

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul Sabatier

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013

2013-TOU3-1056

**THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 27 SEPTEMBRE 2013

PAR

BINOT Ingrid

**« Les résidents des Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées
Dépendantes orientés vers les urgences : recherche des facteurs de risque
des Hospitalisations Inappropriées et des Hospitalisations Potentiellement
Évitables. »**

DIRECTEUR DE THÈSE : Monsieur le Pr Rolland

JURY :

**Président : Monsieur le Pr Vellas
Assesseur : Madame le Pr Nourshashemi
Assesseur : Monsieur le Pr Rolland
Assesseur : Monsieur le Pr Oustric
Assesseur : Monsieur le Dr Bismuth
Assesseur : Madame le Dr Soto**

**TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2012**

Professeurs honoraires

Doyen Honoraire	M. LAZORTHES G.	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. CARTON
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire associé	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. CLAUX	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GAYRAL	Professeur Honoraire	M. SOLEILHAVOUP
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. BONEU
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. SARRASIN	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. GAY	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI
Professeur Honoraire	M. MIGUERES	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON
Professeur Honoraire	M. FEDOU	Professeur Honoraire	M. CARATERO
Professeur Honoraire	M. LARENG	Professeur Honoraire	M. CONTÉ
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. ALBAREDE
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. ADER
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. LOUVET
Professeur Honoraire	M. GUILHEM	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. LARROUY	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. BOCCALON
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. PAGES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS	Professeur Honoraire	Mme ARLET

Professeurs émérites

Professeur GHISOLFI	Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL
Professeur LARROUY	Professeur COSTAGLIOLA
Professeur ALBAREDE	Professeur L. LARENG
Professeur CONTÉ	Professeur JL. ADER
Professeur MURAT	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur MANELFE	Professeur H. DABERNAT
Professeur LOUVET	Professeur F. JOFFRE
Professeur SOLEILHAVOUP	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur J. CORBERAND
Professeur CARATERO	Professeur JM. FAUVEL

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ABBAL M.	Immunologie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépatogastro-entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph.	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mlle DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. DURAND D. (C.E)	Néphrologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES B.	Rhumatologie
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.
M. PLANTE P.	Urologie
M. PUGET J. (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L.	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E.	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLASB. (C.E)	Gériatrie

Doyen : D. ROUGE

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ACAR Ph.	Pédiatrie
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. COURBON	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DE BOISSESON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELABESSE E.	Hématologie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÓWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr VIDAL M.

Professeur Associé en Soins Palliatifs
Dr MARMET Th.

Professeur Associé de Médecine du Travail
Dr NIEZBORALA M.

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H.	Hématologie
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie Pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DALY-SCHVEITZER N.	Cancérologie
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J.	Bactériologie-Virologie
M. LIBLAU R.	Immunologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Biochimie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAUAUD B.	Urologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P.	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B. (C.E)	Biochimie
M. POURRAT J.	Néphrologie
M. PRADERE B.	Chirurgie Générale
M. QUERLEU D. (C.E)	Cancérologie
M. RAILHAC J.J. (C.E)	Radiologie
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D.	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. TREMOULET M.	Neurochirurgie
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-entérologie

P.U. - P.H.
2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BUREAU Ch	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie - réanimation
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PERON J.M.	Hépatogastro-entérologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
M. SELVES J.	Anatomie Pathologique
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme WEBER-VIVAT M.	Biologie cellulaire
P.U.	
M. OUSTRIC S.	Médecine Générale

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Vellas

Cher Maître,

Je vous remercie pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider le jury de ma thèse d'exercice. Vous m'avez accordé votre confiance en m'accueillant dans votre équipe et en me confiant la réalisation de différents travaux. Vous participez à donner à la discipline de gériatrie ses lettres de noblesse et j'essaierai toujours d'accroître mes compétences pour répondre à ce niveau d'excellence.

Monsieur le Professeur Rolland

Cher Maître

Je vous remercie pour avoir dirigé ma thèse d'exercice en m'accueillant sur ce grand projet FLUX-EHPAD. Cette expérience au sein de votre équipe m'a conforté dans mon projet professionnel, qui est de poursuivre dans la recherche hospitalo-universitaire en gériatrie.

Madame le Professeur Nourhashemi

Cher Maître,

Je suis honorée de votre présence dans mon jury car vous êtes l'une de mes principales références dans mon parcours pour devenir gériatre hospitalo-universitaire. Vous m'avez encouragé à poursuivre ma formation dans la recherche et je vous remercie d'avoir dirigé les mémoires de mon Master 1 et de mon Master 2 de Recherche. Vous m'avez fait bénéficier de votre temps, votre soutien et de votre expérience. Je vous en suis profondément reconnaissante.

Monsieur le Professeur Oustric

Cher Maître,

Vous n'avez pas hésité à appuyer chacun de mes projets et m'avait aidé à les réaliser. Je vous remercie d'avoir crû en moi et de m'avoir aidé à atteindre mes objectifs. Même s'il s'agit d'un effort collectif de nos paires, c'est grâce à des personnes comme vous que la formation de médecin généraliste est devenue aussi rigoureuse que spécifique. Merci pour ce que vous avez fait pour moi et de nombreux autres étudiants.

Madame le Docteur Soto

Chère Maria,

Tu sais que je te suivrai désormais les yeux fermés sur n'importe quelle étude ou article ! Je ne peux plus me passer de ta rigueur et de ton exigence dans le travail, qualités qui m'ont tant fait progresser. Tu incarnes l'esprit du compagnonnage des médecins : tu partages tes connaissances et ton travail pour que le jeune médecin à qui tu enseignes, accroisse lui aussi le savoir médical. Ton énergie et ta pugnacité suscitent l'admiration et j'aspire accéder un jour à ton niveau de compétence. Merci Maria pour m'aider à devenir un bon médecin et une bonne gériatre.

Monsieur le Docteur Bismuth

Cher Monsieur Bismuth,

Je vous remercie de nous avoir permis de présenter ce travail au Congrès des Jeunes Chercheurs en Médecine Générale. Cette expérience enrichissante nous a fait progresser sur notre problématique et j'espère que nous pourrons à l'avenir travailler sur d'autres collaborations.

Madame le Docteur Tavassoli

Chère Neda,

Mille mercis Neda pour ta gentillesse, ton accessibilité et ton sens de la pédagogie. Tu t'es montrée disponible et tu m'as permis de rendre un travail que nous souhaitions rigoureux. J'espère que nous pourrons de nouveau travailler ensemble et que je pourrai bénéficier de ton expérience. Le gérontopôle de Toulouse réunit de nombreux praticiens hautement qualifiés et je suis très honorée d'avoir travaillé à tes côtés.

A l'équipe du Secteur A

La gériatrie est une grande discipline qui réclame un haut niveau d'expertise pour que chaque patient puisse recevoir les soins dans le respect de sa dignité et de son altérité. Dans un parcours d'interne, on attend toujours « le stage » qui efface les doutes et assoie les certitudes et pour moi ce fut au secteur A. Je remercie toute l'équipe du secteur A pour m'avoir donné leurs sourires, leur réconfort, leur soutien et surtout grâce à leurs compétences de m'avoir appris « le savoir être » et « le savoir faire » en gériatrie.

A ma mère

Il y a des femmes qu'on tient en exemple et Maman, tu es celle qui met la barre le plus haut. Ton courage et ta détermination m'ont amenée jusqu'ici. Chaque jour, j'ai vu une femme qui s'est battue pour que sa fille puisse avoir les mêmes chances que les autres. Tu m'as transmis la valeur du travail bien fait, l'amour de son métier et comment rester debout et droite face à l'adversité. Aucun sacrifice n'était trop grand, tu voulais que ta fille devienne une femme éduquée, indépendante et libre. Plus que l'amour inconditionnel d'une mère, tu m'as inculqué les valeurs humanistes qui ont motivé ma vocation. Je t'admire pour tant de choses et j'aspire à devenir une femme à la hauteur de tout ce que tu m'as transmis.

A mon père

Tu disais souvent : « Pense à tes études ! ». Tu voulais toujours accroître tes connaissances et souvent tu étudiais seul le soir. Tu adorais m'offrir des livres sur toute sorte de sujets, les plantes, les animaux, la chimie, le corps humain. Tu m'as rendu curieuse même si tu te moquais souvent de mes questions. Tu as aimé ton métier, tout le monde connaissait le pompier que tu étais. Je crois que tu aurais été fier de me voir ici en ce jour si important et bien sûr « comme je suis ta fille et que je le resterai toujours », tu es ici parmi nous.

A mon oncle Daniel

Cher oncle

Merci de m'avoir aidé lorsque tu as pu le faire. Je te suis reconnaissante d'avoir participé à ce que je puisse faire ce que je veux de ma vie.

A ma grand-mère

Ma chère grand-mère, tu m'as donné des après-midi ensoleillés passés à se promener à travers champs, des tartes qui resteront ma « madeleine de Proust », des parties de Scrabble endiablées, des messes enfumées par trop d'encens mais surtout beaucoup de patience et d'amour. Voici un extrait de l'un de tes auteurs préférés qui résume très bien tout ce que tu m'as transmis et que je garderai toujours à l'esprit.

« On vous dit que la vie est obscurité et dans votre fatigue vous répétez ce que disent les las.

Et je vous dis que la vie est réellement obscurité sauf là où il y a élan,

Et tout élan est aveugle sauf là où il y a savoir,

Et tout savoir est vain sauf là où il y a travail,

Et tout travail est vide sauf là où il y a amour ;

Et lorsque vous travaillez avec amour vous vous liez à vous-même, et l'un à l'autre, et à

Dieu »

(« Le Prophète » Khalil Gibran)

A mes amis

Chers amis

Ici ou à 1000 km, vous avez été ce soutien inébranlable qui a accompagné ces longues années de « je ne peux pas venir, je ne suis pas disponible, je travaille ». Je ne crois pas que ce soit fini pour autant thèse en poche mais je finis par me dire que si vous avez partagé votre savoir-faire dans tous mes projets, si vous avez été toujours à l'écoute pendant les coups durs, si vous avez été toujours les premiers à m'encourager malgré mon « indisponibilité chronique », c'est que je peux encore tirer sur la corde. J'ai en stock de « vieux amis » et « des modèles plus récents » et à chaque fois, ça ne rate pas je tombe sur des personnes formidables, fantasques, drôles, intelligentes et je pense que j'adorerai toujours tous vous retrouver dès que survient un moment incroyable mais vrai « de disponibilité ». Merci à tous d'être qui vous êtes et de m'avoir fait entrer dans vos vies, je vous adore !

A Thomas

« Car de même que l'amour vous couronne, il doit vous crucifier. De même qu'il est pour votre croissance il est aussi pour votre élagage.

De même qu'il s'élève à votre hauteur et caresse vos branches les plus légères qui tremblent dans le soleil,

Ainsi pénétrera-t-il jusqu'à vos racines et secouera dans leur attachement à la terre.

Comme des gerbes de blé il vous emporte.

Il vous bat pour vous mettre à nu.

Il vous tamise pour vous libérer de votre bale.

Il vous broie jusqu'à la blancheur.

Il vous pétrit jusqu'à ce que vous soyez souples ;

Mais si dans votre peur, vous ne recherchez que la paix de l'amour et le plaisir de l'amour,

Alors il vaut mieux couvrir votre nudité et sortir de l'aire de l'amour,

Pour vous rendre dans le monde sans raisons où vous rirez, mais non pas de tous vos rires, et pleurerez, mais non pas de toutes vos larmes. » (« Le Prophète » Khalil Gibran)

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	10
MÉTHODE.....	13
Recueil de données.....	13
Critères de jugement principal des HI et des HPE.....	14
Analyses statistiques	14
RÉSULTATS.....	16
1. En amont des urgences	16
1.1. Population d'étude.....	16
1.2 Hospitalisations Inappropriées (HI) et Hospitalisations Potentiellement évitables (HPE)	16
1.2.1 En amont des urgences : caractéristiques des HI versus Hospitalisations Appropriées (HA)	17
1.2.2 En amont des urgences : caractéristiques des HPE versus Hospitalisations inévitables.....	17
2. Pendant le passage aux urgences	18
2.1. Population d'étude.....	18
2.2. Pendant le passage aux urgences : caractéristiques des HI versus HA	19
2.3. Pendant le passage aux urgences : caractéristiques des HPE versus Hospitalisations inévitables...	20
3. De retour à l'EHPAD.....	20
3.1. Population d'étude	21
3.2. De retour à l'EHPAD : caractéristiques des HI versus HA	21
3.3. De retour à l'EHPAD : caractéristiques des HPE versus Hospitalisations inévitables.	21
TABLEAUX.....	22
DISCUSSION	32
CONCLUSION.....	37
BIBLIOGRAPHIE.....	39
ANNEXES.....	43
Annexe 1. Extraits questionnaire « En amont des urgences »	43
Annexe 2. Extraits questionnaire « Passage aux urgences ».....	44
Annexe 2. Extraits questionnaire « Retour EHPAD»	45
ABSTRACT	46

INTRODUCTION

Les projections de l'INSEE indiquent qu'en 2050, un français sur 3 aura plus de 65 ans¹. Cette évolution démographique soulève de nouveaux enjeux de Santé Publique telle que la prise en charge de la perte d'autonomie. Face à la dépendance, l'institutionnalisation pallie le plus souvent au maintien à domicile difficile. La région des Midi-Pyrénées compte 29 866 lits en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes² (EHPAD). Ces structures accueillent de plus en plus de sujets très âgés et poly pathologiques³. Les situations de décompensations somatiques sont plus fréquentes et se traduisent par une augmentation des flux « entrées et sorties » entre l' EHPAD et l'hôpital. Pourtant le parcours hospitalier peut majorer la morbidité du sujet âgé, l'exposant aux risques d'escarre⁴, de confusion⁵, de sondage à demeure⁶ ou de dépendance iatrogène⁷. L'observation du même phénomène dans les pays anglo-saxons a fait l'objet d'études concluant qu'une part non négligeable de ces hospitalisations est inappropriée et évitable⁸.

A ce jour les données disponibles sont insuffisantes pour proposer un algorithme décisionnel permettant de peser la balance bénéfice risque d'une hospitalisation chez un résident. A l'initiative du Gérontopôle de Toulouse et de l'Observatoire Régionale de la Santé des Midi-Pyrénées (ORSMIP), le réseau REHPA (Rolland et al. 2007) a permis de décrire les pratiques de santé au sein de 240 EHPAD réparties sur le territoire français. Sur les 4920 résidents inclus, 13,5% ont été hospitalisés dans les trois mois précédents le début de l'étude. Parmi ces résidents transférés, plus de la moitié ont été envoyés vers un service d'urgence⁹. L'étude PLEIAD (Rolland et al. 2012) menée sur 300 EHPAD des Midi-Pyrénées confirme ces résultats. Sur les 2231 résidents inclus, 4 patients sur 10 ont été hospitalisés au moins une fois au cours des 3 derniers mois et plus de la moitié d'entre eux sont passés par un service d'urgence. En majorité l'hospitalisation a été décidée dans l'urgence, sur avis du médecin traitant dans 38% des cas et en raison d'une pathologie somatique dans 73% des cas¹⁰.

La liste nord-américaine « Ambulatory Care Sensitive Diagnosis (ACSD) »¹¹ énumère l'ensemble des pathologies pour lesquelles une hospitalisation est jugée « potentiellement évitable » (HPE) : la déshydratation, l'infection urinaire, l'exacerbation de bronchite chronique...Etc. La prévention de ces événements intercurrents au sein de l'EHPAD ainsi que leur prise en charge en aigu devrait permettre d'éviter l'envoi aux urgences. L'hospitalisation devient « inappropriée » (HI) si les soins auraient pu être réalisés en ambulatoire sans que cela ne représente une perte de chance pour le patient et si le parcours hospitalier présente plus de

risques que de bénéfices pour l'état de santé et la qualité de vie du patient. Lorsque l'hospitalisation n'est ni une HI, ni une HPE, elle est décrite comme « appropriée » (HA)¹². Ces définitions restent théoriques et les pathologies qui apparaissent dans la liste ACSD sont variables d'une étude à l'autre. Bien que cette procédure de codage des pathologies « évitables » soit facilement reproductible, cet outil de définition exclut le contexte de l'envoi.

Le Structured Implicit record Review (SIR) développé par Saliba et al. (2000)¹³ et repris par Ouslander et al (2010)¹⁴, cherche d'abord à réunir les circonstances qui ont précédé l'envoi tout en prenant en compte les ressources de l'EHPAD. Un panel d'expert en gériatrie apprécie le statut médical du résident, l'existence de directives anticipées, les bénéfices potentiels de l'envoi du patient, l'heure de l'envoi et ce qui a été fait en EHPAD lorsque l'état du patient a commencé à changer. A l'issue de ce recueil, l'expert répond à la question « est-ce que l'hospitalisation aurait pu être évitée ? ». En évaluant plusieurs items, l'expert justifie le caractère évitable de l'hospitalisation (soins adaptés réalisables en EHPAD) et ce qui aurait pu être fait pour la prévenir (avis médical dans les meilleurs délais).

Selon que le critère de jugement principal choisi repose sur l'avis d'un panel d'expert (SIR), le codage de pathologies (ACSD), l'appréciation de l'urgentiste¹⁵ ou du médecin traitant¹⁶, la prévalence des HI ou des HPE est très variable allant de 40% d'HI (Saliba et al. 2000)¹³ et 13,1% (Finn et al. 2006)¹⁷ à 67% d'HPE (Ouslander et al. 2010)¹⁴. Ces différences méthodologiques expliquent l'hétérogénéité des résultats concernant les facteurs associés aux HI, HPE et HA. On distingue des facteurs propres au patient (mauvais état général¹⁸, addition de co-morbidités physiques¹⁹, statut cognitif²⁰) et propres à son entourage (demande appuyée d'hospitalisation, appréciation négative des soins disponibles en EHPAD, absence de décision collégiale consignée sur une limitation raisonnable des soins et le caractère préjudiciable d'une hospitalisation pour le confort du patient⁸). Une offre de soins insuffisante est souvent retrouvée (difficultés à obtenir un avis médical en dehors des heures de consultation du médecin traitant, problèmes d'accès à un laboratoire d'analyses médicales ou un cabinet de radiologie, soins par voie intraveineuse non réalisables)²¹. Les HI et HPE sont moins fréquentes dans les structures où existe une « culture gériatrique » avec un personnel spécialisé et en nombre suffisant pour savoir relever et communiquer les changements significatifs observés chez le résident^{22,23}. La mise en place de directives avancées notamment en fin de vie²⁴, la disponibilité du médecin traitant et la qualité des échanges entre soignants favorisent les HA²⁵.

En étudiant les hospitalisations des résidents de l'état de New York sur la base de l'ACSD, Grabowski et al (2004) estimèrent à 972 millions de dollars l'impact économique des HPE²⁶. De telles données ne sont pas disponibles en France en dehors d'estimations basées sur la « Non-pertinence hospitalière » (NPH) ou l'inadéquation entre le niveau technique des soins proposés par un service et les besoins du patient. L'attente d'une structure d'aval, principal facteur de risque de NPH, est responsable d'hospitalisations prolongées délétères à la fois pour le patient (infections nosocomiales) et le service (perte de financement par la prise en charge d'un autre patient selon la tarification à l'activité (T2A))²⁷. Sommes et al (2008)²⁷ décrivent la population de NPH comme majoritairement très âgée, avec un haut de niveau de comorbidités, associant déclin cognitif et perte d'autonomie. Chez ces patients, la plupart des hospitalisations ne sont pas programmées. Les auteurs proposent de développer des stratégies pour palier à la NPH mais bien que ce concept tende à rendre les soins plus efficaces, il ne prend en compte ni le motif ni les circonstances de l'envoi. Or ce temps qui précède l'arrivée à l'hôpital est celui où sont recensés les principaux facteurs de risque, le plus souvent multiples et pour lesquelles des stratégies au sein des EHPAD ont permis de réduire les HI et les HPE¹².

Dans la littérature internationale, les études prenant en compte les circonstances de l'envoi, codant les HI et les HPE sur la base de listes reproductibles et proposant une approche statistique pour déterminer les facteurs de risques associés aux HI et HPE sont peu nombreuses.

Objectif principal

Devant le manque de données disponibles pour établir des recommandations concernant l'hospitalisation d'un résident d'EHPAD, cette étude pilote menée en trois parties a pour objectif principal d'étudier les facteurs de risques associés aux HI et HPE des résidents provenant d'EHPAD et admis aux urgences de Purpan et Rangueil du CHU de Toulouse.

Objectif secondaire

L'analyse descriptive des HI, HE et HA « avant l'arrivée aux urgences », « pendant le passage aux urgences » puis « de retour à l'EHPAD » fera l'objet de trois comptes rendus distincts. Ici seront développés les principaux constats avant le retour à l'EHPAD.

MÉTHODE

Cette étude pilote descriptive est une collaboration menée entre le Gérotopôle, le Département Universitaire de Médecine Générale, les services d'urgences Purpan et Rangueil du CHU de Toulouse et l'UMR 1027 de l'INSERM.

Du lundi 3 décembre 9h au lundi 10 Décembre 9h 2012, ont été inclus tous les patients orientés aux urgences par une EHPAD. Ces patients ont été repérés sur site grâce à un logiciel d'extraction qui caractérise le flux d'entrée et de sortie des urgences (identité, âge, provenance, heure d'arrivée et de sortie, motif d'entrée et orientation à la sortie).

Recueil de données

Le recueil de données a été réalisé sur site de 8h à 20h par deux internes de médecine générale. Pour chaque patient, un questionnaire téléphonique destiné à l'EHPAD a été réalisé le jour de l'inclusion sur les caractéristiques du patient une semaine avant l'envoi (antécédents, score ADL, présence de signes cliniques tels que l'agitation, des douleurs, une hyperthermie). De la même façon le médecin ou le soignant ayant décidé l'envoi a été interrogé (connaissance du patient, principales raisons ayant motivé l'envoi en l'absence de signes de gravité). (Cf. Annexes)

Au moment du passage aux urgences, ont été recueillies dans le dossier médical, les données sur l'accessibilité des informations concernant le patient (motif d'entrée, antécédents, traitement, prescriptions anticipées...etc.), le délai entre l'arrivée et le début de la prise en charge et le diagnostic principal. L'interview structurée du médecin des urgences ayant pris en charge le patient inclus (questionnaire papier la nuit) a permis d'obtenir ses perceptions au sujet des motifs ayant pu motiver l'envoi en l'absence de signes de gravité, du caractère approprié ou non du recours aux urgences et aussi du caractère « potentiellement évitable ». (Cf. Annexe)

A 7 jours du retour à l'EHPAD, une interne de médecine générale a recontacté la structure et le médecin (ou le soignant) ayant décidé l'envoi pour connaître les conditions de retour du patient (en accord ou non avec l'EHPAD, courrier de sortie, ordonnance et consignes de surveillance, faisabilité des soins indiqués) et l'état général du patient (présence d'escarre, confusion, score ADL). Les soignants ont été également interrogés sur leur perception au sujet des bénéfices liés à l'hospitalisation et si rétrospectivement ils prendraient les mêmes décisions. (Cf. Annexe).

Critères de jugement des HI et des HPE

A trois mois de l'inclusion, l'ensemble des dossiers de patient inclus a été examiné par un panel d'experts en gériatrie pour décider du caractère inapproprié ou non de l'hospitalisation (en incluant comme « hospitalisation », l'aller-retour entre les urgences et l'EHPAD). Le caractère inappropriée (HI) est défini par 1) l'absence de signes de gravité, 2) s'il s'agit d'une prise en charge palliative, 3) s'il existe des directives anticipées de non hospitalisation dans le dossier médical, 4) si la pathologie pouvait être traitée dans un autre lieu sans perte de chance pour le patient.

Lorsque l'hospitalisation n'est pas inappropriée, le panel d'expert répond à la question « était-elle potentiellement évitable ? » (HPE). Il s'agit d'une HPE quand le motif d'admission aux urgences est une pathologie appartenant à une liste prédéfinie d'affections semblable à celle de l'ACSD avec quelques différences, comme l'adjonction de l'item « iatrogénie médicamenteuse » ou « absence de traitement adéquat au regard des antécédents ». La liste a été bâtie à partir de l'International Classification of Diseases, Ninth Revision (ICD-9). Le recours aux urgences pour les 18 pathologies retenues est ainsi jugé « évitable » par une meilleure attitude préventive en EHPAD notamment dans la prise en charge des pathologies chroniques (BPCO, diabète de type 2) et des épisodes de décompensation. De la même façon la prise en charge des pathologies intercurrentes proposées (gastroentérite, infection ORL) ne devraient pas relever d'un plateau technique hospitalier.

Ainsi, toute hospitalisation qui n'est pas une HI est une HA. Dans notre étude une HA peut être « potentiellement évitable » (HPE) ou inévitable. Cette échelle est en cours de validation par le Gérontopôle de Toulouse avec l'aide méthodologique de l'UMR 1027 de l'INSERM.

Pour identifier les facteurs de risques associés aux HI et HPE, le groupe « HI » a été comparé au groupe « HA ». Puis les patients ayant eu une HPE ont été comparé aux patients ayant eu une Hospitalisation inévitable.

Analyses statistiques

L'analyse statistique des facteurs de risques associés aux HI, HPE a été réalisée grâce au logiciel « STATA® software package (StataCorp LP, College station, TX, USA), version 11 ».

Les variables continues ont été exprimées en moyennes et en écarts types (moyenne±ET). La comparaison des moyennes a été réalisée par le test t de Student. Le test non paramétrique de Wilcoxon a été utilisé, lorsque la distribution n'était pas normale.

Les variables catégorielles ont été exprimées en nombres et en fréquences et comparées par le test Chi2 (X^2) ; si la fréquence était inférieure à 5, le test exact de Fisher a été utilisé. Le seuil de significativité a été fixé à 5%. Etant donné que cette étude est une étude pilote pour un projet hospitalier d'une plus grande ampleur, les résultats avec un seuil de significativité inférieur à 0,20 ont été également présentés et discutés.

RESULTATS

Les résultats suivant seront présentés en 3 temps qui correspondent au suivi des patients inclus « en amont des urgences » « pendant le passage aux urgences » et « de retour à l'EHPAD ».

1. En amont des urgences

1.1. Population d'étude

Au total 54 patients orientés par des EHPAD ont été inclus aux urgences de Purpan et Rangueil du CHU de Toulouse. Agée en moyenne de 86,3 ans, la population d'étude est majoritairement composée de femmes (66,67%). Les caractéristiques des patients inclus sont reportées dans le tableau 1.

Les caractéristiques des EHPAD sont répertoriées dans le tableau 2.

Les patients sont majoritairement transférés vers les urgences du lundi au jeudi et sur la tranche horaire 8h-20h. Dans 33 % des cas, le patient est envoyé par le médecin régulateur du SAMU puis par le médecin traitant (27,78%) et une IDE (18,52%). Quand le patient n'était pas envoyé par le médecin traitant c'est que celui-ci n'était pas joignable dans 43,59% des cas. On peut constater la part non négligeable de médecins traitants non informés de la situation de leur patient (35,9%). Le motif principal d'après la personne ayant envoyé le patient est une « chute, fracture ou plaie post chute » (33,33%). (Cf. Tableau 3)

Selon la personne ayant envoyé le patient aux urgences, le pronostic vital était engagé 3 fois sur 10 avec présence de signes de gravité dans 61% des cas. Le signe de gravité le plus fréquent est la « présence d'un traumatisme avec suspicion de fracture ». En l'absence de signes de gravité, la principale raison d'envoi aux urgences est « le besoin de se rassurer ». Rétrospectivement l'hospitalisation apparaît comme « bénéfique » dans 70, 83% des cas. Le motif le plus fréquent d'une hospitalisation apparue comme « non bénéfique » porte sur l'aller-retour entre l'EHPAD et les urgences qu'a fait le patient. (Cf. Tableau 4)

1.2. Hospitalisations Inappropriées (HI) et Hospitalisations Potentiellement évitables (HPE).

Selon le panel d'expert, sur la population d'étude (n=54), 42,59% des hospitalisations sont jugées inappropriées (n=23), 48,15% sont potentiellement évitables (n=26). Seuls 9,26% des hospitalisations sont décrites comme appropriées et inévitables (n=5). Les pathologies

évitables les plus fréquemment retrouvées sont « iatrogénie médicamenteuse » (44,44%), « chute » (35,19%) et « absence de traitement adéquat » (14,81%). (Tableau 8).

1.2.1. En amont des urgences : caractéristiques des HI versus HA

Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes concernant l'âge et la répartition des sexes. Concernant les antécédents, il n'y a pas de différence significative en dehors de « l'infarctus du myocarde ou insuffisance coronarienne » qui est à la limite de la significativité ($p=0,07$). (Tableau 1).

Avant l'envoi, le score moyen ADL des patients avec une HI est significativement plus bas que ceux avec une HA ($p=0,03$). (Tableau 2).

Les caractéristiques des EHPAD ayant envoyé le patient ne sont pas significativement différentes entre les 2 groupes HI et HA (tableau 1).

Il semble que les HI sont plus nombreuses que les HA sur la tranche horaire 20h-minuit ($p=0,07$). Il existe une différence significative entre les deux groupes HI et HA concernant le motif d'envoi aux urgences ($p=0,05$). Il semblerait que les motifs d'envoi, « infection autre que respiratoire, une infection digestive, une hyperthermie, un sondage », soient plus souvent liés aux HI et le motif d'envoi, « Chute, fracture, plaie post chute » soit plus fréquemment liés aux HA ($p=0,19$). (Tableau 3)

Selon la personne ayant envoyé le patient, lorsque les signes de gravité sont présents, les HI sont moins fréquentes que les HA ($p=0,001$). En l'absence de signes de gravité, lorsque les raisons principales d'envoi sont « un manque de moyen humain à l'EHPAD pour surveiller et administrer les traitements » ($p=0,15$), « pour se rassurer » ($p=0,03$), « une inquiétude sur une pathologie relevant d'une prise en charge urgente » ($p=0,12$), les HI semblent être plus nombreuses que les HA. Il n'y a pas de différence significative entre les 2 groupes HI et HA pour les hospitalisations jugées bénéfiques (Tableau 4). Cependant, il semblerait que lorsque la raison de non bénéfice de l'hospitalisation est « un simple aller retour entre l'EHPAD et les urgences », il s'agisse majoritairement d'HI ($p=0,18$).

1.2.2. En amont des urgences : caractéristiques des HPE versus Hospitalisations inévitables

Concernant l'âge, il semble que lorsque les patients sont plus jeunes, il s'agit majoritairement d'HPE ($p=0,17$). Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes concernant la répartition des sexes et les antécédents.

Les caractéristiques des EHPAD ayant envoyé le patient ne sont pas significativement différentes entre les 2 groupes HPE et Hospitalisations inévitables (tableau 1).

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes concernant l'heure d'envoi aux urgences ou la personne ayant envoyé le patient. Il semble que lorsque le motif principal est « troubles hydro électrolytiques, déshydratation, décompensation diabète », les HPE soient plus nombreuses que les Hospitalisations inévitables ($p=0,08$).

Il semble que les HPE soient plus nombreuses lorsque selon la personne ayant envoyé le patient, les signes de gravité suivant sont présents : « signe de détresse vitale ou signes de choc » ($p=0,09$), « perte brutale de la motricité d'une partie du corps ou aphasie y compris transitoire » ($p=0,17$), « présence de traumatisme avec suspicion de fracture » ($p=0,13$). Parmi les raisons ayant motivé l'envoi en l'absence de signes de gravité, il n'y a aucune différence significative entre les deux groupes. Lorsque le motif de « non bénéfice de l'hospitalisation » est « un simple aller-retour » entre l'EHPAD et les urgences, il semble que les HPE soient plus nombreuses que les hospitalisations inévitables ($p=0,18$) (Tableau 4).

2. Pendant le passage aux urgences

2.1. Population d'étude

Sur la population d'étude, on remarque que la majorité des patients sont admis aux urgences du lundi au jeudi (53,7%) mais près d'un quart est admis le vendredi (24,07%). Le délai moyen de prise en charge est de 71,34 minutes (min). (Figure 1).

L'accès aux informations est suffisant pour la moitié des patients. L'information la plus recherchée est le statut cognitif (40,74%) suivie du niveau de dépendance (38,89%). Pour trois patients sur 10, le diagnostic n'est pas renseigné et les diagnostics les plus souvent posés sont « AVC, accidents vasculaires, hématome » et « infection autre que respiratoire, infection digestive, hyperthermie, sondage » (12,96%). Dans 48,15% des cas, le patient est retourné à l'EHPAD à la sortie des urgences. (Tableau 5).

Dans la majorité des cas, le médecin prenant en charge le patient est un urgentiste (51,85 %). Selon le médecin des urgences, le pronostic vital était engagé dans 22,64% des cas mais des signes de gravité étaient présents dans 69,8% des cas. Le principal signe de gravité était « présence de traumatisme avec suspicion de fracture » (27,78%). En l'absence de signe de gravité, « l'inquiétude sur une pathologie relevant d'une prise en charge urgente » et « la nécessité d'examens en urgences » sont à part égale les raisons les plus fréquentes d'orientation aux urgences (11, 11%).

Selon le médecin des urgences, l'hospitalisation aux urgences est jugée « non appropriée » dans 77,36% des cas et « évitable » dans 37,04% des cas. (Tableau 6).

Selon le panel d'expert, parmi les pathologies évitables, on retrouve une « absence de traitement adéquat » dans 14, 81% des cas, les « chutes » sont observées dans 35% des cas et « la iatrogénie médicamenteuse » dans 44,4% des cas. (Tableau 9)

2.2. Pendant le passage aux urgences : caractéristiques des HI versus HA

Le délai moyen de prise en charge aux urgences est en moyenne de 90,48 min pour le groupe HI et de 24,75 min pour le groupe des HA (Figure 1). Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes concernant le jour d'admission et l'accessibilité des informations sur le patient. Il existe une relation à la limite de la significativité ($p=0,19$) entre les diagnostics portés aux urgences de « troubles hydro électrolytiques, déshydratation, diabète » et « infection autre que respiratoire, infection digestive, hyperthermie, sondage » et des HI plus nombreuses que les HA.

Il existe une relation significative entre « le retour à l'EHPAD » à la sortie des urgences et les HI plus fréquentes ($p=0,02$). (Tableau 5)

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes concernant la spécialité du médecin ayant pris en charge le patient aux urgences. La présence des signes de gravité est fortement associée au caractère approprié des hospitalisations ($p=10^{-6}$). Il semble que lorsque le médecin des urgences estime que le pronostic vital est engagé, les HA sont plus nombreuses ($p=0,10$).

En l'absence de signes de gravité lorsque selon le médecin des urgences, les raisons d'envoi sont « un manque de moyen technique à l'EHPAD » ($p= 0,03$) ou « nécessité d'exams en urgence » ($p=0,0004$), les HI sont significativement plus nombreuses. La raison « un manque de moyens humain à l'EHPAD » se trouve également à limite de la signification ($p=0,07$).

Lorsque l'hospitalisation aux urgences est jugée par le médecin ayant reçu le patient comme « inappropriée », il s'agit d'HI dans la majorité des cas ($p=10^{-4}$). De la même façon lorsque l'hospitalisation aux urgences est jugée « évitable », il semble exister une relation avec des HI plus fréquentes que les HA ($p=0,17$). (Tableau 6).

2.3. Pendant le passage aux urgences : caractéristiques des HPE versus Hospitalisations inévitables

Le délai moyen de prise en charge aux urgences est de 71,48 min pour le groupe des HPE et de 25,2 min pour le groupe des Hospitalisations inévitables (Figure 1). Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes concernant le jour d'admission. Lorsque l'accès aux informations sur le patient est suffisant, il semble que les HPE soient plus nombreuses avec une relation à la limite de la significativité ($p=0,15$). Il n'y a pas de différence entre les deux groupes sur le type d'information recherchée.

Lorsque le diagnostic principal est « non renseigné », les HPE semblent plus nombreuses que les Hospitalisations inévitables. ($p=0,09$).

Il n'y a aucune différence entre les deux groupes concernant l'orientation du patient à la sortie des urgences. (Tableau 5).

Il n'existe pas de relations significatives entre les deux groupes concernant : la spécialité du médecin des urgences ni sa perception sur l'engagement du pronostic vital.

Il n'y a pas d'association entre la présence de signes de gravité en dehors de « présence de traumatisme avec suspicion de fracture » qui semble plus fréquent dans le groupe des HPE ($p=0,12$). En l'absence de signes de gravité, il n'y a pas de différences significatives entre les deux groupes concernant les raisons d'envoi. De la même façon lorsque le médecin des urgences juge du caractère « inapproprié » ou « évitable » de l'hospitalisation aux urgences, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes. (Tableau 6).

3. De retour à l'EHPAD

3.1. Population d'étude

Le retour est concerté avec l'EHPAD dans la majorité des cas (61,22%). L'EHPAD reçoit l'ordonnance de sortie dans 77,55% des cas et les consignes de surveillance dans 53,06 % des cas. Les soins et/ou la surveillance préconisés ont été appliqués pour la plupart des patients (76,09%).

On constate une évolution du score ADL au cours du temps : avant l'envoi la moyenne était de 2.1 ± 1.9 tandis qu'au retour à l'EHPAD cette moyenne est de 1.7 ± 1.7 . Nous avons trouvé une augmentation significative de la dépendance entre avant et après le recours aux urgences ($p=0,05$).

Après avoir regroupé les classes pour obtenir une variable à deux modalités (0= pas de démence ou possible démence non diagnostiquée ou troubles cognitifs légers et 1= démence légère ou modérée ou sévère), les tests ne montrent pas de différence significative entre le statut cognitif avant envoi et aux urgences (respectivement 55.6% et 62.2% de démence ; $p=0,453$), ni entre le statut cognitif avant envoi et à la sortie d'hospitalisation au CHU (respectivement 61.1% et 66.7% de démence ; $p=1$). En revanche il y a une augmentation significative de la proportion de patients déments entre avant l'envoi (52.1% des patients présentaient une démence) et au moment du retour à l'EHPAD (75.0% des patients présentaient une démence) ($p=0,013$).

Le médecin traitant a été prévenu du retour dans 9 cas sur 10 et il a été tenu informé dans la plupart des cas par l'EHPAD (95,83%). Près de la moitié des patients ont été revus par leur médecin traitant dans les 48h du retour à l'EHPAD. (Tableau 7)

3.2. De retour à l'EHPAD : caractéristiques des HI versus HA

Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux groupes concernant les caractéristiques du retour du patient à l'EHPAD. (Tableau 7)

L'analyse bivariée de l'apparition de signes cliniques entre l'envoi aux urgences et le retour à l'EHPAD indique que les HI sont plus fréquentes quand apparaissent une « chute » ($p=0,01$) et des « douleurs » ($p=0,04$). (Tableau 8)

3.3. De retour à l'EHPAD : caractéristiques des HPE versus Hospitalisations inévitables

Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux groupes concernant les caractéristiques du retour du patient à l'EHPAD en dehors de la réception de l'ordonnance de sortie. En effet il semble y avoir plus d'HPE en cas de réception de l'ordonnance de sortie à l'EHPAD ($p=0,08$). (Tableau 7).

Tableau 1. Caractéristiques des patients orientés par les EHPAD aux urgences Hospitalisations inappropriées versus appropriées et Hospitalisations potentiellement évitables versus inévitables.

Données patients	Population d'étude N=54	Inappropriées N=23	Appropriées N=31	P	Evitables N=26	Inévitables N=5	P
Age (en années)							
N	54	23	31	0,68	26	5	0,17
Moyenne (DS)	86.3 (8.2)	86.9 (8.7)	85.9 (7.9)		85.1 (8.1)	90.4 (4.6)	
Sexe							
N	54	23	31	0,77	26	5	1,00
Femme, n (%)	36 (66.67)	16 (44.4)	20 (55.6)		17 (85)	3 (15)	
Antécédents							
Infarctus du myocarde ou insuffisance coronarienne							
N	54	23	31	0,07	26	5	1,00
Oui, n (%)	6 (11.11)	5 (83.3)	1 (16.7)		1 (100)	0 (0)	
Diabète non compliqué							
N	54	23	31	0,29	26	5	0,52
Oui, n (%)	10 (18.52)	6 (60)	4 (40)		3 (75)	1 (25)	
Maladie pulmonaire chronique							
N	54	23	31	0,32	26	5	1,00
Oui, n (%)	11 (20.37)	3 (27.3)	8 (72.7)		7 (87.5)	1 (12.5)	
Hypertension artérielle							
N	54	23	31	1,00	26	5	1,00
Oui, n (%)	27 (50)	12 (44.4)	15 (55.6)		13 (86.7)	2 (13.3)	
Démence y compris maladie Alzheimer							
N	54	23	31	0,78	26	5	1,00
Oui, n (%)	31 (57.41)	14 (45.2)	17 (54.8)		14 (82.4)	3 (17.7)	
Antécédents de fracture							
N	54	23	31	0,35	26	5	1,00
Oui, n (%)	14 (25.93)	4 (28.6)	10 (71.4)		9 (90)	1 (10)	
Score total ADL⁽¹⁾ avant l'envoi							
N	53	22	31	0,03	26	5	0,66
Moyenne (DS)	2.2 (1.9)	1.6 (2.0)	2.6 (1.8)		2.6 (1.8)	2.3 (1.6)	
Statut cognitif du patient avant l'envoi							
N	54	23	31	0,46	26	5	0,49
Pas de démence, n (%)	6 (11.11)	1 (16.7)	5 (83.3)		3 (60)	2 (40)	
Possible démence non diagnostiquée, n (%)	12 (22.22)	7 (58.3)	5 (41.7)		5 (100)	0 (0)	
Troubles cognitifs légers (sans démence), n (%)	7 (12.96)	2 (28.6)	5 (71.4)		5 (100)	0 (0)	
Démence légère, n (%)	1 (1.85)	1 (100)	0 (0)		0 (0)	0 (0)	
Démence modérée, n (%)	13 (24.07)	6 (46.2)	7 (53.9)		6 (85.7)	1 (14.3)	
Démence sévère, n (%)	15 (27.78)	6 (40)	9 (60)		7 (77.8)	2 (22.2)	

(1) Score ADL= Echelle d'autonomie de Katz : évalue l'autonomie de la personne âgée sur 6 aspects de la vie quotidienne (cotés 0 ou 0.5 ou 1) : hygiène corporelle / habillage / aller aux toilettes / locomotion / continence / repas. Ce score est compris entre 0 et 6, plus il est bas et plus la personne est dépendante. (Voir grille d'évaluation en annexe)

Tableau 2. Caractéristiques des EHPAD ayant envoyé un patient aux urgences Hospitalisations inappropriées versus appropriées et Hospitalisations potentiellement évitables versus inévitables.

Données EHPAD	Population d'étude N=54	Inappropriées N=23	Appropriées N=31	P	Evitables N=26	Inévitables N=5	P
Statut de l'EHPAD							
N	40	16	24	1,00	20	4	0,54
Privé, n (%)	31 (77.5)	12 (38.7)	19 (61.3)		15 (79)	4 (21)	
Public, n (%)	9 (22.5)	4 (44.4)	5 (55.6)		5 (100)	0 (0)	
Nombre de lits d'EHPAD							
N	47	21	26	0,56	23	3	0,93
Moyenne (DS)	85.4 (24.4)	83.7 (9.1)	86.8 (32)		87.2 (34)	83.3 (5.8)	
GMP⁽¹⁾							
N	36	16	20	0,32	17	3	0,73
Moyenne (DS)	705.0 (68.3)	717.9 (67.9)	694.8 (68.6)		692.5 (73)	707.7 (42)	
PMP⁽²⁾							
N	34	15	19	0,84	16	3	1,00
Moyenne (DS)	174.92 (30.3)	176.1 (33.4)	174 (28.5)		174 (30.9)	174 (12.5)	
IDE⁽³⁾ en astreinte la nuit							
N	54	23	31	0,57	26	5	1,00
Oui, n (%)	3 (5,56)	2 (66.7)	1 (33.3)		1 (100)	0 (0)	
Distance EHPAD-Urgences en minutes							
N	54	23	31	0,30	26	5	0,54
Moyenne (DS)	19.7 (10.7)	18.9 (7.1)	20.3 (12.8)		21(13.4)	16.8 (8.9)	
Effectif normal du personnel de l'EHPAD à l'envoi ?							
N	54	23	31	0,43	26	5	-
Oui, n (%)	53 (98,15)	22 (41.5)	31 (58.5)		0 (0)	0 (0)	
Existence d'un protocole de prise en charge de patient en cas d'urgence en EHPAD ?							
N	54	23	31	0,87	26	5	1,00
Oui, n (%)	26 (48,15)	11 (42.3)	15 (57.7)		13 (86.7)	2 (13.3)	
Si protocole existe : application du protocole de prise en charge ?							
N	23	10	13	0,49	12	1	1,00
Oui, n (%)	21 (91.3)	10 (47.6)	11 (52.4)		10 (90.9)	1 (9.1)	

(1) GMP= Gir moyen pondéré (GMP) qui mesure, en nombre de points, le niveau de prestation fourni par l'établissement pour la prise en charge de la dépendance ; le GMP est établi à partir du positionnement des pensionnaires sur la grille Aggir (autonomie gérontologie groupes iso-ressources). Plus le GMP est élevé, plus le niveau de dépendance moyen et le niveau de prestation à fournir sont élevés. En 2010, le GMP moyen était de 686. Un score bas est inférieur à 600 et un score haut est supérieur à 700.

(2) PMP= Pathos moyen pondéré (PMP) qui mesure, également en nombre de points, le niveau de prestation fourni par l'établissement pour la prise en charge des soins médicaux apportés à la personne dépendante. Plus le PMP est élevé, plus la charge en soins est importante. En 2010 le PMP moyen était de 177, ce qui correspond à un niveau global de charge de soins relativement élevé. Un score faible est inférieur à 140.

(3) IDE = Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat.

**Tableau 3. Conditions entourant l'envoi des patients provenant d'EHPAD vers les urgences
Hospitalisations inappropriées versus appropriées et Hospitalisations potentiellement évitables versus inévitables.**

Conditions entourant l'envoi du patient	Population d'étude N=54	Inappropriées N=23	Appropriées N=31	P	Evitables N=26	Inévitables N=5	P
Jour d'envoi du patient aux urgences							
N	54	23	31	0,59	26	5	0,25
Lundi au jeudi (hors jours fériés), n (%)	28 (51.85)	10 (35.7)	18 (64.3)		15 (83.3)	3 (16.7)	
Vendredi (hors jours fériés), n (%)	13 (24.07)	7 (53.9)	6 (46.2)		4 (66.7)	2 (33.3)	
Week-end, n (%)	13 (24.07)	6 (46.2)	7 (53.9)		7 (100)	0 (0)	
Heure d'envoi du patient aux urgences							
N	53	23	30	0,07	25	5	0,71
8h-20h inclus, n (%)	38 (71.7)	17 (44.7)	21 (55.3)		18 (85.7)	3 (14.3)	
20h-minuit, n (%)	7 (13.2)	5 (71.4)	2 (28.6)		2 (100)	0 (0)	
Minuit-8h, n (%)	8 (15.1)	1 (12.5)	7 (87.5)		5 (71.4)	2 (16.7)	
Personne ayant envoyé le patient aux urgences							
N	54	23	31	0,11	26	5	0,90
Médecin traitant, n (%)	15 (27.78)	7 (46.7)	8 (53.3)		6 (75)	2 (25)	
Médecin coordonnateur, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		0 (0)	0 (0)	
Médecin de garde, n (%)	5 (9.26)	3 (60)	2 (40)		2 (100)	0 (0)	
SAMU, n (%)	18 (33.33)	4 (21.1)	15 (79)		12 (80)	3 (20)	
IDE ⁽¹⁾ , n (%)	10 (18.52)	4 (44.4)	5 (55.6)		5 (100)	0 (0)	
Pompiers, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		0 (0)	0 (0)	
Famille, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		0 (0)	0 (0)	
Aide-soignante, n (%)	4 (7.41)	3 (75)	1 (25)		1 (100)	0 (0)	
Autre, n (%)	2 (3.7)	2 (100)	0 (0)		0 (0)	0 (0)	
Raison de non envoi du patient par le médecin traitant							
N	39	16	23	0,42	20	3	0,32
Médecin traitant injoignable, n (%)	17 (43.59)	9 (52.9)	8 (47.1)		6 (75)	2 (25)	
Médecin traitant non informé, n (%)	14 (35.9)	5 (35.7)	9 (64.3)		9 (100)	0 (0)	
Motif principal d'envoi d'après personne ayant envoyé le patient aux urgences							
N	54	23	31	0,05	26	5	0,08
Cardiorespiratoire, dyspnée, malaise, fausse route, pneumopathie infectieuse, n (%)	10 (18.52)	3 (30)	7 (70)		0 (0)	0 (0)	
AVC, accidents vasculaires, hématome, n (%)	8 (14.81)	3 (37.5)	5 (62.5)		5 (71.4)	2 (28.6)	
Infection autre que respiratoire, digestive, hyperthermie, sondage, n (%)	10 (18.52)	8 (80)	2 (20)		3 (60)	2 (40)	
Syndrome de glissement, AEG, n (%)	2 (3.70)	1 (50)	1 (50)		1 (50)	1 (50)	
Chute, fracture, plaie post chute, n (%)	18 (33.33)	4 (22.2)	14 (77.8)		1 (100)	0 (0)	
Troubles hydro électrolytiques, déshydratation, décompensation diabète, n (%)	3 (5.56)	2 (66.7)	1 (33.3)		14 (100)	0 (0)	
Cancer, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		1 (100)	0 (0)	
Troubles psycho comportementaux, n (%)	3 (5.56)	2 (66.7)	1 (33.3)		0 (0)	0 (0)	

(1) IDE = Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

Tableau 4. Perception de l'état du patient selon le médecin (ou le soignant) ayant décidé de l'envoi aux urgences Hospitalisations inappropriées versus appropriées et Hospitalisations potentiellement évitables versus inévitables.

Perception du patient selon le médecin (ou le soignant) ayant décidé de l'envoi aux urgences	Population d'étude N=54	Inappropriées N=23	Appropriées N=31	P	Evitables N=26	Inévitables N=5	P
Engagement du pronostic vital d'après celui ayant envoyé le patient							
N	53	23	30	0,21	26	4	1,00
Oui, n (%)	16 (30.19)	5 (31.3)	11 (68.8)		9 (81.8)	2 (18.2)	
Présence de signes de gravité							
N	54	23	31	0,001	26	5	1,00
Oui, n (%)	33 (61.11)	8 (24.2)	25 (75.8)		21 (84)	4 (16)	
Signes de gravité							
Signes de détresse vitale ou signes de choc							
N	54	23	31	0,16	26	5	0,09
Oui, n (%)	10 (18.52)	2 (20)	8 (80)		5 (62.5)	3 (37.5)	
Perte brutale de la motricité d'une partie du corps ou aphasie y compris transitoire (exemple: suspicion d'AVC)							
N	54	23	31	0,06	26	5	0,17
Oui, n (%)	5 (9.26)	0 (0)	5 (100)		3 (60)	2 (40)	
Présence de traumatisme avec suspicion de fracture et de recours à un traitement orthopédique ou chirurgical							
N	54	23	31	0,01	26	5	0,13
Oui, n (%)	14 (25.93)	2 (14.3)	12 (85.7)		12 (100)	0 (0)	
Raisons d'envoi aux urgences en l'absence de signes de gravité							
Inquiétude sur une pathologie relevant d'une prise en charge urgente							
N	54	23	31	0,12	26	5	1,00
Oui, n (%)	7 (12.96)	5 (71.4)	2 (28.6)		2 (100)	0 (0)	
Nécessité d'un bilan biologique urgent							
N	54	23	31	0,63	26	5	1,00
Oui, n (%)	4 (7.41)	1 (25)	3 (75)		3 (100)	0 (0)	
Manque de moyen humain à l'EHPAD (surveillance et administration des traitements)							
N	54	23	31	0,15	26	5	1,00
Oui, n (%)	5 (9.26)	4 (80)	1 (20)		1 (100)	0 (0)	
Pour se rassurer							
N	54	23	31	0,03	26	5	1,00
Oui, n (%)	9 (16.67)	7 (77.8)	2 (22.2)		2 (100)	0 (0)	
Nécessité d'un bilan biologique urgent							
N	54	23	31	0,63	26	5	1,00
Oui, n (%)	4 (7.41)	1 (25)	3 (75)		3 (100)	0 (0)	
Hospitalisation bénéfique ?							
N	48	21	26	0,43	22	4	1,00
Oui, n (%)	34 (70.83)	14 (66.7)	20 (76.9)		17 (85)	3 (15)	
Raisons de non bénéfice de l'hospitalisation							
N	12	6	6	0,18	5	1	0,50
Simple aller-retour, n (%)	9 (75)	6 (100)	3 (50)		3 (100)	0 (0)	
Apparition de troubles de comportement, n (%)	1 (8.33)	0 (0)	1 (16.7)		1 (100)	0 (0)	
Absence d'amélioration, n (%)	1 (8.33)	0 (0)	1 (16.7)		1 (100)	0 (0)	
Décès, n (%)	1 (8.33)	0 (0)	1 (16.7)		0 (0)	1 (100)	

Tableau 5. Conditions entourant le passage aux urgences des patients venant d'EHPAD Hospitalisations inappropriées versus appropriées et Hospitalisations potentiellement évitables versus inévitables.

Conditions entourant le passage aux urgences du patient	Population d'étude N=54	Inappropriées N=23	Appropriées N=31	p	Évitables N=26	Inévitables N=5	P
Jour d'admission aux urgences							
N	54	23	31	0,66	26	5	0,25
Lundi au jeudi (hors jours fériés), n (%)	29 (53.7)	11 (47.8)	18 (58.1)		15 (83.3)	3 (16.7)	
Vendredi (hors jours fériés), n (%)	13 (24.07)	7 (30.4)	6 (19.4)		4 (66.7)	2 (33.3)	
Week-end, n (%)	12 (22.22)	5 (21.7)	7 (22.6)		7 (100)	0 (0)	
Accès suffisant aux informations concernant le patient ?							
N	54	23	31	0,61	26	5	0,15
Oui, n (%)	29 (53.7)	11 (47.8)	17 (54.8)		16 (94.1)	1 (5.9)	
Types d'informations recherchées							
Prescriptions anticipées							
N	54	23	31	0,50	26	5	0,68
Information recherchée, n (%)	18 (33.33)	7 (30.4)	11 (35.5)		10 (90.9)	1 (9.1)	
Information nécessaire mais non obtenue, n (%)	2 (3.70)	1 (4.4)	1 (3.2)		1 (100)	0 (0)	
Niveau de dépendance							
N	54	23	31	0,33	26	5	1,00
Information recherchée, n (%)	21 (38.89)	9 (39.1)	12 (38.7)		10 (83.3)	2 (16.7)	
Information nécessaire mais non obtenue, n (%)	5 (9.26)	3 (13)	2 (6.5)		2 (100)	0 (0)	
Statut cognitif							
N	54	23	31	0,69	26	5	0,73
Information recherchée, n (%)	22 (40.74)	8 (34.8)	14 (45.2)		12 (85.7)	2 (14.3)	
Information nécessaire mais non obtenue, n (%)	12 (22.22)	5 (21.7)	7 (22.6)		5 (71.4)	2 (28.6)	
Diagnostic principal de l'urgentiste							
N	54	23	31	0,19	26	5	0,09
Absence de pathologie, n (%)	2 (3.7)	0 (0)	2 (100)		1 (50)	1 (50)	
Cardiorespiratoire, dyspnée, malaise, fausse route, pneumopathie infectieuse, n (%)	6 (11.11)	1 (16.7)	5 (83.3)		4 (80)	1 (20)	
AVC, accidents vasculaires, hématome, n (%)	7 (12.96)	2 (28.6)	5 (71.4)		3 (60)	2 (40)	
Infection autre que respiratoire, digestive, hyperthermie, sondage, n (%)	7 (12.96)	5 (71.4)	2 (28.6)		1 (50)	1 (50)	
Syndrome de glissement, AEG, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		0 (0)	0 (0)	
Chute, plaie post chute sans fracture, n (%)	5 (9.26)	1 (20)	4 (80)		4 (100)	0 (0)	
Chute, plaie post chute avec fracture, n (%)	6 (11.11)	3 (50)	3 (50)		3 (100)	0 (0)	
Troubles électrolytiques ou acido-basiques, déshydratation, décompensation diabète, n (%)	2 (3.70)	2 (100)	0 (0)		0 (0)	0 (0)	
Cancer, n (%)	1 (1.85)	1 (100)	0 (0)		0 (0)	0 (0)	
Troubles psycho comportementaux, n (%)	1 (1.85)	1 (100)	0 (0)		0 (0)	0 (0)	
Non renseigné, pas de diagnostic donné, n (%)	17 (31.48)	7 (41.2)	10 (58.8)		10 (100)	0 (0)	
Orientation du patient après les urgences							
N	54	23	31	0,02	26	5	0,82
Retour EHPAD, n (%)	26 (48.15)	16 (69.6)	10 (32.3)		9 (90)	1 (10)	
Retour domicile, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		0 (0)	0 (0)	
Hospitalisation au CHU ¹ , n (%)	22 (40.74)	5 (21.7)	17 (54.8)		14 (82.4)	3 (17.7)	
Hospitalisation dans un autre établissement de soins, n (%)	6 (11.11)	2 (8.7)	4 (12.9)		3 (75)	1 (25)	
Patient DCD aux urgences, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		0 (0)	0 (0)	

(1) CHU : Centre Hospitalo-universitaire

Figure 1. Délai moyen de prise en charge des patients venant d'EHPAD aux urgences selon le type d'hospitalisation

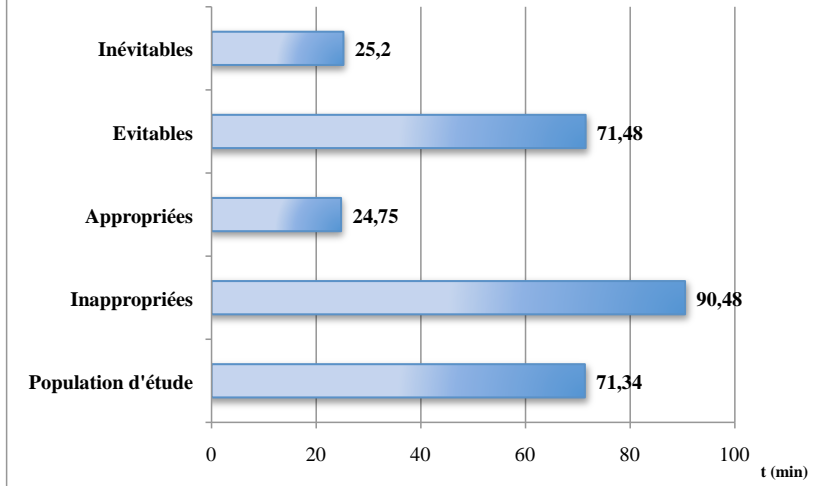


Tableau 6. Perception de l'état du patient selon le médecin des urgences Hospitalisations inappropriées versus appropriées et Hospitalisations potentiellement évitables versus inévitables.

Perception du patient selon le médecin des urgences	Population d'étude N=54	Inappropriées N=23	Appropriées N=31	p	Evitables N=26	Inévitables N=5	p
Spécialité de l'urgentiste							
N	54	23	31	0,92	26	5	1,00
Urgentiste, n (%)	28 (51.85)	12 (52.2)	16 (51.6)		13 (81.3)	3 (18.7)	
Autre spécialité, n (%)	1 (1.85)	0 (0)	1 (3.2)		1 (100)	0 (0)	
Interne, n (%)	20 (37.04)	8 (34.8)	12 (38.7)		10 (83.3)	2 (16.7)	
Médecin thésé, n (%)	2 (3.7)	1 (4.4)	1 (3.2)		1 (100)	0 (0)	
Autre, n (%)	3 (5.56)	2 (8.7)	1 (3.2)		1 (100)	0 (0)	
Engagement du pronostic vital							
N	53	19	31	0,10	26	5	0,29
Oui, n (%)	12 (22.64)	2 (10.5)	10 (32.3)		7 (70)	3 (30)	
Présence de signes de gravité							
N	53	22	31	0,00	26	5	1,00
Oui, n (%)	37 (69.8)	8 (21.6)	29 (78.4)		24 (82.8)	5 (17.2)	
Signes de gravité							
Signes de détresse vitale ou de choc							
N	54	23	31	0,03	26	5	0,24
Oui, n (%)	6 (11.11)	0 (0)	6 (100)		4 (66.7)	2 (33.3)	
Perte brutale de la motricité d'une partie du corps ou aphasie y compris transitoire (exemple: suspicion d'AVC)							
N	54	23	31	0,03	26	5	0,24
Oui, n (%)	6 (11,11)	0 (0)	6 (100)		4 (66,7)	2 (33,3)	
Présence de traumatisme avec suspicion de fracture et de recours à un traitement orthopédique ou chirurgical							
N	54	23	31	0,06	26	5	0,12
Oui, n (%)	15 (27.78)	3 (20)	12 (80)		12 (100)	0 (0)	
Raisons de l'envoi aux urgences en l'absence de signes de gravité							
Inquiétude sur une pathologie relevant d'une prise en charge urgente							
N	54	23	31	0,38	26	5	1,00
Oui, n (%)	6 (11.11)	4 (66.7)	2 (33.3)		2 (100)	0 (0)	
Manque de moyen humain à l'EHPAD (administration et surveillance des traitements)							
N	54	23	31	0,07	26	5	-
Oui, n (%)	3 (5.56)	3 (100)	0 (0)		0 (0%)	0 (0%)	
Manque de moyen technique à l'EHPAD (administration et surveillance des traitements)							
N	54	23	31	0,03	26	5	-
Oui, n (%)	4 (7.41)	4 (100)	0 (0)		0 (0)	0 (0)	
Nécessité d'examens en urgence							
N	54	23	31	0,004	26	5	-
Oui, n (%)	6 (11.11)	6 (100)	0 (0)		0 (0)	0 (0)	
Caractère approprié ou non de l'hospitalisation aux urgences							
N	53	22	31	0,000 ¹	26	5	1,00
Approprié, n (%)	12 (22.64)	11 (26.8)	30 (73.2)		25 (83.3)	5 (16.7)	
Non approprié, n (%)	41 (77.36)	11 (91.7)	1 (8.33)		1 (100)	0 (0)	
Caractère évitable ou non de l'hospitalisation aux urgences							
Evitable, n (%)	20 (37.04)	15 (75)	5 (25)		5 (100)	0 (0)	0,54
Inévitable, n (%)	30 (55.56)	7 (23.3)	23 (76.7)		19 (82.6)	4 (17.4)	
Pas assez d'éléments pour se prononcer, n (%)	4 (7.41)	1 (25)	3 (75)		2 (66.7)	1 (33.3)	

Tableau 7. Caractéristiques du retour à l'EHPAD Hospitalisations inappropriées versus appropriées et Hospitalisations potentiellement évitables versus inévitables.

Données sur le retour du patient à l'EHPAD	Population d'étude N=54	Inappropriées N= 23	Appropriées N=31	P	Evitables N=26	Inévitables N=5	P
Retour concerté avec l'EHPAD							
N	49	19	24	1,00	24	4	1,00
Oui, n (%)	30 (61.22)	13 (68.4)	17 (70.8)		14 (82.4)	3 (17.7)	
Réception de l'ordonnance de sortie par EHPAD							
N	49	20	28	0,28	24	4	0,08
Oui, n (%)	38 (77.55)	14 (70)	24 (85.7)		22 (91.7)	2 (8.3)	
Réception des consignes de surveillance par EHPAD							
N	49	21	26	0,82	24	4	0,31
Oui, n (%)	26 (53.06)	12 (57.1)	14 (53.9)		13 (92.9)	1 (7.1)	
Application des soins et/ou des consignes de surveillance préconisés à l'EHPAD							
N	46	19	27	0,82	24	3	0,26
Oui, n (%)	35 (76.09)	14 (73.7)	21 (77.8)		19 (90.5)	2 (9.5)	
Score Total ADL⁽¹⁾ au retour à l'EHPAD							
N	47	21	26	0,90	23	3	0,54
Moyenne (DS)	1.75 (1.7)	1.7 (1.8)	1.8 (1.8)		1.7 (1.7)	2.5 (2.2)	
Le médecin traitant a-t-il été prévenu du retour ?							
N	49	21	28	1,00	24	4	1,00
Oui, n (%)	47 (95.92)	20 (95.2)	27 (96.4)		23 (85.2)	4 (14.8)	
La personne ayant prévenu le médecin traitant du retour							
N	48	21	27	1,00	23	4	1,00
Hôpital, n (%)	2 (4.17)	1 (4.8)	1 (3.7)		1 (100)	0 (0)	
EHPAD, n (%)	46 (95.83)	20 (95.24)	26 (96.3)		22 (84.6)	4 (15.4)	
Famille, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		0 (0)	0 (0)	
Patient, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		0 (0)	0 (0)	
Délai de visite du médecin après le retour du patient							
N	49	19	28	0,92	24	4	0,24
Moins de 24h, n (%)	9 (18.37)	4 (21.1)	5 (17.9)		5 (100)	0 (0)	
entre 24 et 48 heures, n (%)	19 (38.78)	8 (42.1)	11 (39.3)		8 (72.7)	3 (27.3)	
Entre 48 et 72 heures, n (%)	10 (20.41)	4 (21.1)	6 (21.4)		6 (100)	0 (0)	
Plus de 72 heures, n (%)	5 (10.20)	1 (5.3)	4 (14.3)		4 (100)	0 (0)	

(1) Score ADL= Echelle d'autonomie de Katz : évalue l'autonomie de la personne âgée sur 6 aspects de la vie quotidienne : hygiène corporelle / habillage / aller aux toilettes / locomotion / continence / repas. Ce score est compris entre 0 et 6, plus il est bas et plus la personne est dépendante.

Tableau 8. Analyse bivariée de l'apparition de signes cliniques entre le moment de l'envoi aux urgences et le retour à l'EHPAD Hospitalisations inappropriées versus appropriées.

Signes cliniques	Inappropriées N= 23	Appropriées N=31	P
Confusion			
N	17	25	0,21
Oui, n (%)	4 (23.5)	2 (8.0)	
Agitation			
N	21	25	0,58
Oui, n (%)	2 (9.5)	1 (4.0)	
Somnolence			
N	21	25	0,44
Oui, n (%)	5 (23.8)	3 (12.0)	
Douleur			
N	20	23	0,04
Oui, n (%)	4 (20.0)	0 (0)	
Escarre			
N	21	24	0,59
Oui, n (%)	2 (9.5)	1 (4.2)	
Anorexie			
N	18	23	0,64
Oui, n (%)	3 (16.7)	2 (8.7)	
Dyspnée			
N	21	25	0,32
Oui, n (%)	3 (14.3)	1 (4.0)	
Chute			
N	21	5	0,01
Oui, n (%)	5 (24)	0 (0)	
Fièvre			
N	21	25	0,46
Oui, n (%)	1 (4.8)	0 (0)	
Asthénie			
N	17	22	0,70
Oui, n (%)	3 (17.7)	6 (27.3)	

Tableau 9. Pathologies évitables sur la population d'étude selon le panel d'expert.

Pathologies évitables	Population d'étude
Nombre de pathologies évitables	
N	54
Moyenne ± ET	1.33 (0.93)
Angor	
N	54
Oui, n (%)	0 (0)
Pneumopathie	
N	54
Oui, n (%)	4 (7.41)
Poussée d'insuffisance cardiaque	
N	54
Oui, n (%)	0 (0)
Exacerbation de BPCO	
N	54
Oui, n (%)	1 (1.85)
Déshydratation	
N	54
Oui, n (%)	2 (3.7)
Asthme	
N	54
Oui, n (%)	0 (0%)
Déséquilibre diabète/hypoglycémie	
N	54
Oui, n (%)	1 (1.85)
Crise d'épilepsie sauf première crise	
N	54
Oui, n (%)	1 (1.85)
HTA	
N	54
Oui, n (%)	1 (1.85)
Chute	
N	54
Oui, n (%)	19 (35.19)
Fracture	
N	54
Oui, n (%)	6 (11.11)
Gastroentérite	
N	54
Oui, n (%)	0 (0)
Infection urinaire ou pyélonéphrite	
N	54
Oui, n (%)	4 (7.41)
Anémie par carence martiale	
N	54
Oui, n (%)	0 (0)
Dénutrition	
N	54
Oui, n (%)	0 (0)
Problème dentaire	
N	54
Oui, n (%)	0 (0)
Infection ORL (nez, gorge, oreilles)	
N	54
Oui, n (%)	0 (0)
Iatrogénie médicamenteuse	
N	54
Oui, n (%)	24 (44.44)
Absence de traitement adéquat	
N	54
Oui, n (%)	8 (14.81)

DISCUSSION

Le risque de dépendance iatrogénique potentiellement élevé d'un passage aux urgences pour une personne âgée vulnérable, pourrait être prévenu par l'identification des principaux facteurs de risque associés aux hospitalisations inappropriées ou évitables. Dans notre étude sur les 54 patients inclus, le panel d'expert a identifié 23 HI (42,59%) et 26 HPE (48,15%). Plusieurs associations significatives ont été retrouvées entre des HI et des HPE plus nombreuses et différentes caractéristiques recueillies pendant les trois temps de l'étude « en amont des urgences », « pendant le passage aux urgences » et « de retour à l'EHPAD ».

Dans notre étude, les HI et des HPE concernent près d'un passage sur deux aux urgences pour les résidents orientés par une EHPAD. Ce constat traduit donc un risque non négligeable de majoration de la morbidité lorsque les décisions sont prises autour d'un résident en situation de décompensation aiguë à l'EHPAD. Les prévalences des HI et des HPE dans notre étude se distinguent néanmoins de celles retrouvées dans la littérature. En proposant à un panel d'expert d'utiliser comme grille d'évaluation le SIR, Saliba et al (2000)¹³ concluent que 36% des admissions aux urgences et 40% des hospitalisations sont inappropriées. Dans notre étude, tous les résidents orientés par une EHPAD ont été inclus sur le critère d'une admission aux urgences : aucune des entrées directes dans les services hospitaliers n'a été prise en compte. De plus, décrire le caractère approprié ou non d'une hospitalisation dans les services à la suite d'un passage aux urgences n'est pas l'objet de notre démarche.

Le SIR tel qu'il est proposé par Saliba et al (2000) n'identifie que les HI. Repris par Ouslander et al (2010)¹⁴, le SIR est complété par la prise en compte des ressources de la structure mais aussi ce qui a été fait en EHPAD lorsque l'état du patient a commencé à changer. En comparant 10 EHPAD avec les taux d'hospitalisation les plus élevés versus les 10 EHPAD avec les taux les plus bas, le panel d'expert juge que 67% des hospitalisations sont des HPE. Dans cette étude le terme « HPE » regroupe sans distinction les hospitalisations jugées « définitivement évitables » et celles qui sont « probablement évitables » et les hospitalisations dites « définitivement ou probablement non évitables » représentent 37% des cas. Dans notre étude la prévalence des Hospitalisations inévitables est de 9,26%. De plus, dans l'étude d'Ouslander et al (2010)¹⁴, le panel d'expert répond à la question « s'agit-il d'une hospitalisation évitable ou non ? » selon l'évaluation de plusieurs items. Nous avons choisi dans notre étude, de définir les HPE lorsque le motif d'admission est une pathologie

appartenant à une liste prédéfinie inspirée de l'ACSD : la variabilité des terminologies et des outils utilisés pour définir les HI et les HPE explique l'hétérogénéité des résultats.

Dans la plupart des études, la recherche de facteurs de risques associés aux HI et aux HPE repose sur l'appréciation de plusieurs items par un panel d'expert. Dans l'étude d'Ouslander et al (2010)¹⁴ le SIR obtient une concordance inter-juge satisfaisante. Pourtant cette méthode fréquemment utilisée, pose des difficultés en terme de validation externe puisque la recherche de facteurs de risque est laissée à la subjectivité de l'examineur. Dans notre étude la recherche de facteurs de risque se base sur une méthode statistique.

A notre connaissance, une seule étude dans la littérature (Mc Closkey et al (2011))²⁸ a cherché à identifier les facteurs de risque sur l'ensemble du parcours de soins, de l'envoi aux urgences au retour à l'EHPAD. Bien que la principale limite de notre étude soit l'effectif restreint de la population incluse, ce qui ne nous autorise pas à présenter des facteurs de risque des HI et des HPE, des associations significatives ont été retrouvées.

En amont des urgences

Un score ADL bas avant l'envoi aux urgences est associé à des HI plus nombreuses ($p=0,03$) (Tableau 1). Un niveau de dépendance élevé a déjà été associé à un risque supérieur d'hospitalisation²⁹. Selon Carter et al (2003)³⁰ un niveau de dépendance élevé est associé à moins d'hospitalisations relevant de l'ACSD. Seulement dans cette étude, les auteurs proposent d'étudier les facteurs de risque non pas des HI mais des HPE. Dans notre étude, il n'y a pas d'association significative entre les HPE et le score ADL avant l'envoi.

Lorsque la tranche horaire d'envoi aux urgences est « 20h-minuit », il semble y avoir plus d'HI que d'HA ($p=0,07$) (Tableau 3). Ces résultats renvoient à ceux de Grueneir (2010)³¹ qui montrent que les transferts vers les hôpitaux sont plus fréquents sur les tranches horaires où il y a moins de soignants et où se pose le problème de l'accessibilité du médecin traitant. Certes l'effectif était « normal » au moment de l'envoi dans la plupart des cas sur la population d'étude mais il est à noter que lorsque le médecin traitant n'est pas celui qui a décidé de l'envoi aux urgences, il était aussi injoignable dans 43,59% des cas.

Il semble que lorsque le motif principal est « trouble hydro électrolytique, déshydratation, décompensation diabète », les HPE sont plus nombreuses que les Hospitalisations inévitables ($p=0,08$) (Tableau 3). De la même façon les HI seraient plus

fréquentes pour les motifs « infection autre que respiratoire, infection digestive, hyperthermie, sondage », ($p=0,19$). Walsh et al (2012)³² retrouvent 5 pathologies à l'origine de 78% des HPE : la pneumonie, l'insuffisance cardiaque congestive, les infections urinaires, la déshydratation, et la broncho-pneumopathie obstructive ou l'asthme. Sur notre population d'étude, le panel d'expert a retrouvé ces pathologies évitables dans 22% des cas (Tableau 9). Ces résultats suggèrent un problème de prise en charge en EHPAD quant à la gestion des situations de décompensation des maladies chroniques mais aussi des événements intercurrents. De plus nous retrouvons « l'absence de traitement adéquat » dans 14,81% des pathologies évitables, les « chutes » dans 35% des cas et « la iatrogénie médicamenteuse » dans 44,4% des cas. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de listes de pathologies évitables incluant « l'absence de traitement adéquat » ou « la iatrogénie médicamenteuse ». Pourtant ces données sont intéressantes à prendre en compte comme le soulignent Spector et al (2013)³³. Les auteurs ont identifié la poly médication comme étant un facteur de risque d'HPE. Face à un patient qui présente plusieurs comorbidités, la prescription médicamenteuse devient une décision complexe et qui mal conduite, peut majorer la morbidité du patient (chutes, fractures, confusion). Une collaboration plus étroite entre les soignants et le médecin traitant favoriserait une adaptation des soins plus précoce face aux changements qui s'opèrent chez le patient³⁴.

Dans notre étude, il semble que les HI sont plus fréquentes lorsque la personne qui a décidé de l'envoi du patient aux urgences est le médecin de garde ou une aide soignante ($p=0,11$) (Tableau 3). Ce constat a déjà été retrouvé par Belleli et al (2001)³⁵ : la qualité de la personne (médecin de garde, remplaçant) qui envoie le patient aux urgences, conditionne le caractère approprié ou non de l'hospitalisation. La connaissance du patient (antécédent, histoire de la maladie, événements intercurrents récents) permettrait d'éviter les transferts inappropriés et c'est pourquoi dans notre étude, il semble y avoir moins d'HI quand c'est le médecin traitant ou l'IDE de l'EHPAD qui décident de l'envoi du patient ($p=0,11$). Même s'il n'y a pas de différences significatives entre les HI et les HA concernant la connaissance du patient, nous retrouvons sur la population d'étude que le médecin traitant connaît très bien le patient dans la majorité des cas. Or lorsque le médecin traitant n'était pas à l'origine de l'envoi du patient, c'était parce qu'il n'était pas informé de l'état de son patient dans 35,9% des cas (Tableau 3). Ces constats soutiennent l'importance de la communication entre soignants²⁵.

En l'absence de signes de gravité, lorsque la motivation de la personne qui a envoyé le patient aux urgences est le besoin « de se rassurer » ($p=0,03$), les HI sont plus nombreuses

(Tableau 4). Ceci renvoie à de précédents travaux qui montrent que la présence de « conduite à tenir » ou de « prescriptions anticipées » clairement établies évitent la confusion en situation aiguë et donc l'envoi aux urgences³³. Paradoxalement dans notre étude, ni l'existence et ni le recours à des « protocoles de prise en charge » ne distinguent les HI des HA (Tableau 2). Il est nécessaire de préciser le nombre important de données manquantes pour tester « application du protocole ». De plus, nous ne savons pas si le protocole en place était adapté à la situation ou non. Mc Closkey et al (2007)³⁶ suggèrent que lorsque un patient requiert plus de soins qu'habituellement, il mobilise des ressources humaines et techniques qui peuvent être déjà restreintes : le transfert à l'hôpital est justifié par l'IDE comme étant le seul moyen pour s'occuper de tous les autres nombreux patients. On peut supposer que la présence d'un protocole ne pallie pas en soi à la problématique des HI et des HPE.

De la même façon aucun des critères des EHPAD n'est associé à des HI et des HPE plus fréquentes (Tableau 2). Pourtant l'insuffisance des effectifs dans les équipes soignantes a par exemple déjà été identifiée comme facteur de risque d'hospitalisation³⁰. Il est à noter que dans nos résultats, au moment de l'envoi, l'effectif du personnel était complet pour 98,15% de la population d'étude (Tableau 1). Nous ne savons pas si l'effectif dit « complet » correspondait aux besoins de la situation quand l'envoi a été décidé et cela ne préjuge en rien de l'aspect qualitatif de la prise en charge du résident. En effet plusieurs auteurs insistent sur le niveau d'expertise des équipes soignantes qui peut permettre d'éviter les HI et les HPE²³. Il est à noter que la plupart des travaux sur les HI et les HPE sont nord-américaines et contrairement à nos pratiques françaises, le statut infirmier distingue « infirmière technicienne » ou « infirmière clinicienne » selon le niveau d'expertise. Les travaux confirmant l'impact positif de la formation des soignants sur la prévention des HI et des HPE se basent sur la reconnaissance de qualifications spécifiques.

Pendant le passage aux urgences

Le délai moyen de prise en charge varie considérablement selon le type d'hospitalisation (Figure 1). Il est de 90,48 min pour les HI, soit trois fois supérieur au délai moyen de prise en charge des HA (24,75 min) et il est de 71,48 min pour les HPE. A son arrivée aux urgences de Purpan et de Rangueil des CHU de Toulouse, le patient est d'abord reçu par un médecin et une infirmière « de triage » qui l'orientent vers un des plateaux techniques des urgences (urgence médicales, urgences traumatologiques). Entre le moment où le patient arrive aux urgences et celui où il est pris en charge par un médecin sur l'un des

plateaux techniques, on peut faire l'hypothèse que la variabilité ce délai dépend de la perception de l'état du patient. Il n'est pas surprenant que pour les HI, qui par définition ne présentent aucun signe de gravité, ce délai soit le plus long.

Lorsque le médecin des urgences estime que « l'hospitalisation aux urgences est inappropriée » ($p=10^{-4}$), les HI sont plus fréquentes (Tableau 6). L'expertise du médecin ayant pris en charge le résident aux urgences semble donc pertinente. De la même façon lorsque le médecin des urgences estime que le patient a été envoyé en l'absence de signe de gravité devant « la nécessité d'exams en urgence » ($p=0,0004$) ou pour « un manque de moyen technique à l'EHPAD » ($p=0,03$), les HI sont plus fréquentes. Ces résultats renvoient aux conclusions de précédents travaux qui montrent qu'une offre de soins insuffisante en ambulatoire (laboratoire d'analyse médicale, cabinet de radiologie, administration de solutés par voie parentérale) est l'un des principaux facteurs de risque retrouvés^{14, 21, 37}.

Lorsque l'orientation à la sortie des urgences est un « retour vers l'EHPAD », les HI sont plus fréquentes ($p=0,02$) (Tableau 5). Dans une étude sur l'impact des résidents d'EHPAD sur le fonctionnement des services d'urgence, Mc Closkey et al (2007)³⁶ soulignent la méconnaissance respective des moyens et des contraintes entre les services d'urgences et les EHPAD. Les praticiens des urgences renvoient le patient en EHPAD estimant qu'il pourra être pris en charge par son médecin traitant alors que celui-ci n'est pas forcément accessible. D'ailleurs nous avons pu constater que seuls deux patients sur dix sont revus par le médecin traitant dans les moins de 24h (Tableau 7).

Quand l'accès aux informations sur le patient est jugé suffisant, il semble que les HPE soient plus nombreuses avec une relation à la limite de la significativité ($p=0,15$). Dans notre étude l'accès aux informations est jugé suffisant pour seulement la moitié des patients. Ce résultat peut sembler paradoxal mais dans l'étude de Mc Closkey et al (2011)²⁸ qui proposent une analyse qualitative du parcours de soin (de l'envoi aux urgences au retour à l'EHPAD), les IDE des urgences interrogées insistent sur l'aspect qualitatif des informations transmises. Même si nous ne retrouvons pas de différences significatives concernant le type d'informations recherchées, on peut supposer comme Mc Closkey et al (2011)²⁸, un manque d'efficacité pour cibler les données d'intérêts pour l'urgentiste, données qui seraient « noyées dans un flot d'information concernant le patient ».

De retour à l'EHPAD

Sur l'ensemble de la population, nous pouvons constater une augmentation de la dépendance entre avant et après le recours aux urgences ($p=0,05$) suggérant un effet « iatrogène » du parcours hospitalier. Cette notion renvoie à l'une des principales justifications de ce travail : le parcours de soin entre le moment de l'envoi et le retour à l'EHPAD peut aggraver la morbidité du patient.

Dans notre étude, aucune association significative n'a été retrouvée entre le statut cognitif avant l'envoi et les HI et les HPE. Becker et al (2010)³⁸ ont montré que la présence de démence était un facteur de risque d'HPE. Stephen et al (2012)³⁹ précisent que ce risque est majoré lorsque le trouble cognitif est « léger » suggérant que les difficultés de repérage des troubles cognitifs légers sont sources de confusion quand l'état clinique du patient change. Nos résultats indiquent que le parcours de soin du patient entre l'envoi aux urgences et le retour à l'EHPAD s'accompagne d'une augmentation significative de la proportion de patients étiquetés « déments » ($p=0.013$). S'agit-il de troubles préexistants non diagnostiqués et repérés lors de l'hospitalisation ? Est-ce la décompensation de troubles sous-jacents suite au parcours de soins qui aurait permis le diagnostic de retour à l'EHPAD ? Les données disponibles ne nous permettent pas de conclure.

L'analyse bivariée de l'apparition de signes cliniques entre l'envoi aux urgences et le retour à l'EHPAD indique que les HI sont plus fréquentes quand apparaissent une « chute » ($p=0,01$) et des « douleurs » ($p=0,04$). (Tableau 8) Ces données viennent confirmer la notion de majoration de la morbidité pour les patients avec une HI.

CONCLUSION

Alors que la plupart des études se basent sur l'avis d'un panel d'expert pour identifier les facteurs de risques associés aux HI et aux HPE chez les résidents d'EHPAD, cette étude originale se base sur une méthode statistique pour identifier les principaux facteurs et ce sur l'ensemble du parcours de soin, depuis l'envoi aux urgences jusqu'au retour à l'EHPAD. Une étude incluant un plus grand nombre de patients permettrait d'identifier clairement les facteurs de risque associés aux HI et HPE. La plupart de ces facteurs sont retrouvés en amont des urgences suggérant qu'une intervention efficace sur la prévention des HI et des HPE doit cibler la prise en charge des résidents en EHPAD. L'identification de plusieurs

caractéristiques associées aux HI et aux HPE montrent que la décision d'hospitaliser un résident fait intervenir des paramètres multiples.

Une meilleure qualité des échanges entre soignants et une connaissance maîtrisée du patient gériatrique (degré de dépendance, statut cognitif, pathologies chroniques) favoriseraient une réaction plus précoce et plus adaptée quand l'état du patient commence à changer. Même s'il est clairement établi que la présence de protocoles de prise en charge évite les HI et les HPE, aucune association n'a été retrouvée dans notre étude. Nous pouvons formuler l'hypothèse que certes des protocoles sont nécessaires mais qu'ils ne sont pas en soit suffisants face aux contraintes des EHPAD notamment en terme d'offre de soins. En France, les laboratoires d'analyse médicale et les cabinets de radiologie ne sont pas ouverts sur la tranche horaire 20h-minuit où les HI semblent plus fréquentes. Il serait intéressant d'évaluer par exemple l'impact d'astreintes nocturnes appliquées aux laboratoires d'analyses médicales et aux cabinets de radiologie de ville sur les HI et les HPE.

L'aggravation de la dépendance, l'augmentation des diagnostics sur des troubles cognitifs, l'apparition de douleurs donc une augmentation de la morbidité pour les patients ayant vécu une HI, justifie pleinement la poursuite des recherches dans ce domaine. Un consensus sur les terminologies et les outils d'évaluations des HI et des HPE permettrait d'établir de manière plus reproductible les facteurs de risques associés. Ces outils doivent prendre en compte la complexité de la décision d'orienter un résident d'EHPAD vers l'hôpital.

Prévenir les HI et les HPE n'a pas pour objectif de limiter l'accès aux soins des résidents d'EHPAD mais d'éviter une prise en charge plus délétère que bénéfique. Bien que le coût des HI et des HPE jusqu'à ce jour ne soit pas établi en France, on peut craindre un impact économique important. Ce travail ouvre des voies de recherche dont l'objectif principal reste celui d'une optimisation des soins, c'est à dire une meilleure répartition des aides justifiée par des besoins clairement identifiés.

BIBLIOGRAPHIE

- ¹ Pla A, Beaumel C. La population française atteint 65 millions d'habitants », division Enquêtes et études démographiques. Bilan Démographique 2010 INSEE.
- ² Accueil des personnes âgées en 2011 : comparaisons régionales. Insee 2011.
- ³ Analyse des rapports d'activité médicale des EHPAD de la Haute-Garonne. ORSMIP 2010.
- ⁴ Sari AB, Cracknell A, Sheldon TA. Incidence, preventability and consequences of adverse events in older people: results of a retrospective case-note review. *Age Ageing* 2008;37:265-9.
- ⁵ Rothschild JM, Bates DW, Leape LL. Preventable medical injuries in older patients. *Arch Intern Med* 2000;160:2717-28.
- ⁶ Creditor MC. Hazards of hospitalization of the elderly. *Ann Intern Med* 1993;118:219–223.
- ⁷ Lafont C, Gérard S, Voisin T et al. Reducing "iatrogenic disability" in the hospitalized frail elderly. *J Nutr Health Aging*. 2011;15:645-60.
- ⁸ Ouslander JG, Berenson RA. Reducing unnecessary hospitalizations of Nursing Home Residents. *NEJM* 2011;365:1165-67
- ⁹ Rolland Y, Abellan Van Kan G, Hermabessiere S et al. Descriptive study of nursing home residents from the REHPA network. *J Nutr Health Aging*. 2009 Oct;13(8):679-83.
- ¹⁰ Rolland Y, Andrieu S, Crochard A et al. Psychotropic drug consumption at admission and discharge of nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc* 2012;13:407.
- ¹¹ Appendix B. Ambulatory Care Sensitive Condition. (En ligne). <http://archive.ahrq.gov/data/safetynet/billappb.htm>

¹² Ouslander JG, Perloe M, Givens JH et al. Reducing potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: results of a pilot quality improvement project. *J Am Med Dir Assoc*. 2009 Nov;10(9):644-52.

¹³ Saliba D, Kington R, Buchanan J et al. Appropriateness of the decision to transfer nursing facility residents to hospital. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:154–163.

¹⁴ Ouslander JG, Lamb G, Perloe M et al. Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: frequency, causes, and costs *J Am Geriatr Soc*. 2010 Apr;58(4):627-35.

¹⁵ Bergman H, Clarfield M. Appropriateness of patient transfer from a nursing home to an acute-care hospital : A study of emergency room visits and hospital admissions. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:302-306.

¹⁶ Hanger HC, Fletcher V, Sidwell A. Acute medical admissions for older people from residential care facilities: are they appropriate? *N Z Med J*. 2011 Jun 24;124(1337):24-32

¹⁷ Finn J C, Flicker L, Mackenzie E. Interface between residential aged care facilities and a teaching hospital emergency department in Western Australia. *MJA* 2006; 184:432-435

¹⁸ Grabowski DC, Stewart KA, Broderick SM et al. Predictors of nursing home hospitalization—a review of the littérature. *Medical Care Research and Review*, vol. 65, no. 1, pp. 3–39, 2008.

¹⁹ Payne RA, Abel GA, Guthrie B et al. The effect of physical multimorbidity, mental health conditions and socioeconomic deprivation on unplanned admissions to hospital: a retrospective cohort study. *CMAJ*. 2013 Mar 19;185(5):E221-8. doi: 10.1503/cmaj.121349. Epub 2013 Feb 19.

²⁰ Becker MA, Boaz TL, Andel R et al. Predictors of preventable nursing home hospitalizations: the role of mental disorders and dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010;18:475-82.

-
- ²¹ Young Y, Barhydt NR, Broderick S et al. Factors associated with potentially preventable hospitalization in nursing home residents in New York State: a survey of directors of nursing. *J Am Geriatr Soc* 2010;58:901-7.
- ²² Castle NG. "Nursing home caregiver staffing levels and quality of care: a literature review," *Journal of Applied Gerontology*, vol. 27, no. 4, pp. 375–405, 2008.
- ²³ Ashcraft AS, Champion JD. Nursing home resident symptomatology triggering transfer: avoiding unnecessary hospitalizations. *Nurs Res Pract.* 2012;2012:495103.
- ²⁴ Molloy DW, Guyatt GH, Russo R et al. Systematic implementation of an advance directive program in nursing homes: A randomized controlled trial. *JAMA* 2000;283:1437–1444.
- ²⁵ Young Y, Inamdar S, Dichter BS et al. Clinical and nonclinical factors associated with potentially preventable hospitalizations among nursing home residents in New York State. *J Am Med Dir Assoc* 2011;12:364-71.
- ²⁶ Grabowski DC, O'Malley AJ, Barhydt NR. The costs and potential savings associated with nursing home hospitalizations. *Health Aff* 2007;26:1753– 1761.
- ²⁷ Somme D, Cauterman M, Huet B et al. Inappropriateness of hospital use in two acute geriatrics department: description of the phenomenon and analysis of risk factors. *Rev Med Interne.* 2007 Dec;28(12):818-24. Epub 2007 Jun 26.
- ²⁸ McCloskey RM. A qualitative study on the transfer of residents between a nursing home and an emergency department. *J Am Geriatr Soc* 2011 Apr;59(4):717-24.
- ²⁹ Fried TR, Mor V. Frailty and hospitalization of long-term stay nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:265-269.
- ³⁰ Carter MW, Porell FW. Variations in hospitalization rates among nursing home residents: The role of facility and market attributes. *Gerontologist* 2003;43:175–191.

-
- ³¹ Gruneir A, Bell CM, Bronskill SE. Frequency and pattern of emergency department visits by long-term care residents – a population based study. *J Am Geriatr Soc* 2010;58:510-7.
- ³² Walsh EG, Wiener JM, Haber S et al. Potentially avoidable hospitalizations of dually eligible Medicare and Medicaid beneficiaries from nursing facility and Home- and Community-Based Services waiver programs. *J Am Geriatr Soc*. 2012 May;60(5):821-9.
- ³³ Spector WD, Limcangco R, Williams C et al. Potentially Avoidable Hospitalizations for Elderly Long-stay Residents in Nursing Homes. *Med Care*. 2013 Aug;51(8):673-81.
- ³⁴ Lamb G, Tappen R, Diaz S et al. Avoidability of hospital transfers of nursing home residents: perspectives of frontline staff. *J Am Geriatr Soc*. 2011 Sep;59(9):1665-72.
- ³⁵ Bellelli G, Frisoni GB, Barbisoni P et al. The management of adverse clinical events in nursing homes: a 1-year survey study. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:915-25.
- ³⁶ McCloskey R, Van den Hoonaard D. Nursing home residents in emergency departments: A Foucauldian analysis. *J Adv Nurs* 2007;59:186–194.
- ³⁷ Intrator O, Zinn J, Mor V et al. Nursing home characteristics and potentially preventable hospitalizations of long-stay residents. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:1730–1736.
- ³⁸ Becker MA, Boaz TL, Andel R, et al. Predictors of preventable nursing home hospitalizations: the role of mental disorders and dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010;18:475-82.
- ³⁹ Stephens CE, Newcomer R, Blegen M et al. Emergency department use by nursing home residents: effect of severity of cognitive impairment. *Gerontologist*. 2012 Jun;52(3):383-93.

ANNEXE 1. Extraits du questionnaire « en amont des urgences »

- Existe-il un protocole de prise en charge des patients en cas d'urgence à l'EHPAD ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Si oui, lequel ?

Si oui, a-t-il été appliqué avant l'envoi du patient aux urgences :

- Est-ce que les signes cliniques ci-dessous étaient présents de façon inhabituelle dans la semaine précédant l'hospitalisation aux urgences ?

- | | | | |
|--------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| ▪ Confusion | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| ▪ Agitation | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| ▪ Somnolence | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| ▪ Douleurs | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| ▪ Escarre | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| ▪ Anorexie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| ▪ Dyspnée | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| ▪ Chute | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| ▪ Fièvre | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| ▪ Athénie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |

- Par qui le patient a-t-il été adressé aux urgences ?

- Médecin traitant
- Médecin coordonnateur
- Médecin de garde
- Médecin du SAMU
- IDE
- Pompiers
- Famille
- Aide-soignante
- Autre, précisez :

- Etiez-vous à l'effectif normal au moment de l'envoi du patient aux urgences ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

ANNEXE 2. Extraits du questionnaire « Pendant le passage aux urgences »

- Quel était le jour d'admission aux urgences ?
 - Lundi au jeudi (hors jours fériés)
 - Vendredi (hors jours fériés)
 - Week-end
 - Jours fériés

- Quelle était l'heure d'admission aux urgences ?

- Quelle était l'heure d'examen du patient par le médecin d'urgences ?

- Aviez-vous le sentiment que le pronostic vital était engagé à court ou à moyen terme ?
 - Oui
 - Non
 - Ne sait pas

- Cette hospitalisation vous semble-t-elle ?
 - Appropriée (le recours aux urgences était indispensable)
 - Non appropriée (la prise en charge de la pathologie aurait pu être organisée de façon adéquate en ambulatoire ou directement dans un service hospitalier)
 - Pas assez d'éléments pour vous prononcer

ANNEXE 3. Extraits du questionnaire « De retour à l'EHPAD »

- Le retour a-t-il été programmé en concertation avec l'EHPAD ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Commentaires éventuels :

- Le médecin traitant ou son remplaçant a-t-il visité son patient le jour de son retour ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Si non, dans combien de temps il l'a visité ?

- Moins de 48 heures
- Entre 48 et 72 heures
- Plus de 72 heures
- Ne sait pas
- Autre, précisez :

- Les soins préconisés au retour ont-ils été appliqués ?

- Oui
- Non
- En partie
- Ne sait pas

Si non ou en partie, pourquoi ?

- Refus du patient ou de sa famille
- Opposition du médecin traitant, précisez la raison :
- Soins non réalisables, précisez la raison :
- Ne sait pas
- Autre, précisez :

ABSTRACT

Background. Like half of the nursing home's (NH) residents are admitted in emergency department (ED) when they are transferred to the hospital. However this experience increases patient's morbidity (pressure ulcers, confusion, iatrogenic dependence). Some of these hospitalizations seem to be "inappropriate" (HI) because the acute change could have been treated in primary care without a lost of chance for the patient. Others hospitalizations like to be "potentially avoidable" (HPA) through better care in the NH. The aim of this study is to find risk factors of HI and HPA for NH's residents admitted in ED. Then, we'll describe the resident's experience from the transfer to the ED to his return to the NH.

Methods. Data were collected in ED the day of the admission of a NH's resident and 7 days after the return to the NH. Caregivers, the person who decided the transfer and the ED's practitioner have been interviewed. Three months later, panel members evaluated which hospitalizations were HI and HPA. Risk factors of the HI and the HPA were identified by a statistical method with the STATA® software.

Results. Panel members found based on the population (n=54), 42.59% of HI (n=23) and 48.15 of HPA. Factors associated with more HI included a lower score on the Activity Daily Living (ADL) (p=0,03), without signs of severity "the need to be reassured" (p=0,03), and by emergency practitioner's view "because a lack of technical in NH" (p=0,03). HPA seem to be more common when the mean reason of the patient's transfer is " hydroelectric disorders, dehydration, decompensate diabetes mellitus" (p=0,08). "Iatrogenic medication" was found in 44.4% of the pathologies "potentially avoidable". The resident's experience was associated with a worsening in the dependence

Conclusion. A higher effective would allow the characterization of risk factors associated with HI and HPA. Our results showed that most factors were strongly associated with HI and HPA before the admission in ED. It means that an effective intervention should target the patient's support in NH.

Keywords: nursing homes, emergency department, inappropriate hospitalization, potentially avoidable hospitalization.

Nom : BINOT Prénom : Ingrid

« Les résidents des Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes orientés vers les urgences : recherche des facteurs de risque des Hospitalisations Inappropriées et des Hospitalisations Potentiellement Évitable. »

Thèse de Doctorat en Médecine – Toulouse – 2013 – N° 2013 TOU3-1056
Toulouse, le 27 Septembre 2013.

Etat des lieux. Lorsqu'un résident d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) est transféré vers l'hôpital, il passe par les urgences dans la moitié des cas. Or il est admis qu'un tel parcours de soin majore la morbidité du patient. L'objectif de notre étude est d'identifier les facteurs de risques associés aux Hospitalisations Inappropriées (HI) et aux Hospitalisations Potentiellement Évitable (HPE) des résidents d'EHPAD.

Méthode. Etude pilote rétrospective avec recueil de données le jour de l'admission des résidents orientés par une EHPAD aux urgences et à 7 jours de leur retour à l'EHPAD. L'identification des facteurs de risques associés aux HI et aux HPE a été réalisée grâce au logiciel STATA®.

Résultats. Les HI sont plus fréquentes quand le score ADL avant l'envoi est plus bas ($p=0,03$), lorsqu'en l'absence de signe de gravité la principale raison d'envoi est « pour se rassurer » ($p=0,03$) et « à cause d'un manque de moyens techniques à l'EHPAD » selon le médecin des urgences ($p=0,03$). Il semble que les HPE sont plus fréquentes quand le motif principal d'envoi est « trouble hydro électrolytique, déshydratation, décompensation d'un diabète » ($p=0,08$). La « iatrogénie médicamenteuse » est retrouvée dans 44,4% des pathologies évitables. Le parcours de soin semble être associé à une aggravation de la dépendance des résidents d'EHPAD ($p=0,05$).

Conclusion. La plupart des associations significatives avec des HI et des HPE ont été retrouvées en amont des urgences ce qui suggère qu'une intervention efficace doit cibler la prise en charge du résident au sein de l'EHPAD.

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Mots clés : hospitalisations inappropriées - hospitalisations potentiellement évitables - EHPAD - services d'urgences.

Faculté de médecine Rangueil – 133 Route de Narbonne – 31062 Toulouse cedex 04 – France

Directeur de thèse : ROLLAND, Yves