

---

**Directeur des soins**

Promotion : **2014**

Date du Jury : **Décembre 2014**

---

**L'entrée en hospitalisation  
de la personne âgée fragile.  
Contribution du Directeur des Soins  
dans l'organisation de cette étape  
du parcours de soins.**

---

**Nathalie RAYNAUD**

---

# Remerciements

---

Mes remerciements s'adressent tout d'abord à Dominique, pour la confiance qu'elle m'a accordé, pour ses encouragements et pour son aide bienveillante.

Je remercie les différents professionnels, médecins libéraux, coordonnateurs d'EHPAD et praticiens hospitaliers, directeur d'hôpital et directeurs des soins, cadres de santé, assistante sociale, infirmières et toutes les personnes qui ont accepté de participer à ce travail. Ce partage d'expérience fut très enrichissant et passionnant.

Je tiens à rendre hommage à Marie Thérèse BOUGARD, († 2013), infirmière générale puis directeur des soins, elle fut pour moi un modèle professionnel d'une grande humanité et d'une grande bienveillance, sans elle, mon parcours aurait été différent.

Je dédie ce travail à Annick, qui au travers de sa passion pour la personne âgée, la gériatrie et la promotion de la bientraitance, m'a confortée dans cette voie et m'a transmis cette sensibilité particulière de nous devons à nos aînés ; ses travaux, son professionnalisme, son exemplarité et son expérience m'ont guidée dans ce travail et dans ma vie professionnelle.

Un grand merci à mes amies Valérie et Marie-Laure pour leur relecture attentive.

Enfin, je réaffirme toute mon affection

à mon époux Patrice, pour son indéfectible soutien et son immense patience durant ces études

et à mes enfants Bérengère, Antoine et Lauranne, pour leurs encouragements et le sacrifice affectif qu'ils ont consenti cette année pour la concrétisation de mon projet professionnel.

à Marie Thérèse,

---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
1 La fragilité d'une partie de population âgée amène à modifier les modalités d'entrée en hospitalisation et à proposer un parcours balisé.....	7
1.1 Il est nécessaire de prendre en compte les données démographiques pour faire évoluer l'offre de soins pour nos aînés.....	7
1.2 Le parcours est un outil structurant pour la prise en soins de la personne âgée..	8
1.3 La notion de vieillesse est complexe et évoque des représentations diverses... 10	
1.3.1 La vieillesse ne se résume pas à la simple notion de l'âge.....	10
1.3.2 Les représentations sociales de la vieillesse évoluent mais demeurent peu flatteuses.....	12
1.3.3 Les représentations de la vieillesse des professionnels du soin impactent les motivations à travailler auprès des personnes âgées .....	13
1.4 Le service d'urgence est une porte d'entrée inappropriée pour l'hospitalisation des personnes âgées.....	15
1.5 La filière gériatrique est une structure qui balise la prise en soins des personnes âgées fragiles .....	17
1.5.1 Le court séjour gériatrique.....	18
1.5.2 L'équipe mobile gériatrique .....	19
1.5.3 Unité de consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique .....	20
1.5.4 L'évaluation gériatrique .....	21
1.5.5 Unité de soins de suite et de réadaptation.....	22
1.5.6 Unité de soins de longue durée.....	22
2 Le constat réalisé avec les professionnels de terrain permet de mettre en évidence des objectifs à atteindre et ouvre une grande part à la créativité.....	23
2.1 Il existe plusieurs raisons au fait que les personnes âgées entrent à l'hôpital préférentiellement par les services d'urgences .....	23
2.1.1 La personne âgée est adressée aux urgences parce que c'est plus facile et plus rapide pour le médecin généraliste .....	23
2.1.2 La personne âgée est adressée aux urgences par manque d'anticipation de la dégradation de son état de santé .....	24
2.1.3 Il existe peu de relations professionnelles directes entre les médecins de ville et les praticiens hospitaliers .....	25

2.2	L'évolution des modes d'entrée en hospitalisation impose un changement de culture et de pratiques aux soignants .....	26
2.2.1	L'entrée directe en hospitalisation n'est pas habituelle et des freins existent à la mise en œuvre de cette pratique.....	26
2.2.2	La pénurie de lits est un motif de difficultés pour répondre aux besoins d'hospitalisation souvent révélateur d'une mauvaise organisation hospitalière .....	28
2.2.3	La contractualisation instaure une collaboration plus étroite entre les établissements médico-sociaux et la filière gériatrique.....	28
2.2.4	L'entretien de collaborations fortes avec les professionnels libéraux et leur implication dans la prise en charge hospitalière est un facteur de réussite .....	29
2.2.5	L'évaluation gériatrique, base de l'élaboration du projet de soins personnalisé est encore sous utilisée dans les EHPAD .....	30
2.2.6	La culture du risque de perte d'autonomie n'est pas ancrée dans les pratiques par manque de connaissances voire de compétences gériatriques.....	31
2.3	Une organisation innovante : un service intermédiaire proposant une alternative au séjour prolongé des personnes âgées dans le service d'urgence : la PUOG.....	32
2.4	L'évolution de la PUOG vers une unité gériatrique d'entrée directe : l'UGED.....	33
3	Le directeur des soins est le promoteur d'un changement culturel impulsant de nouvelles pratiques d'accueil et de prise en charge des personnes âgées fragiles .....	35
3.1	Décliner la politique d'accueil des personnes âgées dans le projet de soins.....	37
3.2	Mettre en œuvre les conditions du développement d'une culture gériatrique au sein de l'établissement.....	38
3.3	Collaborer avec l'ensemble des acteurs libéraux, sanitaires, médico-sociaux et sociaux de la prise en charge de la personne âgée.....	39
3.4	Promouvoir les entrées directes des personnes âgées fragiles en court séjour gériatrique pour éviter un passage aux urgences.....	40
3.5	Améliorer les conditions d'accueil et réduire la durée d'attente des personnes âgées aux urgences.....	41
3.6	Faire connaître l'offre de soins de l'établissement et de la filière gériatrique .....	42
	Conclusion.....	43
	Bibliographie.....	47
	Liste des annexes.....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

CHU	centre hospitalier universitaire
CLIC	centre local d'information et de coordination
CRUQPC	commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
DS	directeur des soins
DMP	dossier médical partagé
DMS	durée moyenne de séjour
EMG	équipe mobile gériatrique
EHPAD	établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante
FIR	fonds d'intervention régional
HDJ	hôpital de jour
MAIA	maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer <u>m</u> éthode d' <u>a</u> ction pour l' <u>i</u> ntégration des services d'aide et de soins dans le champ de l' <u>a</u> utonomie loi d'adaptation de la société au vieillissement
MCO	médecine chirurgie obstétrique
MeSH	medical subject headings
PAERPA	personne âgée en risque de perte d'autonomie
PCME	président de commission médicale d'établissement
PDSA	permanence d'accès aux soins ambulatoires
PPS	plan personnalisé de soins
PUOG	unité post urgence à orientation gériatrique
SSIAD	services de soins infirmiers à domicile
SSR	soins de suite et de réadaptation
SU	service des urgences
UGED	unité de gériatrie d'entrée directe
USLD	unité de soins de longue durée

## Introduction

« La seule chose qu'on est sûr de ne pas réussir est celle qu'on ne tente pas »

Paul Emile Victor

Extrait de Dialogues à une voix

Depuis quelques années, la notion de parcours coordonné du patient dans un territoire est la base de beaucoup de réflexions et de nouvelles organisations au sein de nos établissements de santé. En effet, l'hôpital est un élément du parcours et il doit y prendre sa juste place. Pour cela, son ouverture vers la ville s'opère, de nouvelles organisations voient le jour, de nouveaux métiers émergent. C'est encore plus marqué depuis l'impulsion donnée par l'article n°70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, permettant la mise en œuvre et le financement d'expérimentations « de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en prévenant leur hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, en gérant leur sortie d'hôpital et en favorisant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médico-sociaux ».<sup>1</sup>

A l'occasion d'un entretien, un Président de Commission Médicale d'Etablissement (PCME), m'a livré son point de vue sur la place de l'hôpital dans ce parcours : « l'idéal c'est que le patient soit le moins longtemps possible hospitalisé, le moins possible et le moins longtemps ... et juste à bon escient ! ».

Dans son discours, ce praticien d'expérience précise que les médecins hospitaliers sont par nature assez individualistes, défendant leur « pré carré », ce qui l'interroge sur leur capacité à se coordonner ou de se laisser coordonner. Cependant, au-delà de l'organisation intra-hospitalière, il souligne que les points cruciaux à améliorer dans le parcours hospitalier sont l'amont et l'aval; « si à l'extérieur cela ne fonctionne pas, cela ne peut pas fonctionner à l'intérieur ». Outre le manque d'anticipation, au demeurant déjà bien identifié pour la gestion des sorties qui est posé ici, c'est la gestion des entrées que développe surtout ce praticien, évoquant leur caractère non maîtrisé et sous-entendant un manque de collaboration entre l'hôpital et le secteur libéral. « Cela serait bien de travailler beaucoup plus en collaboration avec les autres structures c'est-à-dire que l'on ne vous l'adresse pas un patient pour altération de l'état général alors que cela fait trois semaines qu'il ne va pas bien et que, quand il rentre, on sache d'emblée comment il va sortir. Dans ces conditions là, on peut peut-être commencer à organiser

---

<sup>1</sup> LOI n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 (1) - Section 1 : Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie - Article 70

des choses à l'intérieur. Mais quand le patient rentre en « vrac » n'importe comment, sans être prévenu et que rien n'est prévu pour la sortie, on voudrait qu'à l'intérieur on soit cohérent ? ».

Ce propos illustre le constat déjà relaté en 2006 dans le plan solidarité grand âge : le manque de coordination entre les professionnels libéraux et les professionnels des hôpitaux est notoirement responsable d'un allongement des séjours des personnes âgées<sup>2</sup> et légitime le troisième des cinq axes de ce plan : adapter l'hôpital aux personnes âgées<sup>3</sup>. En effet, tout en prévoyant une coordination administrative et médicale, ce plan, relayé par deux textes fondateurs<sup>4</sup>, propose plusieurs actions fortes initiant ce que l'on nomme la filière gériatrique :

- des moyens internes de coordination et d'orientation : une équipe mobile gériatrique et un pôle d'évaluation gériatrique comprenant un hôpital de jour et des consultations dont des consultations-mémoire ;
- des actions à l'entrée en hospitalisation : l'unité de court séjour gériatrique pouvant permettre d'accueillir directement les personnes âgées sans passer par les urgences, qu'elles viennent du domicile ou d'institutions ;
- des actions de régulations des sorties : l'unité de soins de suite et de réadaptation (SSR), adaptée pour rééduquer la personne âgée dans la perspective du retour au domicile et l'Unité de soins de longue durée (USLD) dont le dimensionnement doit répondre aux besoins.

Face au vieillissement de la patientèle, il est donc nécessaire que les acteurs hospitaliers s'engagent dans une refondation, une restructuration de l'offre hospitalière en s'adaptant aux besoins de la population vieillissante, poly-pathologique et en risque de perte d'autonomie. A l'instar d'organisations mises en œuvre dans d'autres pays, de nombreuses actions sont menées pour structurer les parcours de nos aînés et prévenir l'hospitalisation. En France, les réseaux de santé se sont constitués dans de nombreux domaines (soins palliatifs, cancer, diabète...) et il existe plus de 120 réseaux gérontologiques, qui adossés ou non à un centre local d'information et de coordination (CLIC), fonctionnent de manière très variable en fonction des régions. La filière gériatrique relève du secteur sanitaire, elle doit donc s'intégrer dans le fonctionnement d'un réseau gérontologique et y développer des collaborations. Cette organisation couplée à des soins extrahospitaliers ou le regroupement de professionnels de santé en maisons de santé

---

<sup>2</sup> BAS Philippe, PLAN SOLIDARITE – GRAND AGE, 27 juin 2006, Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, p 2.

<sup>3</sup> Axes 3 : Adapter l'hôpital aux personnes âgées, en développant la filière gériatrique et en resserrant les liens tant avec le domicile qu'avec la maison de retraite.

<sup>4</sup> Circulaire DHOS/02 ; DGS.SD 5D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière gériatrique et Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

concourent à mieux prendre en charge les personnes âgées et apporte une meilleure coordination du parcours de soins. De même, des actions du plan Alzheimer 2004-2007, comme la maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)<sup>5</sup> et de nouvelles organisations structurantes du parcours de la personne âgée en risque de perte d'autonomie (PAERPA) sont en expérimentation dans des régions pilotes. Enfin, citons l'émergence de la télémédecine qui augure de nouvelles pratiques et collaborations de professionnels participant elles aussi à la politique de prévention de l'hospitalisation des personnes fragiles.

Malgré ce maillage et toutes les mesures prises pour prévenir une hospitalisation, celle-ci s'avère parfois nécessaire. Or, malgré l'insistance des textes pour faire valoir la programmation et l'organisation d'admissions directes des personnes âgées en services de court séjour ou de médecine gériatrique, l'entrée à l'hôpital d'une personne âgée fragile est encore majoritairement corollaire d'un passage par le service des urgences (SU). On observe d'ailleurs dans certaines régions en 2013, une augmentation de la proportion de patients de plus de 70 ans<sup>6</sup> parmi les usagers des urgences<sup>7</sup>.

Il est démontré que pour les patients âgés fragiles, le passage par un service d'urgence peut s'avérer pénible et potentiellement délétère, du fait notamment du délai de prise en charge et parfois d'un manque de compétences « gériatriques ». De plus, cette porte d'entrée rend l'orientation en hospitalisation plus aléatoire et tributaire de la disponibilité des lits générant une perte de chance pour l'utilisateur. En effet, l'offre de soins disponible peut alors s'avérer inadaptée aux besoins de la personne et engendrer un allongement du séjour potentiellement préjudiciable.

Selon la société francophone de médecine d'urgence, une admission au service d'urgence est appropriée si elle répond à un besoin de soins non programmé, ni programmable et certaines seraient sans doute évitables à condition de pouvoir intervenir avant d'atteindre le seuil critique qui conduit à l'indispensable hospitalisation<sup>8</sup>. Bien qu'il existe toujours, en dehors d'un contexte d'urgence vitale, des situations pour lesquelles le recours aux urgences s'avère inévitable, ce mode d'accès aux soins n'est pas approprié pour les PAERPA car il n'intègre pas leur spécificité. « L'admission par les urgences, c'est souvent l'enfer : solitude, attente, hébergement précaire dans l'attente d'un lit, [...] l'attente d'un réel diagnostic médical ; sans parler des problèmes d'hôtellerie, de lit, de repas et de toilettes. Le patient âgé perturbe les tentatives de rationalisation de l'activité

---

<sup>5</sup> Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012

<sup>6</sup> Bilans annuels de l'Observatoire Régional des Urgences Midi Pyrénées

<sup>7</sup> En ce qui concerne l'établissement support de ce travail, 15% des usagers des urgences ont plus de 75 ans.

<sup>8</sup> Société francophone de médecine d'urgence -10<sup>ème</sup> conférence de consensus « Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences, 2003, p 4

de ces services. Il demande plus de temps que les autres patients, mobilise davantage de personnel, provoque des problèmes de brancardage et d'accès au plateau technique »<sup>9</sup>.

Par conséquent c'est bien en amont que les dispositions doivent être prises afin d'une part de pas réduire les chances de la personne âgée fragile nécessitant une hospitalisation et lui éviter le passage aux urgences et d'autre part pour réduire son temps d'hospitalisation au strict nécessaire.

Au sein de l'établissement dans lequel j'ai travaillé, malgré l'existence depuis plusieurs années d'un court séjour gériatrique, très peu d'admissions directes y sont pratiquées et 15% des usagers des urgences ont plus de 75 ans. Ce centre hospitalier bi-site est également le support de deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ; l'étude des événements indésirables déclarés montre la récurrence de problèmes liés aux échanges d'information à l'interface en EHPAD et hôpital ou hôpital et EHPAD et cela même entre structures d'un même établissement. Cela questionne donc sur les collaborations qui existent entre les professionnels des deux types de structures mais aussi sur les modes de fonctionnement historiques de l'entrée en hospitalisation de la personne âgée venant de son domicile.

Alors que tous s'accordent à dire qu'en dehors d'un contexte d'urgence vitale, la prise en charge spécialisée ou l'admission en hospitalisation des personnes âgées fragiles doit être coordonnée et directement réalisée dans le service d'accueil, pourquoi la modalité d'entrée par les urgences est-elle encore si souvent requise ?

Dans le cadre de sa mission, le directeur des soins contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie et de la politique d'établissement, notamment dans le domaine des soins. « Il participe, en liaison avec le corps médical et l'ensemble de l'encadrement, à la conception, l'organisation et l'évolution des structures et des activités de soins »<sup>10</sup>. Pour satisfaire à la nécessaire adaptation du système hospitalier, le directeur des soins va impulser et accompagner la démarche d'amélioration de la qualité des soins qui s'impose, dans le respect des valeurs qui guident le projet de soins.

**En quoi le directeur des soins peut-il apporter sa contribution pour coordonner et améliorer le parcours des personnes âgées fragiles, notamment pour organiser leur entrée en hospitalisation en évitant ou écourtant le passage dans un service d'urgences ?**

---

<sup>9</sup> DEBROSSE Denis, ARBUZ Georges, *Quelle stratégie mettre en œuvre pour réussir la modernisation de l'accueil des patients âgés à l'hôpital ?* Gestion hospitalière, n° 424, mars 2003, p 193

<sup>10</sup> Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, article 4.

Ce questionnement amène une recherche sur le contexte.

Quelles sont les organisations existantes ? Qu'apportent-elles dans la prise en charge des personnes âgées fragiles ? Quelles en sont les limites, les forces ?

Quels sont les freins à la programmation des entrées des personnes âgées fragiles à l'hôpital ? Quels pourraient être les leviers de changement ?

Pourquoi le service d'urgence demeure-t-il la porte d'entrée des prises en charges non programmées mais non urgentes ? En quoi la mise en place d'une équipe mobile gériatrique améliore-t-elle la prise en soins en hospitalisation d'une personne âgée en risque de perte d'autonomie ?

Cette réflexion préalable à la recherche amène à poser plusieurs hypothèses :

- faute d'interlocuteurs identifiés, les professionnels des urgences sont les plus faciles à mobiliser au sein de l'institution hospitalière pour les médecins traitants et les professionnels extrahospitaliers ;
- en matière de parcours, il existe peu de collaboration entre les médecins ou professionnels hospitaliers et les médecins ou professionnels libéraux ;
- les médecins généralistes et médecins coordinateurs, ainsi que les professionnels des structures médicosociales méconnaissent les organisations alternatives proposées hors contexte d'urgence, pour éviter une prise en soins par les urgences ;
- la culture gériatrique au sein des institutions hospitalières n'est pas suffisamment développée ; en conséquence, les professionnels sous-estiment les risques de perte d'autonomie pour les personnes âgées fragiles ;
- la mise en place d'une organisation de coordination de préparation de l'entrée et d'accueil des personnes âgées fragiles sont des facteurs de réussite pour diminuer leur durée de séjour et permettre ainsi de les priver le moins longtemps possible de leur environnement habituel.

Pour répondre à mon questionnement et dans un souci de mieux connaître l'organisation de l'offre de soins pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie, j'ai dans un premier temps réalisé une recherche documentaire ; cela m'a permis de mieux comprendre ma problématique de départ, de centrer mes questions et de construire un questionnaire d'entretien. Je suis allée ensuite à la rencontre d'interlocuteurs variés et impliqués qui ont nourri ma réflexion de leur riche expérience.

La première partie de ce mémoire apporte des éléments de compréhension du contexte de prise en soins de la personne âgée fragile en abordant les notions de

parcours et de filière gériatrique. Outre les évolutions démographiques, la définition du vieillissement et les représentations sociales de la personne âgée sont développées. Une partie contextuelle concernant la prise en charge des patients âgés dans les services d'urgences clôture ce chapitre.

Dans une seconde partie, la prise en charge de la personne âgée fragile en structure d'urgence et les constats qui amènent à cette pérennité de pratique sont étudiés avec l'éclairage de la bibliographie mais également grâce aux témoignages de professionnels rencontrés. L'organisation et l'évaluation de structures composant l'offre de soins gériatrique sont examinées au travers de l'expérience des professionnels intra et extrahospitaliers audités lors de la démarche d'enquête. L'éclairage des professionnels de terrain permettra d'éprouver les hypothèses émises et proposera des expériences d'organisation de prise en soins intéressantes.

Comment le directeur des soins (DS) peut-il contribuer à l'amélioration de l'accueil en hospitalisation des personnes âgées fragiles ? La troisième partie fera état des réflexions issues de ce travail et des propositions d'actions pour le Directeur des soins.

# 1 La fragilité d'une partie de population âgée amène à modifier les modalités d'entrée en hospitalisation et à proposer un parcours balisé

## 1.1 Il est nécessaire de prendre en compte les données démographiques pour faire évoluer l'offre de soins pour nos aînés

La population française vieillit indéniablement et la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans progressera fortement jusqu'en 2035. L'espérance de vie d'un français en 2013 est de 78 ans pour un homme et de 82 ans pour une femme<sup>11</sup>. L'espérance de vie sans incapacité elle aussi progresse. Elle permet d'objectiver combien de temps les populations peuvent espérer vivre en bonne santé. En France, l'âge moyen sans incapacité observé est de 62 ans pour les hommes et 63,5 ans pour les femmes.

Les études démographiques montrent qu'en 2030, 20 millions de français auront plus de 60 ans (30 % de la population) pour atteindre 23,6 millions à l'horizon 2060, un tiers de la population serait alors âgée de plus de 60 ans<sup>12</sup>. Il est à noter que l'augmentation est plus forte encore chez les sujets plus âgés, la part des plus de 80 ans devrait plus que doubler entre 2010 et 2050<sup>13</sup>, pour aboutir en 2060 à une population des plus de 85 ans de 5,4 millions<sup>14</sup>, soit 7,3 % de la population totale.

« Le vieillissement de la population est concomitant à une hausse de même ampleur de la part de cette classe d'âge dans la patientèle du système hospitalier et dans le total des séjours hospitaliers »<sup>15</sup>. Mécaniquement, les usagers des hôpitaux sont donc de plus en plus âgés et imposent d'une part une adaptation de la prise en soins hospitalière, notamment en matière de durée de séjour<sup>16</sup> et d'autre part des actions de prévention de l'hospitalisation. En effet la rupture avec le milieu de vie habituel génère un risque de perte d'autonomie, ce qui doit amener les professionnels à des actions préventives voire des propositions alternatives et de maintien à domicile. Cette démarche préventive passe par l'évaluation régulière du niveau d'autonomie des personnes âgées

---

<sup>11</sup> INSEE, tableaux de l'économie française, n° d'édition 2014, avril 2014 [en ligne] [http://www.insee.fr/fr/mobile/etudes/document.asp?reg\\_id=0&id=4153](http://www.insee.fr/fr/mobile/etudes/document.asp?reg_id=0&id=4153)

<sup>12</sup> BLANPAIN Nathalie, CHARDON Olivier, *Projections de population à l'horizon 2060*, division Enquêtes et études démographiques, Insee première, n°1320, octobre 2010.

<sup>13</sup> GIMBERT Virginie, MALOCHET Guillaume, *Les défis de l'accompagnement du grand âge - Perspectives internationales*, Centre d'analyse stratégique, Juin 2011 p16

<sup>14</sup> BLANPAIN Nathalie, CHARDON Olivier, *op.cit.*

<sup>15</sup> ATIH *Vieillesse de la population et évolution de l'activité hospitalière 2007-2010, Focus sur la prise en charge des 80 ans et plus*, p3

<sup>16</sup> A partir de 85 ans les durées de séjour sont proche de 10 jours soit le double de celles des adultes de moins de 64 ans – extrait de FOUQUET Annie, TREGOAT Jean-Jacques, SITRUK Patricia, *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, rapport de l'IGAS, mai 2011, p 16

et l'élaboration de programme personnalisé de soins s'intégrant dans une logique de parcours.

Parallèlement, la démographie médicale reste relativement stable car, bien qu'en augmentation numéraire (+0,7%) l'augmentation de la population fait fléchir la densité médicale (-0,3%)<sup>17</sup>. En ce qui concerne l'hôpital, l'effectif de gériatres augmente considérablement ces dernières années, ce qui contribue à une meilleure reconnaissance de la discipline. La profession se féminise et le profil de ces gériatres change ; cette nouvelle génération de gériatres promulgue des prises en charge plus globale des patients, valorisant ainsi la filière gériatrique et incluant les partenaires libéraux<sup>18</sup>.

## 1.2 Le parcours est un outil structurant pour la prise en soins de la personne âgée

Le parcours est défini comme « l'ensemble des étapes par lesquelles passe quelque chose [...] ou encore itinéraire à suivre ou suivi par quelqu'un »<sup>19</sup>.

Originellement, la notion de parcours apparaît au décours de la volonté gouvernementale de réduire les dépenses de santé et pour se faire de coordonner et rationaliser les soins médicaux.

C'est donc dans la loi d'août 2004 relative à l'Assurance Maladie que cette notion fait son apparition, notamment au travers de la notion de parcours de soins coordonné. Cette mesure consiste pour l'assuré social à choisir et à consulter en priorité un seul médecin, appelé le médecin traitant. Dans ce cadre, ce dernier a pour mission de gérer le dossier médical, d'assurer des soins de prévention personnalisés et de coordonner les soins de son patient, en l'orientant si besoin vers d'autres professionnels de santé. Pour l'assuré ne respectant pas ce parcours, cette mesure est assortie de pénalités financières de type moindre remboursement.

Cette première organisation de coordination augure la place prépondérante que le gouvernement souhaite faire prendre au médecin traitant dans le dispositif de coordination des soins. En effet, comme le réaffirme Mme Touraine en présentant la Stratégie Nationale de Santé en 2013, le médecin traitant a un rôle pivot dans la politique de prévention et de coordination des parcours de soins<sup>20</sup>. Il sera d'ailleurs rémunéré pour cela ; de nouveaux modes de rémunération pour les généralistes seront prévus en ce sens au Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2014.

---

<sup>17</sup> SICART Daniel, *Les médecins au 1er janvier 2013*, DRESS, Série statistiques, n° 179, avril 2013, 150 p 6

<sup>18</sup> FOUQUET Annie, TREGOAT Jean-Jacques, SITRUK Patricia, *op.cit.* p 12

<sup>19</sup> Définition du Larousse [en ligne] <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/parcours/58092>

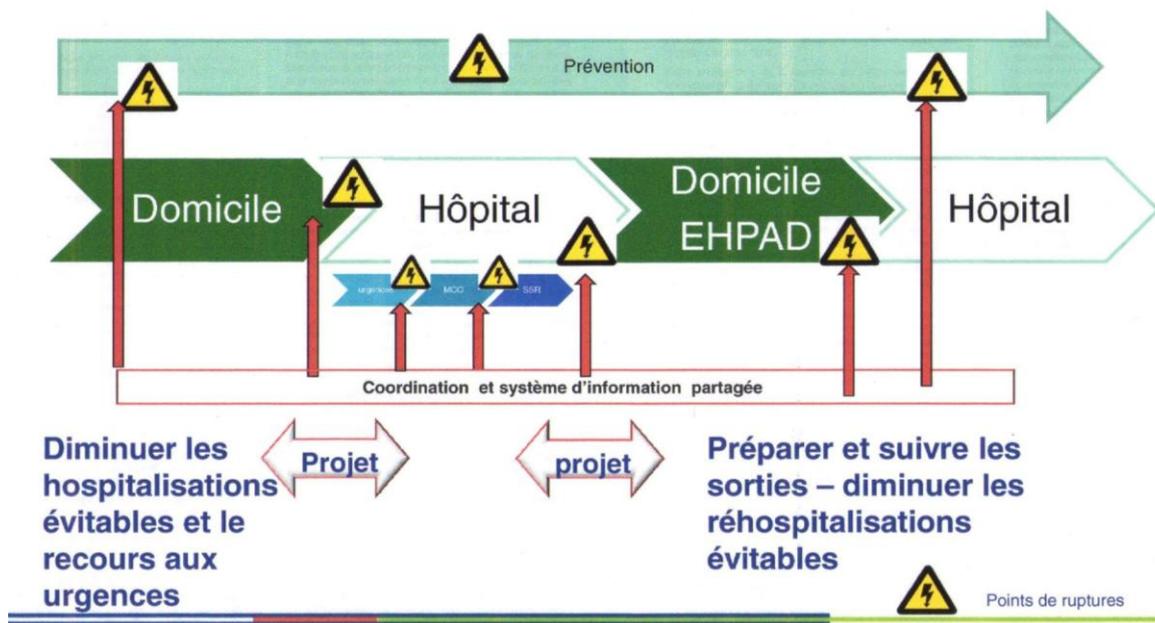
<sup>20</sup> Présentation de la stratégie nationale de Santé. Discours de Mme Marisol Touraine - Ministre des Affaires Sociales et de la Santé – 23 septembre 2013

Lors de travaux des agences régionales de santé (ARS) le parcours a été décliné en trois axes :

- Le parcours de soins : parcours intégrant les soins de premiers recours, l'hospitalisation, l'hospitalisation à domicile, les SSR et USLD ;
- Le parcours de santé : parcours de soins articulé en amont avec la prévention primaire et sociale et en aval avec l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile ;
- Le parcours de vie : parcours de la personne dans son environnement<sup>21</sup>

Symboliquement, le parcours pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie pourrait être décrit comme un chemin balisé, proposant des ponts pour traverser les rivières, avec à disposition un guide pour indiquer la direction à prendre et choisir le bon itinéraire. En de manière prépondérante, ce qui concerne la personne âgée, tous les éléments sont importants dans cette allégorie. Et c'est notamment au niveau des ponts qu'il est nécessaire d'agir collectivement pour éviter ce que l'on nomme les ruptures de parcours.

### — Quels sont « les points de ruptures » dans le parcours? Où faut-il agir?



Ce schéma, extrait d'un document de travail de l'ARS Lorraine, illustre bien les zones critiques du parcours. Il pointe les interfaces particulièrement sensibles, entre domicile ou EHPAD et hôpital, que cela soit à l'entrée comme à la sortie d'hospitalisation

<sup>21</sup> Les parcours de santé, Forum national des associations agréées, ARS, Paris, le 8 novembre 2012

mais aussi les interfaces « intra-hospitalières » entre urgences et secteurs d'hospitalisation (regroupés sous le sigle MCO - médecine chirurgie obstétrique) ou MCO et SSR

Les axes développés dans les travaux préparatoires de la stratégie nationale de santé réaffirment la nécessité de liens et de concertation entre les acteurs du soin. Elle replace au premier plan la communication et la transmission d'informations entre les professionnels de la prise en charge. Cette volonté gouvernementale réaffirmée dans le discours de juin 2014 de la ministre de la santé, se traduit opérationnellement par la rédaction systématique de la lettre de liaison, pouvant être dématérialisée et le « relancement » du dossier médical **partagé** (DMP)<sup>22</sup>. Autre point fort de ce programme national de santé, la nécessité d'élaborer un programme personnalisé de soins, dont le chef d'orchestre serait le médecin traitant, pour garantir une cohérence et une coordination clinique<sup>23</sup> du parcours. La volonté de placer le médecin généraliste comme pilote du dispositif est réaffirmée.

### 1.3 La notion de vieillesse est complexe et évoque des représentations diverses

#### 1.3.1 La vieillesse ne se résume pas à la simple notion de l'âge

L'OMS retient une notion d'âge pour définir la vieillesse et place le curseur à 65 ans et plus. Cependant, définir la vieillesse en ne se référant qu'à la notion de l'âge est restrictif et de nombreuses notions complémentaires s'imposent à cette définition. Dans la conscience collective, la vieillesse est souvent définie en termes de pertes (perte de souplesse, perte d'énergie, perte de mémoire ...). De plus, les notions d'espérance de vie sans incapacité, de dépendance, de perte autonomie, de fragilité sont à corrélérer à la notion d'âge. « L'entrée dans la vieillesse ne se réfère à aucun âge particulier mais à un état d'incapacité fonctionnelle éprouvé subjectivement ou objectivement selon les dires des personnes âgées elles-mêmes »<sup>24</sup>.

Mais vieillir n'est pas systématiquement corollaire de dépendance ou de pathologie et il existe des inégalités en matière de vieillissement ; de fait entre des

---

<sup>22</sup> Initialement le DMP était le dossier médical personnel

<sup>23</sup> « Le concept de « coordination », terme souvent qualifié de mot-valise peut renvoyer à deux éléments distincts : la coordination « clinique » qui relève du médecin traitant au niveau de sa patientèle ; la coordination « d'appui » pour les patients ayant un parcours de soins complexe, qui implique ou non l'hôpital, avec mobilisation d'intervenants multiples et nécessité d'un accompagnement spécifique. Cette coordination peut être assurée grâce à l'intervention d'un réseau ou de plusieurs réseaux regroupés sur un territoire ». Extrait de : DOUESNEAU Christophe, DUCHANGE Emilie, HOAREAU Virginie, LUSSIER Marie Dominique, *Les parcours de personnes âgées sur un territoire, Retours d'expérience*, ANAP, 2011, p 9

<sup>24</sup> Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) Extrait des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique 2009 –Tome XXXIII p183

individus d'un même âge chronologique, correspondent des âges fonctionnels différents<sup>25</sup>. Ainsi, même si l'avancée en âge caractérise le sujet âgé, « il n'y a aucune légitimité, autre que conventionnelle, à affirmer que les plus de 60, 75, 80 ou 85 ans sont des « personnes âgées ». Parmi ces hommes et ces femmes qui avancent en âge, seule une minorité a des difficultés importantes dans la vie quotidienne et nécessite l'aide de ses proches ou de professionnels »<sup>26</sup>. Ce sont donc plus des facteurs de fragilisation voire de poly-pathologie qui caractérisent la personne âgée.

Schématiquement, il est possible de distinguer les personnes de plus de 75 ans en trois catégories : les personnes dites « vigoureuses », les personnes dites « malades », les personnes dites « fragiles ».<sup>27</sup>

« La fragilité est un syndrome clinique, marqueur de risque de mortalité, de perte d'autonomie, de chutes, d'hospitalisation et d'institutionnalisation »<sup>28</sup>. Ainsi, selon le MeSH (Medical Subject Headings), la personne âgée fragile peut être définie comme « une personne âgée affaiblie et particulièrement susceptible d'être malade ou atteinte d'une infirmité »<sup>29</sup>. Ainsi, les personnes âgées fragiles sont définies comme « personnes de plus de 75 ans, [...] à l'état de santé intermédiaire et à risque de basculer dans la catégorie des malades. Elles sont décrites comme une population vulnérable, avec des limitations fonctionnelles motrices et cognitives et une baisse des capacités d'adaptation »<sup>30</sup>. Pour la personne âgée fragile, le risque de perte fonctionnelle est élevé et une incapacité peut survenir à l'occasion d'événements extérieurs même minimes<sup>31</sup>.

On parle également de patients gériatriques pour désigner les personnes âgées poly-pathologiques à fort risque de perte d'autonomie et ne relevant pas d'une prise en charge de spécialité. Comme le précise Philippe Vigouroux « le patient gériatrique n'est pas seulement âgé, c'est une personne de plus de 75 ans poly-pathologique, qui justifie une approche particulière en filière de soin, dans nos établissements hospitaliers »<sup>32</sup>

---

<sup>25</sup> Données épidémiologiques et sociologique – Faculté de médecine de Toulouse

<sup>26</sup> ENNUYER Bernard, *Vivre au grand âge -angoisses et ambivalences de la dépendance*, Paris, Editions Autrement, 2001, p 9

<sup>27</sup> SPEECHLEY M. and TINETTI M. 1991; *Chutes et blessures chez les personnes âgées en perte d'autonomie et vigoureux*. J Am Geriatr Soc. 1991 n° 39 pp 46-52.

<sup>28</sup> HAS Points clé & solutions - Organisation des parcours - Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire, décembre 2013

<sup>29</sup> Définition CiSMef (catalogue et index des sites médicaux de langue française) consulté [en ligne] <http://www.chu-rouen.fr/page/personne-agee-fragile>

<sup>30</sup> Manuel de recommandation de bonnes pratiques de la HAS, « Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées », 2009, p 13

<sup>31</sup> TRIVALLE Christophe, *Le syndrome de fragilité des sujets âgés*, Gériatrie n°20, Mai-Juin 2000, p 11

<sup>32</sup> VIGOUROUX Philippe, JEANDEL Claude, *Programme pour la labellisation des filières*, Technologie & Santé n°61, avril 2007, p 8

### 1.3.2 Les représentations sociales de la vieillesse évoluent mais demeurent peu flatteuses

L'inégalité des êtres face à la vieillesse et à la maladie génère dans notre société des représentations de deux types, segmentant en deux grands groupes les personnes vieillissantes. Les séniors<sup>33</sup>, terme plutôt positif, qui représentent les retraités actifs et encore plein de vitalité, pour qui vieillir est une seconde jeunesse. Ils ne présentent pas de problème de santé majeur qui viendrait les faire basculer dans l'autre catégorie plus péjorative, celle des personnes âgées.

Depuis les années 1960, pour qualifier l'état des personnes vieillissantes qui n'allaient pas bien, on utilisait des adjectifs tels que « semi valides », « invalides », « grabataires » voire « séniles ». C'est le docteur Yves Delomier, médecin dans un long séjour, qui le premier a utilisé le terme de « dépendant » pour qualifier les vieillards dans les années 70. Cette notion a d'emblée véhiculé une image négative du fait que la « perception qui fait de la dépendance un état déficitaire essentiellement biologique, lié uniquement à l'avancée en âge, connoté comme un besoin d'aide important et comme un assujettissement à l'autre ». Au fil des années, la dépendance est devenue le stigmate<sup>34</sup> des gens âgés qui vieillissent mal<sup>35</sup>.

Cette idée d'image négative est corroborée par les propos de Jean Jacques Amyot : « le sénior qui commence à perdre l'éclat de ses dorures, le vif de ses mouvements, la capacité à "se suffire à lui-même" sera exilé sur l'île de la dépendance, relégué selon le sens que l'on donne à ce mot dans le domaine sportif puisque sénior en vient : descente dans une catégorie inférieure »<sup>36</sup>.

Le terme vieillesse est même associé à des qualificatifs peu flatteurs à l'exemple de ceux de l'image d'Epinal consacrée aux degrés des âges<sup>37</sup>, ce qui ne concourt pas à améliorer l'image des personnes âgées souvent assimilées à des personnes dégradées et « gâteuses ».

- 60 ans : Age déclinant
- 70 ans : Age de décadence
- 80 ans : Age caduc
- 90 ans : Age de décrépitude
- 100 ans : Age d'imbécillité ou d'enfance

---

<sup>33</sup> AMYOT Jean Jacques, *Innommable et innombrable – De la vieillesse considérée comme une épidémie*, Paris, Dunod, 2014, p 15 : *Les dénominations « personnes âgées » et « aînés » ont très vite eu des trous dans leur parures [...] plus personne ne s'en réclamait [...] il fallait trouver un autre surnom pour ce groupe trop sensible à la problématique qui le constitue [...] ainsi naquirent les « séniors »*

<sup>34</sup> Stigmate au sens que lui donne le sociologue canadien Erving Goffmann : « attribut qui jette un discrédit profond »

<sup>35</sup> ENNUYER Bernard, *op.cit.* p 11 - 25

<sup>36</sup> AMYOT Jean Jacques, *op.cit.* p 17

<sup>37</sup> AMYOT Jean Jacques, *op.cit.* p 7

La personne âgée et ce qu'elle représente, renvoient à l'autre l'idée de sa propre mort : « le vieillard est un survivant et un surmourant. Lui qui nous paraît si loin de la vie (entendez la vraie vie) et si proche de l'idée que nous nous faisons de la mort (entendez celle dont on ne sait rien) »<sup>38</sup>. « Vieillir fait peur et cette peur n'est pas seulement matérielle. Il ne s'agit pas seulement de la crainte de ne pas avoir les moyens de jouir de sa retraite, d'être acculé par la maladie et la dépendance à vivre à l'écart des siens et loin de chez soi. Il s'agit d'un mal-être qui a sa racine ailleurs. Dans l'interrogation inquiète sur le sens des années qui restent à vivre, et qui rapprochent de la mort. Interrogation spirituelle qui se cache derrière la peur de ne plus être utile, aimable ou désirable, de ne plus avoir sa place dans le monde, d'être un poids pour la société »<sup>39</sup>.

De ce fait la vieillesse fait peur, « on sent bien qu'il ne faut pas trop de ces vieux, sans quoi l'angoisse monte. On en veut modérément pour se rassurer quant à la possibilité d'avoir encore un long chemin devant soi »<sup>40</sup>. Certains évoquent même la notion de gérontophobie, signifiant la peur de la personne âgée.

### 1.3.3 Les représentations de la vieillesse des professionnels du soin impactent les motivations à travailler auprès des personnes âgées

« Derrière les discours compréhensifs et généreux, la réalité est que, aujourd'hui, le patient gériatrique<sup>41</sup> ne bénéficie pas toujours d'un accueil parfait à l'hôpital »<sup>42</sup>.

Pour le personnel soignant, les représentations de la personne âgée sont associées à ce qu'elle peut représenter comme charge en soins. A défaut de lits de gériatrie aigüe ou de court séjour gériatrique « *les patients âgés perturbent le fonctionnement des services de spécialité en exigeant une lourde charge de soins, de nursing et de travail social* »<sup>43</sup>. En effet, ces « *beds blockers*<sup>44</sup> » occupent très durablement les lits, ce qui rajoute à la charge de travail, faute d'anticipation et de solution d'aval à l'hospitalisation.

Les soignants dénoncent la pénibilité du travail et la moindre « technicité » dans les secteurs de gériatrie ou de gérontologie, ce à quoi s'ajoute le caractère très

---

<sup>38</sup> AMYOT Jean Jacques, *op.cit.* p 175

<sup>39</sup> Extrait de la Conférence intitulée "Gérontophobie et Gérontologie" prononcée le 27 mars 2012, Université du 3e âge, UTA de Sherbrooke, des Berges de Lachine.

<sup>40</sup> AMYOT Jean Jacques, *op.cit.* p 45

<sup>41</sup> Circulaire DHOS/02 ; DGS.SD 5D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière gériatrique définissant le patient gériatrique comme un patient âgé poly-pathologique ou très âgé présentant un fort risque de dépendance physique ou sociale et ne relevant pas d'un service de spécialité

<sup>42</sup> JEANDEL Claude, PFITZENMEYER Pierre, VIGOUROUX Philippe, *Un programme pour la gériatrie, 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir*, avril 2006, p 3

<sup>43</sup> ROUSSEAU Anne-Chantal, BASTIANELLI Jean-Paul, Les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins, Inspection générale des affaires sociales, Rapport n° 2005 053, mai 2005, p2

<sup>44</sup> comprendre bloqueurs de lits

demandeur des personnes âgées. Couplée à des effectifs soignants très tendus, cette spécificité peut être potentiellement génératrice d'épuisement professionnel et d'absentéisme. De plus, ces représentations plutôt négatives de la vieillesse engendrent une désaffection des vocations et un moindre intérêt des professionnels pour les secteurs de gériatrie qui peinent à recruter, y compris dans le corps médical.

Ceci est renforcé par l'idée qu'à l'échelle d'un établissement, les professionnels sont « très attachés à ce que leur hôpital ne soit pas perçu comme un établissement pour personnes âgées : un hôpital où l'on rencontre beaucoup de personnes âgées ne peut pas être performant [...] par opposition, les hôpitaux qui accueillent des gens dans la force de l'âge, dans des lieux de haute technicité renvoient du médecin et du soignant une image plus valorisante »<sup>45</sup>.

Le témoignage d'un praticien gériatre est également éloquent quand à l'attrait de la gériatrie au sein du corps médical ; alors qu'il se destinait à cette discipline ses collègues se sont interrogés sur son choix en lui renvoyant que c'était une médecine de vieux, interrogeant même l'idée du « pourquoi [...] soigner des gens qui vont mourir bientôt ? »<sup>46</sup>.

Le secteur gériatrique est presque considéré comme un secteur où aucun savoir faire n'est vraiment requis et où l'on perd ses compétences techniques « j'ai fait des études d'infirmière [...] ce n'est pas pour faire des toilettes et du nursing [...] je ne veux pas perdre mon savoir faire technique [...] après la gériatrie, je ne pourrai pas retourner en chirurgie »<sup>47</sup>.

Ce mouvement est très perceptible chez les jeunes infirmières qui ont un grand attrait pour ce qu'elles nomment les gestes techniques, sous entendu les gestes invasifs et visibles, relayent à un rang subalterne les soins d'hygiène et de confort. Auprès des personnes âgées, elles investissent peu les techniques relationnelles et le raisonnement clinique initiant la démarche de soin ce qui peut être préjudiciable en matière de prévention des risques de perte d'autonomie.

L'aspect répétitif des soins apportés dans les secteurs spécialisés en gériatrie ou encore dans les EHPAD est également souvent abordé par les professionnels comme un facteur de démotivation ; les infirmières comme les aides soignantes apprécient le turnover des patients pour casser la routine.

« Il y a soixante ans, on a inventé la pédiatrie en arrêtant de considérer que les enfants étaient des adultes en modèle réduit [...] le même mouvement doit être fait pour la gériatrie [...] il faut en finir avec le peu d'intérêt actuel que l'on observe chez les élèves

---

<sup>45</sup> ARBUZ Georges, *Le grand âge chance ou fatalité ? – Ce qu'il faut savoir pour prévenir les maux du grand âge et bien utiliser le système de santé*, Paris, Editions Seli Arslan, 2003, p77

<sup>46</sup> ARBUZ Georges, *op.cit.* p75

<sup>47</sup> GAILLOURDET Pascal, *Contribution du Directeur des Soins à l'amélioration de la prise en charge de la personne âgée à l'hôpital : urgences et filière interne*, EHESP, 2009, p 21

des écoles d'infirmiers et d'aides-soignants pour la gériatrie. C'est un vrai problème et une partie de la solution serait peut être d'inventer l'équivalent des puéricultrices, des infirmières spécialisées pour les patients de gériatrie [...] qui se traduise en terme salarial »<sup>48</sup>.

#### 1.4 Le service d'urgence est une porte d'entrée inappropriée pour l'hospitalisation des personnes âgées

Originellement<sup>49</sup>, les prérogatives du service d'urgence étaient par définition de réaliser une prise en charge rapide de patients ou de blessés pour lesquels il faut agir vite<sup>50</sup>. Dans un second temps, si une hospitalisation est nécessaire, le patient est orienté vers un service de soins adapté aux soins que son état de santé requiert.

Aujourd'hui, le service d'urgence (SU) est à l'interface entre l'hôpital et la ville et la permanence d'accès aux soins ambulatoires (PDCA) effectuée par ces services modifie considérablement les lignes de ce schéma original<sup>51</sup>. Sollicités de manière importante pour réaliser bon nombre de consultations médicales, initialement réalisées par la médecine de ville lors des gardes médicales, la charge de travail au sein de ces services d'urgence est de plus en plus importante et ils constituent une porte d'entrée en hospitalisation pour les entrées non programmées : quatre personnes sur dix entrent à l'hôpital par un service d'urgence. En ce qui concerne les personnes âgées, elles représentent un tiers des hospitalisations et deux tiers des hospitalisations non programmées<sup>52</sup>. Il est à noter que 95 % des patients des urgences qui ont plus de 70 ans sont accueillis par l'hôpital public<sup>53</sup>.

Il est démontré que le recours aux soins hospitaliers augmente de manière corollaire à l'avancée en âge et on observe une très nette hausse de l'entrée en hospitalisation par les urgences pour les patients âgés de 70 à 80 ans<sup>54</sup>.

La position de ces unités d'urgence à l'interface des outils diagnostiques nécessaires (laboratoire, imagerie médicale...) impacte la fluidité du parcours et la durée de passage<sup>55</sup> des patients en leur sein. En effet, dans leur rôle d'orientation des patients dans les unités de soins, les urgentistes s'emploient à émettre un diagnostic précoce

---

<sup>48</sup> VIGOUROUX Philippe, JEANDEL Claude, *op.cit.* p 11

<sup>49</sup> Circulaire du 25 juin 1975

<sup>50</sup> Urgence vient du latin *urgere* signifiant pousser, presser, qui sous-entend la nécessité d'agir vite.

<sup>51</sup> La permanence des soins ambulatoires consiste à offrir une réponse de premier recours aux soins non programmés de la population aux heures de fermeture des cabinets libéraux et maisons de santé, la nuit de 20h à 8h, les dimanches et jours fériés de 8h à 20h et les samedis après midi de 14h à 20h

<sup>52</sup> BAS Philippe, *op.cit.* p 27

<sup>53</sup> CARRASCO Valérie, BAUBEAU Dominique, *Les usagers des urgences Premiers résultats d'une enquête nationale*, Etudes et Résultats, N° 212 • janvier 2003, DRESS, p 3

<sup>54</sup> FOUQUET Annie, TREGOAT Jean-Jacques, SITRUK Patricia, *op.cit.* p 15

<sup>55</sup> La durée de passage est un indicateur de suivi des Observatoires Régionaux des Urgences

s'appuyant sur les résultats d'examens complémentaires nécessitant parfois un délai de réalisation conséquent (la réalisation d'un examen complémentaire chez un patient non grave augmente d'une heure sa durée moyenne de passage<sup>56</sup>). Ce à quoi il est nécessaire d'ajouter la complexité de trouver un lit d'accueil *ad hoc* pour le patient lorsqu'une hospitalisation s'impose. « Les spécialités se renvoient le problème, l'urgentiste désarmé s'en remet à l'administration, les équipes soignantes se montrent réticentes car il s'agit de patients lourds posant des problèmes de manutention, de nutrition, de toilettes et qui sont demandeurs d'attention, car très anxieux quant à leur devenir »<sup>57</sup>. *In fine*, le patient est souvent orienté davantage en fonction des lits disponibles que de ses besoins.

L'ensemble de tous ces éléments amène à une durée moyenne de passage aux urgences variant entre 3h et 3h30 selon les régions. La durée de passage s'allonge avec l'âge du patient pour aller au-delà de 3h30 pour les plus de 70 ans<sup>58</sup> sachant que les plus de 75 ans séjournent aux urgences 2,5 fois plus longtemps que les moins de 15 ans<sup>59</sup>. De plus « on constate que les services d'urgence à forte activité ont une durée de passage aux urgences plus élevée »<sup>60</sup>.

En dehors des cas où l'urgence de la situation justifie ce recours (20% des passages aux urgences pour les plus de 75 ans sont des urgences graves<sup>61</sup>), le service des urgences est encore la porte d'entrée principale en hospitalisation pour le patient âgé qui connaît un changement rapide de son état de santé ou pour qui le maintien à domicile n'est plus possible.

Cependant tous s'entendent pour dire que cela peut avoir un impact néfaste : « le risque est de voir se constituer un stress aigu, de commencer une astasie d'immobilisation, une incontinence, une dénutrition, etc. »<sup>62</sup>. Chez beaucoup de personnes âgées, en plus des symptômes motivant la venue à l'hôpital, se rajoutent souvent l'angoisse, la solitude, voire la dépression ou le mal être de la vieillesse<sup>63</sup>. Comme le souligne Georges ARBUZ, « les conditions d'admission à l'hôpital par la voie des urgences sont conçues pour l'accueil de personnes victimes d'un traumatisme ou

---

<sup>56</sup> Observatoire régional des urgences de lorraine (ORULOR), activité des structures d'urgences de Lorraine, Rapport 2012, p31

<sup>57</sup> ARBUZ Georges, *op.cit.* p 143

<sup>58</sup> CARRASCO Valérie, BAUBEAU Dominique, *op.cit.* p 8

<sup>59</sup> Observatoire régional des urgences de lorraine (ORULOR), activité des structures d'urgences de Lorraine, Rapport 2012, p33

<sup>60</sup> Dr François Braun, Chef de service des urgences, du SAMU et du SMUR, CHR Metz-Thionville / Hôpital de Mercy.

<sup>61</sup> Observatoire régional des urgences de lorraine (ORULOR), *op.cit.* p38

<sup>62</sup> MOULIAS R, DEPOISSE JM, JONCHERES E, LAMBERT C, CAUBET E et le groupe de réflexion éthique en Gériatrie de l'AP-HP, *Transférer des malades âgés, problèmes déontologiques et éthiques*, Gériatrie, n°104, 1997, p 20

<sup>63</sup> ARBUZ Georges, *op.cit.* p120

d'un accident de santé mais ne sont pas adaptées pour l'accueil de sujets âgés fragiles souffrant de multiples pathologies et demandant une prise en charge plus globale »<sup>64</sup>.

Notons également que le taux d'hospitalisation via les urgences est fortement lié à l'âge, c'est ainsi que 50% des patients de plus de 75 ans sont hospitalisés, voire 60% pour les plus de 80 ans. Cela est peut être corrélé d'une part à la gravité des pathologies et d'autre part à des facteurs complémentaires comme le niveau d'autonomie et le lien social<sup>65</sup>. L'avancée en âge impacte proportionnellement la consommation de soins et par conséquent les soins hospitaliers. De plus, il est démontré « que les prises en charge hospitalières non ajustées engendreraient des hospitalisations à répétition et allongeraient inutilement les séjours »<sup>66</sup>.

## 1.5 La filière gériatrique est une structure qui balise la prise en soins des personnes âgées fragiles

« Les filières gériatriques ne concernent pas la totalité des personnes âgées de plus de 75 ans, mais uniquement les personnes âgées fragiles » comme le rappelle le gériatre Alain Smaghe<sup>67</sup>.

En effet, ce sont les notions de changement de situation et de risque de perte d'autonomie qui sont sous-entendues lorsque l'on évoque la fragilité. Aussi il est important de bien identifier les personnes à inclure dans le dispositif de la filière pour anticiper les situations de crise les exposant à des risques ou des pertes.

La structuration et la mise en œuvre progressive des filières gériatriques et d'une politique territoriale ces dix dernières années démontrent l'adaptation progressive du système de soins à la problématique du grand âge, en décentralisant l'hôpital qui devient plutôt un support aux nouvelles dispositions, pour restituer aux médecins généralistes un rôle central d'orientation et de coordination. Pointe en trame de fond la nécessité d'aborder les risques sur un versant préventif, modification sensible de la prise en charge jusqu'alors encore très orientée sur le curatif. La filière constitue donc une ressource pour les médecins généralistes, mais aussi pour les professionnels des EHPAD et du secteur médico-social.

Une filière gériatrique de soins complète a pour mission de prendre en charge les maladies chroniques instables nécessitant des soins non programmables et un accès à un plateau technique et les hospitalisations programmables mobilisant tous les maillons de la filière du territoire jusqu'à la réadaptation. Elle propose des avis gériatriques,

---

<sup>64</sup> ARBUZ Georges, *op.cit.* p134

<sup>65</sup> Observatoire régional des urgences de lorraine (ORULOR), *op.cit.* p55

<sup>66</sup> Circulaire DHOS/02/ DGS.SD 5D n° 2002-157 du 18 mars 2002, *op. cit.*

<sup>67</sup> SMAGGHE Alain, FOUCHET François, *Filière gériatrique sur un territoire de santé, exemple de l'ouest vosgien*, Technologie & Santé n°61, avril 2007, p 24

accompagne les sorties d'hospitalisation et intègre la prise en charge de personnes souffrant de pathologie d'ordre psycho-gériatrique. La filière a également pour mission de diffuser la culture gériatrique à tous les stades de la prise en charge<sup>68</sup>.

L'offre de la filière est complète, graduée, et les différents éléments qui la composent sont complémentaires comme le précise la circulaire du 18 mars 2002 : c'est une « organisation qui fédère plusieurs maillons de l'activité gériatrique ». Elle est adossée à un centre hospitalier nommé établissement de santé support, qui est le siège d'une partie de ses composantes : le service des urgences, le court séjour gériatrique, l'équipe mobile de gériatrie et l'hôpital de jour gériatrique assorti des consultations. Elle est complétée sur le territoire de structures de SSR et d'USLD. Les réseaux personnes âgées et CLIC, les hôpitaux de proximité et les structures médico-sociales participent au maillage territorial et complètent la prise en charge gériatrique. Dans les organisations très abouties, un système d'information, de type serveur régional, permet le lien sur l'ensemble du territoire et facilite la transmission d'informations entre les multiples acteurs. C'est un facteur de réussite important au bon fonctionnement de la filière et à la coordination des acteurs du parcours de la personne âgée.

#### 1.5.1 Le court séjour gériatrique

C'est une unité d'hospitalisation spécialisée de minimum vingt lits, qui permet la prise en soins de patients gériatriques connus et suivis pour des pathologies chroniques ou présentant un risque de dépendance important. Ces patients peuvent nécessiter une hospitalisation lors de l'aggravation d'une de leur pathologie chronique ou lors d'une affection aiguë intercurrente ne nécessitant pas une prise en soins en service de spécialité. Ce séjour hospitalier de courte durée et l'intervention de professionnels médicaux et paramédicaux formés en gériatrie permet une prise en charge rapide et adaptée, tout en réinterrogeant les besoins de la personne âgée au travers de l'ajustement du projet personnalisé de soins. Un recours à des soins spécialisés est organisé si la santé du patient le nécessite.

L'organisation du service de court séjour gériatrique doit permettre, privilégier et favoriser l'entrée en hospitalisation directe du patient âgé afin de lui éviter un passage aux urgences. Cela implique donc que des modalités différentes d'accès aux soins hospitaliers soient développées, notamment par la création d'un accès téléphonique pour les médecins généralistes souhaitant obtenir un avis gériatrique ou négocier une hospitalisation directe.

---

<sup>68</sup> VERMOREL Michel, GUETAT Philippe, BOLLIET Jean-Marie, *Filières gériatriques. Un modèle parmi d'autres : la planification de la filière gériatrique en Rhône-Alpes*, Revue Hospitalière de France, n° 526, Janvier-février 2009 pp 36-39

Le mode d'entrée dans cette structure n'exclut pas le passage par les urgences qui doit alors être le plus bref possible.

### 1.5.2 L'équipe mobile gériatrique

Cette équipe mobile intervient en transversalité en collaboration avec les équipes de soins hospitalières mais aussi au sein des structures du territoire. Elle apporte sur demande, la compétence de professionnels spécialisés (gériatre, infirmier, assistant social, secrétaire) au plus près des besoins et à tous les moments de la prise en charge de la personne âgée fragile.

En effet, leur compétence gériatrique peut être sollicitée durant l'hospitalisation pour dispenser des avis, quand l'hospitalisation a lieu dans des services de spécialité par exemple, pour contribuer au projet de soin, mais aussi pour organiser le devenir de la personne au sortir du séjour, voire même à orienter la personne dans la filière gériatrique.

L'EMG joue aussi un rôle essentiel en intervenant dans les services d'urgences pour aider à la bonne orientation du patient âgé fragile, évaluer ses besoins et faire des liens entre les problématiques du patient âgé et l'offre de soins du territoire. Leur intervention favorise à la fois la prise en charge rapide de la personne fragile et une orientation adéquate à sa situation : un court séjour gériatrique, l'organisation du retour à domicile avec une structure ambulatoire voire une entrée en SSR ou un hébergement temporaire. Pour l'EMG le travail « aux urgences s'effectue dans un contexte différent : il n'est pas question d'évaluation fine, mais de détection de patients fragiles dont l'état ne justifie pas d'admission urgente, mais qui pourraient bénéficier d'une entrée programmée avec un plan d'aide et de suivi, permettant d'éviter des retours successifs aux urgences dans un état de plus en plus dégradé »<sup>69</sup>.

L'organisation et le périmètre d'intervention des EMG sont variables d'un établissement à l'autre<sup>70</sup> mais elles interviennent toujours à la demande des équipes.

A l'exemple du CHU de Nantes, l'EMG peut être adossée au service des urgences avec pour mission de faire en sorte que les patients âgés soient bien accueillis dans l'établissement. Leur intervention est intégrée au fonctionnement du SAU, ce qui est possible du fait de l'activité importante d'une telle structure. Il est également vrai que le séjour dans sa globalité est conditionné aux conditions d'accueil mises en œuvre au SAU, que cela soit dans la prise en charge de l'individu (soins, attention, évaluation et prévention des risques liés à l'autonomie) ou dans les orientations qui seront prises pour l'hospitalisation (délais d'attente, choix d'orientation, examens complémentaires).

D'autres organisations sont possibles, comme observé lors des entretiens et visites exploratoires dans des établissements de taille plus modeste : l'EMG est rattachée

---

<sup>69</sup> ROUSSEAU Anne Chantal, BASTIANELLI Jean-Paul, *op.cit.* p3

<sup>70</sup> Les EMG sont ancrées au sein d'établissements hospitaliers

au court séjour gériatrique ou au service de médecine gériatrique et intervient au sein des urgences sur demande. Des outils d'aide à la décision sont alors proposés : lorsqu'une personne âgée est prise en charge, les infirmiers du SAU réalisent une évaluation à l'aide d'une grille de dépistage des risques<sup>71</sup>, le score obtenu indique la pertinence de faire appel à l'EMG.

L'hôpital Cochin qui a mis en place une EMG depuis 2005 en fait un bilan très positif. Cette organisation est bénéfique en matière d'optimisation de la prise en charge des malades âgés. Les professionnels du SAU sont très satisfaits de la collaboration instaurée avec cette équipe. Cela apporte une vraie plus value en terme de rapidité mais aussi de facilité de prise en soin au sein du service des urgences. Ce travail collaboratif au service de la personne âgée fragile facilite aussi son orientation et améliore les rapports avec les familles des personnes accueillies<sup>72</sup>.

L'EMG rencontrée travaille également sur le territoire, avec les réseaux de soins et leur participation aux synthèses du CLIC est une réelle plus value en matière de repérage, de suivi, d'anticipation et de prévention. Les professionnels sont intégrés au dispositif et sont mobiles sur le territoire. En effet, la compétence de ces équipes mobiles gériatrique est également sollicitée sur la totalité du territoire, où elles réalisent des évaluations gériatriques en consultation avancée au sein des structures médico-sociales du territoire ; c'est une réelle plus value dans une politique de prévention. L'adaptabilité d'intervention mais aussi sur la souplesse de fonctionnement de l'EMG est un gage de réussite du dispositif. Le financement de ces expérimentations territoriales repose cependant sur un fond d'intervention régional (FIR) et doit donc faire ses preuves pour être reconduit.

Il est également reconnu que les interventions de l'EMG menées au contact des professionnels produisent une formation informelle mais efficace en matière de soins gériatriques<sup>73</sup>, ce qui dans le contexte actuel concourt à une meilleure qualité de prise en charge des personnes âgées dans les secteurs de soins de spécialité.

### 1.5.3 Unité de consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique

Cette unité d'hôpital de jour (HDJ), à l'interface entre la médecine de ville et la médecine hospitalière, constitue une des principales portes d'entrée de la personne âgée fragile dans la filière de soins gériatriques. Cette structure permet aux médecins traitants de disposer d'une évaluation complète gérontologique médico-psycho-sociale et de s'appuyer sur une expertise gériatrique pour envisager la prise en charge de leurs

<sup>71</sup> Au SAU utilisation de la Grille TRST : Triage Risk Screening Tool = outil de dépistage et triage des risques pour les patients âgés – En unité de soins utilisation de la grille SEGA

<sup>72</sup> BLOCH Frédéric, BAYLE Catherine, SCHWALD Nathalie et al., *Expérience d'une équipe mobile de gériatrie aux urgences*, Soins Gérontologie n° 64, mars/avril 2007, pp 29-32

<sup>73</sup> CUDENNEC Tristan, GALIANO Odile, *Sensibiliser les services de spécialité au soin gériatrique via l'EMG*, Soins Gérontologie n° 64, mars/avril 2007, pp 22-24

patients âgés pour qui ils ont repéré un problème, qu'ils soient à leur domicile ou en structure d'hébergement. Ces bilans gériatriques sont facilement accessibles sur prescription du médecin généraliste et en accord avec le gériatre responsable de l'HDJ.

Outre l'évaluation gériatrique, l'HDJ peut également permettre prise en charge de soins non réalisables au domicile comme les transfusions, certaines actions d'éducation thérapeutiques ou le traitement de plaies très complexes.

Une consultation mémoire, déterminante dans la prise en charge des patients présentant des troubles cognitifs ou comportementaux, complète l'offre de soins de l'unité de consultation.

#### 1.5.4 L'évaluation gériatrique

Le terme d'évaluation gériatrique peut recouvrir plusieurs niveaux d'intervention et derrière ce terme les notions d'anticipation et de prévention sont prégnantes.

##### **L'évaluation gériatrique standardisée**

Cette évaluation permet la prise en compte de nombreux facteurs qui signent la fragilité, comme entre autres, l'autonomie dans les activités quotidiennes, les fonctions cognitives, l'état psychique, l'évaluation de la douleur, le contexte de vie<sup>74</sup>... C'est un moyen de réaliser un bilan médical approfondi de la personne âgée en risque de perte d'autonomie et d'apporter un diagnostic médical.

L'évaluation gériatrique n'est pas une urgence mais doit s'effectuer assez rapidement après l'hospitalisation pour être bénéfique dans la prise en charge du patient. L'idéal pour une personne âgée fragile est de pouvoir bénéficier de cette évaluation gériatrique avant qu'un problème de santé intercurrent ne vienne déstabiliser l'équilibre en place.

##### **Les échelles d'évaluation gérontologique**

Ces outils d'évaluation sont nombreux. Pour certains, ils sont une aide à la décision et orientent les équipes sur la nécessité de faire appel ou non à l'EMG. Pour d'autres, ils permettent l'exploration plus fine de différents domaines comme la cognition, la nutrition, la mobilité, la dépendance ou encore la dépression ; ils peuvent indiquer la nécessité d'investigations complémentaires. Cependant, ces outils nécessitent de savoir les utiliser d'une part et de savoir les interpréter d'autre part<sup>75</sup>. Citons la grille AGGIR (autonomie gérontologique – groupe iso ressources), qui est utilisée pour mesurer le

---

<sup>74</sup> AUGER Marie Claire, *Les EMG, une réponse aux besoins gérontologiques des services hospitaliers non gériatriques*, Soins Gérontologie n° 64, mars/avril 2007, p 25

<sup>75</sup> VOISIN Thierry, LAURENT Béatrice, *Du bon usage des échelles d'évaluation gérontologiques en unité mobile de gériatrie*, Soins Gérontologie n° 64, mars/avril 2007, p 26

degré de perte d'autonomie de la personne et est nécessaire pour l'attribution de l'APA (allocation personnalisée pour l'autonomie).

#### 1.5.5 Unité de soins de suite et de réadaptation

La prise en charge au sein des SSR a pour objectif de prévenir ou de réduire les conséquences que peuvent engendrer les déficiences et limitation de capacités chez l'individu en visant la réadaptation à la vie habituelle. Il existe des SSR gériatriques, qui sont un des maillons du dispositif de la filière et sont en capacité de prendre en charge les patients âgés, en hospitalisation complète ou partielle et dont l'action est centrée sur le maintien de l'autonomie existante et la prévention du risque de dépendance. Que la personne vienne du domicile en entrée directe ou suite à un parcours hospitalier, qu'il soit chirurgical ou médical, le rôle des professionnels du SSR est d'optimiser les chances de récupération fonctionnelle du patient âgé pour espérer un retour dans son milieu de vie habituel ou à défaut à construire son projet de vie. Pour cela, au sein des ces structures, les outils et moyens d'évaluation gériatrique sont disponibles et le projet personnalisé de soins est développé dans la perspective de la sortie.

#### 1.5.6 Unité de soins de longue durée

L'USLD est une structure sanitaire prévue pour l'hébergement des personnes âgées ayant perdu leur autonomie et dont l'état de santé nécessite une surveillance et des soins médicaux constants. C'est donc dans un stade ultime de la prise en charge que l'unité de soins de longue durée a sa place. Elle offre une médicalisation continue au patient âgé souffrant de pathologie lourde.

## 2 Le constat réalisé avec les professionnels de terrain permet de mettre en évidence des objectifs à atteindre et ouvre une grande part à la créativité

### 2.1 Il existe plusieurs raisons au fait que les personnes âgées entrent à l'hôpital préférentiellement par les services d'urgences

#### 2.1.1 La personne âgée est adressée aux urgences parce que c'est plus facile et plus rapide pour le médecin généraliste

La démographie médicale en baisse ces dernières décennies explique le recours régulier au SU évoqué en préambule dans le cadre de la permanence d'accès aux soins. « Les personnes âgées dépendantes adressées aux urgences semblent, dans les avis exprimés, souvent relever d'un manque d'anticipation, voire de projet de soins, ce qui est attribué à une très faible densité médicale dans les structures médico-sociales »<sup>76</sup>.

Cette pénurie médicale implique également des modifications de pratiques en ce qui concerne les personnes âgées. En effet, à plusieurs reprises lors des entretiens menés, la notion de manque de temps a été évoquée. Selon plusieurs médecins rencontrés, en dehors d'un contexte d'urgence vraie, ce manque de temps serait responsable d'un bon nombre d'orientation de patients âgés vers le service d'urgence. « Il est plus rapide de rédiger une lettre en cinq minutes que de chercher un collègue hospitalier pour négocier une hospitalisation [...] on tombe sur le secrétariat qui ne sait pas où trouver le médecin qu'on cherche [...] on perd trop de temps et en plus les numéros<sup>77</sup> ne sont jamais à jour »<sup>78</sup>.

Au travers de ces propos, il transparait que l'adressage des patients aux urgences serait une solution la plus rapide et plus efficace mais également plus facile pour le médecin généraliste. Cette pratique est confirmée dans une étude sur les usagers des urgences de 2013 : alors que 70 % des usagers des urgences se présentent aux urgences sans avis médical, au-delà de 80 ans, deux tiers des usagers sont adressés aux urgences par un médecin »<sup>79</sup>.

De plus, certains estiment ne pas avoir de connaissance particulière ou pas contact suivi avec leurs collègues hospitaliers et n'ont donc pas de réseau pour adresser leur patient directement à un service compétent. Un généraliste confirme que même en ayant la volonté d'organiser une entrée, il lui manque une modalité de contact. Par défaut

---

<sup>76</sup> VUAGNAT Albert, *Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ?* Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) - Le panorama des établissements de santé – 2013, pp 20-21

<sup>77</sup> Entendre : les numéros de téléphone

<sup>78</sup> Propos issus d'un entretien avec un médecin généraliste

<sup>79</sup> CARRASCO Valérie, BAUBEAU Dominique, *op.cit.* p 4

d'interlocuteur, même non médical précise-t-il, il adresse certains de ses patients fragiles au service d'urgences.

→ **Les médecins généralistes doivent pouvoir accéder facilement à un confrère hospitalier pour obtenir un avis et négocier des entrées directes en hospitalisation pour leurs patients âgés**

### 2.1.2 La personne âgée est adressée aux urgences par manque d'anticipation de la dégradation de son état de santé

Deux des médecins rencontrés estiment que les modalités d'organisation du travail de la médecine de ville impactent également la prise en charge des personnes âgées. En effet, les médecins généralistes réalisent aujourd'hui beaucoup moins de visites à domicile, ils manquent donc souvent d'opportunités d'évaluation de l'autonomie de leurs patients âgés dans leur environnement de vie. « En ville, l'évaluation de l'état de santé d'une personne âgée fragile est moins facile qu'en EHPAD, moins fine aussi car le patient n'est pas vu par des professionnels tous les jours » m'explique un médecin traitant.

Au fur et à mesure que la personne vieillit, la fragilité s'installe petit à petit, l'autonomie se réduit progressivement, l'état de santé se dégrade ; même pour une personne suivie régulièrement, cela peut aboutir à une situation de crise nécessitant une prise en charge hospitalière relativement rapide.

Selon l'organisation mise en place, les médecins généralistes peuvent cependant s'appuyer sur des professionnels libéraux, des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou les associations d'aide à domicile pour exercer un relai d'information quant à l'état de santé de leurs patientèle âgée. Ce maillage de professionnel fonctionne bien dans certaines régions comme celle explorée. Ceci est dû à une forte cohésion impulsée par le CLIC donnant lieu à des réunions régulières de professionnels du domicile mais aussi de filière gériatrique lien avec les structures hospitalières. Les infirmières et professionnels sociaux du terrain connaissent les rouages de la filière et les modalités de son fonctionnement. Cependant, l'exploitation des informations transmises au médecin généraliste est parfois décevante, comme l'illustre le propos d'une assistante sociale de filière gériatrique : « il arrive qu'un signalement soit fait au médecin généraliste pour informer de la nécessité de réaliser une évaluation gériatrique mais non suivi d'effet [...] alors qu'il suffit de faire une prescription d'hospitalisation de jour ».

Face à la fragilité des personnes âgées maintenues à domicile, les médecins généralistes rencontrés n'évoquent pas spontanément la possibilité de recourir à une

évaluation gériatrique qui leur permettrait d'avoir un bilan précis, évaluant les facteurs de risque d'entrée dans la dépendance.

Un médecin d'une autre région déplorait d'être parfois alerté très tardivement par les auxiliaires de vie ou aides soignantes intervenant au domicile. Selon lui, dans de nombreuses situations, il aurait pu intervenir plus tôt. Plusieurs raisons à cela sont décrites, soit les professionnels de terrain ont négligé certains signes d'alerte annonciateurs, « ah oui c'est vrai qu'il mange moins bien depuis quelques jours... », soit parce que la personne âgée elle-même est réticente au fait de faire appeler le médecin. Les proches s'inquiètent parfois moins vite du fait de l'intervention de professionnels au domicile qu'ils estiment souvent plus à même de juger de l'état de santé de leur aïeul, ce qui peut retarder l'appel fait au médecin. Hormis lorsque des infirmières interviennent, ce médecin estime que les professionnels du domicile sont parfois moins pertinents pour évaluer un problème de santé et l'alerte est donnée plus tardivement. Cela implique la nécessité d'un travail collaboratif et formatif continu de ces professionnels du domicile.

→ **Les médecins généralistes doivent pouvoir s'appuyer sur des professionnels compétents en gériatrie pour prévenir le risque d'hospitalisation non préparée**

### 2.1.3 Il existe peu de relations professionnelles directes entre les médecins de ville et les praticiens hospitaliers

Les relations entre les praticiens hospitaliers et médecins généralistes sont souvent compliquées, empreintes d'incompréhension, comme le souligne le docteur COPPIN, urgentiste au CHU de Toulouse, qui ajoute que les praticiens hospitaliers font souvent un procès d'intention aux médecins généralistes « de ne pas prendre le patient en charge suffisamment longtemps, de passer la main trop tôt à l'hôpital [...] quant à eux, ils nous voient salariés à plein temps dans notre tour d'ivoire, avec des moyens que nous n'avons pas, sans imaginer forcément les conditions de travail aux urgences »<sup>80</sup>.

Ce propos est relayé par un médecin généraliste qui estime que les pratiques de collaboration sont parfois difficiles à maintenir, surtout quand il n'existe pas de facilités pour joindre les collègues hospitaliers. Il évoque également « une sorte de rivalité » entre la médecine de ville et la médecine hospitalière. Il est vrai que comme ce fut le cas pour la prise en charge des patients cancéreux, « après avoir limité le rôle des médecins généralistes pour s'assurer le monopole des traitements, les spécialistes les "réinvoquent" au chevet des malades »<sup>81</sup>.

<sup>80</sup> ARBUZ Georges, *op.cit.* pp135-136

<sup>81</sup> HERVOUET Lucile *Hôpital et médecine de ville face au cancer : les enjeux de la coordination de la prise en charge des malades atteints de cancer au sein de réseau de santé*, Doctorat de sociologie, Paris, Université Descartes, avril 2012, p 52

Les échanges entre pairs sont pourtant fondamentaux pour la prise en charge des patients mais aussi pour faire connaître l'offre de soin. Lors de la mise en place d'une équipe mobile gériatrique (EMG), un gériatre accompagné d'une infirmière et de l'assistante sociale de la filière gériatrique ont réalisé une action de communication auprès de médecins généralistes et médecins coordonnateurs du bassin de recrutement de l'hôpital, pour présenter les possibilités de prise en charge des personnes âgées fragiles sur le territoire. « On a bien pris conscience qu'il fallait les rencontrer physiquement et se déplacer car un courrier ne suffit pas pour présenter le dispositif » précise l'assistante sociale. Les généralistes apprécient cette démarche et accueillent favorablement un dispositif qui leur est présenté comme aidant et facilitant ajoute le gériatre de l'EMG.

Il est notable de constater que la communication de l'offre de soins est fondamentale mais passe par des canaux particuliers. En effet, comme le précise le directeur d'hôpital « La filière gériatrique mise en place est méconnue des médecins libéraux et même des praticiens internes à l'hôpital ! [...] Pour bien faire connaître l'offre de soins d'un hôpital, il est nécessaire que les praticiens hospitaliers eux-mêmes la présentent et aillent se faire connaître de leurs collègues en ville [...] C'est de pairs à pairs que les messages passent [...] et c'est valable pour toutes les spécialités » précise t-il.

Ce propos pointe l'importance de faire connaître l'offre de soins au sein même de l'établissement support de la filière. En effet, du point de vue du cadre des urgences, mais aussi du gériatre de la filière, le court séjour est nettement sous utilisé parce que son existence comme ses modalités d'entrée directe ou ses attributions sont méconnues des professionnels libéraux mais aussi des personnels intrahospitaliers.

→ **L'hôpital doit se donner les moyens de faire connaître son offre de soins gériatrique aux médecins généralistes mais aussi au sein de sa propre communauté médicale**

2.2 L'évolution des modes d'entrée en hospitalisation impose un changement de culture et de pratiques aux soignants

2.2.1 L'entrée directe en hospitalisation n'est pas habituelle et des freins existent à la mise en œuvre de cette pratique

Alors qu'il me décrit le fonctionnement du court séjour gériatrique de l'établissement, le gériatre en charge de cette unité évoque très rapidement les difficultés de fonctionnement liées aux entrées directes. En effet, la notion d'entrée directe en hospitalisation est relativement nouvelle, et historiquement, les modalités d'entrée des patients à l'hôpital sont de deux ordres.

D'une part les entrées programmées et organisées, pour lesquelles des pré-admissions existent. Le patient est attendu et les soins à réaliser sont liés à une intervention, un protocole de soins ou à un examen ; ils sont décrits et intégrés dans un processus préparatoire normalisé ce qui rend cette modalité connue et admise des professionnels.

D'autre part les entrées non programmées, relevant d'un contexte d'urgence ou non, mais transitant très majoritairement par le service des urgences. Le patient se présente à l'hôpital et c'est en fonction du diagnostic posé et de la nature des soins dont il va devoir bénéficier que l'orientation vers une hospitalisation se fera le cas échéant. Le patient est longuement pris en charge par l'équipe des urgences, il bénéficie des examens et soins immédiatement nécessaires au sein du SAU et lorsqu'il arrive dans l'unité de soins, il est déjà partiellement pris en soins : le patient arrive « préparé ».

A contrario, lorsqu'il s'agit d'une entrée directe dans le service, cela change tout ! L'équipe doit mettre en œuvre tous les soins habituellement réalisés dans le service d'urgence : la prise de sang, l'éventuel électrocardiogramme, le recueil de données administratives, la pose éventuelle d'une voie veineuse ou d'autres dispositifs... qui se rajoutent à l'installation et à l'accueil du patient dans sa chambre. L'équipe se plaint alors de la charge de travail que représentent ces entrées directes précise le gériatre : « on observe que les équipe n'aiment pas faire des entrées directes [...] c'est plus lourd en soins car quand le patient entre par les urgences, il arrive avec tous les examens réalisés, voire même souvent plus que ce qui serait nécessaire ! »

« Une fois, alors que je préparais une entrée directe, une infirmière m'a répondu d'orienter le patient aux urgences, que cela était plus simple ! » m'explique navrée l'assistante sociale. A quoi elle ajoute « ce qui me choque c'est que les professionnels ne pensent pas à l'intérêt des personnes âgées, c'est leur petit confort de vie, c'est leur structure avant tout et le reste c'est après ! ».

Ces exemples illustrent bien la nécessaire acculturation qui doit s'opérer dans les structures hospitalières. L'intérêt de la prise en charge directe, courte, appropriée des personnes âgées n'est pas encore une évidence pour les soignants, bien qu'ils n'ignorent pas les conséquences délétères qu'un passage long aux urgences peut avoir pour une personne fragile.

→ **L'hôpital doit mettre en place des organisations  
d'accueil des patients âgés en entrée directe  
qui soient acceptées et légitimées par les soignants**

### 2.2.2 La pénurie de lits est un motif de difficultés pour répondre aux besoins d'hospitalisation souvent révélateur d'une mauvaise organisation hospitalière

En effet, la « course au lit » est évoquée très régulièrement par les professionnels. Cette régulière pénurie de lit disponible est pour beaucoup le reflet d'une organisation hospitalière défailante, notamment en matière d'anticipation des sorties, mais pas seulement ; l'organisation générale et les outils mis en place ont un rôle important.

La difficulté pour obtenir une vision de l'occupation des lits la plus proche de la réalité est plurifactorielle, liée d'une part au système d'information déployé et d'autre part à la volonté des équipes de soins à opérer les mouvements des patients en temps réel.

« Il n'existe pas de système qui soit exhaustif, mais il faut savoir où l'on met le curseur du pourcentage d'informations fiables ». Pour ce directeur des soins de clinique privée ayant initié un solide programme d'accueil et de parcours dans son établissement, le problème des hôpitaux réside essentiellement dans le fait que les parcours ne sont pas formalisés et que les liens ne soient pas faits entre la programmation, la gestion des lits et l'utilisation des ressources disponibles. Pour que cela fonctionne, il est essentiel que tout passe par une « tour de contrôle » ayant une vision sur l'ensemble de l'offre non seulement de lits mais aussi des prestations et ressources qui y sont attachées.

La conjoncture économique actuelle ne permet plus aux établissements d'être surdimensionnés : un lit vide, c'est un lit sans activité donc sans recette. Face à la nécessaire rationalisation des moyens, l'hôpital est confronté à la nécessité d'adapter son mode de fonctionnement et de réguler les flux de patients pour pouvoir répondre aux besoins de la population de son territoire.

→ **Une gestion des lits efficace impose une réflexion sur les parcours intra-hospitaliers et les processus de prise en soins**

### 2.2.3 La contractualisation instaure une collaboration plus étroite entre les établissements médico-sociaux et la filière gériatrique

La contractualisation des EHPAD avec les acteurs de la filière est nécessaire pour faciliter les accès, éviter le passage aux urgences et faciliter l'accès direct en court séjour gériatrique. Mais « il s'agira, au-delà de conventions signées [...] de s'attacher à résoudre concrètement les ruptures de prise en charge dont souffrent les usagers»<sup>82</sup>.

Des conventions existent entre les structures médico-sociales et la filière gériatrique. Elles améliorent considérablement les relations entre les différents acteurs de

<sup>82</sup> LAFORCADE Michel, *Continuité du parcours de soins, contribution d'une ARS et des professionnels de santé*, Revue hospitalière de France, n° 539, mars avril 2011, p 15

la prise en charge, en fluidifiant les parcours, notamment en ce qui concerne la programmation d'entrée et l'organisation des sorties d'hospitalisation, mais aussi en élaborant des outils de liaison entre les structures. La signature d'une convention peut lier un grand nombre d'établissements, à l'instar de celle signée dans un territoire du Nord de la France entre un centre hospitalier et vingt et un établissements médico-sociaux (EHPAD, SSIAD ou encore foyer logement)<sup>83</sup>.

Cependant, malgré ces dispositions, il existe des situations qui ne permettent pas la mise en œuvre des termes du contrat. Un médecin coordinateur déplorait que régulièrement le service de court séjour ne puisse parfois pas répondre favorablement à une demande d'entrée directe relativement rapide faute de place disponible.

Ce manque de place dans le service de court séjour s'explique par un phénomène d'engorgement régulier des lits ; deux raisons principales sont citées par les professionnels. D'une part, l'allongement de la durée de séjour initialement prévue du fait de l'aggravation de l'état de santé de la personne âgée. D'autre part des difficultés liées à certains SSR qui ne « jouent pas le jeu » et tardent à réintégrer la personne âgée qu'ils avaient confiée au court séjour. Un travail régulier d'évaluation des collaborations entre les unités formant la filière permet de mettre en évidence ces dysfonctionnements et de réajuster les pratiques.

→ **Une collaboration de confiance doit s'instaurer  
entre les « maillons » de la filière  
pour cela l'évaluation régulière des pratiques est nécessaire**

#### 2.2.4 L'entretien de collaborations fortes avec les professionnels libéraux et leur implication dans la prise en charge hospitalière est un facteur de réussite

La culture de fidélisation est fortement ancrée dans le secteur privé et conditionne fortement les modalités d'accueil des usagers. « Nous avons une vision différente car nous savons que si nous ne répondons pas à l'attente de l'utilisateur, il partira à la concurrence [...] nous nous donnons les moyens de pouvoir accepter toutes les demandes d'entrée ». Et au-delà de la logique de part de marché, pour obtenir un résultat, c'est une réelle attention qui est portée d'une part aux besoins des clients et d'autre part à la demande des médecins généralistes ou des professionnels paramédicaux.

Le dispositif observé dans la clinique privée, montre l'attention particulière qui est portée à la collaboration étroite avec la pratique de ville. Le système d'information est

---

<sup>83</sup> Les CH de Seclin et Carvin s'engagent avec 21 ESMS à améliorer le parcours des personnes âgées, article publié le 23 septembre 2014 dans HOSPIMEDIA.

conçu de manière à rendre les informations disponibles aux professionnels libéraux qui vont poursuivre la prise en charge. Ce partage via un serveur sécurisé, concerne une partie du dossier patient, mais aussi l'accès rapide à la lettre de sortie dématérialisée, aux prescriptions médicamenteuses et paramédicales diverses, ceci durant le séjour mais aussi dès la sortie effective du patient. De plus, l'accès aux coordonnées téléphoniques des médecins de l'établissement est facilité par la mise en place d'un annuaire numérique sur le site de l'établissement.

La mise en place de ce dispositif a été évaluée par les médecins utilisateurs : ils s'y retrouvent en gain de temps et en fiabilité des informations transmises, ils apprécient la concertation et le suivi qui s'installent entre la structure de soins et les professionnels de ville. Cette notion de satisfaction des médecins libéraux est fondamentale, impliquante et concourt à les mettre en confiance. Cette expérience illustre très bien les orientations que l'hôpital d'aujourd'hui doit prendre : ouvrir des accès facilités aux informations de suivi et de prise en charge des patients et être plus accessible à la médecine de ville.

→ **Il est nécessaire de mettre en œuvre des outils communs entre l'hôpital et les généralistes, professionnels libéraux, pharmaciens, paramédicaux... pour éviter les ruptures de prise en charge**

#### 2.2.5 L'évaluation gériatrique, base de l'élaboration du projet de soins personnalisé est encore sous utilisée dans les EHPAD

Il serait souhaitable que chaque résident d'EHPAD bénéficie d'un bilan gériatrique annuel<sup>84</sup>. Cela semble effectivement indispensable pour répondre justement à ses besoins et intégrer la personne dans les choix qui s'imposent au regard de son état de santé. Mais cette pratique n'est pas encore ancrée au sein de tous les EHPAD du territoire, précise l'assistante sociale de la filière, probablement du fait que les médecins traitants ne soient pas encore assez sensibilisés à l'intérêt d'une telle évaluation. Une EHPAD du territoire se distingue des autres en ayant pris conscience que l'entrée en hébergement est déjà le signe d'une fragilité existante. Cet établissement propose donc dans son projet de prise en charge, la réalisation d'une évaluation systématique des résidents à leur entrée. Cette évaluation implique l'intervention du médecin coordinateur, d'un ergothérapeute et si nécessaire d'une psychologue et d'une assistante sociale. Elle est renouvelée autant que nécessaire et permet l'élaboration concertée avec le résident de son projet de soins personnalisé, tout en intégrant son projet de vie. Adossée à un établissement, cet EHPAD fait également appel au gériatre pour obtenir des avis spécialisés, notamment des consultations « mémoire ». Cette pratique, assez avant-

---

<sup>84</sup> VIGOUROUX Philippe, JEANDEL Claude, *op.cit.* p 10

gardiste puisqu'elle est réalisée depuis de nombreuses années au sein de l'établissement est régulièrement citée en exemple sur la région.

Pour le gériatre de la filière, la mise en place de l'EMG est un levier pour faire évoluer les pratiques. En effet, il lui semble profitable que l'EMG intervienne au sein des EHPAD du territoire pour apporter une compétence gériatrique (médicale et paramédicale) en soutien aux médecins généralistes qui ne sont pas forcément spécifiquement formés. Ces interventions avancées de l'EMG ont également l'intérêt de créer un réseau médical collaboratif autour de la personne âgée en décroissant le sanitaire et le médico-social. Ainsi une relation plus tangible se met en place entre les professionnels, ce qui rend les médecins généralistes plus enclins à solliciter leur collègue gériatre et à adresser directement leur patient à risque en court séjour quand cela est nécessaire

→ **Pour favoriser les entrées directes quand une hospitalisation s'impose, il est souhaitable de faciliter l'intervention de l'équipe mobile gériatrique dans les établissements médico-sociaux du territoire**

#### 2.2.6 La culture du risque de perte d'autonomie n'est pas ancrée dans les pratiques par manque de connaissances voire de compétences gériatriques

Le gériatre, qui organise un passage hebdomadaire dans les services de chirurgie du CH constate que ses collègues méconnaissent son rôle qui est un rôle d'orientation, de conseil et d'aide à la prise en charge et à la prescription. En effet, certains chirurgiens se déclarant incompetents pour gérer les problèmes médicaux chroniques des personnes âgées attendaient beaucoup plus qu'un avis gériatrique : ils souhaitaient une prise en charge complète des problématiques médicales de leur patients, les déléstant ainsi de cette tâche qu'ils ne souhaitent pas réaliser. Le gériatre de l'EMG qui ne prescrit pas mais donne un avis spécialisé et des conseils thérapeutiques évoque donc des difficultés à travailler en collaboration avec certains praticiens et indique qu'il y a encore un long travail d'apprentissage de cette nouvelle culture de prise en charge à réaliser.

Cette observation médicale indique les difficultés que peuvent avoir certains praticiens à prendre en charge les problématiques du grand âge voire à s'en désintéresser et indique la nécessité de conforter les compétences gériatriques, des professionnels hospitaliers.

Un corolaire peut être fait également en ce qui concerne certains professionnels paramédicaux qui manquent de bon sens et ne sont pas encore imprégnés de la culture du risque. « Les soignants ne s'interrogent pas assez sur leur pratiques [...] ils confondent prendre en soin et prendre en charge à 100% ! [...] ils ne s'interrogent pas quand ils

installent vite fait une grande-mère, la déshabille pour la mettre en chemise de nuit et au lit, alors que la veille, elle faisait elle-même sa soupe et épluchait ses carottes ! » Cette remarque d'un cadre supérieur est spontanée mais tellement illustrative de ce brusque changement de repères que génère l'hospitalisation dans la vie d'une personne âgée. Elle image parfaitement la prise en charge parfois infantilisante que les soignants peuvent mettre en œuvre. Tout en pensant être aidants et sans volonté de nuire, les soignants travaillent souvent de manière routinière et stéréotypée, sans tenir compte des potentiels risques de perte d'autonomie que présente une personne âgée. Le vieillissement des usagers impose une révision permanente des pratiques, une recherche de sens et une évaluation individuelle des risques.

→ **Pour permettre le développement d'une culture gériatrique,  
il est nécessaire de promouvoir la formation médicale et paramédicale  
au sein des institutions hospitalières**

### 2.3 Une organisation innovante : un service intermédiaire proposant une alternative au séjour prolongé des personnes âgées dans le service d'urgence : la PUOG

Lorsque la personne âgée est confiée au service des urgences, à défaut d'éviter ce passage, il est possible d'en réduire la durée en évitant la contrainte de la recherche d'un lit d'aval intrahospitalier. Certaines organisations hospitalières ont ainsi expérimenté une structure de prise en charge innovante : une unité de post urgence d'orientation gériatrique (PUOG).

C'est dans le cadre d'une réflexion globale sur l'accueil aux urgences que ce CHU a révisé ses modalités de prise en charge de la personne âgée. En effet, pour mieux gérer l'affluence croissante des patients âgés au sein de l'unité, les professionnels ont instauré de nouvelles pratiques. Outre l'organisation de l'accueil distingué en un circuit debout et circuit couché, l'appel de l'équipe mobile de liaison gériatrique pour participer à la prise en charge des personnes âgées fragiles s'est systématisé. L'orientation est rapide, le projet de soins et de vie de la personne âgée est très vite abordé.

En parallèle de ces nouvelles pratiques, deux unités de post urgence ont été mises en place : unité de post urgence polyvalente l'UPUP et la PUOG. La PUOG offre la possibilité d'accueillir très rapidement, 24h/24h, les patients âgés provenant des urgences dans un service spécialisé en gériatrie et gérontologie, améliorant *de facto* une meilleure fluidité dans le service d'urgence.

Cette structuration offre plusieurs avantages. Tout d'abord, elle procure un confort de prise en charge pour la personne âgée qui est rapidement installée dans une chambre et n'attend plus le primo diagnostic sur un brancard inconfortable dans un couloir des urgences, limitant ainsi le risque de perte d'autonomie.

De plus, cette orientation rapide dans un service compétent en gériatrie permet d'éviter la dispersion des patients âgés dans les services de spécialité<sup>85</sup> concourant ainsi à réduire la durée globale des séjours des plus de 75 ans<sup>86</sup>. Pour la PUOG, l'objectif de durée moyenne de séjour (DMS) fixé initialement était de moins de 7 jours, cependant, au regard du bilan, la DMS est supérieure à 10 jours.

Pour les médecins des urgences, cette organisation est satisfaisante à plusieurs titres. D'une part l'intervention « de spécialistes de la gériatrie » est une aide appréciée qui permet que les personnes âgées ne restent plus à attendre une solution d'aval au sein des urgences. D'autre part, cette possibilité de prise en charge rapide dans un secteur de soins plus approprié les soulage de chercher des lits et c'est un gain de temps non négligeable.

En parallèle, le service de PUOG pourvu de gériatres, met une ligne téléphonique nommée « Vill'Hop » à disposition des professionnels libéraux. Cette offre n'étant pas spécifiquement financée, le choix est donc fait de l'inclure dans l'activité des gériatres de ce service.

## 2.4 L'évolution de la PUOG vers une unité gériatrique d'entrée directe : l'UGED

Pour mieux répondre aux besoins des patients âgés ainsi qu'à la forte demande d'entrées directes des médecins libéraux, des médecins d'EHPAD ou de SSR, l'établissement a fait évoluer son offre de prise en charge pour ouvrir secondairement une unité gériatrique d'entrée directe (UGED) en modifiant la PUOG, tout en laissant en place l'UPUP.

En effet, c'est une évolution naturelle des demandes d'admissions directes, révélée par le succès de la ligne téléphonique Vill'Hop qui motive l'évolution de l'offre de soins de cet établissement. Le bilan de l'utilisation de la ligne téléphonique après un an de mise en place est positif et représente deux à trois appels par jour pour demande d'avis gériatrique. L'orientation ou la programmation d'entrées directes sont facilitées par les avis gériatriques dispensés par les médecins de l'UGED. Aussi, en proposant des modalités d'entrées directes, programmées ou non, tout en maintenant en cas de besoin

---

<sup>85</sup> En effet, à défaut de place *ad hoc* disponible, le patient est placé en « hébergement » dans un lit disponible de l'établissement, même si cette place ne correspond pas vraiment à ses besoins

<sup>86</sup> Dans un second temps, le patient sera orienté un service de spécialité, si son état de santé le nécessite.

des possibilités d'accueil de patients provenant des urgences, l'UGED propose un accueil dédié aux personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

Cette structure fonctionne sur le mode du court séjour gériatrique, réalisant des évaluations gérontologiques, des bilans cognitifs et toutes prises en charges gériatriques nécessitant une hospitalisation, en dehors d'un tableau d'urgence vitale. Cependant, forte de l'expérience de la PUOG, les objectifs en matière de durée de séjour sont plus souples et fixés à 12 jours, temps estimé raisonnable et nécessaire pour traiter le problème aigu, élaborer le projet de soins et organiser une solution d'aval à l'hospitalisation.

Les professionnels sont formés et ont une compétence gériatrique qui leur confère une culture de prévention des risques liés à la fragilité de la personne âgée.

Cet exemple d'organisation montre la possible adaptation des organisations aux besoins et aux demandes de la population de son territoire. Il est cependant nécessaire de réaliser l'évaluation des dispositions mises en place pour les faire évoluer et de jauger la satisfaction des partenaires de l'hôpital. C'est sur ce point que les établissements hospitaliers doivent intensifier les efforts pour rester compétitifs et attractifs, respectueux des usagers mais aussi des partenaires libéraux.

### 3 Le directeur des soins est le promoteur d'un changement culturel impulsant de nouvelles pratiques d'accueil et de prise en charge des personnes âgées fragiles

Promouvoir un changement de culture est certes ambitieux mais indispensable. Les valeurs qui guident toute cette démarche conduisent à toujours recentrer les actions proposées sur un objectif principal : offrir les meilleurs soins à la personne malade ou en difficulté de santé, tout en gardant comme corollaire de ne pas lui être délétère.

Les hypothèses émises ont été vérifiées et de nouveaux éléments de compréhension du contexte enrichissent la réflexion, pour permettre d'apporter des réponses au questionnement central de ce travail :

#### **En quoi le directeur des soins peut-il apporter sa contribution pour coordonner et améliorer le parcours des personnes âgées fragiles, notamment pour organiser leur entrée en hospitalisation en évitant ou écourtant le passage dans un service d'urgences ?**

Comme le montrent les différents points de vue des professionnels, la prise en charge de la personne âgée est pluridisciplinaire, nécessitant des compétences spécifiques et une structuration de l'offre de soin répondant au juste besoin. C'est donc dans la mise en œuvre d'une politique basée sur la collaboration des tous les acteurs de la filière gériatrique que le directeur des soins a un rôle à jouer pour améliorer la prise en charge des personnes âgées au sein de la structure hospitalière.

L'ouverture de l'hôpital à d'autres partenaires est un changement de fonctionnement conséquent, rendu nécessaire par les évolutions contextuelles et sociétales. Cette politique d'ouverture, portée par les ARS se décline dans les projets d'établissement et se négocie dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

Au niveau de l'établissement, le directeur des soins participe à la conduite de ce changement à plusieurs niveaux. Membre du directoire, il participe aux choix stratégiques, en collaboration avec l'équipe de direction et en concertation avec le corps médical qui y est représenté. Il est force de proposition pour l'élaboration d'un projet de soins médical et soignant porteur de sens et répondant aux nécessités d'évolution de la prise en charge des patients âgés, pour faire reconnaître la filière gériatrique au sein du territoire.

C'est en concertation et en collaboration avec le président de la commission médicale d'établissement, les chefs de pôle, les membres de l'encadrement et de la commission des soins infirmiers, rééducateurs et médico-techniques que le directeur des soins propose des axes d'amélioration de la prise en charge de la personne âgée et pour ce qui concerne ce travail spécifiquement lors de son entrée.

Cette démarche implique le décroisement de l'hôpital et son ouverture vers des collaborations avec tous les acteurs de la prise en charge à domicile. Elle exige également la mise en œuvre d'axes permettant d'éviter un passage aux urgences mais aussi l'amélioration des conditions d'accueil et de la prise en soins des personnes âgées au sein du SAU.

Le directeur des soins concourt par ses actions à provoquer des travaux avec les partenaires extrahospitaliers, visant ainsi à intégrer la filière gériatrique dans un réseau gérontologique.

La recherche contextuelle réalisée et la phase d'analyse des divers témoignages ont permis de poser des constats qui sont la base des grandes orientations choisies pour proposer des axes de travail et un plan d'actions. La déclinaison des actions proposées se fera sous forme de fiches/actions, déclinant le contexte, les objectifs, la méthodologie, les résultats attendus et les moyens d'évaluation proposés.

### **Axe stratégique**

- Décliner la politique d'accueil des personnes âgées dans le projet de soins
- Mettre en œuvre les conditions du développement d'une culture gériatrique au sein de l'établissement

### **Axe opérationnel**

- Collaborer avec l'ensemble des acteurs libéraux, sanitaires, médico-sociaux et sociaux de la prise en charge de la personne âgée
- Promouvoir les entrées directes des personnes âgées fragiles en court séjour gériatrique pour éviter un passage aux urgences
- Améliorer les conditions d'accueil et réduire la durée d'attente des personnes âgées aux urgences
- Faire connaître l'offre de soins de l'établissement et de la filière gériatrique

### 3.1 Décliner la politique d'accueil des personnes âgées dans le projet de soins

#### **Contexte**

L'analyse des données recueillies lors des entretiens et l'évolution démographique montrent l'impérieuse nécessité de décliner un volet spécifique du projet de soins sur la prise en charge des personnes âgées

#### **Objectifs**

Afficher clairement la politique de prise en soin des personnes âgées au sein de l'établissement

#### **Méthodologie suivie**

- S'assurer de la cohérence de ce projet avec le projet d'établissement et le projet médical, proposer de réaliser les ajustements nécessaires en Directoire
- Activer le bureau de la CSIRMT pour travailler sur la déclinaison des valeurs fondatrices du projet de prise en charge spécifique de la personne âgée
- Organiser la constitution d'un groupe de travail, étayé de professionnels compétents en gériatrie, piloté par le cadre de pôle de gériatrie
  - ↳ intégrer les professionnels libéraux à la réflexion (infirmière, SSIAD, acteurs du maintien à domicile...)
  - ↳ intégrer les représentants d'usagers à la réflexion en associant la CRUQPC
- Présenter l'axe du projet de soins dans les instances de l'établissement et relayer cette information via l'encadrement dans tous les secteurs d'activité

#### **Résultats attendus**

- Le projet de soins présente un volet dédié à la prise en charge spécifique des personnes âgées
- Les professionnels s'engagent dans une prise en charge spécifique des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

#### **Evaluation**

- Connaissance des professionnels de la politique de prise en soins des personnes âgées
- Satisfaction de l'utilisateur et de sa famille, des professionnels partenaires
- Suivi des indicateurs de prise en charge spécifiques (dénutrition, chutes, troubles cognitifs)

## 3.2 Mettre en œuvre les conditions du développement d'une culture gériatrique au sein de l'établissement

### Contexte

Il existe des difficultés de recrutement sur les filières de soins en lien avec les personnes âgées. Les usagers de l'hôpital sont en majorité des personnes âgées mais la spécificité des prises en charge gériatriques est méconnue. La charge de travail et les représentations plutôt négatives des soignants sur la personne âgée confortent leur désintérêt pour la gériatrie.

### Objectifs

- Développer une culture gériatrique à l'ensemble des professionnels de l'établissement
- Obtenir une reconnaissance de la prise en charge spécifique des personnes âgées

### Méthodologie suivie

- Accompagner le développement de compétences spécifiques en gériatrie
  - Proposer au plan de formation un axe de formation générale sur la personne âgée (bientraitance, humanité, notion de fragilité, gestion du risque de perte d'autonomie...)
  - Promouvoir les formations spécifiques qualifiantes en gériatrie pour augmenter la proportion de personnel formé (Assistants de soins en gérontologie, DU spécialisés en gériatrie) ...
    - ↳ Affecter ces compétences attendues dans les secteurs dédiés
    - ↳ Proposer aussi ces formations pour les agents de tous les secteurs d'activité et provoquer ainsi des échanges interprofessionnels favorisant l'émergence de compétences gériatriques
- Favoriser une mobilité des professionnels entre les secteurs afin de faire partager le savoir faire et les connaissances acquises en matière de gériatrie
- Proposer des immersions professionnelles au sein des structures de la filière gériatrique

### Résultats attendus

- Développement d'une culture gériatrique chez les professionnels se traduisant par une amélioration de la prise en soin de la personne traduite au travers de l'élaboration de projet personnalisé de soins (PPS)

### Evaluation

- Suivis de la réalisation du plan de formation
- Impact au niveau de la prise en charge elle-même, quick audit et autoévaluation
- Axe spécifique d'évaluation annuelle des professionnels

### 3.3 Collaborer avec l'ensemble des acteurs libéraux, sanitaires, médico-sociaux et sociaux de la prise en charge de la personne âgée

#### Contexte

La politique en matière de santé prône l'organisation des soins en logique de parcours. La prise en soin hospitalière de la personne âgée s'inscrit dans cette logique : l'hôpital est un maillon de ce parcours. Il doit travailler en étroite collaboration avec les partenaires d'amont et d'aval pour obtenir une prise en charge de qualité.

#### Objectifs

- Eviter les ruptures de prise en charge aux interfaces en amont et aval de l'hospitalisation et prévenir les hospitalisations non programmées
- S'inscrire dans les parcours qui prennent en compte toute l'offre de soin du territoire

#### Méthodologie suivie

- Positionner l'établissement dans une cartographie claire de l'offre de soins gériatrique du territoire
- Tisser des liens opérationnels entre l'hôpital et ses partenaires, en repositionnant le médecin traitant comme pivot de la prise en charge
  - ⇒ organiser la mise à disposition de compétences médicales et paramédicales en soutien de l'activité libérale et des établissements médico-sociaux (conventions)
    - ↳ gériatriques : ligne téléphonique dédiée, équipe mobile gériatrique,
    - ↳ spécialisées : plaie-cicatrisation, diabète, douleur, éducation thérapeutique...
  - ⇒ simplifier les modalités de programmation d'entrée directe, de consultations...
  - ⇒ co-construire des outils de transmission d'informations, accessibles à tous les acteurs en amont comme en aval de l'hospitalisation (création d'outils numériques)
- Promouvoir une démarche qualité intégrant tous les acteurs du parcours en proposant la mise en place de commission de retour d'expérience intra/extra
- Inscrire l'établissement dans la dynamique territoriale
  - ⇒ participation des membres de l'EMG aux réunions du réseau gérontologique

#### Résultats attendus

- L'établissement a mis en place des collaborations avec les différents partenaires de la prise en charge de la personne âgée
- Les dysfonctionnements dans le parcours sont étudiés, les ajustements sont réalisés

#### Evaluation

- Analyse des interventions prescrites par les médecins généralistes
- Observatoire des événements indésirables liés aux interfaces « ville »/hôpital
- Nombre de conventions signées, évaluation de leur opérationnalité

### 3.4 Promouvoir les entrées directes des personnes âgées fragiles en court séjour gériatrique pour éviter un passage aux urgences

#### Contexte

Le passage aux urgences pour une personne âgées fragile peut rapidement avoir des conséquences sur son autonomie. Proposer une modalité d'entrée directe quand une hospitalisation s'avère nécessaire permet de prévenir ce risque de perte d'autonomie.

#### Objectifs

- Adapter la prise en soin du patient âgé au regard des risques liés à sa fragilité en lui évitant de passer par les urgences pour entrer en hospitalisation
- Placer le patient âgé au centre d'un dispositif d'accueil spécifique et adapté, prenant en compte les actions menées en amont et en aval
- Penser la prise en soin du patient âgé au travers du prisme de la prévention du risque de perte d'autonomie

#### Méthodologie suivie

- Travail de concertation et de validation du projet avec les médecins gériatres en charge du court séjour en cohérence avec le projet médical et le projet du pôle
- Travail de recensement des besoins et attentes des différents protagonistes de la prise en charge extrahospitalière (professionnels libéraux médicaux et paramédicaux, EHPAD, pharmaciens, partenaires du maintien à domicile, HAD, SSIAD....)
- Organisation de l'accueil des patients âgés en entrée directe dans le service de court séjour gériatrique comme service dédié à cet accueil
  - ⇒ Impliquer le cadre de pôle et le cadre du court séjour gériatrique pour le pilotage d'un groupe de travail pluri professionnel avec pour objectifs
    - ↳ de réaliser le diagnostic des difficultés éventuelles évoquées par les professionnels pour la réalisation d'entrées directes afin d'y apporter des solutions
    - ↳ de produire une organisation d'entrée directe travaillée avec les professionnels du service et intégrant les demandes des interfaces extrahospitalières

#### Résultats attendus

- Réalisation d'entrées directes des personnes âgées en court séjour gériatrique
- Communication à l'ensemble des professionnels intra et extrahospitaliers de la procédure d'entrée directe en court séjour gériatrique

#### Evaluation

- Suivi des indicateurs (ex nombre d'entrée directe en court séjour)
- Suivi de la satisfaction des usagers, des partenaires de la prise en charge à domicile

### 3.5 Améliorer les conditions d'accueil et réduire la durée d'attente des personnes âgées aux urgences

#### Contexte

Le passage aux urgences de la personne âgée fragile n'est pas toujours évitable. Aussi, l'hôpital peut mettre en œuvre des modalités de prise en soins spécifiques dans cette situation et réduire le temps de passage dans le service d'urgence pour cette population à risque.

#### Objectifs

- Proposer à la personne âgée une prise en charge spécifique au sein du SAU
- Réduire au strict nécessaire le temps passé dans le service des urgences
- Obtenir la bonne orientation du patient suite à son passage au SAU

#### Méthodologie suivie

- Avec l'appui et la validation du directeur, engager avec les pôles, un projet transversal visant à l'organisation de parcours intra hospitalier des patients et ayant pour objectifs d'optimiser la gestion des lits pour permettre la régulation des flux des patients au sein de la structure et ainsi réduire les délais d'attente aux urgences
- Apporter dès l'entrée, une compétence spécifique en gériatrie pour l'évaluation et l'orientation des patients âgés fragiles dans la filière
  - ↳ organiser les modalités d'intervention de l'EMG au sein des urgences
  - ↳ former des professionnels des urgences à l'évaluation gériatrique
- Sur la base d'une étude de pertinence, proposer et expérimenter une structure d'accueil spécifique post urgence pour les personnes âgées à risque (circuit court pour évaluation gériatrique et orientation)
- Mettre en place, une réflexion clinique sur la spécificité de la prise en charge paramédicale de la personne âgée aux urgences ayant pour objectif de proposer un guide de bonnes pratiques et une adaptation de l'existant

#### Résultats attendus

- Intervention de l'EMG dans le service d'urgence
- Réduction du temps de passage des personnes âgées dans le service d'urgence
- Développement d'une culture de prévention du risque de perte d'autonomie
- Identifier un circuit PAERPA

#### Evaluation

- Nombre d'intervention de l'EMG
- Analyse du temps de passage des personnes âgées de plus de 75 ans aux urgences
- Suivi de l'utilisation d'outils de mesure du risque de perte d'autonomie

### 3.6 Faire connaître l'offre de soins de l'établissement et de la filière gériatrique

#### Contexte

La filière gériatrique, bien qu'en place depuis plusieurs années, est un concept qui reste flou pour de nombreux professionnels, particulièrement pour les médecins généralistes. Assimilée à un « mille-feuilles », la filière reste également une nébuleuse pour les usagers et leur famille.

#### Objectifs

- Faire connaître la filière gériatrique aux professionnels du territoire. Promouvoir son offre de prestation, ses missions et son utilité, afin qu'elle devienne partie intégrante des outils de prise en charge disponibles pour les médecins généralistes, les professionnels du domicile et les structures médico-sociales
- Rendre la filière lisible pour la population, lui en décrire les accès et les missions

#### Méthodologie suivie

- Aller à la rencontre des professionnels des EHPAD du territoire pour instaurer des relations directes, permettant d'échanger et d'initier des collaborations contractualisées (conventions entre la filière et les établissements médico-sociaux)
- Mettre en place un plan de communication avec l'équipe mobile de gériatrie, à destination des professionnels libéraux mais aussi des équipes intrahospitalières
  - ↳ rencontre entre les professionnels de l'EMG et les professionnels libéraux
  - ↳ intervention de présentation au sein des équipes hospitalières
  - ↳ formation/action sur les outils d'évaluation et de repérage des sujets à risque
- Proposer des supports d'information, élaborés avec l'EMG et à destination des professionnels (type dépliant)
- Proposer des supports d'information à destination des usagers et familles (type affiche) et solliciter la collaboration des partenaires pour leur affichage (salle d'attente médicale, cabinet paramédical, pharmacie, CLIC...)

#### Résultats attendus

- Faire connaître la filière gériatrique, aux professionnels de santé
- Instaurer des relations de confiance propice aux collaborations entre professionnels
- Informer la population de l'existante et des missions de la filière

#### Evaluation

- Nombre de conventions signées avec les EHPAD,
- Nombre de demandes d'intervention de l'EMG, nombre d'évaluations gériatriques

## Conclusion

Comme les projections démographiques l'annoncent, le nombre de personnes âgées progresse et l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité augmente. Parallèlement, le recours aux soins hospitaliers augmente avec l'avancée en âge.

La structuration des moyens d'aide et de soins ambulatoires permet à nos aînés de vivre plus longtemps chez eux et le recours à une structure d'hébergement pour personnes âgées révèle souvent l'émergence d'une dépendance et l'impossibilité d'un maintien à domicile.

La mise en place d'aides permettant le maintien à domicile et la vie en EHPAD permettent la prise en charge de nombreux problèmes de santé et accompagne progressivement le vieillissement, dans un relatif équilibre, qui confère à la personne âgée une certaine fragilité. De ce fait, lorsque la personne âgée requiert des soins hospitaliers, il existe un grand risque de bascule ou de perte de cet équilibre du simple fait de modifier ses habitudes de vie. Le concept de rupture prend alors sens et l'entrée en hospitalisation d'une personne âgée constitue en elle-même un grand risque de déséquilibre.

A l'hôpital, l'accueil et la prise en charge des personnes âgées « sont sources de nombreux dysfonctionnements, dont les causes les plus importantes sont la mauvaise adaptation du fonctionnement du service d'accueil des urgences aux attentes et aux besoins de santé de la population âgée fragile, l'insuffisance chronique de lits [...] le manque de personnel qualifiés [...]. Toute action à mener dans les établissements pour améliorer l'accueil et la prise en charge des sujets âgés doit partir de l'identification et de l'analyse des causes de ces dysfonctionnements majeurs »<sup>87</sup>.

L'hôpital est donc contraint d'adapter ses propres organisations et de remédier à ses dysfonctionnements internes pour répondre de manière satisfaisante aux besoins de cette catégorie d'usagers. Cette réorganisation indispensable n'est cependant pas suffisante pour pallier aux risques rencontrés aux points de rupture. En effet, la spécificité liée au vieillissement des usagers impose une adaptation majeure de l'ensemble du système de soins. Cela implique le passage d'un système hospitalo-centré vers une organisation territoriale et un maillage pluri-professionnel et pluri-compétent, dans une logique de parcours.

Relayant ces constats, la volonté politique de réformer le système au travers du Projet National de Santé est non équivoque, comme le confirme le discours de madame la Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes en octobre dernier.

---

<sup>87</sup> DEBROSSE Denis, ARBUZ Georges, *op.cit.* p 193

« Je lance la médecine de parcours qui prendra en charge les patients dans la proximité tout au long de leurs soins. La place du médecin traitant y sera centrale et, chaque fois que cela sera indiqué, celle des médecins des autres spécialités médicales".<sup>88</sup>

Relayée par les ARS au travers des contrats d'objectifs et de moyens, cette politique amène les établissements à s'organiser entre eux et à collaborer. La filière gériatrique s'inscrit parfaitement dans cette logique de parcours : l'hôpital, support de maillons structurants du parcours de soins gériatrique, en constitue une étape. La continuité du parcours et les « non-ruptures » impliquent donc une ouverture des établissements de santé et la mise en œuvre de collaborations fortes avec la médecine de ville et tous les partenaires de la prise en charge ambulatoire. L'accueil des patients âgés à l'hôpital par les urgences est une étape critique dans ce qu'elle comporte comme risque de perte d'autonomie. Des alternatives existent pour éviter cette porte d'entrée et la prise en charge gériatrique au sein de ces services peut être améliorée par des actions d'organisation et de formation.

Mettre en œuvre une politique d'ouverture s'appuie sur la volonté forte du directoire de l'établissement d'accompagner le changement et requiert l'adhésion du corps médical. Au sein de cette instance, le directeur des soins, fort des enjeux que représente la prise en charge des personnes âgées, participe à l'élaboration du projet d'établissement et en collaboration avec le président de CME aux déclinaisons du projet médical. Avec les membres de la commission de soins infirmiers, rééducateurs et médico-techniques, c'est au travers du projet de soins qu'il impulsera les orientations de la direction des soins.

Au sein du dispositif hospitalier, les actions du directeur des soins seront donc orientées sur deux axes majeurs. D'une part, accompagner la politique d'ouverture permettant les collaborations pluri-professionnelles avec les partenaires extrahospitaliers et d'autre part, mettre en œuvre les conditions du développement d'une culture gériatrique et de compétences spécifiques au sein de l'établissement pour répondre aux besoins et aux problématiques de la population vieillissante.

La réalisation de cette recherche m'a permis de mieux comprendre les problématiques que soulève la prise en charge des personnes âgées et notamment la nécessité de mettre en œuvre des actions de gestion des risques à priori. Décliner une politique d'accueil des personnes âgées dans le projet de soins et impulser l'émergence d'une culture gériatrique sont des objectifs que j'espère pouvoir mettre en œuvre dans le cadre de mes futures fonctions de directeur des soins.

Promouvoir l'ouverture de l'hôpital et les collaborations étroites avec les professionnels extrahospitaliers est l'avenir de la prise en charge gériatrique. Cet avenir

---

<sup>88</sup> TOURAINE Marisol, Ministre des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Présentation du projet de loi santé, Mercredi 15 octobre 2014 [en ligne] [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Intervention\\_MT\\_-\\_conference\\_de\\_presse\\_-\\_Projet\\_de\\_loi\\_de\\_sante.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Intervention_MT_-_conference_de_presse_-_Projet_de_loi_de_sante.pdf)

dépend néanmoins à la fois de la volonté des médecins généralistes de se saisir de la place centrale que leur offre le dispositif et de la volonté des praticiens hospitaliers de travailler en collaboration avec leurs confrères libéraux.

Ce constat ne compromet toutefois pas l'encouragement d'une dynamique paramédicale orientée vers la recherche et la créativité dans les organisations à concevoir. Accompagner une démarche de recherche, permettant d'objectiver les impacts de l'usage d'outils d'évaluation gériatrique peut être un projet à encourager, d'autant qu'il concourrait à imprégner et sensibiliser les professionnels à la mesure du risque à priori.

Enfin, ouvrir des espaces de collaboration au sein de l'institution pour élaborer des projets communs, notamment avec les paramédicaux en ce qui concerne certains axes du projet de soins peut être un tremplin pour apprendre à mieux se connaître et à travailler ensemble, dans un objectif commun de qualité et de sécurité des soins.

---

## Bibliographie

---

### **Auteurs :**

AMYOT Jean Jacques, *Innommable et innombrable – De la vieillesse considérée comme une épidémie*, Paris, Dunod, 2014, 264p.

ARBUZ Georges, *Le grand âge chance ou fatalité ? – Ce qu'il faut savoir pour prévenir les maux du grand âge et bien utiliser le système de santé*, Paris, Editions Seli Arslan, 2003, 320p.

AUGER Marie Claire, *Les EMG, une réponse aux besoins gérontologiques des services hospitaliers non gériatriques*, Soins Gérontologie n° 64, mars/avril 2007, p 25

BLOCH Marie-Aline, HENAUT Léonie, *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, DUNOD, 2014, 315p.

BLOCH Frédéric, BAYLE Catherine, SCHWALD Nathalie et al., *Expérience d'une équipe mobile de gériatrie aux urgences*, Soins Gérontologie n° 64, mars/avril 2007, pp 29-32

BLANPAIN Nathalie, CHARDON Olivier, *Projections de population à l'horizon 2060*, division enquêtes et études démographiques, Insee première, n°1320, octobre 2010.  
[en ligne] <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1320/ip1320.pdf> (consulté en juin 2014).

BAS Philippe, *Plan Solidarité – Grand Age*, 27 juin 2006, Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, 39p.  
[en ligne] [http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/plan\\_solidarite\\_grand\\_age-2.pdf](http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/plan_solidarite_grand_age-2.pdf) (consulté en juillet 2014).

CARRASCO Valérie, BAUBEAU Dominique, *Les usagers des urgences - Premiers résultats d'une enquête nationale*, Etudes et Résultats, n° 212, DRESS, janvier 2003, 8p.  
[en ligne] <http://www.sfm.u.org/documents/ressources/referentiels/er212.pdf> (consulté en juillet 2014).

CUDENNEC Tristan, GALIANO Odile, *Sensibiliser les services de spécialité au soin gériatrique via l'EMG*, Soins Gérontologie n° 64, mars/avril 2007, pp 22-24

DEBROSSE Denis, ARBUZ Georges, *Quelle stratégie mettre en œuvre pour réussir la modernisation de l'accueil des patients âgés à l'hôpital ?*, Gestion hospitalière, n° 424, mars 2003, pp 191-199

DOUESNEAU Christophe, DUCHANGE Emilie, HOAREAU Virginie, LUSSIER Marie Dominique, *Les parcours de personnes âgées sur un territoire, Retours d'expérience*, ANAP, 2011, 76 p

ENNUYER Bernard, *Vivre au grand âge -angoisses et ambivalences de la dépendance*, Paris, Editions Autrement, 2001, 191p.

FOUQUET Annie, TREGOAT Jean Jacques, SITRUK Patricia, *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, rapport de l'IGAS, mai 2011, 121p.

GIMBERT Virginie, MALOCHET Guillaume, *Les défis de l'accompagnement du grand âge - Perspectives internationales*, Centre d'analyse stratégique, Juin 2011 p185  
[en ligne] [http://www.strategie.gouv.fr/system/files/version3\\_rapp\\_dep\\_28juin\\_15h\\_0.pdf](http://www.strategie.gouv.fr/system/files/version3_rapp_dep_28juin_15h_0.pdf)  
(consulté en juillet 2014).

HERVOUET Lucile, *Hôpital et médecine de ville face au cancer : les enjeux de la coordination de la prise en charge des malades atteints de cancer au sein de réseau de santé*, Doctorat de sociologie, Paris, Université Descartes, 2012

JEANDEL Claude, PFITZENMEYER Pierre, VIGOUROUX Philippe, *Un programme pour la gériatrie, 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir*, avril 2006, 40p.

LAFORCADE Michel, *Continuité du parcours de soins, contribution d'une ARS et des professionnels de santé*, Revue hospitalière de France, n° 539, mars avril 2011, 96 p

ROUSSEAU Anne-Chantal, BASTIANELLI Jean-Paul, *Les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins*, Inspection générale des affaires sociales, Rapport n° 2005 053, mai 2005, 83p.  
[en ligne] <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000454/0000.pdf>  
(consulté en juillet 2014).

SICART Daniel, *Les médecins au 1er janvier 2013*, DRESS, Série statistiques, n° 179, avril 2013, 150 p [en ligne] <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat179.pdf> (consulté en octobre 2014).

SMAGGHE Alain, FOUCHET François, *Filière gériatrique sur un territoire de santé, exemple de l'ouest vosgien*, Technologie & Santé n°61, avril 2007, pp 23-24

SPEECHLEY M. and TINETTI M. 1991, *Chutes et blessures chez les personnes âgées en perte d'autonomie et vigoureux*. J Am Geriatr Soc. 1991 Jan; 39 (1): 46-52.  
[en ligne] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1987256> (consulté en juillet 2014).

TAVASSOLI Néda, DEKERIMEL Justine, SOTO Maria et coll., *Parcours de prévention gérontologique, Repérage des sujets fragiles et prévention de la dépendance en Midi-Pyrénées*, Revue Hospitalière de France, n° 557, mars-avril 2014, p 60.

TRAHAN Lysette, CARIS Patricia, *Le système québécois d'aide et de soins aux personnes âgées*, Santé, Société et Solidarité, Volume 1, Numéro 2, Année 2002, pp. 83-92, [en ligne]  
[http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/oss\\_1634-8176\\_2002\\_num\\_1\\_2\\_895](http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/oss_1634-8176_2002_num_1_2_895)  
(consulté en juillet 2014).

TRIVALLE Christophe, *Le syndrome de fragilité des sujets âgés*, Gériatrie n°20, Mai-Juin 2000, pp 11-13, [en ligne]  
<http://www.gerontoprevention.free.fr/articles/fragilite2.pdf> (consulté en octobre 2014).

VERMOREL Michel, GUETAT Philippe, BOLLIET Jean-Marie, *Filières gériatriques. Un modèle parmi d'autres : la planification de la filière gériatrique en Rhone-Alpes*, Revue Hospitalière de France, n° 526, Janvier-février 2009 pp 36-39

VIGOUROUX Philippe, JEANDEL Claude, *Programme pour la labellisation des filières*, Technologie & Santé n°61, avril 2007, p 8

VOISIN Thierry, LAURENT Béatrice, *Du bon usage des échelles d'évaluation gérontologiques en unité mobile de gériatrie*, Soins Gérontologie n° 64, mars/avril 2007, pp 26-28

VUAGNAT Albert, *Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ?* DREES - Le panorama des établissements de santé, 2013, 28p.

[en ligne] [http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2013\\_dossier01.pdf](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2013_dossier01.pdf) (consulté en juillet 2014).

## **Plans Rapports et Recommandations**

HAS - Manuel de recommandation de bonnes pratiques, *Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées*, 2009,

[en ligne] [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes\\_repetees\\_personnes\\_agees\\_-\\_argumentaire.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_argumentaire.pdf) (consulté en juin 2014).

## **Textes législatifs**

LOI n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012

Section 1 : Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie – article 70.

Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

Circulaire DHOS/02 ;DGS.SD 5D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière gériatrique, NOR : MESH0230123C.

Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques, NOR : SANH0730182C

## **Mémoires**

ACHARD Nathalie, *Evaluer l'efficacité d'une équipe mobile gériatrique : l'exemple du CHU d'Angers*, Filière Directeur d'Hôpital, EHESP, 2008.

BASCOUL Marie, *Etude médico-économique d'une filière de soins sous l'angle d'un parcours de soins – Cas de la filière de soins gériatrique à travers l'exemple du parcours de soins d'un patient âgé de 75 ans et plus suite à une fracture de l'extrémité supérieure du fémur*, Filière Directeur d'Hôpital, EHESP, 2012.

CAILLAVET-BACHELLEZ Viviane, *Le parcours de soins du patient : un dispositif fédérateur pour les communautés hospitalières de territoire*, Filière Directeur des Soins, EHESP, 2010.

FERRIER Maud, *La prise en charge des personnes âgées dans les services non-gériatriques du CHU de Grenoble*, Filière Directeur d'Hôpital, EHESP, 2011.

GAILLOURDET Pascal, *Contribution du Directeur des Soins à l'amélioration de la prise en charge de la personne âgée à l'hôpital : urgences et filière interne*, Filière Directeur des Soins, EHESP, 2009.

LEBEE Emilie, *La mise en place des filières gériatriques hospitalières de l'hôpital Charles Foix*, Filière Directeur d'Hôpital, EHESP, 2009.

MANGOT Vincent, *La nécessaire stratégie de communication de l'hôpital public à destination des praticiens libéraux du territoire de santé*, Filière Directeur d'Hôpital, EHESP, 2010.

## **Sources en ligne :**

### **Données démographiques**

Données épidémiologiques et sociologiques – Faculté de médecine de Toulouse, 2007  
[en ligne] [http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module05/54\\_poly\\_vieillessement\\_2.pdf](http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module05/54_poly_vieillessement_2.pdf)  
(consulté en juillet 2014).

ATIH Vieillessement de la population et évolution de l'activité hospitalière 2007-2010, Focus sur la prise en charge des 80 ans et plus, 31p, [en ligne]  
[http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1475/etude\\_vieillessement.pdf](http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1475/etude_vieillessement.pdf)  
(consulté en octobre 2014).

### **Le parcours coordonné**

[en ligne] <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F10870.xhtml>, (consulté en mai 2014).

[en ligne] [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours\\_de\\_soins\\_coordonne\\_a\\_l\\_hopital-2.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_l_hopital-2.pdf), (consulté en mai 2014).

[en ligne] [http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/comment-etre-rembourse/le-parcours-de-soins-coordonnes/objectif-des-soins-coordonnes\\_rhone.php](http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/comment-etre-rembourse/le-parcours-de-soins-coordonnes/objectif-des-soins-coordonnes_rhone.php)  
(consulté en mai 2014).

### **Stratégie Nationale de Santé**

Discours de Mme Marisol TOURAINE, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, le 23 septembre 2013

[en ligne] <http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/discours,2333/presentation-de-la-strategie,16253.html> (consulté en juillet 2014).

### **La notion de parcours**

Les parcours de santé, Forum national des associations agréées, ARS, Paris, le 8 novembre 2012

[en ligne] [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Presentation\\_parcours\\_SGM\\_Forum.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Presentation_parcours_SGM_Forum.pdf) (consulté en octobre 2014).

Parcours de soins – Parcours de santé – Parcours de vie. Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers. Lexique de A à Z, Septembre 2012.

[en ligne] [http://www.ars.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/Actu\\_2/Lexique\\_parcours\\_def.pdf](http://www.ars.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/Actu_2/Lexique_parcours_def.pdf), (consulté en juin 2014).

HAS Points clés et solutions : Organisation des parcours :

Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? juin 2013

Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ? décembre 2013

[en ligne] [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1603223/fr/fiches-points-cles-et-solutions-organisation-des-parcours](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1603223/fr/fiches-points-cles-et-solutions-organisation-des-parcours) (consulté en août 2014)

### **Activités des services d'urgence**

Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013, publiée le 15 janvier 2014, Direction Recherches, études, évaluations et statistiques (DRESS)

[en ligne] <http://www.drees.sante.gouv.fr/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences,11113.html>, (consulté en juillet 2014).

### **La personne âgée en service d'urgences**

Observatoire régional des urgences de lorraine, ORULOR, activité des structures d'urgences de Lorraine, Rapport 2012.

[en ligne] [http://www.ars.lorraine.sante.fr/uploads/media/ORULOR\\_Rapport\\_2012.pdf](http://www.ars.lorraine.sante.fr/uploads/media/ORULOR_Rapport_2012.pdf), (consulté en juillet 2014).

Société francophone de médecine d'urgence -10<sup>ème</sup> conférence de consensus « Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences, 2003

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) Extrait des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique 2009 –Tome XXXIII p183

[en ligne] [http://www.cngof.asso.fr/d\\_livres/2009\\_GO\\_181\\_sergent.pdf](http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2009_GO_181_sergent.pdf) (consulté en septembre 2014).

### **Gérontophobie**

Conférence intitulée « Gérontophobie et Gérontologie » prononcée le 27 mars 2012, Université du 3e âge, UTA de Sherbrooke, des Berges de Lachine.

[en ligne] <http://hda-geronto.com/gerontophobie-et-gerontologie/> (consulté en octobre 2014).

---

## Liste des annexes

---

Annexe I : liste des professionnels ayant participé aux entretiens

Annexe II : grille d'entretien

## Annexe I

### Liste des professionnels ayant participé aux entretiens

#### Dans le Centre Hospitalier siège de l'étude

- 1 assistante sociale
- 1 cadre de santé des urgences
- 1 directeur d'établissement
- 1 directeur des soins
- 1 infirmière d'équipe mobile gériatrique
- 1 infirmière de court séjour gériatrique
- 1 médecin gériatre
- 1 président de commission médicale d'établissement

#### Autres professionnels

- 1 cadre de santé supérieur d'EHPAD
- 1 cadre supérieur de pôle (gériatrique) – *de CHU*
- 1 directeur des soins de Centre Hospitalier
- 1 directeur des soins de Clinique
- 1 médecin coordonnateur d'EHPAD
- 1 médecin généraliste
- 2 médecins gériatres - *dont un de CHU*
- 1 président de commission médicale d'établissement

## **Annexe II**

### **Grille d'entretien**

Après une brève introduction de mon parcours et du contexte de mon travail de recherche, je présente brièvement l'objet de mon mémoire et ma question centrale.

#### **Organisation hospitalière**

- ↪ Comment est organisée la prise en charge des personnes âgées fragiles dans votre établissement ?
- ↪ Quels moyens avez-vous dédiés à cette organisation ? (humains, matériels, financement)
- ↪ Quels sont les facteurs de réussite que vous identifiez dans la mise en œuvre de votre démarche ? ↪ Quels sont les freins ?
- ↪ Existe-t-il une organisation particulière de prise en charge des personnes âgées fragiles aux urgences ?
- ↪ Existe-t-il une organisation spécifique d'hospitalisation directe des personnes âgées fragiles ?
- ↪ Pour vous quels peuvent être les apports d'un directeur des soins dans le dispositif actuel ?

#### **Collaboration ville hôpital**

- ↪ Comment décrivez-vous vos relations avec l'hôpital (pour professionnels libéraux) à propos de la prise en charge spécifique des personnes âgées fragiles (et réciproque hôpital /ville) ?
- ↪ Comment procédez-vous lorsque vous devez proposer une hospitalisation à l'un de vos patients ?
- ↪ Avez-vous des contacts directs avec vos collègues hospitaliers // de ville ?
- ↪ Quels sont les moyens de communication que vous utilisez avec vos collègues de l'hôpital à propos d'un patient âgé fragile? (réciproque// libéraux)
- ↪ Avez-vous accès à des avis spécialisés en gériatrie ?
- ↪ Avez-vous accès à une équipe mobile gériatrique ?
- ↪ Connaissez-vous des services hospitaliers spécifiques dédiés à la prise en charge des patients âgés fragiles ?

#### **Liens EHPAD et Hôpital / filière gériatrique**

Existe-t-il une convention entre votre structure et l'hôpital ?

Les résidents bénéficient t-il d'une évaluation gériatrique ?

RAYNAUD

Nathalie

Décembre 2014

## Filière Directeur des soins

Promotion 2014

L'entrée en hospitalisation de la personne âgée fragile.  
Contribution du Directeur des Soins  
dans l'organisation de cette étape du parcours de soins.

### **Résumé :**

Face au vieillissement de sa patientèle, l'hôpital s'engage dans une refondation, une restructuration de son offre de soins pour s'adapter aux besoins de la population âgée, poly-pathologique et en risque de perte d'autonomie.

Sous l'impulsion des textes réglementaires, une structuration coordonnée de l'offre se met en place : la filière gériatrique. Elle prévoit des moyens internes de coordination et d'orientation, une unité permettant d'accueillir directement les personnes âgées sans passer par les urgences et des structures de régulation des sorties.

Cependant, plus de dix ans après la publication du texte fondateur de la filière, les entrées des personnes âgées en hospitalisation sont encore majoritairement réalisées via les services d'urgences, ceci malgré le fait que ce mode d'entrée soit identifié comme potentiellement générateur de risque de perte d'autonomie.

Ce travail a donc consisté en une revue de la littérature et un état des lieux par le biais d'entretiens avec des professionnels ciblés, pour comprendre cet état de fait et en identifier quelques causes et conséquences.

En découlent des préconisations permettant au directeur des soins d'initier le développement d'une culture gériatrique, de prévenir les points de rupture de prise en charge et de se positionner comme acteur de la mise en œuvre des collaborations indispensables avec les médecins généralistes et l'ensemble des partenaires sanitaires, médico-sociaux et sociaux de la prise en charge à domicile.

### **Mots clés :**

Personne âgée – accueil - hospitalisation - filière gériatrique – parcours de soins – territoire de santé - directeur des soins – collaboration – équipe mobile gériatrique

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*