

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2010



THESE N° 3110/1

**RAISONS D'ADRESSAGE ET PASSAGE DES PERSONNES
AGEES DE 75 ANS ET PLUS AU SERVICE DES URGENCES
DU CHU DE LIMOGES DURANT L'ANNEE 2009**
(ETUDES PROSPECTIVE ET DESCRIPTIVE PORTANT SUR 989 PATIENTS)



THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 08 juin 2010

PAR

Cédric CHAZOULE

Né le 22 février 1979 à Ussel (19)

EXAMINATEURS DE LA THESE

- | | |
|-------------------------------------|----------------------|
| M. le Professeur PREUX Pierre-Marie | - Président |
| M. le Professeur DANTOINE Thierry | - Juge |
| M. le Professeur BUCHON Daniel | - Juge |
| Mme le Docteur PREVOST Martine | - Directeur de Thèse |
| Mme le Docteur VALLEJO Christine | - Membre invité |

DOYEN DE LA FACULTE:

Monsieur le Professeur VALLEIX Denis

ASSESEURS:

Monsieur le Professeur LASKAR Marc
Monsieur le Professeur MOREAU Jean-Jacques
Monsieur le Professeur PREUX Pierre-Marie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:

* C.S = Chef de Service

ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE, VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude (C.S)	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves (C.S)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BEAULIEU Pierre	ANESTHESIOLOGIE et REANIMATION CHIRURGICALE
BEDANE Christophe (C.S)	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe (C.S)	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre (C.S)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre (C.S)	RADIO-THERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (C.S)	PSYCHIATRIE ADULTES
COGNE Michel (C.S)	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
DAVIER Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (Sur 31/08/2011)	PEDIATRIE
DENIS François (Sur 31/08/2011)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel (C.S)	MEDECINE ET SANTE DU TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe (C.S)	UROLOGIE
DUMONT Daniel (Sur 31/08/2012)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FEISS Pierre	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
FEUILLARD Jean (C.S)	HEMATOLOGIE
GAINANT Alain (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S)	PEDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé (C.S)	REANIMATION MEDICALE
GUIGONIS Vincent	PÉDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN Marie-Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (C.S)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LASKAR Marc (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne (CS)	PEDIATRIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MAUBON Antoine	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MERLE Louis (C.S)	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MONTEIL Jacques (C.S)	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques (C.S)	NEUROCHIRURGIE
MOULIES Dominique (C.S)	CHIRURGIE INFANTILE

MOUNAYER Charbel
NATHAN-DENIZOT Nathalie (C.S)
PARAF François
PLOY Marie-Cécile (C.S)
PREUX Pierre-Marie
RIGAUD Michel (Sur 31/08/2010)
ROBERT Pierre-Yves
SALLE Jean-Yves (C.S)
SAUTEREAU Denis (C.S)
SAUVAGE Jean-Pierre (Sur 31/08/2011)
STURTZ Franck (C.S)
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre
TREVES Richard
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)
VALLAT Jean-Michel (C.S)
VALLEIX Denis
VANDROUX Jean-Claude (Sur 31/08/2011)
VERGNENEGRE Alain (C.S)
VIDAL Elisabeth (C.S)
VIGNON Philippe
VIROT Patrice (C.S)
WEINBRECK Pierre (C.S)
YARDIN Catherine (C.S)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
 ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
 ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
 BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
 EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
 OPHTALMOLOGIE
 MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
 GASTRO-ENTEROLOGIE, HEPATOLOGIE
 OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
 ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
 RHUMATOLOGIE
 CANCEROLOGIE
 NEUROLOGIE
 ANATOMIE – CHIRURGIE GENERALE
 BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
 EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE et PREVENTION
 MEDECINE INTERNE
 REANIMATION MEDICALE
 CARDIOLOGIE
 MALADIES INFECTIEUSES
 CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel
ANTONINI Marie-Thérèse (C.S)
BOURTHOUMIEU Sylvie
BOUTEILLE Bernard
CHABLE Hélène
DURAND-FONTANIER Sylvaine
ESCLAIRE François
FUNALOT Benoît
HANTZ Sébastien
LAROCHE Marie-Laure
LE GUYADER Alexandre
MOUNIER Marcelle
PICARD Nicolas
QUELVEN-BERTIN Isabelle
TERRO Faraj
VERGNE-SALLE Pascale
VINCENT François
WEINBRECK Nicolas

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
 PHYSIOLOGIE
 CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
 PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
 ANATOMIE – CHIRURGIE DIGESTIVE
 BIOLOGIE CELLULAIRE
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
 BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
 PHARMACOLOGIE CLINIQUE
 CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
 BACTERIOLOGIE – VIROLOGIE – HYGIENE HOSPITALIERE
 PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
 BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
 BIOLOGIE CELLULAIRE
 THERAPEUTIQUE
 PHYSIOLOGIE
 ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

CAIRE François

NEUROCHIRURGIE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

BUCHON Daniel
BUISSON Jean-Gabriel

MÉDECINE GÉNÉRALE
MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

DUMOITIER Nathalie
PREVOST Martine

MEDECINE GENERALE
MEDECINE GENERALE

A Monsieur le Professeur PREUX Pierre-Marie

Professeur des Universités de Santé Publique

Praticien Hospitalier

Chef de Service

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse.

Nous vous remercions sincèrement de votre disponibilité et de votre aide tout au long de ce travail.

Veillez trouver dans ce travail le témoignage de notre profonde estime et de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur DANTOINE Thierry

Professeur des Universités de Médecine Interne,

Gériatrie et Biologie du Vieillissement

Médecin des Hôpitaux

Chef de Service

Vous avez spontanément accepté de siéger dans ce jury de thèse.

Durant notre stage dans votre service, nous avons énormément appris sur la prise en charge de la personne âgée.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur BUCHON Daniel

Professeur des Universités de Médecine Générale

Professeur associé à mi-temps

Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger dans ce jury de thèse.

Durant notre cursus, vous avez su faire partager votre amour de la médecine générale.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre profond respect.

A Madame le Docteur PREVOST Martine

Médecin Généraliste Enseignant

Maitre de conférences associé à mi-temps

Nous vous remercions de nous avoir offert ce sujet de thèse.

Nous vous remercions de votre disponibilité et de votre aide durant ce travail.

Vous avez su avec enthousiasme faire partager votre savoir.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde sympathie et reconnaissance.

A Madame le Docteur VALLEJO Christine

Praticien Hospitalier

Chef de Service

Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger dans ce jury de thèse.

Nous vous remercions pour toute la disponibilité et toute l'aide que vous avez pu nous accorder.

Veillez trouver ici toute l'expression de notre profonde sympathie et reconnaissance.

A Monsieur le Docteur DALMAY François

Nous vous remercions pour votre aide dans ce travail.

Croyez en l'expression de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur TARNAUD Thierry

Nous vous remercions pour votre aide dans ce travail.

Croyez en l'expression de notre profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur BETTAYEB Kheira

Nous vous remercions pour l'intérêt porté à ce travail.

A tous les médecins que j'ai pu croisés durant mes études

Nous vous remercions pour le savoir que vous avez pu nous transmettre.

A Monsieur le Docteur PASSEBON Jean-Claude

Nous vous remercions pour avoir facilité notre installation future.

A notre mère

Nous vous remercions pour tout l'amour que nous avons reçu.

Nous pensons à vous chaque jour.

A notre père, notre frère

Nous vous remercions pour votre patience, votre amour et de nous avoir encouragé à poursuivre dans cette voie.

A notre épouse, Lila

Nous ne pourrions pas résumer en quelques mots ce que nous ressentons pour vous.

Vous nous avez toujours soutenu.

Avec tout notre amour.

A nos enfants, Clément et Elyne

Nous vous aimons tant.

A toute notre famille

Avec notre affection.

A tous nos amis

En souvenir des bons moments partagés.

PLAN DE TRAVAIL

INTRODUCTION	14
GENERALITES	16
- DEMOGRAPHIE	17
- UNITES MOBILES GERIATRIQUES ET UNITES DE POST- URGENCES GERIATRIQUES	23
- PERMANENCE DES SOINS EN HAUTE-VIENNE	25
- EVALUATION D'UNE ADMISSION AUX URGENCES	27
ETUDES	28
- METHODOLOGIE	29
RESULTATS	32
- POPULATION	33
- ADMISSIONS	35
- ADRESSAGE	42
- PATIENTS ET HABITUS	43
- MEDECIN ADRESSEUR ET GERIATRIE	47
- PERTINENCE DES ADMISSIONS	49

DISCUSSION	51
- CRITIQUE METHODOLOGIQUE	52
- DISCUSSION DES RESULTATS	52
- PROPOSITIONS	65
CONCLUSION	67

INTRODUCTION

Ce travail s'intéresse à une population dite âgée : personnes de 75 ans et plus.

Dès le début des stages hospitaliers, les étudiants en médecine sont confrontés aux besoins médico-sociaux que nécessitent les personnes âgées. En effet, la proportion de patients de plus de 75 ans est très importante au sein des différents services hospitaliers.

Lors des stages en médecine ambulatoire, là encore, les étudiants peuvent s'apercevoir que la prise en charge des séniors fait partie du quotidien du médecin. Il s'agit de personnes fragiles qui peuvent à tout moment, à la suite d'une agression quelconque, décompenser une pathologie chronique et être orientées vers une structure d'urgence.

L'hospitalisation des personnes âgées peut pourtant leur être néfaste du fait du changement d'environnement et du stress causé.

Le vieillissement de la population et la diminution du nombre de médecins pourrait retentir sur l'offre de soins.

Nous nous sommes donc interrogés sur les raisons et la pertinence des adressages de cette population âgée au Service des Urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Limoges (CHU). En effet, une admission non justifiée est défavorable au patient qui la subit mais aussi à la structure d'urgence qui, souvent, travaille déjà en flux tendu.

Nous souhaitons aussi faire un état des lieux sur la personne de plus de 75 ans lors d'un passage au Service des Urgences.

Pour cela, nous avons réalisé à la fois une étude prospective sur les raisons d'adressage des personnes de plus de 75 ans au Service des Urgences du CHU de Limoges durant l'année 2009 et une étude descriptive de ces différents passages. Ces études portent sur 989 patients de janvier à décembre 2009.

Ce travail permet une réflexion sur la prise en charge actuelle de la personne âgée et propose des axes d'améliorations possibles.

GENERALITES

DEMOGRAPHIE

1 Démographie de la population

1.1 En France

Le vieillissement de la population est une réalité. Il constitue aujourd'hui un problème de santé publique majeur, dont les enjeux tant politiques qu'économiques sont considérables. Ce phénomène n'est pas exclusivement français. Il est commun à de nombreux pays européens. Il est lié à la stagnation du nombre de naissances et surtout à la baisse de la mortalité aux âges avancés. L'état de santé des personnes âgées s'est nettement amélioré au cours de ces dernières décennies avec une augmentation de l'espérance de vie. En 2000, l'espérance de vie à 75 ans était évaluée à 10 ans pour un homme et à 13 ans pour une femme [1].

Au 1^{er} janvier 2007, la France compte 21,1 % de personnes âgées de 60 ans ou plus contre 20,1 % dix ans auparavant. Au 1^{er} janvier 2050, en supposant que les tendances récentes se maintiennent, la France métropolitaine compteraient 70,0 millions d'habitants, soit 9,3 millions de plus qu'en 2005. En 2050, un habitant sur trois serait âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005. En 2050, 69 habitants seraient âgés de 60 ans ou plus pour 100 habitants de 20 à 59 ans, soit deux fois plus qu'en 2005 [2].

	1990	1999	% 1999/1990	2020	% 2020/1999
France	56 615 155	58 518 395	+ 3,36 %	62 500 000	+ 6,80 %
> 75 ans (2/3 de femmes)	4 000 000 soit 7,1 % de la population totale	4 500 000 soit 7,7 % de la population totale	+ 12,5 %	6 000 000 soit 9,6 % de la population totale	+ 33,3 %
> 85 ans (3/4 de femmes)		1 400 000		2 100 000	+ 50 %

Effectifs des personnes âgées. Quelques chiffres (Données et estimations INSEE)

1.2 En Limousin [3]

1.2.1 *La région Limousin est la région la plus âgée de France et d'Europe*

La région Limousin a anticipé de plus de 10 ans le vieillissement de la population française. Elle se distingue surtout par sa forte proportion des plus de 75 ans. On en recense ainsi 11,8 % tandis qu'aucune autre région n'atteint les 10 %. Cependant la région Limousin est rattrapée par le reste de la France car depuis 1990, la région vieillit moins vite que l'ensemble de la France.

Les personnes âgées représentent 27 % de la population totale (3 limousins sur 10 ont plus de 60 ans). Le vieillissement de la région Limousin devrait perdurer dans les années à venir et selon les projections, à l'horizon 2030, 4 limousins sur 10 seront âgés de plus de 60 ans.

Comme dans le reste de la France, c'est la tranche des 75-85 ans qui connaîtra la plus forte progression avec l'arrivée des générations du *baby boom*. Les projections prévoient 118 000 limousins de plus de 75 ans contre 82 000 actuellement.

Comme partout en France, l'accélération du vieillissement s'explique par l'allongement de l'espérance de vie mais des causes plus régionales sont à prendre en compte :

- La baisse des effectifs des jeunes.
- Une fécondité faible.
- Le départ de nombreux jeunes vers d'autres régions.
- Un solde migratoire positif aux âges élevés avec une attractivité de la région pour les retraités.

1.2.2 *Un accroissement important aux âges élevés*

En observant les différentes tranches de la population des plus de 60 ans, ce sont les 85 ans et plus qui ont le plus progressé ces 25 dernières années. Leur nombre a plus que doublé sur cette période dans la région. L'allongement de l'espérance de vie est un des facteurs explicatifs.

	Evolution 1975-1999	Evolution 1999-2030
Tranche des 60 à 74 ans	- 20,5 %	+ 17,0 %
Tranche des 75 à 84 ans	+ 99,8 %	+ 52,1 %
Tranche des 85 ans et plus	+ 104 %	+ 23,9 %
Tranche des 60 ans et plus	+ 4,9 %	+ 27,2 %

Accroissement en % des personnes âgées de plus de 60 ans dans le Limousin.

Source : INSEE, recensement de la population-Omphale, scénario U

1.2.3 Une espérance de vie de plus en plus longue

Depuis 1975, au niveau régional, hommes et femmes ont gagné globalement cinq années supplémentaires, notamment grâce à l'amélioration constante du système des soins. La longévité limousine a certes augmenté, mais plus lentement que dans les autres régions.

L'écart de longévité entre hommes et femmes en Limousin est actuellement de 7,4 années, comme en 1975. Cependant, au niveau national, celui-ci s'est réduit, passant de 7,8 années en 1975 à 7,4 années en faveur des femmes en 1999.

En 2030, conformément aux tendances passées, c'est-à-dire gagnant deux mois par an, on estime que l'espérance de vie à la naissance en Limousin sera de 81 ans pour les hommes et de 88 ans pour les femmes, chiffres dans la moyenne française.

	1975	1999	2015	2030
H (Limousin)	70,1	75,3	78,3	80,8
H (France)	69,0	75,1	78,2	80,8
F (Limousin)	77,6	82,7	85,9	88,2
F (France)	76,8	82,5	85,8	88,1

Espérance de vie à la naissance en années. Source : INSEE, indicateurs démographiques.

2 Démographie médicale [4]

Au 1^{er} janvier 2007, la France comptait 208 000 médecins actifs. Il s'agit là d'un maximum historique, que l'on considère les effectifs ou la densité de praticiens en activité par habitant. Selon les nouvelles projections de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), le nombre de médecins devrait baisser de près de 10 % au cours des dix prochaines années. Au-delà, l'évolution de la démographie médicale dépendra largement des décisions publiques prises aujourd'hui et de l'évolution des choix individuels des jeunes médecins. Les projections permettent d'éclairer les conséquences à long terme des choix faits aujourd'hui en matière de démographie médicale. Ces conséquences n'apparaissent que lentement compte tenu de la durée de formation des futurs médecins et du temps nécessaire au renouvellement des générations.

Un scénario de référence dit *tendanciel*, a été réalisé supposant un maintien des choix individuels des médecins à long terme. Dans ce scénario, malgré un fort relèvement du *numerus clausus* jusqu'à 8 000 en 2011, le nombre de médecins en activités ne retrouverait son niveau actuel qu'en 2030. La baisse des effectifs serait moins marquée pour les spécialistes en médecine générale que pour les autres spécialistes. Il est à noter que ces évolutions seraient très contrastées d'une spécialité à l'autre.

En effet, on compterait environ autant de médecins généralistes en 2030 (105 000) qu'en 2006 (104 000), soit 0,6 % de plus. Les effectifs des spécialistes en médecine générale seraient de 3,4 % supérieurs à ceux des autres spécialistes en 2030. Toutefois, pour interpréter ces résultats, il faut tenir compte du fait que tous les médecins généralistes n'exerceraient pas la médecine générale de premiers recours ou ne l'exerceraient pas exclusivement en 2030, si l'on suppose que les comportements actuels des médecins ne changent pas en la matière.

Trois autres scénarii permettent d'apprécier l'impact de mesures d'ajustement alternatives :

- La réduction du *numerus clausus* à 7 000.
- L'augmentation rapide de la part des postes ouverts en médecine générale aux Epreuves Classantes Nationales (ECN) jusqu'à 60 %.
- Une répartition régionale des postes ouverts aux ECN favorable aux régions sous-dotées.

3 Vieillissement de la population et nécessité d'adaptation des structures hospitalières

La prise en charge des patients âgés, donc de 75 ans et plus, requiert une expertise du fait des caractéristiques spécifiques liées au grand âge. Compte tenu de l'afflux majeur de cette population aux Structures d'Urgences, il est nécessaire de modifier les modalités d'hospitalisation et de prévoir un accueil spécifique dans ces services, donc une adaptation des « Urgences » à la gériatrie. Ces services sont souvent encombrés du fait de l'accueil simultané de patients présentant des détresses physiologiques, des poly-traumatismes et des pathologies plus courantes. Dans ces conditions, il est difficile pour l'équipe soignante des Services d'Urgences, devant l'absence de compétence gériatrique spécifique et d'un manque probable de personnel, de repérer les facteurs de fragilité des patients les plus âgés.

La circulaire DHOS/02/DGS/SD de 2002 propose un renforcement de l'accès à des soins de proximité. Le choix des filières courtes s'appuie sur un développement du court séjour gériatrique, sur l'amélioration des réponses en aval de l'hospitalisation de courte durée, en insistant sur l'importance d'une articulation ville-hôpital et d'un travail en réseau qui conditionne une utilisation optimale de la filière [5].

La 10^{ème} Conférence de consensus de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) du 5 décembre 2003 relative à la prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux Urgences montre l'intérêt d'un bilan gériatrique précoce [6]. Celui-ci nécessite la présence d'un gériatre aux Urgences ou d'une équipe mobile pluridisciplinaire. Cette prise en charge ne doit pas se limiter uniquement aux Urgences. Les services de spécialités où la proportion de personnes âgées est importante doivent également avoir recours à l'intervention de gériatres.

UNITES MOBILES GERIATRIQUES ET UNITES DE POST-URGENCES GERIATRIQUES

1 Les Unités Mobiles Gériatriques (UMG)

Une UMG est une équipe hospitalière pluridisciplinaire, composée au minimum d'un médecin gériatre, d'une infirmière diplômée d'état (IDE), d'une assistante sociale et d'une secrétaire. Cette équipe doit s'intégrer parfaitement dans un réseau de soins gérontologiques (consultations, hospitalisations de jour, médecine interne gériatrique et soins de suite et de réadaptation) [5].

Le rôle et les missions de ces unités ont été précisés dans la circulaire de mars 2002 sur les filières gériatriques [5] et dans la circulaire DHOS/01/2003/195 d'avril 2003 sur la prise en charge des Urgences [7]. Ces unités utilisent l'évaluation gérontologique standardisée comme outil d'identification des problèmes médicaux, psychologiques ou sociaux. L'objectif est d'aboutir à un projet de soins, un projet de vie et à l'orientation du patient âgé dans un secteur adapté. Elles interviennent à la demande des services d'Urgences et des services de spécialités non gériatriques [8,9]. A Limoges, il existe une régulation réalisée par l'Unité Mobile de Gériatrie. En effet, l'UMG centralise les places disponibles dans la filière gériatrique du CHU et peut permettre d'orienter une personne âgée, à la demande de son médecin traitant, dans un service gériatrique adapté sans nécessairement être obligé de la faire entrer par le Service des Urgences.

Selon les textes, une Equipe Mobile Gérontologique (EMG) ne peut être créée que s'il existe un court séjour gériatrique et il est recommandé de créer un court séjour gériatrique si l'hôpital possède une Structure d' Urgences. Idéalement, une telle équipe devrait être développée au minimum dans les CHU [5].

2 Les unités de Post-Urgences Gériatriques (PUG)

Les PUG permettent de prendre en charge les personnes âgées de plus de 75 ans venant uniquement des Urgences et avant toute autre orientation. Ce sont des unités de très court séjour. Elles se caractérisent par une consolidation de la prise en charge initiale réalisée par les UMG et sont donc complémentaires de ces dernières.

3 Evolution souhaitable

La circulaire DHOS/02/03/UNCAM de mai 2007 propose l'élaboration d'un référentiel national d'organisation des réseaux de santé « personnes âgées ». Elle définit, pour un territoire de santé donné, trois composantes concentriques, complémentaires et interfacées :

- la filière gériatrique qui siège au sein d'un établissement de santé de support (avec court séjour gériatrique et EMG),
- les établissements médico-sociaux partenaires de la filière,
- l'ensemble des autres partenaires.

Au sein de cette organisation, l'EMG reste le moyen de créer les liens, les interfaces entre les différents maillons d'un réseau complexe [10, 11].

PERMANENCE DES SOINS EN HAUTE-VIENNE

Il n'est pas rare qu'un patient aille directement consulter au Service des Urgences pensant qu'il n'a pas accès aux soins. Cette attitude engorge d'autant plus une structure qui a d'autres missions. Or en Haute-Vienne, comme partout en France, la permanence des soins (PDS) est organisée.

1 La situation du département [12]

Le département comprend :

- 364 000 habitants dont une forte proportion de personnes âgées habitant principalement en zone rurale.
- 50 communes situées à plus de 30 minutes d'un Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR).
- Une régulation libérale qui fonctionne pendant toutes les périodes de la PDS au sein du Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA). A noter qu'à titre expérimental, la régulation a fonctionné 24 H/24 jusqu'en 2005.
- Le CRRA a traité plus de 76 000 appels en 2007.
- 31 secteurs de permanence des soins en diminution constante (il y en avait 40 en 2002) [Annexe 1].
- 18 secteurs fonctionnent avec un effectif de moins de 8 médecins.
- La présence de SOS sur l'agglomération de Limoges (7 j/7, 365 j/an).
- Une association « Urgences Médecins 87 » qui couvre une grande part des astreintes sur l'agglomération.
- Une Maison Médicale de Garde (MMG), à Limoges, ouverte les soirs de 20 h 00 à 24 h 00, les samedis après-midi, les dimanches et jours fériés. Elle assure environ 5 500 consultations par an.
- 10 secteurs de garde ambulancière assurant 5 500 sorties par an.
- 4 Structures d'Urgences : 2 à Limoges (CHU, Clinique privée), CH S^t Junien et CH S^t Yrieix.
- Un SMUR (Limoges) et une antenne SMUR (St Junien).

Il est à noter une bonne participation des médecins libéraux à la permanence des soins car nous n'avons pas observé la pratique de réquisition préfectorale.

Il existe, hélas, une couverture non homogène du territoire par les établissements de santé et les Services d'Urgences, notamment le nord et le sud-est qui ne disposent que d'hôpitaux locaux.

2 L'organisation probable à venir [12]

L'organisation proposée après un travail important par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), avec l'appui du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins en concertation avec tous les partenaires aboutirait à :

- Un découpage du département en 12 secteurs où la PDS serait organisée sur des points de consultation : les soirs de 20 h 00 à 24 h 00, les samedis de 12 h 00 à 20 h 00, les dimanches et jours fériés et lors des « ponts ».
- Dans les secteurs ruraux : un point fixe d'astreinte soit au cabinet du médecin soit dans un lieu dédié.
- Sur l'agglomération de Limoges : la MMG libérale et un ou deux effecteurs mobiles en fonction des périodes, le cabinet de consultation de SOS (non intégré au tableau d'astreinte).
- La définition de 6 grands secteurs d'astreintes afin de répondre aux visites dites incompressibles notamment : EHPAD, médico-légales, HAD. Ces visites seront obligatoirement régulées par les régulateurs libéraux et ceux du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU).
- Le renforcement du nombre des régulateurs libéraux à certaines périodes de l'année (épidémies) par la mise à disposition de l'association gestionnaire d'un quota d'heures
- L'organisation de transports de substitutions pour les personnes n'ayant pas de moyens de locomotion pour se rendre au point fixe de garde (taxis régulés par le CRRA).

EVALUATION D'UNE ADMISSION AUX URGENCES

Il peut s'avérer intéressant de pouvoir évaluer le degré de pertinence d'une admission dans une Structure d'Urgence. Il existe un outil basé sur des critères objectifs.

Il s'agit de l'Appropriateness Evaluation Protocol (AEP), validé en France par le Pr DAVIDO en 1991 (AEPf) [13] [Annexe 2].

Cet outil permet d'évaluer la pertinence des admissions dans une Structure d'Urgence en s'appuyant sur des grilles comportant des critères objectifs, indépendants du diagnostic.

La grille comprend 16 critères divisés en deux parties : 10 critères liés à l'état de sévérité clinique et 6 liés à la délivrance de soins, tous justifiant que le patient se trouve dans un hôpital de soins aigus, indépendamment du diagnostic principal.

L'admission est jugée pertinente si l'un des 16 critères de la grille AEPf est présent. Si aucun critère n'est présent, un expert peut néanmoins déclarer la journée pertinente, c'est la notion « over-ride » que nous traduisons par avis d'expert. Il s'agit de situations médicales ne nécessitant pas d'intervention immédiate mais devant lesquelles le médecin ne peut prévoir l'évolution à court terme.

Quand l'admission est déclarée non pertinente, il s'agit de comprendre les besoins des patients qui se présentent aux Urgences, de trouver quel est le lieu d'hébergement le mieux adapté dans une situation idéale et d'analyser les causes des admissions.

Quatre causes principales peuvent être distinguées. Elles sont liées :

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

[Annexe 3]

ETUDES

METHODOLOGIE

1 Type d'étude

Nous avons réalisé deux types d'étude :

- Une étude prospective portant sur les objectifs d'adressage, au service des Urgences du C.H.U de Limoges, des patients de 75 ans et plus.
- Une étude descriptive sur cette population.

2 Population

Les études ont concerné tout patient se présentant au Service des Urgences du CHU de Limoges, durant la période choisie et étant âgé de 75 ans ou plus.

3 Calcul du nombre de cas

Pour estimer une proportion de 10,0 % avec une précision de 2,5 %, avec un risque alpha de 5 %, en situation bilatérale, dans le cadre d'un sondage en grappes (avec un effet de grappes de 2, les grappes étant les jours), il faut au minimum 1106 sujets.

Afin de tenir compte d'éventuels sujets inexploitable, il est décidé d'inclure 1200 sujets. A raison de 25 sujets de 75 ans et plus par jour aux urgences, il faudrait tirer au sort au minimum 48 jours et étudier l'ensemble des sujets correspondant à ces jours la. Pour tenir compte d'un effet période, il est décidé de tirer 4 jours par mois.

Le calcul a été effectué par Epi Info 6.0 (CDC et OMS, version française : ENSP, Rennes, France).

4 Jours de recueil

Nous avons donc tiré au hasard 4 jours par mois soit un total de 48 jours répartis durant l'année 2009 [Annexe 4].

5 Modalité de recueil des données

Nous avons utilisé un questionnaire réalisé par nos soins en trois parties [Annexe 5]

5.1 Première partie

Cette partie peut être complétée à l'aide du dossier médical informatisé du Service des Urgences. En effet, le service utilise l'application « URQUAL ».

Le dossier est complet. Il transcrit dès l'arrivée du patient toutes les informations administratives le concernant (nom, prénom, âge, sexe, médecin traitant, lettre de liaison ...) ainsi que les motifs de recours. Il est complété durant le passage dans le service par les transcriptions infirmières, l'observation médicale proprement dite et le devenir du patient.

Durant les jours de recueil, toute personne âgée de 75 ans et plus, adressée au Service des Urgences est ainsi repérée dès son inscription.

5.2 Deuxième partie

Cette partie est complétée après contact téléphonique avec le médecin traitant du patient concerné. Le but est :

- de connaître le motif d'adressage du patient au Service des Urgences, quand celui-ci n'est pas déjà renseigné dans le dossier informatisé.
- de savoir si le médecin a, oui ou non, tenté de contacter un autre service avant d'adresser son patient.
- d'approcher les antécédents, la lourdeur des traitements, l'habitus du patient.
- de savoir si le médecin a l'habitude de la population gériatrique dans son activité et s'il connaît le réseau gériatrique à LIMOGES.

5.3 Troisième partie

En conclusion, nous avons essayé de voir si l'admission des patients âgés de 75 ans et plus était justifiée ou si ces patients auraient pu être pris en charge dans une autre structure que l'hôpital de soins aigus.

Nous avons donc établi une grille AEPf pour chaque patient retenu sur la période considérée.

Afin de pouvoir distinguer les différentes situations possibles, nous avons délibérément dénommé :

- « justifiée » : une admission pertinente sur la grille AEPf.
- « pertinente » : une admission pertinente sur la grille AEPf après l'avis d'expert.
- « injustifiée » : une admission non pertinente.

6 Saisie et traitement des données

La saisie a été réalisée sur un tableau EXCEL. Le fichier informatique est strictement anonyme, ne transcrivant aucune information sur l'identification des patients.

Le traitement des données a été réalisé par le Dr DALMAY, ingénieur, du laboratoire de Biostatistique et Informatique Médicale de la faculté de médecine de LIMOGES.

Les résultats des variables quantitatives sont présentés sous la forme moyenne \pm écart-type, minimum, maximum et médiane. Ceux des variables qualitatives sont exprimés en fréquence, pourcentages et intervalles de confiance. Des comparaisons de variables qualitatives entre deux groupes ont été réalisées par des tests du Chi² ou des tests exacts de Fisher en fonction des effectifs théoriques et du nombre de classes dans les variables considérées. Le seuil de significativité choisi pour l'ensemble des analyses statistiques est de 0,05. Le logiciel utilisé est SAS 9.2 (SAS Institute, Cary, USA).

RESULTATS

POPULATION

Nombre total des patients vus à la Structure des Urgences durant les jours considérés :

Tableau 1

Nb de passages tout patient	Patients âgés de 75 ans et +	Pourcentage (%)
5 822	989	17

Durant les jours de recueil, nous avons enregistré en moyenne 121 passages par jour, tous patients confondus. 17 % de ces passages ont concerné des personnes âgées de 75 ans et plus, ce qui représente 989 personnes.

Age :

Tableau 2

Nb de patients	Age Moyen	Age minimum	Age maximum	Ecart-Type
989	83	75	101	6

La moyenne d'âge des 989 personnes retenues est de 83 ans. La personne la plus âgée avait 101 ans.

Sexe :

Tableau 3

Sexe	Nombre	Pourcentage (%)
Masculin	427	43,2
Féminin	562	56,8
Total	989	100

1 : Masculin, 2 : Féminin

Le sexe ratio est de 0,76.

Population par tranche d'âge :

Tableau 4

Tranche d'âge (Année)	Nombre	Pourcentage (%)
75 à 79	304	30,7
80 à 84	316	32,0
85 à 89	248	25,1
90 à 94	82	8,3
95 à 100	38	3,8
100 et plus	1	0,1
Total	989	100

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

Domiciliation de la population :

Tableau 5

Département	Nombre	Pourcentage (%)
Limousin	87	88,8
	19	3,5
	23	2,1
Dpt hors région	55	5,6
Total	989	100

Un peu plus de 94 % des patients viennent de la région Limousin avec près de 94 % d'entre eux qui sont domiciliés dans le département de la Haute-Vienne soit un pourcentage de 88,8 % de la population considérée.

ADMISSIONS

Admissions et sectorisation gériatrique du Limousin :

Tableau 6

Admissions	Nombre	Pourcentage (%)
Intra secteur CHU	617	62,4
Extra secteur CHU	372	37,6
Total	989	100

Un peu plus de 37 % des admissions des personnes de 75 ans et plus sur la période considérée se font hors secteur gériatrique de Limoges [Annexe 6].

Personne à l'origine de l'admission :

Tableau 7

Origine de l'admission	Nombre	Pourcentage (%)
Médecin traitant	383	38,7
Centre 15	187	18,9
Admission libre	143	14,5
Médecin hospitalier	88	8,9
SOS médecin	68	6,9
Médecin de garde	67	6,8
SAMU/SMUR	46	4,6
Médecin remplaçant	7	0,7
Autres	0	0,0
Total	989	100

Seulement un peu plus de 38 % des patients sont adressés par leur médecin traitant. Le centre 15 est à l'origine de près de 19 % des admissions alors que presque 15 % des admissions se font de manière libre, sans consultation au préalable.

Courrier de la personne à l'origine de l'admission :

Tableau 8

Courrier	Nombre	Pourcentage (%)
Oui	563	56,9
Non	426	43,1
Total	989	100

Un peu plus de 43 % des patients sont adressés sans courrier de liaison.

Jour de l'admission :

Tableau 9

Jour	Nombre	Pourcentage (%)
Lundi	64	6,5
Mardi	107	10,8
Mercredi	167	16,9
Jeudi	190	19,2
Vendredi	241	24,4
Samedi	32	3,2
Dimanche ou jour férié	188	19,0
Total	989	100

Les périodes de la semaine où se font le plus d'admission de personne de 75 ans ou plus sont les jours avant le week-end (un peu plus de 43 % pour jeudi et vendredi) et les dimanches et jours fériés (environ 19 % des admissions).

Horaire des admissions :

Tableau 10

Horaire	Nombre	Pourcentage (%)
Journée	747	75,5
Nuit	167	16,9
Nuit profonde	75	7,6
Total	989	100

Journée : 8h-20h Nuit : 6h-8h ou 20h-0h Nuit profonde : 0h-6h

La majorité des admissions se font durant la journée. On compte néanmoins 1 à 2 admissions durant la nuit profonde par jour de recueil en moyenne.

Moyen de transport d'arrivée :

Tableau 11

Moyen de transport	Nombre	Pourcentage (%)
Ambulance	648	65,5
VSAV (pompiers)	145	14,7
Moyen personnel	103	10,4
SMUR	43	4,4
Intra hospitalier	29	2,9
TAP (taxi, véhicule léger)	21	2,1
Total	989	100

Les transports par ambulance sont utilisés pour plus de 65 % des admissions ce qui représente 648 personnes.

Circuit de prise en charge :

Tableau 12

Circuit	Nombre	Pourcentage (%)
Hospitalisation	852	86,1
Ambulatoire	93	9,4
Déchocage	44	4,5
Total	989	100

Plus de 86 % des patients sont traités via le circuit Hospitalisation, c'est-à-dire le circuit long du Service des Urgences.

Durée du passage aux Urgences :

Tableau 13

Nb de patients	Durée moyenne (min)	Durée minimale (min)	Durée maximale (min)	Ecart-type
989	372	0	2397	272

La durée moyenne d'un passage aux Urgences du CHU de Limoges est de 372 minutes soit 6 heures et 12 minutes. La durée minimum de 0 minute correspondait à un patient décédé avant d'arriver aux Urgences.

Durée du passage aux Urgences par tranche d'âge :

Tableau 14

Tranche d'âge (Année)	Nombre	Durée (min)
75 à 79	304	340
80 à 84	316	378
85 à 89	248	364,5
90 à 94	82	424
95 à 100	38	494,5
100 et plus	1	776
Total	989	

Plus l'âge du patient augmente, plus la durée du passage augmente.

Patients vus par l'Unité Mobile Gériatrique aux Urgences :

Tableau 15

Patients âgés de 75 ans et +	Patients vus par l'UMG	Pourcentage (%)
989	125	12,6

Seulement un peu plus de 12 % des patients de 75 ans ou plus ont été vu par l'Unité Mobile Gériatrique au service des Urgences.

Patients vus par l'Unité Mobile Gériatrique aux Urgences par tranche d'âge :

Tableau 16

Tranche d'âge (Année)	Nombre	Patients vus par l'UMG	Pourcentage (%)
75 à 79	304	27	8,9
80 à 84	316	42	13,3
85 à 89	248	29	11,7
90 à 94	82	18	22,0
95 à 100	38	9	23,7
100 et plus	1	1	100
Total	989	125	

Plus l'âge des patients augmente, plus ils sont vu aux Urgences par l'Unité Mobile Gériatrique.

Devenir des patients :

Tableau 17

Devenir	Nombre	Pourcentage (%)
Hospitalisation	687	69,5
Retour au domicile	251	25,4
Autre Centre Hospitalier	25	2,5
Retour service d'origine	19	1,9
Décès	6	0,6
Hospitalisation A Domicile	1	0,1
Total	989	100

Les devenirs les plus fréquents des patients sont l'hospitalisation (69,5 %) et le retour au domicile (25,4 %).

Hospitalisation des patients par tranche d'âge :

Tableau 18

Tranche d'âge (Année)	Nombre	Patients hospitalisés	Pourcentage (%)
75 à 79	304	209	68,8
80 à 84	316	231	73,1
85 à 89	248	170	68,6
90 à 94	82	55	67,1
95 à 100	38	20	52,6
100 et plus	1	1	100
Total	989	125	

Il n'y a pas plus d'hospitalisations quand l'âge des patients augmente.

ADRESSAGE

Objectif de l'adressage :

Tableau 19

Objectif	Nombre	Pourcentage (%)	IC 95 %
Prise en charge thérapeutique	332	33,6	[17,1 ; 50,2]
Examen complémentaire	286	29,0	[13,1 ; 44,8]
Prise en charge diagnostique	261	26,4	[11,0 ; 41,9]
Maintien à domicile difficile	96	9,8	[0 ; 20,1]
Demande du patient	7	0,7	[0 ; 3,7]
Demande de la famille	5	0,5	[0 ; 3,0]
Autres	0	0,0	
Total	987	100	

Nous avons pu répondre pour 987 patients sur les 989 sélectionnés. Les demandes les plus fréquentes sont une prise en charge thérapeutique, une demande d'examens complémentaires, une prise en charge diagnostique et un maintien à domicile difficile. Les pressions exercées par le patient ou sa famille ne représentent que 1,2 %.

Il est à noter que les demandes pour maintien à domicile difficile représentent moins de 10 % des demandes.

Contact préalable d'un service hospitalier hors Urgences :

Tableau 20

Contact d'un autre service	Nombre	Pourcentage (%)
Oui	26	2,6
Non	959	97,4
Total	985	100

Nous avons pu répondre pour 985 patients et seulement 26 demandes d'admission ont été précédées par un appel dans un autre service hospitalier hors Service des Urgences.

PATIENTS ET HABITUS

Antécédents médico-chirurgicaux :

Tableau 21

Nb de patients	Nb moyen d'ATCD	Nb minimum d'ATCD	Nb maximum d'ATCD	Ecart-Type
867	5	0	18	3

Sur 867 patients chez qui nous avons pu compléter le questionnaire, le nombre moyen d'antécédent médico-chirurgicaux est de 5. Le minimum étant de 0 et le maximum de 18.

Traitements à l'entrée :

Tableau 22

Nb de patients	Nb moyen de traitement	Nb minimum de traitement	Nb maximum de traitement	Ecart-type
812	7	0	21	4

Sur les 812 patients chez qui nous avons pu trouver leur traitement à l'entrée, le nombre moyen était de 7 molécules avec un minimum de 0 et un maximum de 21.

Nature des traitements à l'entrée :

Tableau 23

Nature du traitement	Nb de patient concerné	Pourcentage (%)	Nb de traitement moyen
Cardio-vasculaire	725	89,3	3
Psychotrope	532	65,5	2
Endocrinien	524	64,5	2
Antalgique	385	47,4	1
Autres	253	31,2	2
Compléments alimentaires	242	29,8	1
Pneumologique	86	10,6	2
Antibiotique	83	10,2	1
Oncologique	21	2,6	2

Les traitements les plus utilisés sont les traitements à visée cardio-vasculaire puis les traitements à visée psychotrope puis les traitements à visée endocrinienne. Il est à noter la part importante des traitements à visée psychotrope, traitements pouvant être responsables d'une certaine iatrogénie chez la personne âgée.

Mode de vie :

Tableau 24

Mode de vie	Nombre	Pourcentage (%)
Couple ou famille	393	51,4
Seul	234	30,6
Institution	138	18,0
Total	765	100

Sur les 765 patients chez qui nous avons pu être renseignés, plus de la moitié vivent accompagnés, plus de 30 % vivent seuls et un peu moins de 20 % sont institutionnalisés.

Institution :

Tableau 25

Institution	Nombre	Pourcentage (%)
E.H.P.A.D.	122	88,4
Long séjour	7	5,1
Foyer de vie	6	4,3
Hospitalisation A Domicile	3	2,2
Total	138	100

Lorsqu'ils vivent en institution, les patients proviennent très majoritairement d'Etablissements d'Hébergement pour Personnes Adultes Dépendantes (EHPAD).

Aides à la personne :

Tableau 26

Aidants non professionnels	Nombre	Pourcentage (%)
Oui	537	86,2
Non	86	13,8
Total	623	100

Tableau 27

Aidants professionnels	Nombre	Pourcentage (%)
Oui	359	57,6
Non	264	42,4
Total	623	100

On peut remarquer que chez les patients non institutionnalisés, plus de 57 % bénéficient d'aidants professionnels. Dans notre étude, 24 patients soit 2,4 % de la population étudiée ne bénéficient pas d'aidant.

Aides à la personne professionnelles :

Tableau 28

Aidants professionnels	Nombre	Pourcentage (%)
Infirmière	71	19,8
Aide ménagère	62	17,3
Kinésithérapeute	5	1,4
Auxiliaire de vie	2	0,5
2 aides	150	41,8
3 aides	56	15,6
Plus de 3 aides	13	3,6
Total	359	100

En ce qui concerne les aidants professionnels, plus de 41 % des patients concernés bénéficient de 2 aides. Les aidants les plus utilisés sont les IDE devant les aides ménagères. Seulement 13 personnes soit un peu moins de 4 % des patients concernés bénéficient de plus de 3 aides professionnelles.

MEDECIN ADRESSEUR ET GERIATRIE

Formation complémentaire en gériatrie :

Tableau 29

Formation complémentaire	Nombre	Pourcentage (%)
Oui	110	15,0
Non	625	85,0
Total	735	100

Tableau 30

Formation complémentaire	Nombre	Pourcentage (%)
Capacité	107	97,3
Diplôme Universitaire	3	2,7
DESC	0	0,0
FMC	0	0,0
Total	110	100

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire

FMC : Formation Médicale Continue

Sur les 735 médecins ayant répondu, 85 % disent ne pas avoir suivi de formation complémentaire en gériatrie.

Ceux qui ont répondu dans l'affirmative ont suivi pour plus de 97 % un enseignement capacitaire, les autres ayant suivi l'enseignement de Diplôme Universitaire.

Part de gériatrie estimée dans l'activité :

Tableau 31

Part de gériatrie en % de l'activité.	Nombre	Pourcentage (%)
0 à 9	0	0,0
10 à 19	154	21,0
20 à 29	310	42,1
30 à 39	191	26,0
40 à 49	66	9,0
50 et plus	14	1,9
Total	735	100

La majorité des médecins interrogés estiment qu'environ 20 à 29 % de leur activité est consacré à des patients de 75 ans ou plus. Il est à noter que 14 médecins estiment leur part de gériatrie à 50 % ou plus de leur activité. Il s'agit en fait de médecin ayant une activité au sein d'établissement pour personnes âgées (médecin coordonateur par exemple).

Connaissance de la régulation de l'Equipe Mobile Gériatrique :

Tableau 32

Connaissance de la régulation de l'E.M.G	Nombre	Pourcentage (%)
Oui	234	31,8
Non	501	68,2
Total	735	100

Seulement un peu plus de 31 % des médecins interrogés connaissent la régulation effectuée par l'Equipe Mobile Gériatrique.

PERTINENCE DES ADMISSIONS

Pertinence des admissions :

Tableau 33

Pertinence des admissions	Nombre	Pourcentage (%)
Justifiée	576	58,2
Pertinente	356	36,0
Injustifiée	57	5,8
Total	989	100

Chaque jour aux Urgences du CHU de Limoges, en moyenne, 9 admissions de personnes âgées sont jugées non pertinentes par la grille AEPf avant l'avis d'expert.

Durant notre étude, 413 personnes, soit plus de 41 % des personnes âgées, auraient pu être prises en charge par des structures autres que l'hôpital de soins aigus.

Pertinence des admissions par tranche d'âge :

Tableau 34

Tranche d'âge (Année)	Admission			Total	Pourcentage de justifiée (%)
	Justifiée	Pertinente	Injustifiée		
75 à 79	181	103	20	304	59,5
80 à 84	194	109	13	316	61,4
85 à 89	139	93	16	248	56,1
90 à 94	43	34	5	82	52,4
95 à 100	18	17	3	38	47,4
100 et plus	1	0	0	1	100,0
Total	576	356	57	989	

Plus l'âge est avancé, moins les admissions sont justifiées selon la grille AEPf.

Pertinence des admissions et connaissance du réseau gériatrique du médecin
adresseur :

Tableau 35

		Connaissance de la régulation de l'E.M.G.		Total
		Oui	Non	
Admission	Justifiée	134 (57,3 %)	290 (57,9 %)	424
	Pertinente	94 (40,2 %)	190 (37,9 %)	284
	Injustifiée	6 (2,5 %)	21 (4,2 %)	27
Total		234	501	735

Test de Fisher : $p=0,52$ (NS)

Tableau 36

		Formation complémentaire en gériatrie		Total
		Oui	Non	
Admission	Justifiée	65 (59,1 %)	359 (57,5 %)	424
	Pertinente	42 (38,2 %)	242 (38,7 %)	284
	Injustifiée	3 (2,7 %)	24 (3,8 %)	27
Total		110	625	735

Test de Fisher : $p=0,91$ (NS)

Il ne semble pas y avoir de rapport entre une bonne connaissance du réseau gériatrique et la pertinence des admissions au Service des Urgences du CHU de Limoges.

DISCUSSION

CRITIQUE METHODOLOGIQUE

Les deux études réalisées peuvent comporter un biais d'information. Même si le dossier « URQUAL » est complet, nous ne pouvons pas contrôler la qualité des informations qui y sont notées. Selon les horaires d'admission des patients, le dossier est peut-être plus ou moins bien complété. Il en est de même pour les informations données par les médecins contactés.

La méthode « revue de pertinence de soins », parrainée par la Haute Autorité de la Santé (HAS)[13], appliquée aux admissions est une méthode d'amélioration de la qualité qui permet de repérer les admissions non pertinentes, de rechercher les causes expliquant ces admissions non pertinentes et de mettre en place des plans d'actions pour améliorer la prise en charge des patients.

Nous avons utilisé cette méthode validée, spécifiquement à la prise en charge des personnes âgées au service des Urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Limoges.

DISCUSSION DES RESULTATS

Il existe peu d'article dans la littérature sur l'adressage aux Urgences et/ou l'hospitalisation des personnes âgées. Une publication avait été réalisée par les Généralistes Enseignants du Limousin sur l'hospitalisation des personnes de plus de 70 ans [14].

Durant l'année 2009, le Service des Urgences du CHU de Limoges a enregistré 39 306 passages, soit une moyenne de 108 passages par jour. 42 % de ces passages ont été suivis d'une hospitalisation. L'activité du service a enregistré une augmentation d'activité de 2 % par rapport à l'année 2008 et de 5 % par rapport à l'année 2007 [Annexe 7].

Notre étude a comptabilisé, en moyenne, 121 passages par jour, dont 17 % concernaient des personnes âgées de 75 ans et plus, soit 21 personnes en moyenne quotidiennement.

1 Population

En ce qui concerne le tableau 1, parmi les patients vus à la Structure des Urgences du CHU de Limoges durant les jours considérés, les personnes âgées de 75 ans et plus représente 17 % de tous les passages. Cette population des 75 ans et plus représente 11,8 % des limousins. Notre valeur de 17 % est plus importante que celle retrouvée dans les données démographiques. Donc cette population âgée a davantage recouru au Service des Urgences que les personnes plus jeunes.

Si on s'intéresse à l'âge des patients sélectionnés, on s'aperçoit que la moyenne d'âge est de 83 ans. L'existence d'un accueil gériatrique est donc souhaitable afin d'améliorer la prise en charge bien spécifique de ces patients.

Notre étude trouve un sexe ratio de 0,76. En généralités, nous avons pu voir qu'en France, 2/3 des personnes âgées de plus de 75 ans étaient des femmes (sexe ratio de 0,67). Les femmes sont moins souvent adressées aux Urgences du CHU de Limoges que les hommes du même âge. Nous n'avons pas retrouvé d'explication pour expliquer ce phénomène.

Si nous observons la population de notre étude par tranche d'âge : les plus de 90 ans représentent environ 12 % des patients sélectionnés. Si on rapporte ces résultats à la population générale des patients, tout âge confondu, adressés au Service des Urgences du CHU de Limoges, les plus de 90 ans représentent 2 % de l'effectif total. En France, les plus de 90 ans représentent moins de 2 à 3 % de la population générale. Finalement les médecins n'hospitalisent pas plus ces personnes plus âgées même si elles sont identifiées comme plus fragiles.

Le tableau 5, « Domiciliation de la population », montre que le CHU de Limoges draine principalement des patients de la Haute-Vienne.

Il est probable que les patients corréziens et creusois, hospitalisés au CHU de Limoges, entrent directement dans les services spécialisés avec un bilan initial réalisé dans les hôpitaux périphériques.

Notre étude ne s'intéressant qu'aux patients arrivant au Service des Urgences du CHU de Limoges, il serait intéressant de prendre en compte les personnes adressées dans les autres Structures d'Urgences de la région (hôpitaux privés et hôpitaux périphériques) afin d'affiner ces résultats. Pour obtenir ces données, il serait nécessaire d'effectuer le même type d'enquête sur les autres Structures d'Urgences des départements de la Haute-Vienne, de la Corrèze et de la Creuse.

2 Admissions

Il existe, en Haute-Vienne, une sectorisation géographique gériatrique [Annexe 6]. Elle a été mise en place avant les années 2000 et a pour but de faciliter le devenir des personnes de plus de 75 ans à la suite d'une hospitalisation. Ainsi, les personnes domiciliées dans le secteur de Limoges, qui dépendent du CHU, ont plus de facilité à trouver un hébergement dans les structures de ce secteur. Les personnes domiciliées dans le nord du département dépendent des hôpitaux du Haut Limousin. Celles qui sont domiciliés à l'ouest dépendent de l'hôpital de S^t Junien. Les personnes vivant dans le sud du département dépendent de l'hôpital de S^t Yrieix. Une demande de convalescence ou de Long Séjour sera plus vite acceptée si elle est faite par un service intra secteur.

Dans notre étude, 37 % des admissions de personnes de 75 ans et plus, au Service des Urgences du CHU, se font hors secteur géographique gériatrique.

Qui est à l'origine de l'admission ?

- Le médecin traitant adresse 38,7 % des patients de plus de 75 ans arrivés aux Urgences. Selon la moyenne nationale, un médecin qui pratique la Médecine Générale en ambulatoire travaille environ 53 heures par semaine. Cela correspond à un tiers temps sur une semaine de 168 heures. Ce résultat de 38,7 % des patients adressés par le médecin traitant montrent que ces praticiens n'hospitalisent pas plus mais pas moins non plus leurs patients.

- Le centre 15 adresse 19 % des patients considérés. Les appels reçus par le centre 15 sont des appels spécifiques. Le médecin régulateur a la possibilité de donner un conseil médical, d'organiser une consultation ou une visite à domicile. Quand il adresse directement un patient au Service des Urgences, c'est après une évaluation téléphonique qui lui permet de prendre cette décision en fonction des résultats de son interrogatoire.

- Les médecins de garde adressent 7 % des patients. Ce chiffre n'est pas très important. Le premier « tri » est sans doute fait en amont par l'intermédiaire de la régulation du centre 15.

- Les médecins remplaçants adressent seulement 0,7 % des patients âgés. Ces médecins n'hospitalisent pas forcément plus de patients que leurs confrères installés en secteur libéral, malgré sans doute une connaissance moins précise de chaque personne prise en charge.

- Près de 15 % des admissions sont des admissions libres, sans contact médical préalable. Même si une admission libre peut être une admission justifiée, ce chiffre est quand même important et surprenant dans le contexte actuel du parcours de soin. Il serait intéressant de savoir pourquoi ces patients utilisent le Service des Urgences comme lieu de consultation. Pour cela, un travail pourrait être mené afin de connaître les déterminants de ces accès directs dans les Structures d'Urgences hospitalières.

Courrier de liaison : 43 % des patients de 75 ans et plus arrivent dans le Service des Urgences sans courrier de liaison. Il faut néanmoins réaliser une correction pour pouvoir discuter ces résultats. Sur les 989 patients considérés :

- 143 viennent en admission libre,

- 187 sont adressé par le centre 15 qui contacte le service par téléphone,

- 46 arrivent avec le SMUR et bénéficie d'une transmission écrite de la prise en charge (transmission non reconnue comme courrier de liaison par l'application « URQUAL »).

Si on enlève ces admissions du nombre initial de patients, on remarque que 563 patients sur 613, soit 92%, bénéficient d'un courrier de liaison.

Concernant le jour de l'admission des patients âgés de 75 ans et plus, on observe que plus la semaine avance, plus les admissions sont nombreuses.

Le lundi, jour le plus chargé en médecine ambulatoire, n'est pas un jour où les admissions sont nombreuses. Elles sont les plus nombreuses le jeudi et le vendredi. Le médecin sait que le week-end est une période où il ne pourra pas suivre son patient. Il est possible qu'il préfère hospitaliser, avant le samedi et le dimanche, quelqu'un nécessitant une surveillance plus rapprochée.

Le samedi est un jour de la semaine où il y a peu d'admission de personnes âgées. En médecine ambulatoire, le samedi est un jour où il y a peu de consultation par rapport aux autres jours de la semaine. Le médecin a sans doute géré les problèmes le jeudi ou le vendredi.

Horaires d'admission : les patients sont surtout adressés dans la journée de 8h à 20h. Moins de 25 % des admissions s'effectuent lors des horaires de garde. Seulement une à deux admissions se produisent durant la nuit profonde de minuit à 6h. La future organisation de la PDS pourra tenir compte de ces données.

Moyens de transport : les transports sanitaires représentent 90 % des moyens utilisés. Les ambulances sont utilisées pour plus de 65 % des patients âgés. La garde ambulancière commençant à 20 heures, tout transport de garde se fait uniquement en ambulance même si le patient pourrait n'avoir besoin que d'un Transport Assis Professionnalisé (TAP). Cela est dû à un accord passé entre les entreprises de transports sanitaires et la Sécurité Sociale même si le coût d'un transport par ambulance est considérable.

Le tableau 12, « Circuit de prise en charge », montre que 86 % des patients de 75 ans et plus sont pris en charge dans le circuit hospitalisation. C'est un circuit long utilisé quand l'état du patient nécessite une prise en charge plus longue avec plusieurs examens complémentaires, des avis spécialisés, une surveillance plus rapprochée.

Le circuit ambulatoire est utilisé quand l'état de santé du patient nécessite une consultation avec un examen complémentaire (prise en charge d'une entorse par exemple).

Le circuit « déchoquage » est utilisé lors de pathologies graves pouvant décompenser rapidement.

La personne âgée est plus facilement orientée dans un circuit long bien que son passage devrait être le plus court possible.

Notre étude retrouve une durée moyenne de passage au Service des Urgences du CHU de Limoges de 372 minutes soit 6 heures et 12 minutes. Il aurait été intéressant de pouvoir évaluer la durée d'un passage lors d'une prise en charge en circuit ambulatoire et celle lors d'un passage en circuit hospitalisation. Notre enquête n'a pas étudié ces différents paramètres.

La durée de passage aux Urgences par tranche d'âge : plus l'âge du patient augmente et plus la durée du passage augmente. Nous pourrions penser que plus l'âge du patient est élevé, moins le médecin va pratiquer d'exams complémentaires. La durée de passage devrait donc être moins longue. Il n'en est rien. Il s'agit donc sûrement d'un problème de place dans les services. Cela objective peut-être le manque de lits disponibles à l'hôpital pour les plus âgés actuellement.

Plus l'âge d'un patient avance et plus les problèmes à régler sont nombreux. Malgré les structures gériatriques déjà mises en place (Longs séjours, Etablissements d'Hébergement pour Personnes Adultes Dépendantes, Soins de suite et rééducation gériatrique, Court séjour de gériatrie, Hôpital de jour gériatrique, Consultation mémoire, Equipe Mobile de Gériatrie, Structures de soins à domicile, Associations d'aide à domicile), il apparaît que plus l'âge des patients augmente, plus leurs besoins s'éloignent d'une prise en charge médicale urgente réelle et se rapprochent plutôt d'une prise en charge technico-sociale plus longue à réaliser.

Unité Mobile Gériatrique aux Urgences : 13 % des patients de notre étude sont vus au Service des Urgences par l'UMG. Cette équipe travaille de 8 h à 18 h du lundi au vendredi. Dans notre étude, on compte 220 patients adressés un samedi, dimanche ou jour férié. On compte aussi 242 patients adressés pendant les horaires de la garde. Même s'il y a des patients communs dans les deux groupes (patient adressé un samedi à 23 heures par exemple), on peut voire l'intérêt d'une régulation qui fonctionnerait 24h/24. On rappelle que l'UMG voit aussi les patients gériatriques quand ils sont dans les services de spécialité.

Si on se rapporte au tableau 16 concernant les patients vus par l'UMG par tranche d'âge : on observe que plus l'âge des patients augmente et plus ces patients sont vus aux Urgences par l'UMG. Cela semble normal car ce sont bien les patients les plus âgés qui requièrent, en priorité, une prise en charge gériatrique spécialisée.

Devenir des patients : près de 70 % des patients de 75 ans et plus adressés au Service des Urgences sont hospitalisés. On pourrait se demander quelle est la proportion d'hospitalisation justifiée. Notre travail ne porte que sur la pertinence des admissions et non sur la pertinence des hospitalisations. Plus de 25 % des admissions se concluent par un retour à domicile. Quelle est la part des admissions justifiées ?

Le tableau, 18, « hospitalisation des patients par tranche d'âge » montre qu'il n'y a pas plus d'hospitalisation quand l'âge des patients augmente. Les médecins hésitent certainement à hospitaliser ces patients très âgés. Nos résultats seraient à vérifier avec une population plus importante de patients de plus de 90 ans.

3 Adressage

L'objectif de l'adressage des patients de 75 ans et plus au Service des Urgences est la question principale dans ce travail. Selon le tableau 19 : les demandes les plus importantes sont une prise en charge thérapeutique, puis une demande d'examens complémentaires, puis une prise en charge thérapeutique. Le maintien à domicile difficile, entité au combien redoutée par le manque de place dans les services hospitaliers, n'arrive qu'à la quatrième position avec moins de 10 % des cas. Les demandes du patient ou de la famille sont la cause de 1,2 % des admissions. Il se peut que le médecin arrive assez bien à gérer la pression exercée par l'entourage. D'après l'expérience des médecins généraliste, il est à noter, qu'en pratique quotidienne, il est beaucoup plus fréquent de convaincre un patient d'une hospitalisation que de le freiner dans des demandes d'une admission hospitalière.

Contact d'un service hospitalier avant l'adressage aux Urgences : seulement 2,6 % des adressages ont été précédés d'un appel dans un autre service. Les médecins contactés affirment que lorsqu'ils appellent directement un service spécialisé, ils sont automatiquement renvoyés vers le Service des Urgences. C'est pour cela qu'une partie des médecins interrogés avouent adresser plus facilement leurs patients vers des structures privées où l'hospitalisation directe dans un service spécialisé y est plus facile.

Toutefois au CHU de Limoges, certains services accueillent directement les patients sans passer par les Urgences. Il en est ainsi du service de Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (CTCV) pour la réalisation des dopplers veineux ou/et artériels.

4 Patients et habitus

Antécédents médico-chirurgicaux des patients : selon notre étude, le nombre moyen d'antécédents médico-chirurgicaux est de 5. Cette valeur ne reflète, sans doute, pas la réalité sachant que 65 % des patients de plus de 65 ans sont suivis pour 3 pathologies en moyenne et que 75 % des patients de 75 ans et plus sont suivis pour 4 pathologies en moyenne. On ne compte pas les pathologies plus anciennes. Lors de la prise en charge d'un problème aigu, nous nous intéressons surtout aux antécédents qui ont un rapport avec la pathologie à traiter. L'appendicectomie réalisée à l'âge de 8 ans pour une fracture du poignet à 80 ans n'est que secondaire. Les patients oublient aussi certains antécédents. On comprend donc l'intérêt de tenir un dossier médical complet au cabinet et d'interroger si possible le médecin traitant quant aux traitements suivis et antécédents notables.

Cette valeur de 5 antécédents en moyenne est sans doute la cause d'un biais d'information dans notre travail.

Traitements en cours : les patients étudiés utilisent en moyenne 7 molécules différentes. Cette valeur confirme que 75 % des patients de plus de 75 ans sont traités pour 4 pathologies en moyenne. Notre étude n'est pas centrée sur les conclusions des admissions. Il aurait été intéressant de connaître la part des admissions due à la iatrogénie des traitements pris par ces patients.

Les traitements les plus utilisés sont les traitements à visée cardio-vasculaire, puis les psychotropes, puis les traitements à visée endocrinienne et les traitements antalgiques. Ces résultats ne sont pas surprenants. Plus l'âge des patients avance et plus les maladies cardiovasculaires touchent davantage de population d'où les traitements cardio-vasculaires. Les personnes âgées développent des pathologies endocriniennes type diabète non insulino dépendant, d'où les traitements endocriniens. L'âge aidant, les patients ressentent des douleurs rhumatismales d'origine arthrosique principalement, d'où les traitements antalgiques.

L'importance des traitements à visée psychotrope est néanmoins surprenante. Plus de 65 % des patients concernés utilisent en moyenne 2 traitements psychotropes. Même si les personnes âgées sont attachées à leurs « somnifères » ou autres tranquillisants, la diminution du sommeil est physiologique en vieillissant. L'importance de la iatrogénie de ces molécules doit interpeler le médecin afin d'essayer de les prescrire le moins possible. Est-ce que cette population âgée arrivant aux Urgences prend plus de psychotropes que la moyenne des personnes du même âge ? Nous n'avons pas trouvé de réponse à cette question.

Entourage immédiat : les patients de 75 ans et plus, adressés au Service des Urgences vivent pour plus de 51 % d'entre eux en couple ou en famille. Un peu moins de 31 % d'entre eux vivent seuls. 18 % d'entre eux vivent en institution. Ne disposant pas des statistiques concernant la population générale, nous n'avons pas pu comparer ces données avec nos résultats afin de savoir si les personnes âgées adressées aux Urgences vivent plus souvent seules ou pas.

Lorsqu'ils vivent en institution, ces patients viennent le plus souvent d'Etablissements d'Hébergement pour Personnes Adultes Dépendantes (EHPAD). 88% d'entre eux vivent en EHPAD. On trouve 5 % des patients institutionnalisés vivant en Service de Long Séjour Gériatrique, 4 % qui vivent en foyer de vie et 2 % en Hospitalisation à Domicile (HAD).

Les patients vivants en EHPAD sont des patients dépendants. Ces structures se disent médicalisées. Pourtant, les patients dépendent de leur médecin traitant, bénéficient de l'intervention d'infirmières, d'aides soignantes la journée. La nuit, il n'y a ni médecin, ni infirmière au sein des établissements. Si des soins doivent être prodigués, le recourt est souvent une admission aux Urgences.

Aides à la personne : 86 % des patients de notre étude bénéficient d'aidants dans leur entourage et 57 % d'aidants professionnels. Dans notre travail, 24 patients, soit 2,4 % des patients de 75 ans et plus ne bénéficient d'aucune aide (entourage ou professionnel). L'épisode de canicule en 2003 avait fait plus de décès de personnes âgées dans les villes que dans les campagnes avec pour cause un isolement plus important. On peut dire que les personnes âgées sont bien entourées en Limousin.

Parmi les aides professionnelles, l'infirmière tient un grand rôle avec 20 % des patients de 75 ans et plus qui ont recouru à une aide professionnelle. On peut se demander quelle est le rôle de cette infirmière (injections ? pansements ? soins d'hygiène ?...).

Les aides ménagères sont utilisées par 17 % des patients étudiés. Elles font du ménage, aident pour faire les courses et sont une présence pour la personne âgée.

Le recours aux masseurs kinésithérapeutes est plus rare (1,4 %). Pourtant ces patients âgés devraient pouvoir bénéficier de rééducation afin de limiter leur perte d'autonomie. Deux questions se posent :

- Est-il facile actuellement de faire intervenir un masseur kinésithérapeute à domicile pour une personne âgée dépendante ?
- Les patients adressés au Service des Urgences sont-ils représentatifs de la population générale ? Peut être sont-ils plus fragiles, moins autonomes n'ayant pas ou moins de kinésithérapie ?

Les auxiliaires de vie ne représentent que 0,5 % des aidants mais leur mission est souvent réalisée par les aides ménagères.

Il semblerait que plus les personnes bénéficient d'aides professionnelles, moins elles soient hospitalisées. Ces aides doivent, néanmoins, être disponibles et leur coût doit rester abordable.

5 Médecin adresseur et Gériatrie

Nous avons demandé aux médecins adresseurs s'ils avaient suivi une formation complémentaire en Gériatrie. 85 % d'entre eux répondent par la négative. Lorsqu'ils ont suivi un enseignement complémentaire, ils disent avoir suivi un enseignement capacitaire pour plus de 97 % et un Diplôme Universitaire pour 3 %. Le Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire (DESC) est encore trop récent (0,0 %). Est-ce que les médecins ayant suivi une formation spécifique en gériatrie hospitalisent moins leurs patients ? Ce travail ne permet pas de répondre à cette question.

Nous nous sommes également intéressés à la perception que les médecins ont sur cette population des 75 ans et plus. Pour cela, nous avons demandé aux médecins d'estimer la part de gériatrie dans leur activité. La majorité des médecins (42 %) l'estime entre 20 à 29 %. Nous avons même plus de 10 % des médecins interrogés qui estiment cette proportion supérieure à 40 %.

Selon les Relevés Individuels d'Activité et de Prescriptions (RIAP) concernant la Haute-Vienne pour l'année 2008, la proportion des patients de 70 ans et plus est de 17,94 %.

Pourquoi les médecins interrogés surestiment-ils la proportion des patients âgés ? Est-ce une spécificité de leur activité ? Ou bien cette population des 75 ans et plus nécessite-t-elle plus d'attention de la part des médecins généralistes qui ont davantage de problèmes à gérer dans leur prise en charge ?

Les médecins connaissent-ils le réseau gériatrique et le principe de régulation de l'EMG ? Seulement un peu plus de 30 % d'entre eux déclarent connaître la régulation réalisée par l'EMG. Ce chiffre est biaisé car il nous est arrivé d'avoir à contacter plusieurs fois le même médecin qui avait donc déjà entendu parler de la régulation lors de notre premier appel. Ce résultat montre tout le travail de communication qu'il reste à faire concernant la filière et le réseau gériatrique en Haute-Vienne.

6 Pertinence des admissions

Ce travail a entre autre pour objectif d'évaluer la pertinence des admissions des personnes âgées de 75 ans et plus au service des Urgences du CHU de Limoges. Pour cela, l'outil utilisé est la grille AEPf. Une petite modification dans la dénomination des conclusions de cette grille a été effectuée afin d'être plus clair. Dans ce travail :

- une admission justifiée est une admission dite pertinente dans la grille AEPf.
- une admission pertinente est une admission dite pertinente dans la grille AEPf après avis d'expert. Nous avons pris le rôle d'expert selon les données retrouvées dans le dossier médical.
- une admission injustifiée est une admission dite non pertinente dans la grille AEPf.

Le tableau 33 relatif à la pertinence des admissions montre :

- 58 % des admissions sont justifiées,
- 6 % des admissions sont injustifiées et sont pour la plupart des admissions libres, sans contact médical préalable,
- 36 % des admissions sont jugées pertinentes. Ces dernières reflètent des admissions qui ne relèveraient pas à priori de l'hôpital de soins aigus si d'autres structures d'accueil existaient.

L'addition des admissions pertinentes et injustifiées donne un résultat de 413 personnes soit 41 % des admissions qui auraient pu être prises en charge autrement. Cela correspond quand même à 9 personnes par jour en moyenne !

Quelle est la pertinence des admissions par tranche d'âge ? Plus l'âge des patients augmente, moins les admissions sont justifiées. Les patients âgés ont plus des besoins technico-sociaux que purement médicaux.

Les admissions des patients âgés de 75 ans et plus, adressés par un médecin connaissant le réseau gériatrique en Haute-Vienne sont-elles plus pertinentes que les autres ? Dans nos résultats, il ne semble pas y avoir de rapport entre une bonne connaissance du réseau gériatrique et la pertinence des admissions au Service des Urgences du CHU de Limoges. Néanmoins la question pourrait se reposer sur une population plus importante. Une structure bien connue est-elle plus utilisée ? Il serait intéressant de faire une étude pour connaître le profil des médecins utilisant le réseau gériatrique à Limoges.

PROPOSITIONS

Dans l'agglomération limougeaude, le réseau et la filière gériatrique ont le mérite d'exister et fonctionnent quand on les utilise.

Ce travail met en évidence le manque d'information des médecins de ville : un peu moins d'un tiers des médecins interrogés connaissent la régulation effectuée par l'Equipe Mobile de Gériatrie. Pour que ces structures soient mieux connues par les médecins libéraux, pourquoi ne pas faire, comme avec un patient tabagique, un conseil minimal lorsqu'un médecin adresse un patient de 75 ans et plus aux Urgences. On pourrait à chaque contact téléphonique d'un médecin adresseur :

- lui rappeler l'existence de la régulation par l'Equipe Mobile de Gériatrie,
- lui donner leurs coordonnées téléphoniques.

On pourrait aussi faire apparaître sur le compte rendu de passage dans le service des Urgences, envoyé au médecin adresseur, les coordonnées de la régulation de l'Equipe Mobile de Gériatrie.

C'est aussi au CHU de Limoges, via son service de communication, de faire la publicité des services qu'il offre auprès des médecins travaillant en médecine ambulatoire.

L'Equipe Mobile fonctionne du Lundi au Vendredi de 8h à 18 h. C'est peut-être pour cela que dans ce travail seulement un peu moins de 13 % des patients de 75 ans et plus ont été vu aux Urgences par l'Equipe Mobile de Gériatrie.

Le Dr KHLIFA en juin 2007, pour son mémoire de Master M2 Pro « Soins, Santé et Société » [15], proposait l'idée suivante : pour être efficace dans la prise en charge de la personne âgée, il est primordial, entre professionnels, de parler le même langage basé sur un seul et même objectif qui est le MAINTIEN à DOMICILE.

Ce maintien repose sur trois principes simples :

- L'hôpital doit répondre uniquement à un besoin de prise en charge médicale aiguë indisponible sur les lieux habituels d'hébergement.
- Il est nécessaire de séparer le secteur HEBERGEMENT du secteur HOSPITALIER.
- La mise en place d'une coordination et d'une aide à la décision opérationnelle 24h/24 : Le Centre de Régulation Gériatrique ou SAMU GERIATRIQUE [Annexe 8].

Les structures dédiées aux personnes âgées existent en Limousin mais elles ne sont peut-être pas suffisantes. Il manque encore des lieux où adresser un patient âgé qui aurait besoin d'une surveillance temporaire plus importante. Ainsi, en pratique de nos jours, un médecin devant s'occuper d'un patient de 95 ans fébrile à 39,5 °C, vivant seul, atteint d'une grippe non compliquée lui provoquant des troubles de la vigilance et de la conscience, n'a d'autre choix que de l'adresser au Service des Urgences.

Pourquoi ne pas imaginer une sorte d'internat avec une surveillance de nuit ou de réserver des lits en EHPAD afin qu'une simple gastro-entérite ne tourne pas en drame psychologique et social...

CONCLUSION

Ce travail cherche à identifier les raisons pouvant pousser les médecins à adresser des patients de 75 ans et plus au service des Urgences du CHU de Limoges, et à savoir si tout a été mis en place au domicile du patient avant la demande de prise en charge hospitalière.

Les médecins traitants n'hospitalisent ni plus ni moins leurs patients aux Urgences que leurs confrères de garde. Les médecins hospitalisent les patients âgés pour surtout avoir un soutien thérapeutique, technique et diagnostique. Le célèbre et redouté « placement » ou maintien à domicile difficile représente moins de 10 % des patients de cette étude. Les plus de 90 ans ne sont proportionnellement pas plus hospitalisés que les 75 à 89 ans. Le patient moyen dans ce travail a 83 ans et est plus souvent de sexe masculin.

Les admissions les plus nombreuses sont les jeudis et vendredis et plutôt la journée. 92% des admissions organisées par les médecins généralistes sont accompagnées d'un courrier de liaison. Dans 2,6 % des cas, un appel préalable dans un autre service hospitalier a été tenté.

Le temps de passage aux urgences augmente avec l'âge du patient. La personne âgée est plus souvent orientée vers un « circuit long ». Du fait de contraintes horaires, seulement 13% des patients de cette étude sont vus au Service des Urgences par l'Unité Mobile Gériatrique.

Les patients âgés arrivant au Service des Urgences du CHU de Limoges sont assez bien entourés que ce soit par des voisins, de la famille ou des aides professionnalisées. Mais il semblerait que les personnes bénéficiant le plus d'aides professionnelles soient moins hospitalisées.

Concernant les admissions de ces patients, elles sont justifiées dans 58 % des cas, pertinentes dans 36 % des cas et injustifiées dans seulement 6 % des cas. Toutefois 42 % des admissions pourraient être évitées s'il n'y avait pas une carence de structures intermédiaires et si le parcours de soin était respecté. Cela représente quand même en moyenne 9 personnes par jour qui auraient pu être prises en charge dans des structures autres que l'hôpital de soins aigu. Avec un coût moyen du passage aux Urgences à 262,86 €, la note annuelle reste très élevée sans compter l'encombrement du Service des Urgences, les délais d'attente, l'occupation inappropriée des lits d'hospitalisation et la prolongation de la durée des séjours hospitaliers.

Il est important de faire circuler, auprès des médecins, les informations sur le réseau gériatrique disponible à Limoges afin qu'ils puissent l'utiliser. Il est nécessaire de simplifier la prise en charge de la personne âgée en parlant le même langage et en pensant un seul objectif : le MAINTIEN à DOMICILE.

Il faudrait séparer la prise en charge hospitalière pour des soins aigus, indisponibles autrement, de la prise en charge hôtelière possible à domicile ou sur les lieux de vie de la personne âgée. De nouvelles structures indispensables sont à inventer et à créer afin d'améliorer la prise en charge de nos aînés.

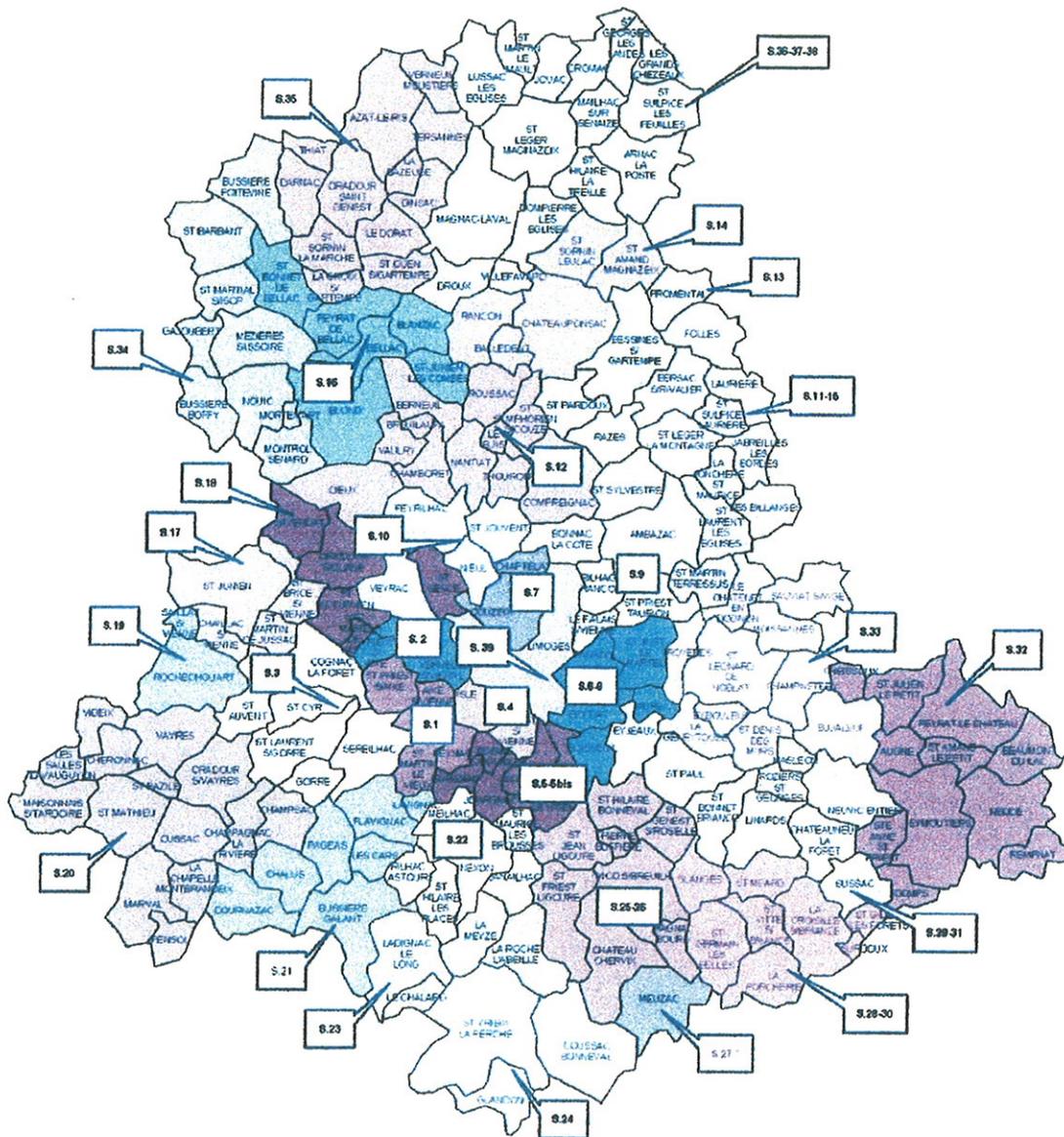
Il faudrait améliorer la régulation gériatrique pour piloter le processus de prise en charge globale de la personne âgée de la manière la plus urgente possible, la plus efficiente possible et la plus économique tout en veillant sur la santé et le bien être de la personne âgée.

Un travail complémentaire à celui-ci incluant toutes les Structures d'Urgences du Limousin, privées et hospitalières permettrait de préciser et d'affiner encore les résultats obtenus afin d'en tirer des conclusions à l'échelle d'un territoire : le Limousin.

ANNEXES

Annexe 1 : Secteurs d'astreintes médicales en Haute-Vienne

SECTEURS D'ASTREINTES MEDICALES EN HAUTE-VIENNE



* ASTREINTES ASSURÉES ALTERNATIVEMENT PAR LE SECTEUR 25-26 ET LE SECTEUR 28-30

GEOFLA
IGN-PARIS

DDASS - Pôle Santé
Décembre 2007

Annexe 2 : Grille AEPf des admissions d'après DAVIDO

I. Grilles AEPf des admissions d'après Davido, 1991 (12)

Etablissement : _____	Grille n° : _____
Service : _____	Dossier n° : _____
Date de l'évaluation : // // // // // // // //	
Nom et fonction de l'évaluateur : _____	

A - Critères de sévérité clinique		
1	Coma, inconscience ou désorientation d'installation récente	<input type="checkbox"/>
2	Pouls < 50/min ou > 140/min	<input type="checkbox"/>
3	Pression artérielle systolique (mmHg) < 90 ou > 200, diastolique < 60 ou > 120	<input type="checkbox"/>
4	Cécité ou surdité brutale.	<input type="checkbox"/>
5	Perte brutale de la motricité d'une partie du corps	<input type="checkbox"/>
6	Fièvre persistante > 38,5° sous le bras ou 39° rectale depuis plus de 5 jours	<input type="checkbox"/>
7	Syndrome hémorragique	<input type="checkbox"/>
8	Troubles électrolytiques ou des gaz du sang graves : Na < 123 ou > 156 mEq/l, K < 2,5 ou > 6,0 mEq/l, HCO ₃ < 20 ou > 36 mEq/l (sans qu'existe de cause de chronicité), pH < 7,30 ou > 7,45	<input type="checkbox"/>
9	Atteinte de fonctions essentielles de façon brutale (impossibilité de bouger, de manger, de respirer et d'uriner) à l'exception d'une manifestation chronique sans fait nouveau.	<input type="checkbox"/>
10	Ischémie aiguë à l'ECG	<input type="checkbox"/>

B - Critères liés aux soins délivrés		
1	Traitement intraveineux continu ou remplissage (n'inclut pas le traitement entéral)	<input type="checkbox"/>
2	Chirurgie ou autres actes médicaux prévus dans les 24 heures nécessitant soit une anesthésie générale ou régionale, soit l'utilisation de matériel, de services uniquement disponibles dans un hôpital	<input type="checkbox"/>
3	Surveillance de signes vitaux (pouls, TA, fréquence respiratoire, scope, surveillance neurologique) au moins une fois toutes les 4 heures	<input type="checkbox"/>
4	Prescription d'un traitement nécessitant une surveillance continue ou faisant craindre une réaction allergique ou hémorragique	<input type="checkbox"/>
5	Traitement dans une unité de soins intensifs	<input type="checkbox"/>
6	Utilisation de façon intermittente ou continue d'une assistance respiratoire au moins une fois toutes les 8 heures	<input type="checkbox"/>

Admission pertinente = 1	
Admission non pertinente = 2	

Si l'admission ne correspond à aucun des critères de l'AEPf

A - Le patient nécessite absolument d'être admis ce jour	
Malgré l'absence de critères explicites de l'AEPf, l'expert juge que le patient peut avoir rapidement recours au plateau technique (procédure, surveillance, possibilité d'intervenir 24 h/24, ...). La décision est alors techniquement pertinente (avis d'expert). Il s'agit de situations médicales ne nécessitant pas d'intervention immédiate mais devant lesquelles le médecin ne peut prévoir l'évolution à très court terme.	
OUI = 1	
NON = 2	

→ Si oui, indiquez en clair pour quelle(s) raison(s) et ne remplissez pas la suite du questionnaire.

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

B - Quels sont les principaux soins ou services dont le patient a besoin dans l'immédiat ? (plusieurs réponses possibles)		
1	Avis diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision	<input type="checkbox"/>
2	Procédure diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision	<input type="checkbox"/>
3	Surveillance thérapeutique ou clinique rapprochée pendant quelques heures	<input type="checkbox"/>
4	Éducation sanitaire	<input type="checkbox"/>
5	Soutien psychologique	<input type="checkbox"/>
6	Aide sociale	<input type="checkbox"/>
7	Aucun soin ni aucun service	<input type="checkbox"/>

C - Parmi les principaux soins ou services dont le patient a besoin dans l'immédiat, quel est celui qui est responsable de son admission ? (le patient est admis car il a besoin de ce soin ou service spécifique)	
(une seule réponse – voir codage de la question B)	

D - Quel lieu d'hébergement serait le mieux adapté pour prendre en charge le patient aujourd'hui (jour de l'admission) compte tenu de son état de santé, de sa situation socio-économiques et familiale ? (une seule réponse possible)	
<p>1. Le domicile :</p> <p>1.1 sans aide</p> <p>1.2 avec aide non médicale (ménagère...)</p> <p>1.3 avec aide médicale ou paramédicale (soins infirmiers « légers » et/ou une surveillance médicale non spécialisée occasionnelle pendant la journée)</p> <p>1.4 avec aide médicale ou paramédicale soutenue (soins infirmiers « lourds » et/ou une surveillance médicale régulière, nuit et WE compris)</p> <p>2. Une structure d'hébergement :</p> <p>2.1 non médicalisée de proximité (ex. hôtel proche de l'hôpital)</p> <p>2.2 non médicalisée pouvant être éloignée de l'hôpital</p> <p>2.3 avec soins médicaux et/ou paramédicaux (aide à la vie quotidienne, soins infirmiers, kinésithérapie)</p> <p>2.4 médicalisée</p> <p>3. L'hôpital (établissement de court séjour)</p>	
Réponse	///

E - Quelle est la raison principale expliquant l'admission ? (une seule réponse possible)

→ *L'hôpital n'est pas le lieu le mieux adapté (vous n'avez pas répondu 3 à la question D)*

1. Organisation des soins

- 1.1 Attente d'un avis diagnostique ou thérapeutique au sein de cette structure
- 1.2 Attente d'un avis d'expert (ressource externe aux urgences)
- 1.3 Attente d'une procédure diagnostique ou thérapeutique au sein de cette structure
- 1.4 Attente d'une procédure diagnostique ou thérapeutique dans une autre structure
- 1.5 Manque de personnel aux urgences pour une surveillance rapprochée d'un patient pendant plusieurs heures

2. Service de relais

- 2.1 Indisponible (places ou rendez-vous non disponibles)
- 2.2 Inaccessible (isolement géographique, situation socio-économique du patient)
- 2.3 Inexistant ou inconnu

3. Décision médicale

- 3.1 Attente d'avis d'expert (senior indisponible)
- 3.2 Demande expresse du médecin de ville
- 3.3 Attente d'un avis collégial (concertation avec les services cliniques et médico-techniques)

4. Raisons liées au patient ou à sa famille

- 4.1 Risque de non-observance des prescriptions (traitement, examens...)
- 4.2 Décision du patient et/ou sa famille
- 4.3 Retour à domicile transitoirement impossible (heure tardive, week-end) compte tenu du contexte social ou de l'âge.

Réponse

Annexe 3 : Guides d'utilisation de l'AEPf des admissions

II. Guides d'utilisation de l'AEPf des admissions

II.1. Guide d'utilisation des critères de pertinence des admissions

Avertissement : le guide d'utilisation permet de répondre le mieux possible aux items de la grille AEPf. En dehors de cette situation, et en particulier lorsqu'un médecin hésite à hospitaliser un malade, ce guide ne peut pas être utilisé pour décider une admission ou une non-admission.

A- Critères de sévérité clinique

Cette partie contient une liste de 10 situations qui justifient que le patient se trouve dans un hôpital de soins aigus, indépendamment du diagnostic principal.

1. Coma, inconscience ou désorientation d'installation récente

Le patient n'ayant pas fait l'objet d'exploration, d'examens ou de diagnostic et devant faire l'objet de décisions médicales de prise en charge diagnostique et thérapeutique.

La notion d'« installation récente » reste à l'appréciation du médecin prescripteur qui remplit la grille. Néanmoins, une désorientation chronique, connue et déjà explorée, ne rentre pas dans ce cadre ; elle ne justifie pas la pertinence d'une admission.

2. Pouls < 50/min ou > 140/min

La bradycardie et la tachycardie doivent être interprétées en fonction du contexte clinique et évolutif. Ainsi le fait de retrouver chez un sportif une bradycardie connue (< 50/min) est un élément insuffisant à lui seul pour déclarer le caractère pertinent de l'admission. De même, après la réduction d'une tachycardie de Bouveret (> 140/min), une hospitalisation « automatique » n'est pas forcément pertinente.

3. Pression artérielle systolique (mmHg) \geq 180 mmHg, diastolique \geq 110 mmHg

Lorsque l'on retrouve des valeurs élevées de pression artérielle, on peut se reporter aux recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (62).

4. Cécité ou surdité brutale

Pas de commentaire.

5. Perte brutale de la motricité d'une partie du corps

Pas de commentaire.

6. Fièvre persistante > 38,5° sous le bras ou 39° rectale depuis plus de 5 jours
Pas de commentaire.

7. Syndrome hémorragique

Est exclue l'hémorragie facilement contrôlable. Ainsi en « petite traumatologie », le saignement lors d'une plaie du cuir chevelu qui sera suturée ne rentre pas dans le cadre du syndrome hémorragique. Il en sera de même pour un épistaxis mineur facilement contrôlable. À l'inverse, une hémorragie potentielle, étayée par un contexte bien particulier, peut rendre pertinente l'admission : ainsi une thrombopénie importante (plaquettes < 50 000/mm³) peut justifier des « soins » (voir critères liés aux soins ci-dessous).

8. Troubles électrolytiques ou des gaz du sang graves : Na < 123 ou > 156 mEq/l, K < 2,5 ou > 6,0 mEq/l, HCO₃ < 20 ou > 36 mEq/l (sans qu'existe de cause de chronicité), pH < 7,30 ou > 7,45

Il faut bien noter qu'il ne doit pas y avoir de cause de chronicité.

9. Atteinte de fonctions essentielles de façon brutale (impossibilité de bouger, de manger, de respirer et d'uriner) à l'exception d'une manifestation chronique sans fait nouveau

Pas de commentaire.

10. Ischémie aiguë à l'ECG

En pratique, il s'agit d'un ECG faisant évoquer une pathologie coronarienne aiguë. Nous rappellerons qu'une anomalie de l'ECG doit être interprétée en fonction du contexte clinique. C'est seulement dans ces conditions qu'elle peut s'intégrer ou non dans le cadre d'un syndrome coronarien aigu.

B- Critères liés aux soins délivrés

Cette partie contient une liste de soins infirmiers et de réanimation qui justifient que le patient se trouve dans un hôpital de soins aigus, indépendamment du diagnostic principal.

1. Traitement intraveineux continu ou remplissage (n'inclut pas le traitement entéral)

Ce critère inclut l'administration de substances intraveineuses données de manière continue ou de produits de remplissage. Certains produits (des antibiotiques par exemple) peuvent être passés de façon discontinue mais, dans ce cas, on doit pouvoir justifier la voie veineuse et la présence du cathéter de perfusion. D'une façon générale, tout cathéter posé à titre systématique, sans réel fondement, ne peut justifier la pertinence de l'admission.

2. Chirurgie ou autres actes médicaux prévus dans les 24 heures nécessitant soit une anesthésie générale ou régionale, soit l'utilisation de matériel, de services uniquement disponibles dans un hôpital

Ce critère exige que des notes médicales indiquent que de tels actes sont prévus ou à prévoir dans les 24 heures.

3. Surveillance de signes vitaux (pouls, TA, fréquence respiratoire, scope, surveillance neurologique) au moins une fois toutes les 4 heures

Ce critère doit être intégralement retrouvé dans des notes médicales. La surveillance devra être faite par du personnel paramédical et/ou médical. Les résultats de ces observations doivent inclure plus que le simple relevé de constantes et notamment une description de l'état clinique (par exemple neurologique) doit figurer.

4. Prescription d'un traitement nécessitant une surveillance continue ou faisant craindre une réaction allergique ou hémorragique

Ce critère inclut toute situation dans laquelle la thérapeutique prescrite est clairement connue pour justifier une surveillance continue. Un traitement, en dehors de l'expérimentation, lorsqu'il est utilisé pour une situation nouvelle ou à des doses ou voies d'administration inhabituelles, rentre tout à fait dans le cadre de cette surveillance. Il en est de même lorsque l'on sait qu'il y a un risque allergique ou hémorragique avec le produit utilisé dans les conditions habituelles et bien entendu a fortiori dans des conditions inhabituelles.

5. Traitement dans une unité de soins intensifs

Il s'agit au minimum d'unité de soins intensifs et bien entendu l'orientation dans tout secteur de réanimation proprement dite satisfait ce critère.

6. Utilisation de façon intermittente ou continue d'une assistance respiratoire au moins une fois toutes les 8 heures

L'usage intermittent d'un appareil à pression positive, d'un nébulisateur, d'oxygène nasal répondra au critère avec ou sans kinésithérapie respiratoire pourvu que l'utilisation de ces soins ait lieu, au moins 3 fois/jour. Un drainage bronchique, au moins une fois toutes les 8 heures, remplit aussi ces conditions. L'utilisation chronique intermittente d'un respirateur ou une oxygénothérapie chronique n'est pas suffisante.

II.2. Guide d'utilisation des questions lorsque le patient ne répond à aucun des critères de la grille AEPf des admissions

II.2.1. Question A

« Le malade nécessite absolument d'être admis ce jour. »

Malgré l'absence de critères explicites de l'AEP, l'expert juge que le patient doit avoir recours à l'hôpital en termes de plateau technique (procédure, surveillance, possibilité d'intervenir 24 h/24). C'est le cas d'une situation clinique instable, d'un risque important de complication grave ou d'évolution imprévisible où le médecin préfère admettre le patient pour le surveiller. L'admission est alors techniquement pertinente (avis d'expert).

Exemple :

L'état clinique du patient actuellement ne justifie pas en lui-même l'admission mais on ne

Anaes / Service évaluation des pratiques / Novembre 2004

Revue de pertinence des soins

64/91

peut exclure une évolution rapide pouvant nécessiter en urgence un recours au plateau technique hospitalier : il y a nécessité d'une présence médicale 24 h/24. L'admission est pertinente.

→ Si la réponse à la question A est « OUI » :

Il y a avis d'expert : l'expert juge que l'hôpital et son plateau technique sont absolument nécessaires au patient. Il explique pourquoi en quelques mots (description de la situation) et le questionnaire s'arrête là.

→ Si la réponse à la question A est « NON » :

L'admission est considérée comme non pertinente.

La questionnaire continue avec les questions B, C, D, E pour analyser les raisons de ces admissions non pertinentes.

Même si l'équipe craint une complication ou une évolution, (sans risque évolutif grave) pouvant conduire à une admission, celle-ci ne s'inscrit pas dans la « pertinence technique stricte » utilisée ici, et l'hôpital est alors considéré comme une alternative faute de mieux (réponse 5.3 à la question D).

II.2.2. Question B

« Quels sont les principaux soins ou services dont le patient a besoin dans l'immédiat ? » (plusieurs réponses possibles)

La question B décrit les principaux soins et services effectivement rendus au patient par l'établissement ayant nécessité son admission, en dehors des raisons retrouvées dans la grille de l'AEP. Cette question cherche à identifier les besoins du patient auxquels l'établissement répond de façon active lorsque l'admission est décidée, même si ces services pourraient éventuellement être rendus par d'autres structures.

1. Avis diagnostique ou thérapeutique : les avis diagnostiques ou thérapeutiques peuvent résulter d'une consultation, de la visite d'un spécialiste n'appartenant pas au service, de décisions collégiales.

2. Procédure diagnostique ou thérapeutique : les explorations diagnostiques concernent les examens de laboratoires, les examens radiologiques. Les procédures thérapeutiques concernent l'administration de tout traitement médicamenteux, soin infirmier (pansement, oxygène, stomie, insuline, aspiration des sécrétions) ou soin médical ou paramédical. Les traitements per os sont exclus sauf s'ils nécessitent une surveillance particulière (dans ce cas coder 3).

3. La surveillance thérapeutique ou clinique : le patient doit faire l'objet d'une surveillance thérapeutique ou clinique rapprochée de quelques heures difficilement réalisable en dehors d'une admission.

4. **Éducation sanitaire** : le patient nécessite une prise en charge éducative à différents niveaux : prévention (risque de contagion, par exemple), observance-ajustement-complications du traitement (diabète par exemple), complications évolutives de la pathologie.

5. **Soutien psychologique** : le patient nécessite un soutien psychologique lié à son comportement, à ses aptitudes intellectuelles ou à son état affectif.

6. **Aide sociale** : le patient nécessite une aide sociale compte tenu de ses conditions économiques, culturelles, familiales (isolement), ou de ses conditions de logement.

7. **Aucun soin ni aucun service rendu ce jour** : le patient ne reçoit aucun des services précédents mais peut être admis pour différentes raisons : attente de réalisation d'une procédure, attente de résultats, attente d'une décision, refus de sortir, attente d'une décision de la famille, ou encore recherche d'une possibilité d'hébergement ou d'une structure adaptée pour sa prise en charge.

II.2.3. Question C

« Parmi les principaux soins ou services dont le patient a besoin dans l'immédiat, quel est celui qui est responsable de son admission (le patient est admis car il a besoin de ce soin ou service spécifique) ? » *(une seule réponse)*

Il faut repérer le soin ou le service qui explique le plus l'admission du patient dans l'établissement : il s'agit ici de **dégager une priorité**. La liste est la même que celle de la question B. Si le patient est en attente, il faut répondre 7 ; autrement dit, le patient n'a pas besoin dans l'immédiat d'un soin ou d'un service, il attend seulement. Si les services ou soins nécessaires lors de l'admission n'expliquent pas par eux-mêmes celle-ci, il faut répondre 7 également.

II.2.4. Question D

« Quel lieu d'hébergement serait le mieux adapté pour le patient aujourd'hui (jour de l'admission), compte tenu de son état de santé, de sa situation socio-économique et familiale ? » *(une seule réponse)*

Cette question aborde le lieu d'hébergement qui serait envisageable, compte tenu du contexte et dans une situation idéale (disponibilité, existence des structures) mais réaliste (environnement familial et socio-économique); pour accueillir le patient aujourd'hui, « à la place » de l'établissement de santé.

1. Le domicile

1.1 - Sans aide : le patient pourrait être à son domicile sans aide.

1.2 - Avec aide non médicale : le patient pourrait être à son domicile s'il bénéficiait des services d'un garde-malade (cette aide peut éventuellement être assurée par son entourage).

Exemple :

Le patient ne peut rester seul à son domicile et la mise en place d'un garde-malade demande un peu de temps, la famille ne peut assurer la transition.

1.3 - Avec aide médicale ou paramédicale : le patient pourrait être à domicile s'il bénéficiait de soins infirmiers « légers » et/ou d'une surveillance médicale non spécialisée occasionnelle pendant la journée.

Exemple :

Le patient s'est présenté aux urgences un WE et la mise en œuvre de soins infirmiers ne peut se faire avant le lundi matin.

1.4 - Avec aide médicale ou paramédicale soutenue : le patient ne pourrait être à domicile que s'il pouvait bénéficier de soins infirmiers « lourds » et/ou d'une surveillance médicale régulière nuit et WE compris.

2. Structure d'hébergement

2.1 - Structure non médicalisée de proximité : cette structure prise en charge par l'assurance maladie permettrait de limiter les allers et venues entre un domicile éloigné et l'hôpital, pour un patient qui ne nécessite pas de surveillance médicale particulière mais qui reste ainsi « sur place ».

Exemple :

Patient en attente d'une hospitalisation pour un acte programmé qui pourrait être dans un hôtel à proximité de l'hôpital si celui-ci était pris en charge par l'assurance maladie.

2.2 - Structure non médicalisée pouvant être éloignée de l'hôpital : il peut s'agir d'une maison de retraite non médicalisée, d'un foyer, etc.

2.3 - Structure avec soins médicaux et/ou paramédicaux : sont classés dans cette catégorie les établissements qui proposent une aide à la vie quotidienne, des soins infirmiers, une kinésithérapie et/ou la visite d'un médecin régulièrement.

2.4 - Structure médicalisée : il peut s'agir d'une structure de soins de suite et de réadaptation (moyen séjour), d'une maison de retraite médicalisée, de long séjour. Un professionnel soignant doit être présent 24 h/24.

3. L'hôpital

Aucune structure ne serait susceptible de remplacer l'hospitalisation et il existe un risque de complication ou d'évolution pouvant conduire à un retour au service des urgences. Bien que ne faisant pas appel au plateau technique hospitalier, l'équipe hospitalière estime que la nuit passée à l'hôpital contribue en elle-même au diagnostic ou aux soins.

Exemple :

Ce peut être le cas dans certaines situations psychologiques ou dans le cas de l'éducation sanitaire s'il existe des arguments prouvant la supériorité du séjour hospitalier sur le soutien psychologique ou l'éducation en ambulatoire.

II.2.5. Question E

« Quelle est la raison principale expliquant l'admission ? » (une seule réponse)

→ *L'hôpital n'est pas le lieu le plus adapté au patient (réponse « domicile » ou « autre structure »).*

Dans ce cas il y a des raisons d'ordre institutionnel à la présence du patient à l'hôpital (difficultés d'organisation au sein de l'hôpital, problème de service extra-hospitalier) ou d'ordre décisionnel (décision médicale interne au service, décision du patient ou de sa famille).

1. Organisation des soins

Le patient attend un acte ou une procédure, non disponible plus tôt. Ce problème peut être lié à l'organisation de l'hôpital où se fait l'enquête ou à celle d'une autre structure (hôpital public, privé à but lucratif, privé à but non lucratif, centre diagnostique...) dans laquelle le patient doit être transféré pour être admis ou pour la réalisation d'un examen « extérieur » y compris ambulatoire.

Où le patient nécessite une surveillance pendant plusieurs heures que le personnel du service des urgences ne peut assurer faute de temps.

Exemple :

Le patient a besoin d'avoir un scanner et l'organisation du service de radiologie ne permet pas de faire des scanners après 19 h, le patient est hospitalisé dans l'attente de l'examen le lendemain matin.

2. Service de relais

Le patient a été admis pour un problème de service de suite, faute de structures d'hébergement, mais aussi de praticiens et de soins de ville, rapidement mobilisables.

2.1 - Indisponibilité : absence de places libres, disponibles immédiatement.

2.2 - Inaccessibilité : service inaccessible pour des facteurs dépendant du patient : isolement géographique, caractéristiques sociales, culturelles, économiques, familiales.

2.3 - Inexistence : structure d'accueil ou d'une fonction de soins correspondant aux besoins du patient inexistante selon les connaissances actuelles.

Exemples :

- *La maison de retraite ne fait pas d'admission pendant le week-end et il faut attendre lundi (services indisponibles).*
- *Le patient vit dans un village sans médecin traitant à proximité (service inaccessible).*
- *Le médecin généraliste a demandé l'hospitalisation pour un ajustement thérapeutique difficile (défaut de compétence en ville).*
- *Le patient est admis dans le service de long séjour mais il aura une place dans 3 jours (délai de disponibilité).*

3. Décision médicale

Le patient attend la prise de décision médicale (un consultant).

3.1 - L'attente d'une décision médicale ou d'un avis d'expert (senior indisponible) peut être liée à une mauvaise organisation du service ou de l'établissement.

3.2 - Le médecin de ville a demandé que le patient soit impérativement hospitalisé car la prise en charge au domicile est impossible à ce moment-là.

3.3 - Attente d'un avis collégial : le médecin attend qu'il y ait concertation avec les services cliniques et médico-techniques pour prendre une décision sur le traitement à mettre en œuvre. Le médecin attend un avis collectif contrairement à la question 3.1.

4. Raisons liées au patient ou à sa famille

4.1 - Le patient risque de ne pas suivre ou est incapable de suivre la prescription médicale.

Exemple :

On peut craindre que le patient ne respecte pas les consignes d'hygiène alors qu'il a une plaie infectée ou qu'il ne revienne pas pour une consultation prévue le lendemain.

4.2 - Décision du patient et/ou de sa famille.

Exemples :

- *Le patient refuse de partir.*
- *La famille ou l'entourage immédiat n'assure pas le relais avec les structures de soins.*

4.3 - Retour à domicile transitoirement impossible (heure tardive, week-end, jour férié) compte tenu du contexte social ou de l'âge, etc.

Exemple :

Personne âgée arrivée seule la nuit et ne pouvant rentrer seule chez elle alors que la famille ne peut venir la chercher.

Annexe 4 : Jours de recueil des patients de 75 ans et plus arrivés au service des Urgences du C.H.U. de LIMOGES – Année 2009

Janvier :	Mercredi 07, Mardi 13, Mercredi 14, Vendredi 23
Février :	Jeudi 12, Vendredi 20, Mardi 24, Vendredi 27
Mars :	Dimanche 08, Mercredi 11, Mercredi 25, Dimanche 37
Avril :	Dimanche 05, Vendredi 10, Dimanche 19, Jeudi 23
Mai :	Vendredi 01, Dimanche 10, Jeudi 21, Dimanche 24
Juin :	Dimanche 07, Jeudi 11, Mercredi 24, Lundi 29
Juillet :	Lundi 20, Mardi 21, Samedi 25, Vendredi 31
Août :	Vendredi 14, Dimanche 16, Jeudi 20, Vendredi 28
Septembre :	Jeudi 03, Lundi 14, Jeudi 17, Mardi 22
Octobre :	Dimanche 04, Jeudi 15, Mercredi 21, Vendredi 30
Novembre :	Samedi 07, Mercredi 18, Dimanche 22, Jeudi 26
Décembre :	Mercredi 02, Vendredi 04, Jeudi 10, Vendredi 18

Annexe 5 : Questionnaire

A compléter suivant dossier

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Age :

Sexe :

Code postal de résidence :
adapté géographiquement :

Etablissement

Médecin traitant :

Médecin adresseur (*si différent du médecin traitant*) : *Remplaçant, médecin de garde, SOS, SAMU/SMUR, centre 15, médecin hospitalier, libre, autre.*

Courrier de la personne à l'origine de l'adressage :

Motif d'adressage :

Heure d'arrivée :

Circuit : *ambulatoire, hospitalisation, déchocage*

Moyen de transport : *VP, TAP, Ambulance, VSAV, SMUR, Intra hospitalier.*

Temps passé au service des Urgences :

Vu par l'équipe mobile de gériatrie :

Devenir : *RAD, hospitalisation, décès, autre CH, retour service d'origine, HAD.*

A compléter suivant appel du médecin traitant

Objectif de l'envoi : *Examens complémentaires, prise en charge thérapeutique, prise en charge diagnostique, maintien à domicile impossible, demande du patient, demande de la famille, autres.*

Tentative préalable de contacter un service hospitalier hors Urgences :

Antécédents : *Nombre d'antécédents médico-chirurgicaux :*

Traitements habituels : *Cardio-vasculaires : Pulmonaires : Antibiotiques : Antalgiques :
Psychotropes : Endocriniens : Oncologiques : Compléments alimentaires :
Antalgiques : Autres :*

Mode de vie : *Seul – En couple, en famille -En institution (EHPAD, LS, foyer de vie, HAD).*

Famille/Aidants présents

Aides à domicile : *Aide ménagère, auxiliaire de vie, IDE, kiné, repas à domicile*

Divers : *Formation en gériatrie (DU, capacité, FMC)*

Part de gériatrie dans la patientèle

Connaissance de la régulation de l'équipe mobile de gériatrie

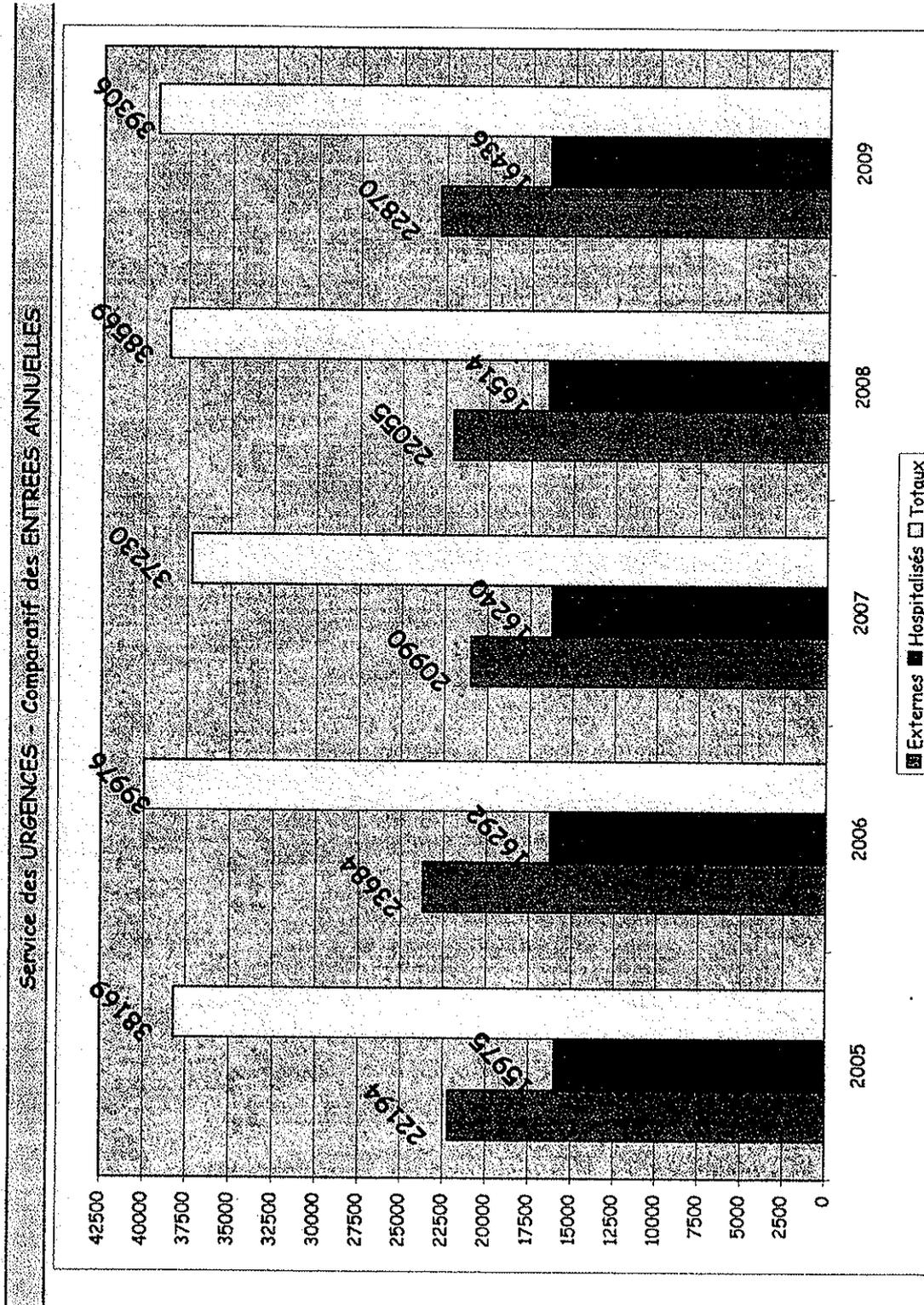
Conclusion : *Admission : Justifiée, pertinente, non justifiée (Selon grille AEPf).*

Annexe 6 : Sectorisation gériatrique de la Haute-Vienne



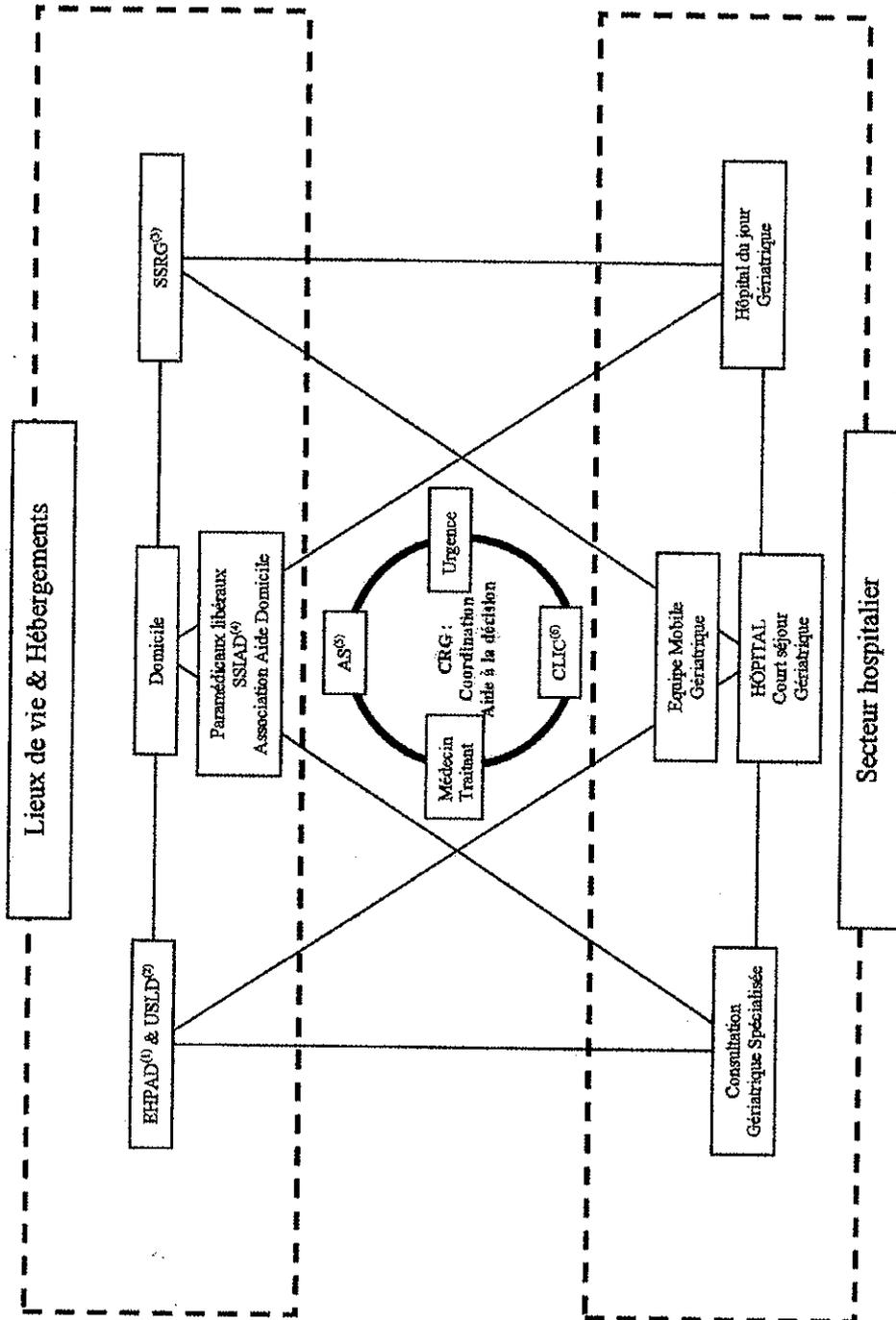
Annexe 7 : Les entrées annuelles 2005-2009

Service des Urgences CHU Limoges



Annexe 8 : Le SAMU Gériatrique

Le SAMU Gériatrique : Centre de Régulation Gériatrique (CRG)



© **Khaled KHLIFA** - *Master Pro - Soins et santé - Université de Caen - juin 2007*

BIBLIOGRAPHIE

- 1- BADKOUF S. Unité mobile gériatrique et unité de post-urgence gériatrique au CHU de Limoges – Fonctionnement et bilan d'activité pendant 6 mois. Thèse de doctorat en médecine. Limoges : Université de Limoges, 2006, 79 p.
- 2- ROBERT-BOBEE I. Projection de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 – la population continue de croître et le vieillissement se poursuit, INSEE Première, juillet 2006, 1089.
- 3- DESBORDES C., DUPLOUY B., GARCON N. et al. La population âgée en Limousin, les dossiers INSEE Limousin, Avril 2005, 4.
- 4- ATTAL-TOUBERT K., VANDERSCHULDEN M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : De nouvelles projections nationales et régionales, DREES Etudes et résultats, février 2009, 679.
- 5- Circulaire DHOS/02/DGS/SD 5D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques.
- 6- 10^{ème} Conférence de Consensus SFMU. 5 décembre 2003, Strasbourg, Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences.
- 7- Circulaire DHOS/01/2003/195 du 16 Avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.
- 8- COUTURIER P. Les unités mobiles gériatriques : situation actuelle et perspectives, La Revue de Gériatrie, 2004, 29, 703-712.
- 9- COUTURIER P., TRANCHANT L., GROMIER A. et al. Unité mobile de gériatrie : objectifs et modalités de fonctionnement, Le Concours Médical, 2004, 126, 35, 2068-2072.
- 10- Circulaire DHOS/02/03/UNCAM n° 2007-197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées ».
- 11-ARTHUS I., MONTALAN M.A., VINCENT B. Quels outils pour piloter la performance d'une équipe mobile de gériatrie, Journal d'Economie Médicale, 2009, Vol. 27, n° 1-2, 43-57.
- 12-Mission Régionale de Santé du Limousin. Expérimentation de rémunération de la permanence des soins, Avril 2009.

- 13-Haute autorité de la santé. Revue de pertinence des soins, Application aux admissions et aux journées d'hospitalisation, Novembre 2004. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Revue_permanence_soins_guide.pdf
- 14-BUCHON, BUISSON, DRUET-CABANAC, FAUCHER, MENARD, MOULIN, NICOT. Hospitalisation des personnes âgées de plus de 70 ans, La Revue du Praticien Médecine Générale, Mars 2000, 14, n°494, p 651-655.
- 15-KHLIFA K. Pertinence des admissions des personnes âgées aux Structures des Urgences du Centre Hospitalo-universitaire de Caen. Mémoire de Master M2 Pro « soins, santé et société ». Université de Caen et de Rouen, 2007, 35 p.

TABLE DES MATIERES

PLAN DE TRAVAIL	12
INTRODUCTION	14
GENERALITES	16
DEMOGRAPHIE	17
1 Démographie de la population	17
1.1 En France	17
1.2 En Limousin	18
1.2.1 <i>La région Limousin est la région la plus âgée de France et d'Europe</i>	18
1.2.2 <i>Un accroissement important aux âges élevés</i>	18
1.2.3 <i>Une espérance de vie de plus en plus longue</i>	19
2 Démographie médicale	20
3 Vieillesse et nécessité d'adaptation des structures hospitalières	21
UNITES MOBILES GERIATRIQUES ET UNITES DE POST-URGENCES GERIATRIQUES	23
1 Les Unités Mobiles Gériatriques (UMG)	23
2 Les unités de Post-Urgences Gériatriques (PUG)	24

3 Evolution souhaitable	24
PERMANENCE DES SOINS EN HAUTE-VIENNE	25
1 La situation du département	25
2 L'organisation probable à venir	26
EVALUATION D'UNE ADMISSION AUX URGENCES	27
ETUDES	28
METHODOLOGIE	29
1 Type d'étude	29
2 Population	29
3 Calcul du nombre de cas	29
4 Jours de recueil	30
5 Modalité de recueil des données	30
5.1 Première partie	30
5.2 Deuxième partie	30
5.3 Troisième partie	31
6 Saisie et traitement des données	31
RESULTATS	32
POPULATION	33
Nombre total des patients vus à la Structure des Urgences durant les jours considérés	33
Age	33

Sexe	33
Population totale par tranche d'âge	34
Domiciliation de la population	34
ADMISSIONS	35
Admissions et sectorisation gériatrique du Limousin	35
Personne à l'origine de l'admission	35
Courrier de la personne à l'origine de l'admission	36
Jour de l'admission	36
Horaire des admissions	37
Moyen de transport d'arrivée	37
Circuit de prise en charge	38
Durée du passage aux Urgences	38
Durée du passage aux Urgences par tranche d'âge	39
Patients vus par l'Unité Mobile Gériatrique aux Urgences	39
Patients vus par l'Unité Mobile Gériatrique aux Urgences par tranche d'âge	40
Devenir des patients	40
Hospitalisation des patients par tranche d'âge	41
ADRESSAGE	42
Objectif de l'adressage	42
Contact préalable d'un service hospitalier hors Urgences	42

PATIENTS ET HABITUS	43
Antécédents médico-chirurgicaux	43
Traitements à l'entrée	43
Nature des traitements à l'entrée	44
Mode de vie	44
Institution	45
Aides à la personne	45
Aides à la personne professionnelles	46
MEDECIN ADRESSEUR ET GERIATRIE	47
Formation complémentaire en gériatrie	47
Part de gériatrie estimée dans l'activité	48
Connaissance de la régulation de l'Equipe Mobile Gériatrique	48
PERTINENCE DES ADMISSIONS	49
Pertinence des admissions	49
Pertinence des admissions par tranche d'âge	49
Pertinence des admissions et connaissance du réseau gériatrique du médecin adresseur	50
DISCUSSION	51
CRITIQUE METHODOLOGIQUE	52
DISCUSSION DES RESULTATS	52
1 Population	53

2 Admissions	54
3 Adressage	59
4 Patient et habitus	60
5 Médecin adresseur et Gériatrie	62
6 Pertinence des admissions	63
PROPOSITIONS	65
CONCLUSION	67
ANNEXES	70
BIBLIOGRAPHIE	91
TABLE DES MATIERES	94

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

TITLE:

Handling patients aged 75 and over at Limoges hospital emergency service
(Prospective and descriptive study - January to December 2009 carried out on 989 patients)

ABSTRACT:

A prospective and descriptive study carried out from January to December 2009 on 989 patients aged 75 and over admitted to the emergency services of Limoges hospital has enabled us to elaborate a report on the present situation and has shown the following results:

Doctors primarily refer these patients for them to have therapeutic, technical and diagnostic support. The so-called admission for non-clinical factors represents less than 10% of the patients of this study.

There are more admissions on Thursdays and Fridays and usually during the day.

92% of admissions arranged by general practitioners have an accompanying letter.

In 2.6% of the cases, a prior request to another hospital service has been attempted.

Handling time of patients at the emergency service increases according to the age of the patient, who is most often directed to further examination.

13% of the patients are seen by the Mobile Geriatric Unit.

Elderly people who have professional home help are less likely to be hospitalized.

Admissions are justified in 58% of the cases, relevant in 36% of the cases, and irrelevant in only 6% of the cases.

42% of these patients (i.e. 9 persons per day) could have been referred to structures other than the hospital.

Considering these results, communication within the structure and within the geriatric network in Haute-Vienne, as well as the geriatric regulation must be improved. It is urgent to design and create new structures to improve support of elderly people during severe crises which are difficult to manage when they are on their hown.

Key words: elderly people, emergency, handling patients, admission relevance, geriatry

BON A IMPRIMER N° 3110

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

Une étude prospective et descriptive de janvier à décembre 2009 portant sur 989 patients âgés de 75 ans et plus, admis au Service des Urgences du CHU de Limoges, a permis de réaliser un état des lieux de leur passage et a dégagé ces résultats :

Les médecins adressent ces patients pour avoir un soutien thérapeutique, technique et diagnostique.

Le célèbre « placement » représente moins de 10% des patients de cette étude.

Les admissions les plus nombreuses s'effectuent les jeudis et vendredis et plutôt la journée.

92% des admissions organisées par les médecins généralistes sont accompagnées d'un courrier de liaison.

Dans 2,6% des cas, un appel préalable dans un autre service hospitalier a été tenté.

Le temps de passage aux Urgences augmente avec l'âge du patient qui est plus souvent orienté vers un « circuit long ».

13% des patients sont vus par l'Unité Mobile Gériatrique.

Les personnes âgées bénéficiant le plus d'aides professionnelles seraient moins souvent hospitalisées.

Les admissions sont justifiées dans 58% des cas, pertinentes dans 36% des cas et injustifiées dans seulement 6% des cas.

42% de ces patients soit 9 personnes par jour auraient pu être pris en charge dans des structures autres que l'hôpital de soins aigus.

Compte tenu de ces résultats, la communication autour de la filière et du réseau gériatrique en Haute-Vienne ainsi que la régulation gériatrique doivent être améliorées.

Il est urgent d'inventer et de créer de nouvelles structures pour améliorer la prise en charge de nos aînés lors d'épisodes aigus difficilement gérables en cas d'isolement.

MEDECINE

Mots clés : personnes âgées, urgences, motif d'adressage, pertinence des admissions, gériatrie