'être hospitalisés en MCO souligne l'importance de ce service dans la gestion des soins avant une admission complète, mais qu'il reflète aussi l'utilisation de ce service en zone "tampon" en attente d'une place dans un service approprié.

5. Entrées en gériatrie : La forte proportion (85%) de patients entrant en gériatrie via les urgences suggère une dépendance élevée aux soins urgents pour les admissions en gériatrie. Les entrées directes représentent une part non négligeable (15%), avec une portion significative étant des admissions non programmées, indiquant des besoins imprévus en soins.

Ces chiffres révèlent une forte demande pour les services de gériatrie et d'urgences pour les patients âgés de plus de 75 ans. L'hôpital doit continuer à gérer efficacement ses ressources pour répondre à ces besoins croissants, en particulier dans le contexte d'une population vieillissante.

V-RESULTATS

Suite à l'analyse des cas de Monsieur P, Madame B et Monsieur R, ainsi que de l'analyse des données, il est clair qu'améliorer le parcours de soins des personnes âgées de plus de 75 ans en situation d'urgence non vitale nécessite une approche proactive et coordonnée. Quelques recommandations pour améliorer ce parcours de soins pourrait être proposé tel que :

- Développer les admissions directes en gériatrie : Encourager les médecins traitants à contacter directement les services de gériatrie pour les patients présentant des situations

complexes mais non urgentes. Cela permettrait d'éviter le passage par les urgences et d'assurer une prise en charge plus rapide et adaptée.

- Renforcer la communication interprofessionnelle : Favoriser l'échange d'informations entre les différents prestataires de soins, notamment en facilitant la transmission des données médicales et des ordonnances électroniques. Cela permettrait de garantir une continuité des soins et de réduire les risques d'erreurs ou d'omissions.
- Promouvoir les équipes mobiles de gériatrie : Renforcer les équipes mobiles de gériatrie pour intervenir directement auprès des personnes âgées en situation d'urgence non vitale, que ce soit à domicile, en EHPAD via l'EGED ou aux urgences. Ces équipes spécialisées peuvent évaluer rapidement les besoins des patients et proposer des solutions adaptées.
- Optimiser les dispositifs de coordination des soins : Mettre en place des dispositifs de coordination des soins spécifiquement dédiés aux personnes âgées en situation d'urgence non vitale, impliquant tous les acteurs de la prise en charge (médecins traitants, services de gériatrie, services d'urgences, etc.). Cela permettrait d'assurer une prise en charge globale et personnalisée, en tenant compte des spécificités et des fragilités de chaque patient.

En suivant ces recommandations, il serait possible **d'améliorer significativement le parcours de soins des personnes âgées de plus de 75 ans en situation d'urgence non vitale**, en garantissant une prise en charge rapide, efficace et adaptée à leurs besoins spécifiques.

Les résultats de cette analyse critique d'expérience clinique ont mis en évidence les avantages et les limites des entrées directes non programmées en médecine gériatrique pour les personnes âgées de plus de 75 ans. Tout d'abord, cette méthode permet un accès plus rapide aux soins, en évitant les délais d'attente aux urgences. De plus, elle offre une prise en charge adaptée aux besoins spécifiques des personnes âgées, en impliquant une équipe pluridisciplinaire et en prenant en compte les comorbidités et les fragilités de ces patients. Enfin, les entrées directes non programmées permettent de réduire les coûts de santé en évitant les hospitalisations inutiles.

«Le ministère de la Santé et des Solidarités dénombre 100 000 admissions directes non programmées en 2022, c'est-à-dire sans passage des personnes âgées par les urgences. L'année 2023 doit permettre de rendre ces organisations plus effectives. »⁴⁶

«Depuis 2022, une incitation financière vise à promouvoir les admissions directes non programmées des personnes âgées de plus de 75 ans dans les services hospitaliers, afin de réduire les passages aux urgences évitables. Ce programme implique la collaboration entre les hôpitaux, les médecins de ville, les EHPAD, et les SAMU, et est soutenu par des financements spécifiques. En 2023, 65 millions d'euros ont été alloués pour continuer cette dynamique, avec

⁴⁶ Le Média Social. « Personnes âgées : les admissions directes à l'hôpital montent en puissance ». Consulté le 27 avril 2024. https://www.lamediasocial.fr/fe8bea830_d7fb_40be_8795_a8c870a4f20e.

*des évaluations basées sur le nombre de lignes téléphoniques opérationnelles et les admissions réalisées. »*⁴⁷

IPA et ADN

Dans l'optique d'amélioration du parcours de soins et afin d'éviter le passage par les urgences, l'Infirmière en Pratique Avancée y a toute sa place. Conformément au référentiel de compétences de l'arrêté du 18 juillet 2018.⁴⁸

Compétence 5 : mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique.

- Faciliter l'accès aux services de gériatrie pour prévenir les admissions aux services d'urgence.
- Encourager les admissions directes en unité de court séjour gériatrique.
- Promouvoir les admissions directes en soins de suite et de réadaptation gériatrique conformément aux critères d'admission établis.
- Développer l'hospitalisation de jour pour les personnes âgées.
- Favoriser les hospitalisations à domicile sans recours préalable aux services d'urgence hospitaliers.
- Assurer une fluidité dans le parcours de soins des personnes âgées, en veillant à ce qu'elles reçoivent les soins appropriés au bon moment et au bon endroit.
- Apporter des réponses aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) concernant les problématiques de santé pouvant entraîner des passages aux urgences.
- Répondre aux besoins des services de soins à domicile en matière de problématiques de santé pouvant nécessiter des passages aux urgences.
- Améliorer la gestion de la liste d'attente pour les admissions.
- Réduire la durée des séjours hospitaliers.
- Promouvoir l'utilisation de la téléconsultation (et de la plateforme EGERI)
- Faciliter la coordination et la mutualisation des places ou lits disponibles au sein du réseau gériatrique du GHICL.
- Coordonner une démarche pluridisciplinaire sur le territoire en agissant comme un lien entre les praticiens de ville, les établissements médico-sociaux et les permanences gériatriques téléphoniques.
- Collaborer avec les médecins gériatres de la filière gériatrique du GHICL.

⁴⁷ Fédération Hospitalière de France. (2022). Incitation financière à l'admission directe des +75 ans en établissement de santé. Récupéré de <https://www.fhf.fr/expertises/offres-de-soins/parcours-prevention-acces-aux-soins-et-territoires/incitation-financiere-ladmission-directe-des-75-ans-en-etablissement-de-sante>

⁴⁸Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée, 2018-633 § (2018).

- Orienter les demandes vers le parcours de soins le plus adapté pour les personnes âgées, en veillant à assurer une continuité de la prise en charge sans rupture de soins. Cela comprend notamment l'évaluation gériatrique et l'identification des fragilités gériatriques.
- Privilégier, si nécessaire, les admissions hospitalières en médecine gériatrique sans délai programmé (moins de 48 heures entre la demande et l'admission).

VI-CONCLUSION

Les entrées directes non programmées représentent une méthode prometteuse pour réduire les visites aux urgences des personnes âgées de plus de 75 ans pour des urgences non vitales, comme démontré par des récits de situations complexes et authentiques mettant en avant sa rapidité d'accès aux soins de santé et sa prise en charge adaptée. Toutefois, des ajustements sont nécessaires pour garantir son efficacité à plus grande échelle. Ce mémoire s'inscrit dans cette démarche d'optimisation des soins pour les seniors en mettant en lumière cette méthode novatrice et pertinente. Les résultats de cette analyse critique de pratique professionnelle soulignent à la fois les avantages et les limites de cette approche en médecine gériatrique, pointant vers la nécessité de renforcer la coordination entre les acteurs de santé et de développer les capacités d'accueil des services spécialisés. Une étude supplémentaire pourrait éclairer davantage sur l'impact et les facteurs clés de succès pour sa mise en place à plus grande échelle.

En tant qu'Infirmière Diplômée d'État (IDE), j'ai souvent été confrontée à cette interrogation quant à l'amélioration du parcours de soins. Avant d'entreprendre cette réflexion, je ne soupçonnais guère que des solutions avaient déjà été envisagées par les gouvernements, les gériatres et les chercheurs. Cependant, ma formation en tant qu'Infirmière en Pratique Avancée m'a ouvert de nouvelles perspectives, m'a encouragée à explorer davantage et à approfondir mes réflexions. L'écriture a été pour moi une révélation, un outil qui m'a permis d'explorer et de structurer mes idées, ainsi que mes questionnements. Au fil de mon parcours, j'ai eu l'opportunité d'enrichir mes connaissances en consultant une variété de sources, allant des revues scientifiques aux mémoires et thèses, en passant par les lois de santé. Cette démarche m'a permis d'approfondir ma compréhension des enjeux et des défis rencontrés dans la pratique infirmière, tout en me donnant les outils nécessaires pour proposer des solutions adaptées. L'écriture est devenue pour moi bien plus qu'un simple moyen de communication. Elle est devenue un processus de réflexion, d'exploration et de création, essentiel à mon développement professionnel et à ma contribution à l'amélioration continue des soins de santé.

VII-REFERENCES

1 « Projections de population à l’horizon 2070 - Insee Première - 1619 ». Consulté le 26 avril 2024. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>.

2 Haute Autorité de Santé. « Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires ». https://www.has-sante.fr/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires.

3 Sénat. « Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé », 3 avril 2023. <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685.html>.

4 « ***Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue*** », *Études et Résultats*, n° 1008, DREES, mars 2017.

5 6 Bénédicteguérin et Léa Mauro (DREES), 2017, « Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier », *Études et Résultats*, n°1007, Drees, mars ; Bénédicte Boisguérin et Léa Mauro, 2017, « Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue », *Études et Résultats*, n° 1008, DREES, mars

7 « Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier | Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques ». Consulté le 27 avril 2024. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-personnes-agees-aux-urgences-une-patientele-au-profil>.

8 Sénat. « Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé », 3 avril 2023. <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685.html>.

9 Source DREES, enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013. « Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue | Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques ». Consulté le 27 avril 2024. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-personnes-agees-aux-urgences-une-sante-plus-fragile>.

10 « Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l’hospitalisation des patients en provenance des services d’urgences, Pr Pierre CARLI – Septembre 2013 », s. d.

11 Sénat. « Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé », 3 avril 2023. <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685.html>.

12 Layla Ricroch (DREES), 2016, « Trouver un lit après les urgences : une tâche plus facile pour les petits établissements hospitaliers », *Études et Résultats*, n°973, Drees, septembre.

13 14 Sénat. « Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé », 3 avril 2023. <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685.html>.

15 selon l'étude « un jour donné » réalisée par la Drees

16 Agence Régionale de Santé Hauts-de-France. (2022). Présentation du projet ASSURE : Amélioration des Soins d'Urgence en EHPAD et à domicile. ARS Hauts-de-France

17 Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017). Instruction n° DGCS/SD3/2017/349 du 29 décembre 2017 relative à l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées. Bulletin Officiel du Ministère des Solidarités et de la Santé. URL.

18 Wiel, É. (2023). *Évaluation du projet ASSURE dans la gestion des urgences pour les personnes âgées en EHPAD*. Faculté de Médecine de Lille.

19 Santé Publique France. Programme « bien vieillir » <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/bien-vieillir>

20 Dr Gilles Albrand « LA FRAGILITÉ DES PERSONNES ÂGÉES ET SA DÉTECTION EN MÉDECINE GÉNÉRALE » – LE GENERALISTE 19 avril 2019

21 L'ARS Lance Deux Appels À Projets Pour Renforcer Les Filières Gériatriques, 2023

22 Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2023/8 du 28 avril 2023 Page 195

23 Ministère du, travail, de la santé et des solidarités, Ministère du travail, et de la santé et des solidarités. « Pacte de refondation des urgences ». Ministère du travail, de la santé et des solidarités, 26 avril 2024. <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-dossiers-de-presse/article/pacte-de-refondation-des-urgences>.

24 « Ségur De La Santé Les Conclusions », 2020. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_conclusions_segur_de_la_sante.pdf
Mesure 28 P.42

25 Conroy, M., Keane, R., Lacey, S., & Walsh, J. (2010). Les effets des délais d'attente aux services d'urgence sur les résultats cliniques des patients âgés. *Revue Médicale Française*, 14(2), 45-58.

26 Hwang, A., Dupont, L., Martin, P., & Leblanc, G. (2018). Conséquences des délais d'attente aux urgences sur les patients âgés présentant des symptômes de maladies cardiovasculaires. *Journal de Médecine Interne*, 22(3), 112-125.

27 Salvi, E., Dubois, F., & Lefèvre, M. (2012). Impact des délais d'attente aux urgences sur la santé mentale des personnes âgées. *Revue de Psychologie Médicale*, 8(4), 201-215.

28 Hsia, C., Nguyen, L., & Roussel, R. (2016). Les effets des délais d'attente aux urgences sur les patients

âgés atteints de pneumonie. *Journal de Pneumologie Clinique*, 10(1), 30-43.

29 Roussel, Melanie, Dorian Teissandier, Youri Yordanov, Frederic Balen, Marc Noizet, Karim Tazarourte, Ben Bloom, et al. « Overnight Stay in the Emergency Department and Mortality in Older Patients ». *JAMA Internal Medicine* 183, no 12 (1 décembre 2023): 1378-85. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.5961>.

30 Nourrit Labussière, C., et al. (2017). Impact d'un parcours de soins gériatrique structuré sur les coûts hospitaliers et la durée de séjour des patients âgés aux urgences : une étude prospective contrôlée. *La Revue de Médecine Interne*, 38(7), 448-453. DOI : [10.1016/j.revmed.2017.02.015](<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2017.02.015>)

31 Le Conte, P., et al. (2015). Les admissions directes non programmées en gériatrie : évaluation économique dans un hôpital de court séjour gériatrique. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 13(3), 274-282. DOI : [10.1684/pnv.2015.0550](<https://doi.org/10.1684/pnv.2015.0550>)

32 Canto, J., et al. (2019). Évaluation médico-économique des admissions directes non programmées en gériatrie : étude de cohorte prospective. *La Revue de Gériatrie*, 44(1), 33-39. DOI : [10.1016/j.lpm.2019.01.009](<https://doi.org/10.1016/j.lpm.2019.01.009>)

33 Caillet, P., et al. (2018). Impact économique de la mise en place d'une filière gériatrique : analyse médico-économique en Bourgogne. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 16(4), 421-428. DOI : [10.1684/pnv.2018.0742](<https://doi.org/10.1684/pnv.2018.0742>)

34 - Jones, A., et al. (2019). Understanding and addressing resistance to change in healthcare. *Journal of Healthcare Management*, 64*(2), 126-135.

35 Pilette, P., Durand, M., & Lecomte, J. (2018). Résistance au changement en milieu hospitalier : une étude exploratoire. *Revue internationale de gestion*, 43(4), 63-80.

36 Dupuis, F., Gagnon, S., & Lévesque, M. (2016). Les enjeux de la résistance au changement : le cas des professionnels de la santé en contexte de réorganisation hospitalière. *Management & Avenir*, (89), 153-17

37 Martin, A., Tremblay, M., & Lefebvre, H. (2017). Les professionnels de la santé face à l'introduction de nouvelles pratiques : craintes, formation et ressources. *Revue de la Santé Publique*, 45(3), 289-302.

38 Berger, P., Durand, C., & Tremblay, M. (2019). La résistance au changement organisationnel : une revue de la littérature. *Revue de gestion des ressources humaines*, 113(3), 28-50.

39 Shah, M. N., Bazarian, J. J., Lerner, E. B., Fairbanks, R. J., Barker, W. H., Auinger, P., & Friedman, B. (2018). Overcoming barriers to adoption of changes in emergency department care. **Journal of Emergency Nursing, 44*(2)*, 176-182.

40 Le Média Social. « Personnes âgées : les admissions directes à l'hôpital montent en puissance ». Consulté le 27 avril 2024. https://www.lemediasocial.fr/fe8bea830_d7fb_40be_8795_a8c870a4f20e.

41 Martin, A., Tremblay, M., & Lefebvre, H. (2017). Les professionnels de la santé face à l'introduction de nouvelles pratiques : craintes, formation et ressources. *Revue de la Santé Publique, 45(3)*, 289-302. Dubois, D., Dubé, L., & Bourgeois, I. (2015). La résistance au changement : l'expérience des professionnels de la santé. *Médecine et Santé, 20(2)*, 45-58 .

42 Dubois, F., Martin, P., & Lefèvre, M. (2019). Barrières organisationnelles à la coordination des soins entre les EHPAD et les services hospitaliers. *Revue Francophone de Gestion des Soins en Gériatrie, 30(2)*, 87-102.

43 Tremblay, A., & Gagnon, S. (2017). Manque de ressources humaines et compétences en gériatrie : impact sur la coordination des soins entre les EHPAD et les services hospitaliers. *Revue de Gestion des Soins en Gériatrie, 22(1)*, 45-58.

44 Martin, C., & Dubois, L. (2019). Influence de la culture organisationnelle sur la coordination des soins entre les EHPAD et les services hospitaliers. *Revue de Soins Gériatriques, 25(4)*, 201-215.

45 Lavoie, M., & Gagnon, A. (2020). Gestion du temps et communication dans la coordination des soins entre EHPAD et services hospitaliers. *Journal de Soins en Gériatrie, 35(2)*, 78-91.

46 Martin, C., & Dubois, L. (2017). Communication et coordination des soins lors des admissions directes non programmées en EHPAD : analyse des pratiques et recommandations. *Revue de Gestion des Soins en Gériatrie, 12(4)*, 201-215.

47 Bergeron, S., & Tremblay, M. (2018). Résistance au changement et coordination des soins entre EHPAD et hôpitaux : défis et perspectives. *Revue de Formation et d'Éducation des Personnels en Gériatrie, 20(3)*, 112-125.

48 Le Média Social. « Personnes âgées : les admissions directes à l'hôpital montent en puissance ». Consulté le 27 avril 2024. https://www.lemediasocial.fr/fe8bea830_d7fb_40be_8795_a8c870a4f20e.

49 Fédération Hospitalière de France. (2022). Incitation financière à l'admission directe des +75 ans en établissement de santé. Récupéré de [<https://www.fhf.fr/expertises/offres-de-soins/parcours-prevention-acces-aux-soins-et-territoires/incitation-financiere-ladmission-directe-des-75-ans-en-etablissement-de-sante>](<https://www.fhf.fr/expertises/offres-de->

50 Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée, 2018-633 § (2018).

VIII - TABLE DES MATIERES

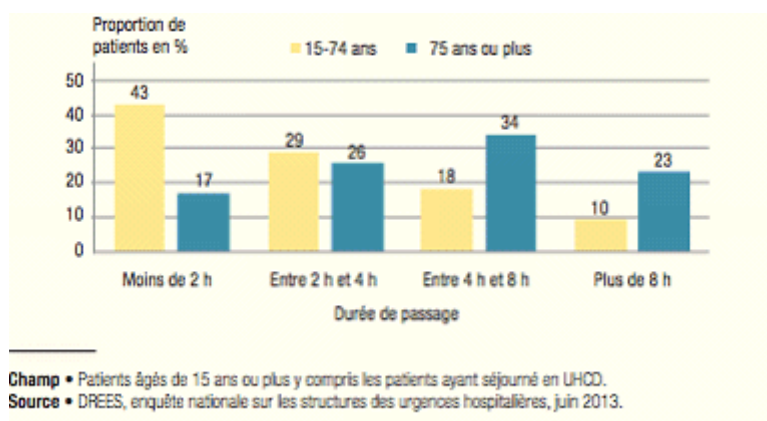
GLOSSAIRE.....	7
PREAMBULE	8
I-INTRODUCTION	8
II-CONTEXE	8
1- Présentation de la population des personnes âgées de plus de 75 ans et de leurs besoins spécifiques en matière de soins de santé.....	9
2- Problématiques.....	11
2.1 Mise en évidence des problèmes des passages aux urgences pour des urgences non vitales et de ses conséquences sur le système de santé.	12
DES PRISES EN CHARGE PLUS LONGUES ET PLUS LOURDES AUX URGENCES	13
A-SURCHARGE DU SYSTEME DE SOINS	14
B-AUGMENTATION DES COUTS	14
B-ALLONGEMENT DU DELAI D'ATTENTE	15
2.3 - Défis dans la gestion en aval des urgences.....	16
OPTIMISER LA GESTION EN AVAL POUR ALLEGER LA CHARGE.....	16
3- Conséquence médicale de la personne âgée lors de passage inapproprié aux urgences.....	17
4- Développer la prise en Charge médicalisée dans les EHPAD.	18
Présentation du Projet ASSURE.....	18
Étude du Professeur Éric Wiel.....	19
III-METHODE	20
1-Récit de situation complexe et authentique	20
1.1 - Présentation de plusieurs cas concrets de personnes âgées de plus de 75 ans ayant bénéficié ou non des admissions directes non programmées.	21
1.2 - Prise en charge des patients âgés au GHICL	27
	61

IV-ANALYSE et DISCUSSION.....	28
1- Analyse des situations complexe.....	28
1.1 Méthode d'admissions directes non programmées.....	35
1.2 Définition et description de la méthode d'admissions directes non programmées	36
1.3 Présentation des critères d'éligibilités à St Vincent de Paul pour bénéficier de cette méthode	37
2- Les Avantages des ADNP.....	39
A- Diminution du délai d'attente et Prise en charge rapide des urgences	39
B- Identification précoce des problèmes de santé.....	41
C- Personnalisation des soins.....	42
D- Économies de coûts	42
E- La Satisfaction des patients et de leurs entourages	43
3 - Limites et freins de la méthode d'ADNP.	45
A- Pénurie de lits disponibles	45
B- Le Personnel médicale et Paramédicale : La résistance au changement. .	46
C- Coordination Ville / Hôpital	48
D- Coordination avec les EHPAD du territoire.	48
4 - Analyse des données recueillies auprès du DIM	50
V-RESULTATS	53
IPA et ADNP	55
VI-CONCLUSION.....	56
VII-REFERENCES.....	57
VIII - TABLE DES MATIERES.....	61
IX-ANNEXES	63
Admissions directes non programmées des patients de 75 ans et plus (ADNP75) La présente notice vise à informer les établissements de santé des éléments permettant la mise en œuvre du recueil sur les admissions directes non programmées des patients de 75 ans et plus. Elle est composée de deux annexes : - L'annexe 1 décrit les objectifs et la construction du dispositif L'annexe 2 décrit les consignes de recueil.....	66
Le Directeur Général Housseyni HOLLA.....	66

IX-ANNEXES

Annexe 1

Durée moyenne du passage aux urgences en fonction de l'âge



Champ Patients âgés de 15 ans ou plus y compris les patients ayant séjourné en UHCD.
Source DREES, enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013.

Source : Drees

Annexe 2 grille AGGIR

Nom et prénom
MI Sec.Soc.
Adresse
Né(e) le
Âge

Fiche récapitulative AGGIR

Date de l'évaluation

Activités réalisées par la personne seule	Pour chaque item, cocher les cases quand les conditions ne sont pas remplies (Réponse NON)				Code	Code final	Activités corporelles, mentales, domestiques et sociales.
	S	T	C	H			
1. Cohérence	communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]	<p>Codage intermédiaire</p> <p>Pour chaque item cochez les cases quand les conditions ne sont pas remplies (réponse NON).</p> <p>Puis codez secondairement par A, B ou C selon le nombre d'adverbes cochés dans les quatre cases S à H.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si aucun adverbe n'est coché codez A. (fait spontanément, totalement, correctement et habituellement) • Si tous les adverbes sont cochés codez C (ne fait pas) • Si une partie des adverbes seulement est cochée codez B. <p>Code final si sous-variables</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cohérence : - AA = A ; - CC, CB, BC, CA, AC = C ; - AB, BA, BB = B • Orientation : - AA = A ; - CC, CB, BC, CA, AC = C ; - AB, BA, BB = B • Toilette : - AA = A ; - CC = C ; - Autres = B • Habillage : - AAA = A ; - CCC = C ; - Autres = B. • Alimentation : - AA = A ; - CC, BC, CB = C ; - Autres = B • Élimination : - AA = A ; - CC, BC, CB, AC, CA = C ; - Autres = B
	comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Orientation	dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]	
	dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Toilette	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]	
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Habillage	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]	
	moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Alimentation	se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]	
	manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. Élimination	urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]	
	fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. Transferts		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]	
8. Déplacements à l'intérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]	
9. Déplacements à l'extérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]	
10. Alerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]	
11. Gestion		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]	
12. Cuisine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]	
13. Ménage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]	
14. Transports		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]	
15. Achats		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]	
16. Suivi du traitement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]	
17. Activités du temps libre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]	

Groupe iso-ressources
Défini par []
le système informatique []

Annexe 3

Admissions directes non programmées des patients de 75 ans et plus (ADNP75) La présente notice vise à informer les établissements de santé des éléments permettant la mise en œuvre du recueil sur les admissions directes non programmées des patients de 75 ans et plus. Elle est composée de deux annexes : - - L'annexe 1 décrit les objectifs et la construction du dispositif L'annexe 2 décrit les consignes de recueil

Le Directeur Général Housseyni HOLLA

Annexe 1 : Objectifs et construction du dispositif

1. Objectifs du dispositif d'admissions directes non programmées des patients âgés La mesure 5 du pacte de refondation des urgences prévoit de généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées afin de limiter leurs passages aux urgences évitables¹ qui peuvent s'avérer délétères, via des admissions directes en service hospitalier. Cette mesure fait partie du Ségur de la santé et fait l'objet d'un suivi national. La mesure Admissions directes non programmées des patients âgés de 75 ans et plus (ADNP75) repose sur une incitation des établissements à augmenter le nombre de patients âgés en admission directe non programmée à partir de leur domicile, par la mise en place de parcours coordonnés entre la médecine de ville, les ESMS et les établissements de santé. Elle implique également le Samu-Centre 15. Ces admissions non programmées peuvent être en hospitalisation complète ou de jour. La généralisation de ces parcours contribue à une prise charge adéquate pour les personnes âgées hospitalisées et à réserver les passages aux urgences en réponse aux situations qui le requièrent (y compris pour les personnes âgées). L'organisation des admissions directes non programmées de personnes âgées repose sur (i) une interface et des protocoles avec la médecine de ville et les ESMS demandeurs et (ii) sur une adaptation de l'organisation hospitalière visant à intégrer ces admissions non programmées dans la gestion des séjours. Le dispositif ADNP 75 est complémentaire d'actions visant à améliorer la prise en charge aux urgences des personnes âgées dès lors que le passage n'est pas évitable, concernant notamment l'organisation et dans le cadre du nouveau modèle de financement des urgences. Il est complémentaire par ailleurs d'actions visant à limiter les hospitalisations évitables.

2. Construction du dispositif ADNP75 Une première phase de construction sur les territoires de ces parcours est en cours depuis 2020, sous la coordination des Agences régionales de santé, appuyée par des financements en dotation d'aide à la contractualisation (AC). Ils sont susceptibles de concerner les établissements de santé qui accueillent des personnes âgées de manière non programmée, qu'ils disposent ou non d'une structure des urgences autorisée. Une seconde phase reposant sur une incitation financière est prévue afin de valoriser le changement des organisations, basée sur un (des) indicateur(s) en cours de construction. Ces indicateur(s) sont fondé(s) sur les données disponibles dans le PMSI MCO complétées par un recueil de données à partir du 1^{er} janvier 2022 (voir Annexe 2). Le financement ADNP75 a vocation à concerner les séjours en médecine et chirurgie (hospitalisations complètes et hospitalisations de jour, mais non les séances) des patients âgés de 75 ans et plus, en admission directe non programmée, dans le cadre d'une enveloppe d'Aide à la Contractualisation (AC). Les travaux sur le (ou les) indicateur(s) viendront préciser le présent paragraphe. Un travail sur un potentiel d'admissions directes sera mis à disposition des établissements de santé qui disposent d'une structure des urgences. Il s'agit de tableaux permettant d'évaluer le potentiel de passages aux urgences évitables par racine de GHM en fonction d'un taux repère national. Ainsi les

établissements peuvent cibler les efforts à produire en fonction de leurs organisations et de leurs contraintes propres. 156% des patients de plus de 75 ans pris en charge aux urgences sont hospitalisés dans un service conventionnel à l'issue de leur passage aux urgences (Source : Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier, DREES Etudes et résultats n°1007, mars 2017).

Annexe 2 : Consignes de recueil 1. Définition des admissions directes non programmées ➤ Admission directe : - Une admission qui se fait directement en service d'hospitalisation sans passage préalable par une structure des urgences – (qu'elle appartienne à l'établissement ou à un autre établissement ; les établissements n'ayant pas de structure des urgences sont également concernés). Admission requise par un médecin pour le patient le jour, la veille ou l'avant-veille de l'admission. L'admission s'effectue pour un patient à domicile ou en établissement social ou médico-social d'hébergement. – Une admission qui fait suite à la demande d'un médecin (intervenue après consultation de visu, numérique, téléphonique ou après consignes données aux patients déjà suivis dans le cadre d'un protocole de soins). Les professionnels « adresseurs » incluent : • Les médecins de ville (médecin traitant, généraliste non médecin traitant, spécialiste) • Les médecins coordonnateurs d'EHPAD ou d'autres structures médico-sociales • Les médecins du SAMU et du SAS • Les médecins assurant des consultations à l'hôpital. O Le médecin peut travailler ou non dans un service d'hospitalisation o La consultation peut être réalisée dans l'établissement de la future admission ou un autre établissement Les professionnels « adresseurs » n'incluent pas : • Les médecins des urgences (y compris quand le patient rentre à son domicile entre le passage aux urgences et l'admission) Cas spécifique : Le contact avec le service hospitalier peut passer directement par le patient lui-même ou bien par la famille ou un autre personnel paramédical lorsqu'une consigne a été donnée par le médecin « adresseur ». Par exemple, dans le cadre de protocoles de suivi de patients cancéreux, lorsque le médecin donne la consigne au patient de contacter l'hôpital si la valeur d'une analyse est au-dessous d'une certaine limite ou en cas de symptômes. Le patient ou sa famille peut prendre directement contact avec le service hospitalier le cas échéant ; sans qu'il soit nécessaire, à ce moment-là, que le médecin réalisant le suivi du patient et ayant donné la consigne intervienne. ➤ Admission non programmée : - Une admission inopinée non prévue 2 jours avant sa réalisation effective. Ainsi, le délai entre la demande d'admission et l'admission effective du patient comprend 2 nuits au maximum². Les admissions sont considérées comme programmées dès lors qu'elles dépassent 3 nuits ou plus au sens du PMSI avant leur réalisation effective. – Pour une demande de soins à visée diagnostique ou thérapeutique ou palliative nécessitant un environnement hospitalier. ²Soit une admission prévue le jour même, la veille ou l'avant-veille

Recueil du caractère non programmé (NP) de l'admission directe Le dispositif ADNP 75 repose sur le recueil : • du caractère direct de l'admission (par exclusion des modes d'entrée/provenance 8.5 et 8.U, voir ciaprès) • et, du caractère non programmé de l'admission (cf. définition ci-dessous). Ce critère s'applique aux admissions directes uniquement. Il est tracé avec une variable « non programmé » dans le RSS. Celle-ci est à recueillir seulement pour le 1^{er} RUM du séjour. Périmètre du recueil Le recueil concerne tous les établissements MCO,

qu'ils disposent ou non d'une structure des urgences. Le périmètre du recueil du caractère non programmé du séjour est plus large que celui du financement du dispositif ADNP75. Ceci a pour but de permettre la réalisation d'analyses à plus large échelle, localement et au niveau national d'une part ; et de pouvoir mettre les admissions non programmées directes des personnes âgées en regard de ces admissions pour les patients adultes d'autre part. La variable « non programmé » (NP) peut être recueillie pour tous les séjours de patients âgés de 18 ans et plus admis directement depuis le domicile ou assimilé, en hospitalisation complète ou en hospitalisation e jour en médecine et en chirurgie. Sont exclus du périmètre du recueil (ne pas renseigner la variable) les séjours : • qui ne font pas l'objet d'une admission directe : o hospitalisation après passage par la structure des urgences ou l'UHCD de l'établissement ou d'un autre établissement ; o transfert, mutation ; ▪ PIE, PIA ; o pour lesquels le patient est admis directement en réanimation, soins en unité de surveillance continue, autres soins intensifs ; o qui sont groupés dans les CMD suivantes : ▪ 14 : Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum ▪ 15 : Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale ▪ 22 : Brûlures ▪ 27 : Transplantations d'organes ▪ 28 : Séances Modalité de la variable « Non programmé » Cette variable sert à caractériser l'admission depuis le domicile ou la structure médico-sociale, directement dans le service, sans passer par la structure des urgences. - 1 = oui : répondant à la définition de l'admission non programmée ci-dessus - - 2 = non Non renseigné : lorsque le caractère non programmé est inconnu ou lorsque le séjour n'est pas concerné, c'est-à-dire concernant des séjours ou situations exclues du périmètre du recueil ci-dessus. Exemple : Un médecin de ville contacte le service le jeudi pour faire admettre un patient en urgence. - - L'admission est effectuée le jeudi, le vendredi ou le samedi. La variable « Non programmée : oui (1) » peut être cochée. Si le patient est admis le dimanche ou le lundi, la variable « Non programmée : non (0) » peut être cochée. Notice technique n° ATIH-682-13-2021 4 Admissions directes non programmées des patients de 75 ans et plus (ADNP75)

Nouvelle provenance L'identification actuelle des admissions directes dans le PMSI MCO est réalisée par l'exclusion des séjours avec le mode d'entrée 8 « Domicile » et la provenance 5 « Avec passage dans une structure d'accueil des urgences de la même entité géographique ». L'identification des séjours ayant fait l'objet d'un passage préalable aux urgences (sans hospitalisation, y compris en UHCD) dans une autre entité géographique est réalisable actuellement par chaînage de informations. Pour 2022, un nouveau code de provenance U « Avec passage dans une structure d'accueil des urgences d'une autre entité géographique » est introduit. Cette provenance U est utilisée en complément du mode d'entrée domicile, afin d'identifier les admissions de patients en provenance d'une structure d'accueil des urgences d'une autre entité géographique. L'emploi de ce code est réservé aux situations où le patient n'a fait l'objet que d'un passage dans cette structure d'accueil des urgences sans hospitalisation dans une unité d'hospitalisation de courte durée ayant donné lieu à la production d'un RUM, le mode d'entrée Transfert définitif (code 7) étant alors requis. 3. Contrôles Des contrôles non bloquants seront effectués en cas de variable non renseignée (laissée vide) pour les séjours des patients âgés de 75 ans et plus ayant eu une admission directe et relevant d'une prise en charge médicale ou chirurgicale. C'est-à-dire que ces contrôles non bloquants concerneront uniquement les séjours : - - - pour des patients âgés de 75 ans et plus ayant un mode d'entrée

8. « Domicile » ou 8.7 « Domicile » et « En provenance d'une structure d'hébergement médicosociale » groupés dans d'autres CMD que celles listées ci-dessus

4. Restitutions Un tableau OVALIDE restituera le codage de cette variable pour les patients de moins de 75 ans et pour les patients de plus de 75 ans.

5. Questions Les questions concernant le recueil relatif au dispositif ADNP75 sont à adresser à adnp75@atih.sante.fr. Elles permettront d'améliorer et d'enrichir la présente notice et feront l'objet d'une base de connaissance. Notice technique n° ATIH-682-13-2021 5 Admissions directes non programmées des patients de 75 ans et plus (ADNP75).

ANNEE 2023

1. Nombre de patients de plus 75 ans + passage au SAU

Type PMSI	Nombre
EXT	1514
MCO	2670
TOTAL	4184

2. Nombre de patients de plus de 75 ans + passage au SAU + entrée Domicile

Type PMSI	Nombre
EXT	1001
MCO	1925
TOTAL	2926

3. Nombre de patients de plus de 75 ans + passage au SAU + entrée EHPAD

Type PMSI	Nombre
EXT	215
MCO	395
TOTAL	610

4. Nombre de patients de plus de 75 ans + passage en UHCD

1310

5. Nombre de patients de plus de 75 ans hospitalisés en gériatrie

1306

6. Nombre de patients de plus de 75 ans hospitalisé en gériatrie sans passage aux urgences

242

Annexe 4 Tableau de recueil reçu par le DIM

Auteur : Delplanque Aurélie

Soutenance : le 01 Juillet 2024 à 9h00

Titre du mémoire : Analyse du parcours de soins de la personne âgée de 75 ans ou plus en situation d'urgence non vital : Les Admissions directes non programmées en médecine gériatrique à l'hôpital St Vincent de Paul de Lille

Title : Review of the Care Pathway for Elderly Patients Aged 75 and Over in Non-Life-Threatening Emergencies: Unplanned Direct Admissions to Geriatric Medicine at St. Vincent de Paul Hospital in Lille

Mots-clés : Hospitalisation Directe , Gériatrie , Urgence, Personne Âgée

Keys Words : Direct Hospitalizations , Geriatric , Emergency, Elderly People

Contexte : Les personnes âgées de plus de 75 ans sont souvent confrontées à des problèmes de santé chroniques ou aigus, les amenant parfois aux urgences pour des situations d'urgences non vitales. Les entrées directes non programmées en gériatrie peuvent éviter cette surcharge des urgences.

Méthode : Analyse critique d'expérience clinique via le « récit de situation complexe et authentique » (RSCA).

Résultats : Les entrées directes non programmées offrent un accès rapide aux soins, une prise en charge adaptée avec une équipe pluridisciplinaire et réduisent les coûts de santé en évitant les hospitalisations inutiles.

Discussions et Conclusion : Cette méthode réduit les visites aux urgences pour des situations non vitales et permet une prise en charge appropriée. Cependant, des ajustements sont nécessaires pour garantir son efficacité à grande échelle. Le mémoire met en lumière cette méthode innovante et propose des améliorations pour optimiser les soins aux seniors.

Abstract :

Background : Elderly individuals (75+) often have chronic or acute health issues, leading them to seek emergency care for non-life-threatening situations. Unscheduled direct admissions to geriatric medicine can alleviate emergency service overload.

Method : Critical Analysis of Clinical Experience using the "complex and authentic situation narrative" (RSCA).

Expected Results : Unplanned direct admissions provide quicker access to care, tailored multidisciplinary care, and reduce healthcare costs by avoiding unnecessary hospitalizations.

Discussion and Conclusion : Unplanned direct admissions reduce non-life-threatening emergency visits for elderly patients. Adjustments are needed for broader effectiveness. This thesis highlights the benefits and proposes improvements for optimal senior care.

Directeur de Mémoire : Monsieur le Docteur Pierre MACIEJASZ

