

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2017

2017 TOU3 1167

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

Présentée et soutenue publiquement

par

Grégoire COURTIADÉ

Le 16 Novembre 2017

**FACTEURS AYANT FAVORISÉ LES TRANSFERTS VERS LES
SERVICES D'ACCUEIL DES URGENCES DE PATIENTS SÉNIORS
RÉSIDENTS D'EHPAD EN SITUATION PALLIATIVE
EN MIDI-PYRÉNÉES**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Nicolas SAFFON

JURY

Monsieur le Professeur Yves ROLLAND
Monsieur le Professeur André STILLMUNKES
Monsieur le Docteur Nicolas SAFFON
Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA
Monsieur le Docteur Henry JUCHET

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Assesseur



FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAUAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédéricque	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie		
		P.U. Médecine générale	
		M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
		M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale
POUTRAIN Jean-Christophe

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologique	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L
Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laëtitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel Médecine Générale
M. BISMUTH Serge Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte Médecine Générale

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOUA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan

REMERCIEMENTS :

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Yves ROLLAND, vous me faites l'honneur de présider ce jury, bien que nous n'ayons jamais travaillé ensemble, et de me faire part de votre avis de médecin gériatre. Soyez assuré de ma plus profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur André STILLMUNKES, vous me faites l'honneur de siéger à mon jury de thèse et d'accepter de juger mon travail. Soyez assuré de toute ma gratitude.

Monsieur le Docteur Nicolas SAFFON, j'ai eu la chance de pouvoir travailler à tes côtés sur l'USP du CHU, et de pouvoir continuer l'aventure dans ton équipe. Je te remercie profondément de m'avoir fait découvrir et aimer la médecine palliative et des différents enseignements que tu m'as apportés. Merci d'avoir accepté de diriger ce travail.

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA, vous me faites l'honneur de siéger à mon jury de thèse et de vous intéresser à mon travail. Je vous remercie de vos enseignements au sein du DUMG en tant que responsable du pôle « Vieillissement et Dépendance en Soins Premiers ». Soyez assuré de mon plus profond respect.

Monsieur le Docteur Henry JUCHET, vous me faites l'honneur de siéger à mon jury de thèse et de nous apporter votre regard de médecin urgentiste à ce travail. Soyez également assuré de ma plus profonde reconnaissance.

A mes collègues de travail,

A mes autres chefs de l'USP qui doivent me supporter depuis un an maintenant, et qui n'en ont pas fini avec moi : Sandrine, Emilie, Laurie, Joséphine, Natacha et Célia, que je remercie tout particulièrement pour son soutien, ses conseils et sa relecture bienveillante. Vous m'avez toutes permis d'évoluer de la meilleure des façons dans ce milieu, et d'aimer ce que je fais.

A toute l'équipe de l'USP avec qui je prends beaucoup de plaisir à travailler, particulièrement lors de nos éval' en Equipe Mobile, et qui m'ont chaleureusement accueilli lors de mon arrivée dans le service : Lulu, Isa, Adeline, Patou, Mathilde, Cathy, Jacky et tous les autres.

A mes cointernes Antoine et Guillaume, pour tous ces bons moments passés ensemble au boulot, en cours ou au bar. Merci Antoine pour tes conseils avisés, et de m'avoir fait découvrir les IPA. Merci Guillaume de m'avoir aidé dans mes soucis « administratifs », et pour ton investissement dans notre projet de groupe de musique « Metazolam ».

A Philippe mon tuteur, merci pour ton soutien, ton aide et ta gentillesse durant la fin de mon DES. Merci pour tout le temps que tu as consacré à mes écrits en retard !

A tous les médecins et équipes soignantes qui m'ont accompagné tout au long de mon internat.

A mes amis,

A mes copains de toujours Simon et Mathieu, mais aussi Seb, Yannick et Julia. Malgré les années qui passent et les distances qui peuvent nous séparer, vous resterez toujours mes « éternels copains », j’vous aime.

Aux vieux briscards de Mitoch : Pilou, Jacques, Pierre, et aux Mitochettes Christine et Nathalie.

A mes vieux potes du Lycée Kéké et Lolo, que je ne vois malheureusement plus assez à cause des kilomètres entre nous, ceux qui peuvent me faire oublier en un instant que cela fait des mois que l’on ne s’est pas vu. Je sais qu’on sera toujours là les uns pour les autres.

A mes copains d’externat : Bensouss, Steph, Yol, Antoine, Amazigh, Aïda, Lolo, Cyrielle, Anne-so, Emma. A toutes ces innombrables vacances, soirées et détentees passées ensemble, et à tous ces moments à venir. Vous êtes ma seconde famille.

A La Meute : Vincent, Florian, Foulon, Vialatoss, Servoz, Vinas, Max, la Cuje, Fred, Léo et les autres, changez rien les gars, j’vous aime.

Aux Tarbais : Quentin, Guillaume & Guillaume, Loulou, Popo, Margot, Manon, Mika, Yassine, Anne, Clem, Camille, Sarah et tous les autres. Vous avez été les meilleurs cointernes qui puisse être en début d’internat.

A toutes ces soirées déguisées.

Aux Jagerski passés, et à ceux à venir.

A la team de Saint-Gau’ : Camille, Jojo, Aurel, John, Jérémy, Julie et les autres. Vous êtes une super équipe, content de l’avoir rejoint !

A tous ceux que j’ai oublié, et ils sont probablement nombreux.

A ma famille,

A ma Maman, la seule et l'unique, the One, ma « mère juive », mon inspiration depuis tant d'années. Merci pour tout l'amour que tu nous portes, pour ton humour, tes encouragements. J'espère pouvoir toujours te rendre fière.

A mon Papa, mon modèle, toi qui as toujours été optimiste tout au long de mon parcours médical, qui a toujours pris le temps de m'amener à mes examens importants. Merci pour ton soutien et toutes tes attentions « de papa ». Je sais que tu seras toujours là pour moi.

A Nicolas et Marion, les « Parigots », mon grand-frérot et ma belle-sœur, pour tous ces moments de rires, je suis heureux qu'on s'entende si bien et que vous fassiez de moi un futur Tonton.

A Eva, « Boubouz' », ma p'tite-sœur qui sait qu'elle pourra toujours compter sur moi.

A mes grands-parents, Jacqueline et André, qui ont toujours été fiers de moi et que j'aime profondément, et Solange et Marcel, partis trop tôt, qui auraient souhaité pouvoir voir ce que je suis devenu aujourd'hui, vous me manquez.

A tout le reste de ma famille, les couz' Caro & Tim, Camille, Tommy, Alizée, Rémy, Hugo, Ti-Tom, sans oublier la p'tite Loulou, mes Tata Flo et Valoch' et Tonton Eric. Ne changez rien vous êtes parfaits.

A Françoise et Patrick, pour m'avoir si bien accepté et pour leur gentillesse, et à Quentin et Alexis.

A Estelle, ma chérie, ma Zouzou, mon « phare dans la nuit », toi qui auras toujours été là dans les moments difficiles, ma partenaire de galères. Merci pour ton soutien indéfectible, tes conseils, ton humour, ton humeur, ton amour.

Ma bouteille d'oxygène, toujours sur mon dos.

Je t'aime.

Table des matières

Abréviations	11
I. Introduction	12-18
1) Les Soins Palliatifs.....	13
2) Les EHPAD.....	14
3) Définition du patient « sénior » ou « gériatrique »	15
4) Transferts de patients vivant en EHPAD vers les SAU.....	16
5) La région Midi-Pyrénées.....	17
6) Problématique et Objectifs.....	18
II. Méthode	19-21
1) Les médecins généralistes.....	19
2) Les EHPAD.....	20
3) Les patients.....	20
4) Le devenir.....	20
5) Analyses statistiques.....	21
III. Résultats	22-32
1) A propos des médecins généralistes.....	22
2) A propos des EHPAD.....	23
3) A propos des patients.....	24
4) A propos du devenir de ces patients.....	26
5) Résultats remarquables.....	27
6) Autres résultats.....	31
IV. Discussion	33-41
1) A propos des transferts.....	33
2) A propos du caractère approprié ou non de ces transferts.....	35
3) Forces et Limites de notre étude.....	38
4) Perspectives d'améliorations des prises en charge en EHPAD de patients en situation palliative.....	40
V. Conclusion	42
Bibliographie	43-46
Annexes	47-56

Abréviations :

- EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
- SAU : Service d'Accueil des Urgences
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- ONFV : Observatoire National de la Fin de Vie
- ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- SFAP : Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs
- USLD : Unité de Soins de Longues Durées
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence
- USP : Unité de Soins Palliatifs
- LISP : Lits Identifiés de Soins Palliatifs
- IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

I) Introduction

Nous observons depuis plus d'une soixantaine d'années un vieillissement progressif de la population. Entre 1950 et 2017, la population de la France métropolitaine est passée de 45.5 millions à 67 millions de personnes soit une augmentation de plus de 50%.

Le scénario central des dernières projections démographiques de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) publiées fin 2010 indique qu'en 2060, un tiers de la population sera âgé de plus de 60 ans, contre seulement un quart aujourd'hui. Parmi ces personnes, la moitié aura 75 ans ou plus (1).

Entre 2007 et fin 2011, le nombre de personnes vivant dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) a augmenté de 5,5 % pour atteindre le chiffre de 693 000, indique la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) (2).

Les données épidémiologiques récentes de Mai 2017 montrent qu'en France en 2015 :

- 728 000 personnes fréquentent un établissement d'hébergement pour personnes âgées ou y vivent, soit 10 % des personnes âgées de 75 ans ou plus et un tiers de celles âgées de 90 ans ou plus. Huit sur dix sont accueillies en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
- La dépendance des résidents est élevée dans ces institutions : huit résidents sur dix sont GIR 1 à 4, soit grande dépendance pour 1 et 2 et dépendance modérée pour 3 – 4.
- Deux sorties d'EHPAD sur trois sont dues au décès du résident (3).

Ces patients potentiels, par leur senescence et leur fragilité, sont enclins à développer des maladies chroniques, graves pouvant bénéficier d'une démarche palliative

Selon l'Observatoire Nationale de la Fin de Vie (ONFV), l'accès à cette prise en soins n'est pas systématique dans les EHPAD français :

« L'accès aux soins palliatifs est un élément important de l'accompagnement de la fin de vie des personnes âgées en EHPAD : il s'agit d'ailleurs de l'une des priorités affichées du Programme National de Développement des Soins Palliatifs 2008-2012.

Si 74% des établissements ont signé une convention avec une Equipe Mobile ou un Réseau de Soins Palliatifs, seuls 62,5% ont effectivement fait appel à une telle équipe au cours de l'année 2012. Ce qui signifie, en creux, que 37% des EHPAD n'y ont pas recours. » (4,5).

On constate un grand nombre d'hospitalisations en urgence, notamment chez ces patients atteints de maladies chroniques et qui sont identifiés comme « en fin de vie ».

1) Les Soins Palliatifs

Plusieurs définitions de ce que sont les soins palliatifs existent selon l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), le Conseil National de l'Ordre des médecins ou encore l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

La Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) a quant à elle écrit une définition qui résume l'ensemble des points importants cités par ces organismes :

« Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychique, sociale et spirituelle. [...] Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant, et la mort comme un processus naturel. Ceux qui dispensent des soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables (communément appelés acharnement thérapeutique). Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil. Ils s'emploient par leur pratique clinique, leur enseignement et leurs travaux de recherche, à ce que ces principes puissent être appliqués» (6).

La loi Leonetti du 22 avril 2005 définit que : *« la prise en charge en soins palliatifs est organisée au travers de différentes structures de soins au sein des établissements de santé, à domicile et dans les établissements et services médicosociaux» (4).*

Les soins palliatifs sont donc des soins actifs apportés à des patients atteints de maladies incurables dont l'évolution est défavorable à plus ou moins long terme. Ils peuvent concerner les soins apportés par exemple à un patient atteint d'un cancer métastatique, d'une insuffisance d'organe terminale ou encore d'une maladie neurodégénérative évoluée.

2) Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)

Les EHPAD anciennement dénommés « *maisons de retraite* », sont des structures médicalisées ayant vocation à accueillir des personnes âgées dépendantes.

La France a la particularité par rapport à ses voisins occidentaux et aux pays américains de voir les patients de ses EHPAD quasiment exclusivement suivis et gérés sur le plan médical par les médecins généralistes, contrairement aux autres pays ayant plus un fonctionnement se rapprochant de nos USLD (Unités de Soins de Longue Durée) avec des médecins gériatres attachés aux établissements.

Les EHPAD hébergent des personnes âgées à temps complet ou partiel, de manière permanente ou temporaire, proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés, des actions de prévention et d'éducation à la santé et apportent une aide adaptée à la vie quotidienne. Ils mettent en place avec la personne accueillie (et avec sa personne de confiance) un projet d'accompagnement personnalisé adapté aux besoins comprenant un projet de soins et de vie visant à favoriser l'exercice de ses droits (7).

Les patients pouvant être hébergés dans ces établissements doivent avoir au moins 60 ans et être en perte d'autonomie ou dépendant (7).

Le plan national de 2008-2012 sur le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie comprenait notamment deux mesures qui concernent la pratique des soins palliatifs en EHPAD :

- Mesure 6 : rendre effective l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes et diffuser la culture palliative dans les établissements médico-sociaux,
- Mesure 7 : expérimenter la présence d'infirmières de nuit formées aux soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (3).

Le plan national actuel de 2015-2018 comporte quatre chapitres. L'un d'eux s'intitule « *Développer les prises en charge en proximité : favoriser les soins palliatifs à domicile y compris les patients vivant en établissement sociaux et médico-sociaux* » (8).

Il aborde plusieurs mesures importantes notamment :

- Mesure 9-1 : Favoriser une présence infirmière la nuit dans les EHPAD sur la base des expérimentations en cours, afin d'éviter si possible les hospitalisations en fin de vie.
- Mesure 9-2 : Améliorer le partenariat des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) et des réseaux de soins palliatifs

3) Définition du patient « sénior » ou « gériatrique »

Selon le Conseil National Professionnel de Gériatrie, le patient dit « gériatrique » est un « patient considéré comme présentant une fragilité importante et de multiples pathologies évolutives requérant une approche globale » (9).

Ainsi par définition les patients vivant en EHPAD sont considérés comme « gériatriques ».

Le patient gériatrique n'est pas seulement un patient âgé. Il se caractérise par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique et par l'intrication fréquente des pathologies neuro dégénératives et somatiques. Ces patients sont hospitalisés en raison de l'aggravation d'une de ces pathologies ou de la survenue d'une affection aiguë.

La polyopathie caractérisant ces patients explique le plus grand risque d'instabilité et de défaillance d'organes lors de l'affection aiguë ayant nécessité l'hospitalisation.

La plupart des patients ont plus de 65 ans, mais les principaux concernent plus particulièrement le groupe des 80 ans et plus (9).

La définition du patient « sénior » diffère selon le contexte, mais nous prendrons dans cette étude, par souci de simplification, la définition de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) concernant à l'entrée dans la « vieillesse » soit : 65 ans, ce qui correspond approximativement également à l'âge minimum légal pour pouvoir bénéficier d'un hébergement en EHPAD (10–12).

4) Transferts de patients vivant en EHPAD vers les Services d'Accueil des Urgences (SAU)

Les motifs d'admissions des personnes âgées (PA) au Service d'Accueil des Urgences (SAU) sont parfois injustifiés, les délais d'hospitalisation trop longs et les hospitalisations souvent inadéquates (en fonction des lits disponibles plutôt qu'en fonction des besoins réels des patients) (13).

Des critères d'admission dans un service d'urgence d'une personne âgée de plus de 75 ans, vivant à domicile, dans une institution non médicalisée ou dans une institution médicalisée, ont été établis à travers une conférence de consensus de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) en 2003 (14).

Les déterminants de l'admission au SAU sont l'état clinique (instable ou difficile à évaluer) et l'absence d'alternative (environnement social ou réseau déficients).

Une admission au SAU « justifiée » correspond au besoin du patient. Elle devient « appropriée » si elle constitue la réponse la plus efficace.

Le besoin de soins n'est ni programmé, ni programmable. Il est fait recours au service des urgences si aucune alternative n'est organisée ou accessible (14).

L'ONFV montrait que 61% des patients décédés aux urgences en 2010 avaient plus de 80 ans, et que près des deux tiers d'entre eux (64%) étaient hospitalisés pour une pathologie dont l'évolution prévisible et les symptômes nécessitaient vraisemblablement des soins palliatifs (5).

5) La Région Midi-Pyrénées

L'ex-Région Midi-Pyrénées comprend les départements suivants : l'Ariège, l'Aveyron, le Gers, la Haute-Garonne, le Lot, les Hautes-Pyrénées, le Tarn et le Tarn-et-Garonne.

Démographiquement, le département de la Haute-Garonne reste le plus peuplé et possède un plus grand nombre de médecins généralistes. Chaque département dispose de Réseaux départementaux de soins palliatifs.

La Région comporte au total cinq services qualifiés d'USP : une au CH de Rodez, deux à Toulouse : USP Joseph Ducuing et USP CHU Purpan, une à la Clinique de l'Ormeau à Tarbes et une au CHIC de Castres. Pour les frontaliers avec le Lot-et-Garonne on peut également citer l'USP du CH d'Agen.

Elle comporte en revanche 37 SAU (15).

6) Problématique et objectifs

Ainsi nous constatons que les services d'urgence ne sont souvent pas adaptés pour accueillir et accompagner les situations de fin de vie, encore moins lorsqu'il s'agit de personnes âgées et/ou atteintes de troubles cognitifs.

En dépit de ce constat, il s'agit de situations que l'on rencontre régulièrement dans les SAU. Nous faisons donc l'hypothèse que les médecins généralistes et les équipes soignantes des EHPAD font face à des situations qui leurs paraissent impossibles à gérer de façon adéquate directement dans les institutions.

Ainsi la problématique posée dans ce travail de thèse est la suivante : quels sont les principaux facteurs motivant la décision d'un transfert d'un patient sénior résidant en EHPAD en situation palliative vers un SAU dans l'ex-région Midi-Pyrénées ?

- **L'objectif principal de cette thèse est de décrire la nature des flux de résidents d'EHPAD en situation palliative vers les services d'urgences dans la Région Midi-Pyrénées.**
- **Les objectifs secondaires sont :**
 - **Déterminer les transferts de ces patients-là paraissant inappropriés aux yeux des médecins généralistes.**
 - **Discuter des possibilités d'améliorations des prises en charges sur les problématiques les plus fréquemment rencontrées par les médecins généralistes traitants afin d'accroître la pertinence des transferts.**

II) Matériel et méthode

Nous avons réalisé une étude observationnelle rétrospective.

Les médecins généralistes de l'ex-région Midi-Pyrénées ont été contactés par envoi d'un courrier électronique via l'URPS courant du mois d'Août 2017 afin de remplir un questionnaire auquel ils pouvaient répondre en ligne, édité avec Google Form® (**Annexe 1**).

Ils ont été interrogés sur leurs derniers patients respectifs résidents d'EHPAD en situation palliative ayant été transférés aux Urgences et les circonstances de ces transferts.

1) Les médecins généralistes

Nous avons recueilli dans ce questionnaire des données socio-démographiques à propos des médecins :

- Leur année de naissance.
- Leur année d'installation.
- Leur département d'exercice.
- Leurs formations éventuelles en Soins Palliatifs ou en Gériatrie.

De plus, nous avons recueilli les caractéristiques :

- De l'EHPAD du patient concerné,
- Du patient lui-même,
- Des conditions du transfert au SAU,
- Et si, a posteriori, ce transfert leur a paru approprié

2) Les EHPAD

Les caractéristiques des EHPAD demandées aux médecins généralistes étaient :

- L'existence, ou non, d'une personne référente en Soins Palliatifs sur l'établissement,
- Si une équipe mobile de Soins Palliatifs se déplace sur l'EHPAD,
- S'il bénéficie de la présence d'un(e) IDE la nuit,
- Si le médecin généraliste en était le médecin coordonnateur.

3) Les patients

Il devait donc s'agir du dernier patient transféré par le médecin dans cette situation.

Dans ce questionnaire ont été recueillis à propos des patients :

- Leur âge (répartis en tranches d'âges 65-75ans, 75-85ans, 85-95 ans et plus de 95ans), sexe, autonomie (GIR du patient > ou non à 1),
- Leur inclusion éventuelle dans un réseau de Soins Palliatifs,
- Le contexte clinique expliquant la situation palliative,
- Le motif du transfert aux urgences du patient.

4) Le devenir

Enfin les conditions des transferts de ces patients ont été abordées :

- Le patient a-t-il pu retourner à l'EHPAD après son passage à l'Hôpital ?
- Existait-il une USP dans l'Hôpital ou la clinique où a été transféré le patient ?
- Enfin, si le patient est décédé dans les 24 heures sur l'Hôpital ou la clinique où il avait été transféré et, lorsque c'était le cas, s'il était décédé aux Urgences ou dans un autre service.

5) Analyses statistiques

Le recueil des données s'est fait directement sur format Google Form®, les analyses statistiques ont été réalisées à partir d'Excel.

Les résultats des analyses descriptives des variables qualitatives sont exprimés en valeurs d'effectif et de pourcentage, les variables quantitatives en moyennes avec leurs écarts-types et médianes associées aux valeurs minimales et maximales.

Une *p-value* <0.05 a été considérée comme statistiquement significative.

III) Résultats

Au total 2303 médecins généralistes ont été contactés et 67 ont répondu au questionnaire, et ont donc présenté 67 patients différents.

1) A propos des médecins généralistes

La population de médecins étudiée retrouve une moyenne d'âge de 51 ans (écart-type de 10.71), avec une moyenne de 19.6 ans d'installation (écart-type de 12.06). La majorité n'avait pas de diplôme supplémentaire concernant les Soins Palliatifs ou la Gériatrie (70.1%).

Tous les départements ont été représentés mais en large majorité le département de la Haute-Garonne : plus de la moitié des médecins ayant répondu. (**Tableau 1**)

Caractéristiques	
Âges	
Moyenne (écart-type)	51 (10,79)
Médiane (min-max)	54 (30-68)
Années d'installation	
Moyenne (écart-type)	19,6 (12,15)
Médiane (min-max)	21 (1-40)
Formation en SP/Gériatrie (n,%)	
DESC Soins Palliatifs	1 (1,5%)
DU Soins palliatifs	3 (4,5%)
Capacité de Gériatrie	17 (25,4%)
Aucune	47 (70,1%)
Département d'exercice (n,%)	
Ariège	2 (3%)
Aveyron	5 (7,5%)
Haute-Garonne	36 (53,7%)
Gers	5 (7,5%)
Lot	4 (6%)
Hautes-Pyrénées	5 (7,5%)
Tarn	5 (7,5%)
Tarn-et-Garonne	5 (7,5%)

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes

2) A propos des EHPAD

Dans la majorité des cas étudiés, le médecin généraliste interrogé n'était pas le médecin coordonnateur de l'EHPAD où résidait son patient (83.6%).

On note qu'une large partie de ces patients, 43 soit 64.2%, résidaient dans un EHPAD où pouvait se déplacer une équipe mobile de soins palliatifs, c'est-à-dire une équipe d'une HAD ou d'un Réseau de Soins Palliatifs départemental. Cependant seulement 23 de ces patients, soit 34.3%, résidaient dans un établissement où existait une personne de l'équipe soignante référente en soins palliatifs.

Enfin on notera également que dans la très large majorité des cas, 57 soit 85.1%, les patients étudiés résidaient dans des EHPAD ne disposant pas de la présence d'une IDE la nuit. (**Tableau 2**)

Caractéristiques	Patients concernés
Médecin coordonnateur de l'EHPAD	11 (16,4%)
Passage d'une EMSP dans l'EHPAD	43 (64,2%)
Existence d'un référent en soins palliatifs	23 (34,3%)
Présence d'IDE la nuit	10 (14,9%)

Tableau 2 : Caractéristiques des EHPAD

3) A propos des patients

Notre population comprend donc 67 patients, qui sont majoritairement des femmes (46, soit 69%) et majoritairement âgés de plus de 85 ans (54 de plus de 85 ans dont 6 âgés de plus de 95 ans).

Au niveau de la dépendance on note que plus de la moitié des patients ont un GIR supérieur à 1, et que 30 patients (45% d'entre eux) sont grabataires avec un GIR égal à 1.

Trois contextes de situations palliatives ressortent de cette étude comme plus fréquents que les autres : 26 patients (39%) étaient atteints d'un cancer, 26 (39%) présentaient une maladie neurodégénérative avancée et 17 (25%) une insuffisance d'organe sévère. Les autres motifs étaient légèrement moins représentés et sont décrits dans le **Tableau 3**. Certains patients pouvaient cumuler plusieurs de ces comorbidités.

Les motifs principaux de transferts vers les urgences de ces patients étaient : décompensation respiratoire, avec 28 patients concernés (42%), neurologique pour 16 d'entre eux (24%), socio-environnemental pour 14 (21%), et digestif pour 12 (18%). Les autres motifs étaient : infectieux, décompensation algique, urinaire, cardiovasculaire et trophique.

Trois patients (4%) ont été transférés pour d'autres motifs : un pour déshydratation avec hypernatrémie, une pour métrorragie et le dernier pour découverte d'anémie sévère.

Pour 54 patients (81%), ce sont les équipes soignantes qui ont remarqué la dégradation clinique et qui ont prévenu le médecin traitant et non ce dernier lors de sa visite. Pour la plupart des patients le transfert vers le SAU s'est fait de jour, soit 50 patients (75%).

On note par ailleurs que seulement 12 patients (18%) étaient inclus dans un réseau de soins palliatifs. (**Tableau 3**)

	65-75 ans		75-85 ans		85-95 ans		Plus de 95 ans		Total	
Nombre	3	4%	10	15%	48	72%	6	9%	67	100%
Sexe										
Hommes	1	33%	2	20%	16	33%	2	33%	21	31%
Femmes	2	67%	8	80%	32	67%	4	67%	46	69%
Inclus dans un Réseau										
Oui	2	67%	2	20%	8	17%	0	0%	12	18%
Non	1	33%	8	80%	40	83%	6	100%	55	82%
Transfert										
Jour	3	100%	7	70%	35	73%	5	83%	50	75%
Nuit	0	0%	3	30%	13	27%	1	17%	17	25%
GIR >1										
Oui	2	67%	7	70%	24	50%	4	67%	37	55%
Non	1	33%	3	30%	24	50%	2	33%	30	45%
Contexte palliatif										
Néoplasique	2	67%	4	40%	19	40%	1	17%	26	39%
Insuffisance d'organe	0	0%	1	10%	12	25%	4	67%	17	25%
Cardio-vasculaire	0	0%	2	20%	11	23%	2	33%	15	22%
Neurodégénératif	1	33%	4	40%	20	42%	1	17%	26	39%
Infectieux	0	0%	0	0%	4	8%	2	33%	6	9%
Autres	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%	1	1%
Motifs de transferts										
Neurologique	1	33%	1	10%	14	29%	0	0%	16	24%
Respiratoire	0	0%	5	50%	18	38%	5	83%	28	42%
Digestif	1	33%	3	30%	7	15%	1	17%	12	18%
Cardiovasculaire	0	0%	1	10%	1	2%	0	0%	2	3%
Trophique	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%	1	1%
Algique	0	0%	3	30%	3	6%	1	17%	7	10%
Infectieux	0	0%	0	0%	6	13%	2	33%	8	12%
Urinaire	0	0%	0	0%	3	6%	0	0%	3	4%
Traumatologique	1	33%	0	0%	3	6%	0	0%	4	6%
Socio-environnemental	0	0%	1	10%	12	25%	1	17%	14	21%
Autres	0	0%	0	0%	3	6%	0	0%	3	4%
Dégradation notée par										
Médecin généraliste	1	33%	2	20%	10	21%	0	0%	13	19%
IDE/AS	2	67%	8	80%	38	79%	6	100%	54	81%

Tableau 3 : Caractéristiques des patients

4) A propos du devenir de ces patients

Parmi ces 67 patients seulement 45 (67%) ont pu retourner dans leurs EHPAD après leurs passages aux Urgences, de plus on peut noter que 12 d'entre eux (17%) sont décédés à l'Hôpital ou la Clinique dans les 24 heures suivant leurs transferts : 9 patients (13%) dans un service traditionnel et 3 (4%) sont décédés aux Urgences-mêmes.

Pour 49 patients (73%), leurs transferts ont été faits vers un établissement de soins disposant d'une USP.

On note enfin que pour 25 patients (37%), le transfert vers les urgences n'a finalement, a posteriori, pas paru approprié à la situation pour son médecin traitant. (**Tableau 4**)

	65-75 ans		75-85 ans		85-95 ans		Plus de 95 ans		Total	
Retour à l'EHPAD après SAU										
Oui	2	67%	9	90%	30	63%	4	67%	45	67%
Non	1	33%	1	10%	18	38%	2	33%	22	33%
Hôpital/Clinique avec USP ?										
Oui	2	67%	8	80%	36	75%	3	50%	49	73%
Non	1	33%	2	20%	12	25%	3	50%	18	27%
Décès dans les 24h										
Oui, aux Urgences	0	0%	0	0%	3	6%	0	0%	3	4%
Oui, dans un service	1	33%	0	0%	7	15%	1	17%	9	13%
Non	2	67%	10	100%	38	79%	5	83%	55	82%
Transfert paru approprié										
Oui	2	67%	7	70%	29	60%	4	67%	42	63%
Non	1	33%	3	30%	19	40%	2	33%	25	37%

Tableau 4 : caractéristiques des devenirs des patients

5) Résultats remarquables

Certains résultats ressortent de cette étude de façon plus significative que d'autres : le pourcentage de décès des patients dans les 24h suivant leurs transferts et le fait que leurs médecins traitants puissent trouver, a posteriori, ces transferts appropriés ou non.

a) Liens avec la raison ayant motivé le transfert

En effet, on peut voir sur les réponses données que les transferts liés à un évènement aigu neurologique, soit des troubles de la conscience, une agitation, une anxiété ou une confusion, sont plus en lien avec un décès du patient dans la journée suivant son hospitalisation : 6 patients sur les 16 transférés (24% de la population étudiées), contre 6 patients sur les 51 autres patients transférés pour des motifs différents ($p=0.029$).

Les autres motifs de transferts ne sont pas, sur cette étude, significativement liés au risque de décès dans les 24h. (**Tableau 5**)

Evènements aigus	Nombre de patients concernés	Décès dans les 24h	p
Neurologique	16	6	0,029
Respiratoire	28	6	0,537
Digestif	12	0	0,104
Cardio-vasculaire	2	0	1
Trophique	1	0	1
Algique	7	0	0,335
Infectieux	8	1	1
Urinaire	3	0	1
Traumatologie	4	0	1
Socio-environnemental	14	4	0,257
Autres	3	1	0,452

Tableau 5 : Liens entre les motifs de transferts et les décès précoces

Par ailleurs nous pouvons noter que les transferts impliquant des raisons non-médicales, appelées socio-environnementales, soit en lien avec une pression familiale du patient, une souffrance de l'équipe soignante, une veille de week-end ou autres, sont plus significativement perçus, a posteriori par le médecin traitant, comme inappropriés.

En effet sur les 14 patients dont les transferts impliquaient une raison socio-environnementale (21% de la population étudiée), seulement 4 ont été perçus appropriés par leurs médecins traitants contre 38 transferts perçus appropriés sur les 53 autres patients de l'étude ($p=0.004$).

On voit également qu'en ce qui concerne les 16 patients transférés pour un motif neurologique, soit la population significativement plus en lien avec un décès précoce après transfert, seulement 7 transferts ont été perçus comme appropriés par leurs médecins traitants, soit une valeur se rapprochant du seuil de significativité ($p=0.084$).

Les autres motifs de transferts ne sont pas du tout significativement en lien avec des transferts perçus comme appropriés par les médecins généralistes. (**Tableau 6**)

Evènements aigus	Nombre de patients concernés	Transferts perçus appropriés	p
Neurologique	16	7	<u>0,084</u>
Respiratoire	28	20	0,305
Digestif	12	7	0,751
Cardio-vasculaire	2	2	0,525
Trophique	1	0	0,373
Algique	7	4	1
Infectieux	8	6	0,7
Urinaire	3	2	1
Traumatologie	4	4	0,288
Socio-environnemental	14	4	<u>0,004</u>
Autres	3	2	1

Tableau 6 : Liens entre les motifs de transferts et les ressentis des médecins a posteriori

b) Liens avec le contexte palliatif

Aucun contexte clinique palliatif ne ressort significativement en lien dans cette étude avec un décès précoce du patient suite à son hospitalisation ou bien à la perception du transfert comme approprié ou non par le médecin traitant.

On pourra simplement citer que les patients dans un contexte d'insuffisance d'organe sévère (17 patients, soit 25% de la population étudiée) semblent être plus associés que les autres à un décès dans les 24h suivant leurs transferts (6 décès), contre 6 décès précoces sur les 50 autres patients ($p=0.06$). (Tableau 7)

Pathologie au stade palliatif	Nombre	Décès dans les 24h	p	Transferts perçus appropriés	p
Néoplasie	26	5	1	14	0,302
Insuffisance d'organe	17	6	0,06	9	0,391
Cardio-vasculaire	15	1	0,272	11	0,381
Neurodégénératif	26	4	0,753	16	1
Infectieux	6	1	1	3	0,663
Autre	1	0	1	0	0,373

Tableau 7 : Liens entre le contexte palliatif, les décès précoces et la perception des transferts par les médecins traitants

c) Liens avec la présence d'une IDE la nuit et le moment du transfert

La encore, nous ne retrouvons pas de relation significativement interprétable entre la présence d'une infirmière la nuit sur l'EHPAD et la proportion de décès précoces des patients transférés, ni sur la perception du transfert comme approprié a posteriori par le médecin traitant.

On peut cependant noter que sur les 10 patients étudiés bénéficiant de la présence d'une IDE la nuit (15% de cette population), 4 sont décédés dans les 24h suivant leurs transferts, contre 8 décès sur les 57 autres patients, se rapprochant donc de la significativité ($p=0.07$). (Tableau 8)

IDE la nuit ?	Nombre	Décès dans les 24h	p	Transferts perçus appropriés	p
Oui	10	4	0,07	7	0,732
Non	57	8		35	

Tableau 8 : Liens entre la présence infirmière sur l'EHPAD, les décès précoces et la perception des transferts par les médecins traitants a posteriori

Par ailleurs un autre résultat ressortant comme significativement interprétable dans cette étude est le rapport entre le moment du transfert, de jour ou de nuit, et la perception du transfert par le médecin traitant. En effet sur les 50 patients transférés en journée, 35 (70%) sont perçus comme appropriés par leurs médecins traitants contre seulement 7 sur les 17 patients transférés de nuit ($p=0.044$). On ne retrouve par contre aucun lien significatif entre les transferts de jour ou de nuit et les décès précoces des patients. (**Tableau 9**)

Transfert Jour/Nuit	Nombre	Décès dans les 24h	p	Transferts perçus appropriés	p
Jour	50	9	1	35	<u>0.044</u>
Nuit	17	3		7	

Tableau 9 : Liens entre l'horaire de transfert, les décès précoces et les ressentis des médecins traitants

6) Autres résultats

Le ressenti a posteriori du médecin traitant quant au caractère approprié ou non du transfert de son patient n'a aucun rapport significatif avec son expérience personnelle, soit l'âge et le nombre d'années d'installation. **(Tableau 10)**

Ressenti du transfert	Nombre de médecins	Moyenne d'âge	Écart-type	p
Paraissait approprié	42	51,36	10,6	0.761
Paraissait inapproprié	25	50,52	11,3	
Années d'installation-ressenti	Nombre	Moyenne d'années	Écart-type	
Approprié	42	19,93	12,55	0.814
Inapproprié	25	19,2	11,7	

Tableau 10 : Ressentis des transferts par rapport à l'expérience des médecins

En ce qui concerne les diplômes complémentaires réalisés chez ces médecins, on ne retrouve pas de différence significative non plus dans le taux de décès à 24h des patients entre ceux du groupe des médecins possédant un DU, un DESC de Soins Palliatifs ou bien une Capacité de Gériatrie et ceux du groupe des médecins n'ayant pas réalisé ces formations complémentaires.

Par contre, il y a une différence à la limite de la significativité quant au ressenti, a posteriori, de ces médecins sur le caractère approprié ou non de leur transfert de patient en fonction de leurs diplômes complémentaires : sur les 20 médecins possédant l'un de ces diplômes de formation complémentaire, seulement 9 estiment que le transfert de leur patient était approprié, contre 33 sur les 47 médecins n'ayant pas suivi l'une de ces formations ($p=0.059$). **(Tableau 11)**

Formations complémentaires	Nombre de médecins	Décès dans les 24h	p	Transferts perçus appropriés	p
DU/DESC/Capacité	20 (30%)	4	0,74	9	<u>0,059</u>
Aucune	47 (70%)	8		33	

Tableau 11 : Rapports entre la possession d'un diplôme de formation complémentaire, le décès précoce du patient et le ressenti a posteriori du transfert

De plus, les hospitalisations où le patient est décédé dans les 24h suivant son transfert sont significativement perçues a posteriori par les médecins généralistes comme ayant été inappropriées : trois transferts ont été perçus appropriés sur les 12 décédés précocement ($p=0.006$). (Tableau 12)

Décédé dans les 24h	Nombre	Perçus appropriés	p
Oui	12	3	<u>0,006</u>
Non	55	39	

Tableau 12 : Liens entre les décès précoces et le ressenti a posteriori du médecin généraliste

Enfin, nous pouvons remarquer également que l'inclusion du patient dans un réseau de Soins Palliatifs n'a pas influé sur le risque de décès dans les 24h suivant le transfert ($p= 0.67$), ni sur le taux de retour vers l'EHPAD après le transfert du patient ($p=1$).

Il n'y a pas eu non plus de différence significative sur la perception du côté approprié ou non de ces transferts suivant l'existence d'une inclusion en réseau ($p= 0.341$).

IV) Discussion

Notre étude a donc consisté en l'analyse rétrospective auprès de 67 médecins généralistes de leurs derniers cas respectifs de patients résidents d'EHPAD en situations palliatives ayant été hospitalisés en urgence.

Notre population de médecins était représentative en termes d'âge par rapport à la moyenne des médecins généralistes de l'ex-région Midi-Pyrénées (qui était de 52 ans en 2015) (16).

1) A propos des transferts

L'objectif principal de notre étude a pu donc être rempli et nous avons identifié que les motifs principaux de transferts vers les SAU de cette population de patients, dans notre travail, sont comparables à ceux des différentes études menées sur les patients en situations palliatives : les détresses respiratoires, les troubles digestifs et les épisodes d'agitations (surtout chez les patients déments) apparaissent en tête, dans des proportions qui varient selon les études, ainsi que des transferts pour décompensations algiques (17–19).

Il faut cependant pondérer ces résultats par le fait que notre population de patients reste faible, et donc que nos résultats peuvent difficilement être comparables à ceux d'une étude menée sur une population beaucoup plus large.

On peut noter également que dans la plupart des études menées sur les hospitalisations en urgence de patients âgés, il est question soit de patients en situations palliatives, soit de patients résidents en EHPAD ou autres types d'institutions, mais rarement de l'association de ces deux critères. Toutefois, les motifs d'hospitalisations des résidents d'EHPAD, sans considérer les situations palliatives, de plusieurs études se rapprochent des résultats obtenus dans notre étude : en effet cette population de patients semble être essentiellement transférée aux Urgences pour des décompensations respiratoires, pathologies abdominales, altération de

l'état général et agitations avec cependant également un fort taux d'hospitalisations pour chutes, ce qui diffère de nos résultats (20–22).

Pour ce qui est des patients en situations palliatives, on remarquera également que la plupart des études menées sur les hospitalisations en urgence de ces patients ne s'intéressent qu'aux personnes atteintes de cancers, avec toutes leurs spécificités symptomatiques, et qui ne représentent pas la totalité des patients en situation palliative au sens large.

Les transferts de patients âgés résidant en EHPAD vers les services d'Urgences sont très fréquents, tous motifs confondus, et donc sont inclus dans ces transferts les patients en situation palliative.

Plusieurs études françaises, dont des études toulousaines, ont évalué le taux d'hospitalisations de ces patients, notamment les résidents d'EHPAD de la région Midi-Pyrénées : on peut citer par exemple les études PLEIAD, IQUARE et REHPA. Ces différents travaux montrent que plus de la moitié de ces hospitalisations se font via les SAU (23–25).

Enfin, en ce qui concerne plus spécifiquement les patients en situation palliative, l'Observatoire National de la Fin de Vie a réalisé une étude auprès de l'ensemble des médecins coordonnateurs français en 2012. Au total, sur un échantillon de 15 276 situations de fin de vie, en France, 23,6% des résidents qui décèdent en EHPAD de façon non-soudaine sont hospitalisés en urgence au moins une fois au cours des deux semaines qui précèdent leur décès : 17% sont transférés une seule fois, et 6,6% le sont deux fois ou plus.

Toutefois, lorsque l'établissement dispose d'un(e) infirmier(e) la nuit, ce taux d'hospitalisation baisse de 37% : seuls 15,7% des résidents sont hospitalisés en urgence au cours des 15 derniers jours de vie, contre 24,9% des résidents qui vivent dans un EHPAD sans infirmier(e) la nuit. A ces hospitalisations en urgence de résidents qui décèdent au sein même d'un EHPAD, il faut ajouter les transferts des résidents qui décèdent finalement à l'hôpital. Or là aussi la présence d'un(e) infirmier(e) la nuit a une influence décisive : elle permet de réduire de 32% la proportion de résidents qui décèdent à l'hôpital (5).

Dans notre étude nous avons pu voir que la présence d'une IDE la nuit était plus en lien avec les patients étant décédés dans la journée suivant leurs transferts. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la présence d'une IDE la nuit permet de garder sur l'EHPAD un patient symptomatique plus longtemps, et que les transferts ne se font dans ces cas-là que pour des événements aigus plus sévères, et donc à plus fort risque de décès. Mais se pose alors la question de côté approprié ou non de ces transferts.

2) A propos du caractère approprié ou non de ces transferts

L'un des objectifs secondaires de cette étude était de déterminer quelles étaient les situations de transferts vers les SAU paraissant a posteriori inappropriées aux yeux des médecins généralistes ayant organisés ces transferts.

Nous avons pu voir que certaines situations et certains motifs étaient plus souvent en lien, et de façon significative, avec ce ressenti de la part des médecins généralistes comme par exemple les hospitalisations dont le motif incluait une raison « socio-environnementale », c'est-à-dire non strictement médicale, ou bien les hospitalisations avec décès du patient dans les 24h suivant le transfert.

Ces motifs d'hospitalisation sont d'ailleurs régulièrement cités comme responsables de transferts « inappropriés » ou « potentiellement évitables » (18,26,27).

Nous n'avons pas défini à l'avance les termes de transferts « appropriés » ou « inappropriés », et ce de façon délibérée, pour pouvoir déterminer quel était le ressenti du médecin généraliste et non une simple réponse à des critères définis par une grille.

Ce choix nous a permis de nous différencier de la plupart des études réalisées jusqu'à présent abordant les transferts inappropriés, qui en général se basaient sur des critères objectifs prédéfinis, et souvent du point de vue du médecin hospitalier, pouvant différer d'une étude à l'autre (22,28-31).

Là encore nous pouvons signaler le fait que la plupart de ces études n'abordent pas le cas spécifique du patient en fin de vie vivant en EHPAD, mais soit l'un, soit l'autre.

Aucune échelle validée et reproductible ne permet aujourd'hui de juger du caractère approprié ou non de ces hospitalisations cependant plusieurs méthodes ont été décrites dans diverses études et pays, en voici quelques exemples :

- La plus répandue est celle des « Ambulatory Care Sensitive Diagnosis» (ACSD) qui correspond à une liste de diagnostics dont la reconnaissance et le traitement précoce dans l'EHPAD permettraient d'éviter une hospitalisation : angor, asthme, exacerbation de bronchopneumopathie obstructive, décompensation cardiaque, déshydratation, diabète, gastroentérite, crise d'épilepsie, hypertension artérielle, hypoglycémie, infection urinaire, pneumopathie, infections oto-rhino-laryngologiques (32).
- Une étude américaine réalisée sur les 80 résidents d'un EHPAD suivis pendant 3 ans avait décrit trois critères pour définir une hospitalisation comme appropriée : le diagnostic et la vision du médecin urgentiste, les patients faisant un aller-retour EHPAD-urgences et qui nécessitent des procédures diagnostiques ou thérapeutiques non disponibles à l'EHPAD, et enfin, le décès aux urgences. Selon cette étude il est décrit que seulement 7% de tous les transferts de ces patients auraient pu être diagnostiqués et traités sur l'EHPAD et donc jugés inappropriés (33).
- Enfin, l'ANAES a, en 2004, décrit la méthode venant des Etats-Unis qui a été le plus validée et traduite dans le monde quant à la pertinence des admissions et des journées d'hospitalisations, tous services ou examens confondus. Il s'agit de la méthode développée par Gertman et Restuccia en 1981. La méthode repose sur un outil, l'Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) qui pourrait être traduit par « protocole d'évaluation de la pertinence ». Cet outil se présente sous la forme d'une grille à remplir avec de multiples aspects de la raison du transfert : clinique, social, ressenti du médecin quant à la situation globale (34).

En France, les données sur l'AEPf (la version française de l'AEP) (**Annexe 2**) sont modestes, notamment en ce qui concerne les admissions en urgence. Les causes de non-pertinence retrouvées sont sociales (sans-domicile et manque de support social) et l'âge.

Dans l'enquête de Davido et al citée précédemment (29), un des objectifs était de décrire la proportion d'admissions inappropriées et d'en identifier les causes, en particulier d'isoler un groupe de patients à haut risque d'admission inappropriée. Un total de 371 patients a été inclus pendant les 20 jours de l'étude. La prévalence des admissions inappropriées était de 20 % en utilisant l'avis des experts et de 25 % en utilisant la grille des critères AEP. La principale cause des admissions inappropriées était l'absence d'organisation des soins et des examens complémentaires en ambulatoire ainsi que l'absence de programmation de l'hospitalisation.

Beaucoup d'études ont ainsi étudié le caractère approprié ou non d'une hospitalisation mais très peu se sont intéressées au ressenti du médecin généraliste ou de l'équipe soignante de l'EHPAD.

On citera tout de même une étude qualitative canadienne de 2011 qui a, elle, suivi les transferts de patients d'un EHPAD vers le SAU d'un Hôpital en réalisant des interviews des soignants de cet EHPAD. Il en résulte que les acteurs de santé, notamment les médecins de cet EHPAD, se sentent souvent coupables de la façon dont les résidents ont pu être mal traités durant ces transferts, mais estiment ne pas pouvoir faire autrement avec leurs moyens et avoir besoin de plus de soutiens dans leur exercice (35).

Pour pouvoir déterminer réellement le ressenti des médecins généralistes français sur ce type d'hospitalisations il serait nécessaire de réaliser une étude prospective qualitative, ce qui limiterait les biais.

3) Forces et limites de notre étude

Notre travail présente plusieurs points forts :

- Tout d'abord il s'est basé sur la vision du médecin généraliste et non sur celle du médecin hospitalier contrairement à la plupart des travaux similaires, et les ressentis peuvent être très différents d'un médecin à l'autre. Une étude menée sur le CHU de Toulouse a en effet montré des différences de point de vue de mêmes transferts entre les médecins urgentistes et médecins gériatres ou autres experts ayant établi une grille de critères : 42.6% des hospitalisations paraissaient inappropriées selon les critères du groupe d'experts contre 77.4% selon les médecins urgentistes (36).
- La population de médecins généralistes était assez diversifiée avec tous les niveaux d'expérience représentés ainsi que tous les départements de l'ex-région Midi-Pyrénées (bien que majoritairement la Haute-Garonne).
- Très peu d'études s'intéressant aux flux de patients venant d'EHPAD vers les SAU étudient spécifiquement la population des personnes en situation palliative.
- La volonté de ne pas avoir défini au préalable le terme de transfert « approprié » nous permet d'obtenir le ressenti du médecin traitant.

On remarquera par contre qu'il présente également certaines limites :

- Notre étude ne compte qu'un faible nombre de cas, dû en parti à la date d'envoi du questionnaire qui s'est fait en Aout 2017, et donc présente une faible puissance et ne peut que difficilement être comparée à des études similaires. De plus, peu de résultats sont significativement interprétables.

- Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle, donc présentant un faible niveau de preuve, où le médecin généraliste parle du cas de son dernier patient ayant été concerné par cette situation, ce qui provoque un biais de mémorisation, d'autant plus qu'il n'y avait pas de notion de temporalité dans la question posée.
- Le nombre de patients ayant été adressés vers des hôpitaux ou clinique possédant une USP, qui est très élevé dans notre étude (49 patients, soit 73% des patients concernés), peut être expliqué par le fait que les médecins généralistes ne connaissent peut-être pas la définition exacte de ce qu'est une Unité de Soins Palliatifs (qui n'avait pas été donnée au préalable du questionnaire). Pour rappel, il existe 37 services d'urgence dans la Région Midi-Pyrénées, mais seulement cinq structures bénéficiant d'USP (15), par contre il existe plus de structures possédant des LISP (16 recensées dans la région sur le site de la SFAP), dont certaines spécialisées en gériatrie.
- Bien que volontaire, ne pas avoir défini le terme « approprié » peut rendre les réponses non comparables entre elles ou à d'autres études.
- Certaines notions n'ont pas été abordées, car trop complexes pour une réponse a posteriori de la part des médecins généralistes, comme la notion de rédaction de Directives Anticipées (DA), qui peuvent influencer sur les situations de fins de vie (5,37–39), et notamment le choix du lieu de décès, ou l'intérêt que pourrait avoir l'existence d'un Advance Care Planning en France (différent des directives anticipées) (40), ou encore les différentes thérapeutiques essayées sur l'EHPAD avant de décider de l'hospitalisation.

4) Perspectives d'améliorations des prises en charge en EHPAD de patients en situation palliative

Ainsi, plusieurs outils existent déjà pour tenter de caractériser la justification d'une hospitalisation d'un patient aux urgences ou ailleurs, mais très peu sont actuellement spécifiques des patients en situation palliative, et ils sont finalement peu utilisés en France.

Il existe cependant de nombreuses perspectives d'amélioration de ces prises en charge, et certaines sont en plein essor actuellement.

Tout d'abord nous avons pu voir que 36% des patients de cette étude, et une très grande partie des résidents d'EHPAD en général, présentaient une maladie neurodégénérative avancée, or, une étude Taiwanaise suggère qu'un personnel d'EHPAD formé à la reconnaissance et à la prise en charge non médicamenteuse des troubles cognitifs de patients déments évite des transferts vers les urgences, où ces troubles risquent d'être davantage majorés (41).

Une étude américaine réalisée dans l'Ontario en 2011 et 2014 sur vingt EHPAD volontaires, les dix qui hospitalisent le plus leurs résidents versus les dix qui hospitalisent le moins, a permis de montrer que l'application d'un programme d'intervention spécialisé « Intervention to Reduce Acute Care Transfers » (INTERACT) permettait une réduction de 50% des transferts des résidents d'EHPAD vers les SAU, et que les hospitalisations qualifiées d'« évitables » passaient de 77% à 49% (42,43).

Ce genre de programme permet une meilleure formation de tous les acteurs de soin d'un EHPAD, de l'aide-soignante au médecin généraliste, et ainsi de réduire le taux d'hospitalisation des résidents.

Il faut également parler de la télémédecine qui est en plein essor. En effet, l'existence de matériel de télémédecine permet d'éviter les déplacements délicats et les hospitalisations inutiles pour les résidents les moins autonomes. Ainsi, à la demande d'un professionnel de l'établissement, le médecin traitant peut, avec l'accord du patient, procéder à un interrogatoire dans des conditions sécurisées, recueillir les éléments cliniques avec l'aide du professionnel de santé ou analyser les mesures utiles pour apprécier la situation du patient.

On peut notamment citer que le Gérotopôle de Toulouse s'apprête à démarrer en 2018 l'étude TELESMA (The Impact of Telemedicine to Support Palliative Care Resident in Nursing Home), visant à étudier l'impact d'une consultation de soins palliatifs par téléexpertise sur le taux d'hospitalisation et le nombre de passages aux SAU sur les six derniers mois de vie (44).

Enfin il existe ce qui s'appellent des « Fiches URGENCE PALLIA », anciennement nommées fiches « SAMU PALLIA ».

La Fiche URGENCE PALLIA est rédigée par un médecin s'occupant d'un patient en situation palliative (médecin traitant, médecin coordonnateur de réseau de soins palliatifs, d'EMSP, d'HAD, d'EHPAD, médecin hospitalier). Elle est destinée à transmettre des informations à un autre médecin qui serait amené à intervenir auprès de ce patient lors une situation d'urgence, notamment pendant les nuits et les week-ends (régulateurs et effecteurs SAMU ou PDS, médecin de garde, service d'accueil des urgences). Elle permet une aide à la prise de décision et contribue à garantir le respect de l'autonomie et de la volonté des patients.

Une version synthétique a été créée par la SFAP et permet un remplissage et une lecture faciles de cette fiche (45). **(Annexe 3)**

V) Conclusion

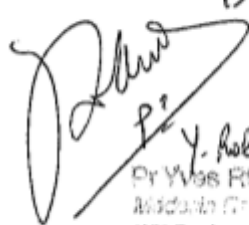
Ce travail met ainsi en évidence les situations rencontrées par les médecins généralistes lors des transferts de résidents d'EHPAD en situations palliatives vers les services d'Urgences, et montre les facteurs ayant influé sur ces hospitalisations.

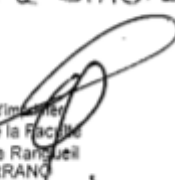
Nous avons pu montrer que les motifs de transferts étaient très similaires à ceux de la population générale des résidents d'EHPAD, malgré une faible population étudiée, soit les détresses respiratoires, les troubles digestifs et les épisodes d'agitations au premier plan, et que certains motifs étaient plus en liens avec des hospitalisations aux SAU perçues par les médecins généralistes comme inappropriées, notamment lorsque le motif de transfert implique une raison socio-environnementale. De nombreuses études se sont penchées sur les critères d'hospitalisations et ont tenté de mettre au point des outils pour ne pas réaliser des transferts de patients potentiellement évitables mais peu sont réellement utilisées pour l'instant en France.

Il faut toutefois se poser la question des limites que posent le principe des directives anticipées en France par rapport au principe d'Advance Care Planning, utilisé aux Etats-Unis par exemple, donnant plus de place au médecin dans le projet de soins du patient, et qui n'a pas pu être abordé dans ce travail.

Cependant il existe des perspectives intéressantes d'améliorations de ces prises en charge en EHPAD et des transferts comme la télémédecine, l'utilisation de fiches « Urgences Pallia » ou encore de programmes d'interventions spécialisés.

Ainsi, il serait intéressant de mener des études qualitatives sur les médecins généralistes français pour évaluer leurs ressentis vis-à-vis de ces situations et des outils existant.

27.10.2017

Pr Yves ROLLAND
Médecin Généraliste
USLD 930000000
Pôle Gériatrie

Toulouse, le 31.10.2017

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de médecine Rangueil
Elie SERRANO

Bibliographie :

1. Projection des populations âgées dépendantes - article43.pdf [Internet]. [cité 11 juin 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article43.pdf>
2. L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) - Établissements de santé, sociaux et médico-sociaux - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 11 juin 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/l-enquete-aupres-des-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-ehpa>
3. 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 - Études et résultats - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 24 août 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/728-000-residents-en-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-en-2015>
4. (Microsoft Word - VD programme d'actions coordonn\351es soins palliatifs.doc) - Programme_de_developpement_des_soins_palliatifs_2008_2012.pdf [Internet]. [cité 11 juin 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_de_developpement_des_soins_palliatifs_2008_2012.pdf
5. Rapport ONFV 2013.pdf [Internet]. [cité 11 juin 2017].
6. Définition et organisation des soins palliatifs en France [Internet]. [cité 11 juin 2017]. Disponible sur: </rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france>
7. Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Éhpad) | service-public.fr [Internet]. [cité 27 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763>
8. Microsoft Word - Num 7 - 2015-11-30 Projet prog nat SP vf V7.docx - 1-_031215_-_plan_soins_palliatifs_2.pdf [Internet]. [cité 27 juin 2017]. Disponible sur: http://www.sfap.org/system/files/1-_031215_-_plan_soins_palliatifs_2.pdf
9. CNP de Gériatrie › Le Métier de Gériatre [Internet]. [cité 9 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.cnpgeriatrie.fr/le-metier-de-geriatre/>
10. poly_geriatrie - poly-geriatrie.pdf [Internet]. [cité 9 juill 2017]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/poly-geriatrie.pdf>
11. MassonIFSI.pdf [Internet]. [cité 9 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.fredjely.com/images/pdf/MassonIFSI.pdf>
12. OMS | Vieillessement [Internet]. WHO. [cité 9 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/ageing/fr/>

13. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale - usagers_urgences.pdf [Internet]. [cité 27 juin 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/usagers_urgences.pdf
14. Microsoft Word - consensus_personne_agee_aux_urgs.doc - pa_urgs_long.pdf [Internet]. [cité 27 juin 2017]. Disponible sur: http://www.sfm.org/upload/consensus/pa_urgs_long.pdf
15. MIDI-PYRÉNÉES: LE RECOURS AUX URGENCES EN HAUSSE DE 4% EN 2014 (ORU-MIP) - Actualités de l'Urgences - APM - Actualités - SFMU - Société Française de Médecine d'Urgence [Internet]. [cité 16 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/id-57229-midi-pyrenees-le-recours-aux-urgences-en-hausse-de-4-en-2014-oru-mip>
16. ATLAS MIDI PYRENEES 2015 - atlas_midi_pyrenees_2015.pdf [Internet]. [cité 23 oct 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_midi_pyrenees_2015.pdf
17. Font C, Fernández-Avilés F, Calderon C, García-Fernández T, Arab N, Pineda E, et al. Home management of acute medical complications in cancer patients: a prospective pilot study. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. mai 2016;24(5):2129-37.
18. Raheem AA, Al-Zahrani AS, Mohammed AA, Sherisher MA, El-Kashif AT, Ghanem HM. Emergency Department Visits at the End of Life of Patients With Terminal Cancer: Pattern, Causes, and Avoidability. *Am J Hosp Palliat Med*. 1 août 2016;33(7):658-62.
19. Barbera L, Taylor C, Dudgeon D. Why do patients with cancer visit the emergency department near the end of life? *Can Med Assoc J*. 6 avr 2010;182(6):563-8.
20. Hullick C, Conway J, Higgins I, Hewitt J, Dilworth S, Holliday E, et al. Emergency department transfers and hospital admissions from residential aged care facilities: a controlled pre-post design study. *BMC Geriatr*. 12 mai 2016;16:102.
21. Fur-Musquer ÉL, Delamarre-Damier F, Decker L de, Strat AL, Lebatard A, Manigold V, et al. Modalités d'hospitalisations en urgence des sujets âgés hébergés en établissements pour personnes âgées dépendantes. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 déc 2011;9(4):409-15.
22. Morphet J, Innes K, Griffiths DL, Crawford K, Williams A. Resident transfers from aged care facilities to emergency departments: can they be avoided? *Emerg Med Australas EMA*. oct 2015;27(5):412-8.
23. Rolland Y, Andrieu S, Crochard A, Goni S, Hein C, Vellas B. Psychotropic drug consumption at admission and discharge of nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc*. mai 2012;13(4):407.e7-12.
24. de Souto Barreto P, Lapeyre-Mestre M, Mathieu C, Piau C, Bouget C, Cayla F, et al. A multicentric individually-tailored controlled trial of education and professional support to nursing home staff: research protocol and baseline data of the IQUARE study. *J Nutr Health Aging*. févr 2013;17(2):173-8.

25. Rolland Y, Abellan van Kan G, Hermabessiere S, Gerard S, Guyonnet Gillette S, Vellas B. Descriptive study of nursing home residents from the REHPA network. *J Nutr Health Aging.* oct 2009;13(8):679-83.
26. Robinson J, Boyd M, O'Callaghan A, Laking G, Frey R, Raphael D, et al. The extent and cost of potentially avoidable admissions in hospital inpatients with palliative care needs: a cross-sectional study. *BMJ Support Palliat Care.* sept 2015;5(3):266-72.
27. Gott M, Frey R, Robinson J, Boyd M, O'Callaghan A, Richards N, et al. The nature of, and reasons for, 'inappropriate' hospitalisations among patients with palliative care needs: A qualitative exploration of the views of generalist palliative care providers. *Palliat Med.* sept 2013;27(8):747-56.
28. Wallace EM, Cooney MC, Walsh J, Conroy M, Twomey F. Why do Palliative Care Patients Present to the Emergency Department? Avoidable or Unavoidable? *Am J Hosp Palliat Med.* 1 mai 2013;30(3):253-6.
29. Davido A, Nicoulet I, Levy A, Lang T. Appropriateness of admission in an emergency department: reliability of assessment and causes of failure. *Qual Assur Health Care Off J Int Soc Qual Assur Health Care.* 1991;3(4):227-34.
30. Cardona-Morrell M, Kim JCH, Brabrand M, Gallego-Luxan B, Hillman K. What is inappropriate hospital use for elderly people near the end of life? A systematic review. *Eur J Intern Med.* juill 2017;42:39-50.
31. Donzé J, Lipsitz S, Schnipper JL. Risk factors for potentially avoidable readmissions due to end-of-life care issues. *J Hosp Med.* mai 2014;9(5):310-4.
32. Culler SD, Parchman ML, Przybylski M. Factors related to potentially preventable hospitalizations among the elderly. *Med Care.* juin 1998;36(6):804-17.
33. Bergman H, Clarfield AM. 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.* déc 1991;39(12):1164-8.
34. Microsoft Word - AEP_Revue de pertinence de soins version web.doc - rps_guide.pdf [Internet]. [cité 20 août 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/rps_guide.pdf
35. McCloskey RM. A qualitative study on the transfer of residents between a nursing home and an emergency department. *J Am Geriatr Soc.* avr 2011;59(4):717-24.
36. Giovanni É, Bismuth S, Université Paul Sabatier (Toulouse), Université Paul Sabatier (Toulouse), Faculté des sciences médicales Ranguel. Analyse descriptive des facteurs intervenant dans la décision du transfert des patients venant des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) vers les services d'urgences du CHU de Toulouse. [S.l.]: [s.n.]; 2013.
37. Kurella Tamura M, Montez-Rath ME, Hall YN, Katz R, O'Hare AM. Advance Directives and End-of-Life Care among Nursing Home Residents Receiving Maintenance Dialysis. *Clin J Am Soc Nephrol CJASN.* 7 mars 2017;12(3):435-42.

38. Lopez RP, Mitchell SL, Givens JL. Preventing Burdensome Transitions of Nursing Home Residents with Advanced Dementia: It's More than Advance Directives. *J Palliat Med.* 15 mai 2017;
39. Elsayem AF, Bruera E, Valentine A, Warneke CL, Wood GL, Yeung S-CJ, et al. Advance Directives, Hospitalization, and Survival Among Advanced Cancer Patients with Delirium Presenting to the Emergency Department: A Prospective Study. *The Oncologist.* 1 août 2017;
40. Advance care planning and advance directives [Internet]. [cité 18 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.uptodate.com/contents/advance-care-planning-and-advance-directives>
41. Chen R-C, Liu C-L, Lin M-H, Peng L-N, Chen L-Y, Liu L-K, et al. Non-pharmacological treatment reducing not only behavioral symptoms, but also psychotic symptoms of older adults with dementia: a prospective cohort study in Taiwan. *Geriatr Gerontol Int.* avr 2014;14(2):440-6.
42. Ouslander JG, Bonner A, Herndon L, Shutes J. The Interventions to Reduce Acute Care Transfers (INTERACT) quality improvement program: an overview for medical directors and primary care clinicians in long term care. *J Am Med Dir Assoc.* mars 2014;15(3):162-70.
43. Ouslander JG, Lamb G, Tappen R, Herndon L, Diaz S, Roos BA, et al. Interventions to Reduce Hospitalizations from Nursing Homes: Evaluation of the INTERACT II Collaborative Quality Improvement Project. *J Am Geriatr Soc.* 1 avr 2011;59(4):745-53.
44. The Impact of Telemedicine to Support Palliative Care Resident in Nursing Home - Full Text View - ClinicalTrials.gov [Internet]. [cité 24 août 2017]. Disponible sur: <https://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02821143?cond=telemedicine&cntry1=EU%3A%26draw=1&rank=6>
45. Fiche Urgence Pallia (= SAMU Pallia) [Internet]. [cité 18 oct 2017]. Disponible sur: </rubrique/fiche-urgence-pallia-samu-pallia>

Annexe 1 : Questionnaire GoogleForm

A) A propos du médecin généraliste:

1. 1) Quelle est votre année de naissance? *

2. 2) En quelle année vous êtes-vous installé?

3. 3) Avez-vous une formation en Soins Palliatifs? Gériatrie? *

Plusieurs réponses possibles.

- Non
- DU de Soins Palliatifs
- DESC de Douleur et Soins Palliatifs
- Capacité de Gériatrie

4. 4) Dans quel département exercez-vous? *

Une seule réponse possible.

- Ariège
- Aveyron
- Haute-Garonne
- Gers
- Lot
- Hautes-Pyrénées
- Tarn
- Tarn-et-Garonne

B) A propos de l'EHPAD où résidait le dernier patient sénior en situation palliative que vous avez fait transférer aux Urgences:

5. 6) Êtes-vous le médecin coordonnateur de cet EHPAD? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

6. 6) Une Equipe Mobile de Soins Palliatifs se déplace-t-elle dans cet EHPAD? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

7. 7) Existe-t-il une personne référente en soins palliatifs sur cet établissement? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

8. 8) Cet EHPAD dispose-t-il d'une IDE la nuit? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

C) A propos du dernier patient sénior en situation palliative vivant en EHPAD que vous avez fait transférer aux Urgences:

9. 9) S'agissait-il d'un homme ou d'une femme? *

Une seule réponse possible.

- Homme
 Femme

10. 10) Quel âge avait ce patient? *

Une seule réponse possible.

- 65-75 ans
 75-85 ans
 85-95 ans
 Plus de 95 ans

11. 11) Ce patient était-il inclus dans un Réseau de Soins Palliatifs? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

12. 12) Ce transfert a-t-il eu lieu le jour ou la nuit? *

Une seule réponse possible.

- Jour
 Nuit

13. 13) Le GIR de ce patient était-il supérieur à 1? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non (grabataire)

14. 14) Ce patient était en situation palliative dans un contexte (plusieurs réponses possibles): *

Plusieurs réponses possibles.

1. Néoplasique
 2. Insuffisance d'organe (cardiaque, rénale, hépatique...)
 3. Cardiovasculaire
 4. Neurodégénératif
 5. Infectieux
 Autre : _____

15. 15) La raison ayant motivé le transfert dans un service d'Urgences était d'ordre (plusieurs réponses possibles): *

Plusieurs réponses possibles.

1. Neurologique: trouble de la conscience, agitation, anxiété, confusion, autre?
 2. Respiratoire: dyspnée, hémoptysie, épistaxis abondant, encombrement, OAP, autre?
 3. Digestif: Vomissements, diarrhées, rectorragies, syndrome occlusif, hématomèse, anorexie, autre?
 4. Cardiovasculaire: douleur thoracique, suspicion phlébite?
 5. Trophique: escarre non contrôlée?
 6. Algique: non contrôle d'un symptôme douloureux malgré un traitement antalgique adapté?
 7. Infectieux?
 8. Urinaire (hors infection urinaire): RAU, hématurie macroscopique, autre?
 9. Socio-environnemental: équipe soignante en difficulté, famille en souffrance, autre?
 Autre _____

16. 16) Est-ce l'IDE/l'Aide-soignant(e) de l'établissement qui vous a contacté car il/elle a noté une dégradation du patient ou bien est-ce vous-même qui avez noté la dégradation du patient lors de votre visite? *

Une seule réponse possible.

- IDE/AS
 Vous-même

17. 17) Le patient est-il retourné à l'EHPAD après son passage à l'Hôpital? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

18. 18) L'Hôpital ou la Clinique où a été adressé votre patient dispose-t-il/elle d'une Unité de Soins Palliatifs? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

19. 19) Le patient est-il décédé dans les 24h suivant son transfert aux Urgences? *

Une seule réponse possible.

Non

Oui, dans un service hospitalier

Oui, aux Urgences

20. 20) A posteriori, ce transfert aux urgences de votre patient vous a-t-il paru approprié? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Annexe 2 : Grille AEPf d'admissions d'après Davido (1991)

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

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

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

Admission pertinente = 1	
Admission non pertinente = 2	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Organisation des soins

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

2. Service de relais

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

3. Décision médicale

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

4. Raisons liées au patient ou à sa famille

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

Réponse

/ _ / _ /

Annexe 3 : Fiche SFAP « Urgence Pallia »



Fiche URGENCE PALLIA

Concernant une personne en situation palliative ou palliative terminale

Fiche destinée à informer un médecin intervenant lors d'une situation d'urgence. Celui-ci reste autonome dans ses décisions.

RÉDACTEUR Nom :	<input type="text"/>	Statut du rédacteur :	<input type="text"/>
Téléphone :	<input type="text"/>	ou tampon :	<input type="text"/>
Fiche rédigée le :	<input type="text"/>		

PATIENT <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	NOM :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Rue :	<input type="text"/>	Né(e) le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP :	<input type="text"/>	Ville :	<input type="text"/>	Téléphone :
N° SS :	<input type="text"/>	Accord du patient pour la transmission des informations <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Impossible		

Médecin traitant :	<input type="text"/>	Joignable la nuit <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA ²	Tél :	<input type="text"/>
Médecin hospitalier référent :	<input type="text"/>		Tél :	<input type="text"/>
Service hospitalier référent :	<input type="text"/>		Tél :	<input type="text"/>
Lit de repli possible ² :	<input type="text"/>		Tél :	<input type="text"/>
Suivi par HAD :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	<input type="text"/>	Tél :	<input type="text"/>
Suivi par EMSP :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	<input type="text"/>	Tél :	<input type="text"/>
Suivi par réseau :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	<input type="text"/>	Tél :	<input type="text"/>
Autres intervenants à domicile : (SSIAD, IDE libérale...) avec leur(s) numéro(s) de téléphone <input type="text"/>				

Pathologie principale et diagnostics associés :	<input type="text"/>
---	----------------------

Le patient connaît-il son diagnostic ? Oui Non En partie NA Son pronostic ? Oui Non En partie NA
 L'entourage connaît-il le diagnostic ? Oui Non En partie NA Le pronostic ? Oui Non En partie NA
 Réflexion éthique collégiale sur l'orientation des thérapeutiques : Oui Non En partie NA

Projet thérapeutique :	<input type="text"/>
Symptômes et risques possibles : si extrême, l'écrire en majuscules	<input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Dyspnée <input type="checkbox"/> Vomissement <input type="checkbox"/> Encombrement <input type="checkbox"/> Anxiété majeure <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Occlusion <input type="checkbox"/> Autres (à préciser dans cette zone →) <input type="text"/>
Produits disponibles au domicile :	<input type="text"/>
Prescriptions anticipées :	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	

DÉMARCHE PRÉVUE <input type="checkbox"/> Avec accord patient le <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Projet d'équipe si accord patient impossible
Hospitalisation : <input type="checkbox"/> Souhaitée si aggravation <input type="checkbox"/> Envisageable <input type="checkbox"/> Refusée autant que possible <input type="checkbox"/> NA	
Soins de confort exclusifs : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	Décès à domicile : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
Réanimation en cas d'arrêt cardio-respiratoire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	Massage cardiaque : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
Ventilation non invasive : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	Intubation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
Usage d'amines vaso-actives : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	Trachéotomie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
Sédation en cas de détresse aiguë avec pronostic vital engagé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	Remplissage : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA

Directives anticipées <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	Rédigées le <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Copie dans le DMP
Personne de confiance <input type="text"/>	Lien : <input type="text"/>	Tél : <input type="text"/>
Où trouver ces documents ? <input type="text"/>		
Autre personne à prévenir <input type="text"/>	Lien : <input type="text"/>	Tél : <input type="text"/>

1) NA = Non Applicable ou Inconnu

2) Validé au préalable avec le service concerné

Version fiche 2017-05



Annexe Fiche URGENCE PALLIA

La fiche URGENCE PALLIA se doit d'être synthétique pour une lecture rapide par les médecins régulateurs ou urgentistes.

Cette fiche annexe vous permet de détailler les notions résumées dans la fiche.

Date de rédaction de la fiche URGENCE PALLIA à laquelle cette fiche annexe se rapporte :

--	--	--

Si différente, date de rédaction de cette fiche annexe :

--	--	--

Nom du rédacteur :

Statut du rédacteur :

CONCERNANT CE PATIENT :

M.

Mme

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

--	--	--

Précisions concernant la situation décrite dans la fiche URGENCE PALLIA :

FACTORS THAT INDUCE TRANSFERS OF ELDERLY NURSING HOME RESIDENTS IN PALLIATIVE CARE SITUATION TO EMERGENCY DEPARTMENTS IN MIDI-PYRENEES

Introduction : In France, 10% of the 75 year-old and more people live in nursing homes. A large number of these residents are hospitalized in Emergency Departments, including those in palliative care situation. The main objective of this study is to describe transfers to ED of nursing home residents in palliative care situation in Midi-Pyrénées. Secondary objectives are to identify hospitalizations which seem inappropriate for the referring physicians and determine care improvement possibilities in nursing homes.

Material and method: We did an observational retrospective study from informatic survey sent to Midi-Pyrenean GPs by the URPS, during August 2017.

Results : 67 patients have been included. The main palliative care situations are neoplasia (39%), advanced neurodegenerative diseases (39%) and terminal organ failures (25%). The main transfer reasons are : respiratory decompensation (42%), neurologic disorders (24%), socio-environmental (21%), and digestive (18%). For 37% of included patients, the transfer didn't seem appropriate for the referring physician.

Conclusion : ED transfers reasons are similar to those of nursing home general population and some are more involved in transfers which seem inappropriate for the GPs, in particular socio-environmental reasons. There is interesting improvement perspectives for these patient cares in nursing home and patient transfers like telemedicine, the use of « Urgence Pallia » tool or specialized intervention programs.

Administrative discipline : General Medicine

Key words : palliative care, elderly, nursing home, emergency department, inappropriate hospitalization.

Université Toulouse III – Paul Sabatier – Faculté de Médecine Toulouse Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04

Supervisor : Dr Nicolas SAFFON

FACTEURS AYANT FAVORISE LES TRANSFERTS VERS LES SERVICES D'ACCUEIL DES URGENCES DE PATIENTS SENIORS RESIDENTS D'EHPAD EN SITUATION PALLIATIVE EN MIDI-PYRENEES

Introduction : En France, 10 % des personnes âgées de 75 ans ou plus vivent en EHPA, dont 80% en EHPAD. Un grand nombre de ces résidents sont hospitalisés aux SAU, y compris ceux en situation palliative. L'objectif principal de cette étude est de décrire la nature des flux de résidents d'EHPAD en situation palliative vers les SAU dans la région Midi-Pyrénées. Les objectifs secondaires sont de déterminer les hospitalisations paraissant inappropriées pour les médecins traitants et les possibilités d'améliorations de prises en charge en EHPAD.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude rétrospective observationnelle à partir de questionnaires informatiques envoyés aux médecins généralistes de Midi-Pyrénées par l'intermédiaire de l'URPS, durant le mois d'Aout 2017.

Résultats : 67 patients ont été inclus. Les principales situations palliatives sont d'ordre néoplasiques (39%), neurodégénératives évoluées (39%) et d'insuffisances d'organes terminales (25%). Les principaux motifs de transferts sont : les décompensations respiratoires (42%), troubles neurologiques (24%), socio-environnemental (21%), et digestif (18%). Dans 37% des cas, le transfert n'a pas paru approprié, a posteriori, pour le médecin traitant.

Conclusion : Les motifs de transferts sont similaires à ceux de la population générale des résidents d'EHPAD et certains motifs sont plus en liens avec des transferts perçus par les médecins généralistes comme inappropriés, notamment lorsqu'ils impliquent une raison socio-environnementale. Il existe des perspectives intéressantes d'améliorations de ces prises en charge en EHPAD et des transferts comme la télémédecine, l'utilisation de fiches « Urgences Pallia » ou encore de programmes d'interventions spécialisés.

Discipline administrative : Médecine Générale

Mots-clés : soins palliatifs, personnes âgées, EHPAD, services d'accueil des urgences, hospitalisations inappropriées.

Université Toulouse III – Paul Sabatier – Faculté de Médecine Toulouse Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04

Directeur de Thèse : Dr Nicolas SAFFON