

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE PURPAN

Année 2013

2013-TOU3-1087

THÈSE

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

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29 octobre 2013

Par

Melle GIOVANNI Emilie

**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**

DIRECTEUR DE THÈSE : Monsieur le Dr Serge BISMUTH

JURY :

Président : Monsieur le Pr OUSTRIC

Assesseur : Monsieur le Pr LAUQUE

Assesseur : Monsieur le Pr ROLLAND

Assesseur : Monsieur le Dr BISMUTH

Membre invité : Monsieur le Dr CHICOULAA

Membre invité : Madame le Dr TAVASOLLI



UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE PURPAN

Année 2013

2013-TOU3-1087

THÈSE

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

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29 octobre 2013

Par

Melle GIOVANNI Emilie

**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**

DIRECTEUR DE THÈSE : Monsieur le Dr Serge BISMUTH

JURY :

Président : Monsieur le Pr OUSTRIC

Assesseur : Monsieur le Pr LAUQUE

Assesseur : Monsieur le Pr ROLLAND

Assesseur : Monsieur le Dr BISMUTH

Membre invité : Monsieur le Dr CHICOULAA

Membre invité : Madame le Dr TAVASOLLI



REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier tous les membres du jury qui me font aujourd'hui l'honneur d'assister à ma soutenance afin d'évaluer mon travail.

Je remercie le Pr Oustric d'avoir accepté sans hésitation de présider ce jury et de me donner l'avis fondamental du médecin généraliste dans ce travail.

Je remercie également le Pr Lauque pour sa présence et son appréciation de médecin urgentiste, également indispensable dans ce travail.

Je remercie le Pr Rolland pour sa présence et son aide précieuse dans la réalisation de ce travail en collaboration avec le gérontopôle.

Je remercie le Dr Bismuth de m'avoir guidée tout au long de l'élaboration de ce travail de thèse et de m'avoir prodigué des remarques constructives pour perfectionner mon travail en exprimant le point de vue de médecin généraliste et en me faisant partager son expérience de médecin coordinateur d'EHPAD.

Merci également au Dr Chicoulaa d'avoir accepté de prendre part à ce travail et de me permettre de progresser encore dans ma pratique au cours de ces six derniers mois de stage.

Enfin, je remercie chaleureusement le Dr Tavassoli pour son accompagnement tout au long de ce travail de thèse, pour son avis et ses conseils qui m'ont beaucoup aidée et surtout pour sa gentillesse et sa patience

REMERCIEMENTS

Je remercie l'ensemble du personnel des urgences de Toulouse pour son accueil lors de la semaine de l'étude.

Je tiens tout particulièrement à remercier le Dr Megnin, les Drs Marseillan, le Dr Fray, le Dr Dessus, le Dr Cazard, le Dr Homehr, le Dr Cerna, le Dr Chicoulaa, le Dr Vicq, le Dr Sébastien et le Dr Carne, chez qui j'ai effectué mes stages libéraux et qui m'ont tous largement confortée dans mon choix d'exercer la médecine générale.

Un grand merci à ma famille pour son amour, son soutien et ses encouragements depuis toujours et grâce à qui je suis ce que je suis aujourd'hui. Un merci tout particulier à ma maman pour son dévouement, sa présence et sa patience tout au long de mon parcours.

Merci à toi Florian de partager ma vie et de croire en moi depuis le début. Merci pour ta patience, ton soutien et pour tout le bonheur que tu m'apportes chaque jour et qui m'aide à avancer.

Merci à toi Pasca : neuf ans maintenant d'amitié débutée sur les bancs de la faculté de Poitiers. L'année prochaine ce sera ton tour et je serai là !

Merci à mes amis pour tous les bons moments partagés et à venir.

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION	3
II- JUSTIFICATION de L'ÉTUDE	4
1- Flux EHPAD-urgences	4
2- Conséquences du passage aux urgences pour la personne âgée	4
3- Hospitalisation inappropriée, appropriée et potentiellement évitable	5
4- Objectifs de l'étude	6
III- MATÉRIEL et MÉTHODE	7
IV- RÉSULTATS	10
1- Patients inclus	10
2- Données concernant les EHPAD	10
a- Statut des EHPAD ayant envoyé au moins un patient	10
b- Nombre de lits	10
c- GMP et PMP	10
d- Secteur protégé et unité Alzheimer dédiée	10
e- Nombre d'infirmières sur l'EHPAD : jour et nuit	11
f- Nombre de médecins traitants travaillant dans l'EHPAD	11
g- Distance par rapport aux services d'urgences	11
h- Protocole de prise en charge	11
3- Données concernant les patients	12
a- Administratives	12
b- Antécédents	12
c- Traitements médicamenteux	14
d- Statut cognitif	15
e- Degré de dépendance	16
f- Signes cliniques dans les sept jours précédant le transfert	17
g- Directives anticipées	17
h- Prise en charge palliative	17
4- Données lors du transfert vers les urgences	18
a- Jour et heure du transfert	18
b- Signes cliniques lors du transfert vers les urgences	19
c- Signes de gravité	19
d- Motif du transfert	20
e- Qui décide du transfert vers les urgences ?	21
f- Raisons du transfert en l'absence de signe de gravité	22

5-	Analyse des résultats principaux concernant les hospitalisations inappropriées (HI), appropriées potentiellement évitables (HAE) et appropriées inévitables (HAI)	23
a-	Types d'hospitalisations.....	23
b-	Données administratives	23
c-	Antécédents et traitements	24
d-	Statut cognitif et degré de dépendance	26
e-	Protocole de prise en charge en cas d'urgence au sein de l'EHPAD.....	27
f-	Qui décide du transfert vers les urgences ?.....	28
g-	Jour et heure du transfert vers les urgences	28
h-	Signes de gravité et motif du transfert	30
6-	Tableaux synthétiques de l'analyse des facteurs de risque associés aux hospitalisations inappropriées versus appropriées et hospitalisations évitables versus inévitables	31
V-	SYNTHÈSE DES RÉSULTATS	38
1-	Profil de la structure type.....	38
2-	Profil du patient type	38
3-	Profil du transfert type vers les urgences.....	38
4-	Profil type de l'hospitalisation inappropriée	39
5-	Facteurs de risque associés aux hospitalisations inappropriées versus appropriées et hospitalisations évitables versus inévitables	39
VI-	DISCUSSION	41
VII-	CONCLUSION.....	48
VIII-	BIBLIOGRAPHIE.....	49
IX-	ANNEXES.....	55
	Annexe 1 : classification clinique des malades aux urgences (CCMU)	55
	Annexe 2 : questionnaire flux EHPAD-urgences	56
	Annexe 3 : Echelle ADL.....	62
	Annexe 4 : Echelle d'évaluation des hospitalisations inappropriées, appropriées potentiellement évitables et appropriées inévitables.....	63
	Annexe 5: Schéma décisionnel du type d'hospitalisation (inappropriée, appropriée et potentiellement évitable, appropriée inévitables).....	64

I- INTRODUCTION

Au 1^{er} janvier 2013, les plus de 65 ans représentent environ 17.7% de la population française (1). Ces chiffres s'accroissent depuis plusieurs années et les projections actuelles estiment qu'à ce rythme, en 2050, un français sur trois aura plus de 60 ans (2).

Dans ce contexte, la région Midi-Pyrénées se situe au 5^{ème} rang des régions les plus âgées de France avec plus de 277 000 personnes âgées de plus de 75 ans en 2006 soit 10 % de la population régionale (3).

En France, plus de 650 000 personnes vivent en établissement pour personnes âgées et plus des ¾ dans des établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (4).

Dans la région Midi-Pyrénées, presque 32000 personnes vivent réparties sur les 429 EHPAD de la région dont 133 se situent en Haute-Garonne (5) (6).

Les EHPAD hébergent des sujets de plus en plus âgés et de plus en plus polypathologiques (7). De ce fait, la charge en soins médico-techniques augmente, amenant le personnel des EHPAD à prendre en charge des décompensations aiguës de pathologies chroniques et ce, de façon récurrente (8).

Le vieillissement de la population et la dépendance génèrent des dépenses en termes de consommation médicamenteuse, d'aides humaines et matérielles mais également en termes d'hospitalisations et ce, d'autant plus qu'il s'agit d'hospitalisations non justifiées (9).

II- JUSTIFICATION de L'ÉTUDE

1- Flux EHPAD-urgences

- *L'enquête REHPA*, menée en 2008 par le Gérontopôle de Toulouse, montre sur une période de trois mois, un taux d'hospitalisation de 13.5% des résidents dont plus de 50% vers les services d'urgences et 15 % directement vers les services de gériatrie (10).
- *L'étude PLEIAD*, réalisée en 2010 sur 300 EHPAD, révèle que plus d'un résident sur 4 est soit entré ou sorti de l'EHPAD sur une période de trois mois et qu'environ 4 résidents sur 10 ont été hospitalisés sur cette même période : 70 % des résidents quittent l'EHPAD pour l'hôpital, dans 57.7 % des cas directement pour un service d'urgences et dans 7.7 % des cas directement pour un service de gériatrie. Les résidents en transfert sont majoritairement atteints de démence et plus fragiles (perte de poids, chutes, troubles du comportement) (11).
- *L'étude IQUARE*, réalisée en 2011 sur 175 EHPAD de Midi-Pyrénées, retrouve un taux d'hospitalisation des résidents de 31.6% dont 57.8% se font vers les urgences sur une période de douze mois (12).

2- Conséquences du passage aux urgences pour la personne âgée

Les études ont montré que les services d'urgences n'étaient pas un lieu adapté à la prise en charge gériatrique. Le passage aux urgences est associé, pour la personne âgée, à un risque majoré de confusion, d'escarre, de chute, de iatrogénie médicamenteuse, d'incontinence, de déclin fonctionnel et d'augmentation de l'état de dépendance voire de décès (13) (14) (15). Seulement 31.6% des patients récupèrent leur état antérieur après une hospitalisation (16).

3- Hospitalisation inappropriée, appropriée et potentiellement évitable

Du fait des conséquences néfastes du passage aux urgences pour la personne âgée venant d'EHPAD, plusieurs concepts sont nés : celui d'hospitalisation inappropriée (HI), appropriée potentiellement évitable (HAE) et appropriée inévitable (HAI). Aucune échelle validée et reproductible ne permet aujourd'hui de juger du caractère de ces hospitalisations et plusieurs méthodes sont donc décrites :

- 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 (BPCO), décompensation cardiaque, déshydratation, diabète, gastroentérite, crise d'épilepsie, hypertension artérielle, hypoglycémie, infection urinaire, pneumopathie, infections oto-rhino-laryngologiques (ORL) (17).
- Une autre étude évoque un panel associant des signes cliniques, des moyens diagnostiques et thérapeutiques : suspicion de fracture ou d'accident vasculaire cérébral (AVC), indisponibilité du cabinet de radiologie de proximité, nécessité de pose de gastrostomie, de cathéter ou d'une antibiothérapie intra-veineuse. La présence d'un de ces critères permet de définir une hospitalisation aux urgences comme appropriée (18).
- Enfin, une dernière étude se base sur trois critères pour définir une hospitalisation appropriée : le diagnostic et la vision de l'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 (19).
- La classification clinique des malades des urgences (CCMU) permet d'évaluer la gravité de l'état du patient adulte admis aux urgences (Annexe 1). En 2009, 56% des recours aux urgences étaient inadaptés pour les plus de 75 ans puisqu'ils étaient classés CCMU 1 ou CCMU 2 (20).

Selon les critères pris en compte dans ces études, les taux de transfert vers les urgences considérés comme potentiellement évitables varient de 7 à 67% (17) (18) (19).

Hormis l'étude de Mc Closkey en 2011 (21), aucune étude dans la littérature n'est complète sur les flux entre les EHPAD et les urgences. La plupart se basent sur la perception de l'urgentiste pour définir le concept d'hospitalisation appropriée ou non aux urgences et les facteurs inhérents à l'EHPAD sont bien souvent négligés.

4- Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'analyser les facteurs intervenant dans la décision du transfert des patients venant d'EHPAD vers les services d'urgences du CHU de Toulouse.

L'objectif secondaire est de comparer les transferts des patients venant d'EHPAD vers les urgences selon les trois types d'hospitalisations (inappropriées [HI], appropriées et évitables [HAE], appropriées et inévitables [HAI]) et de rechercher s'il existe des facteurs de risque associés aux HI ou aux HAE.

III- MATÉRIEL et MÉTHODE

Une étude descriptive rétrospective a été menée au sein des services d'urgences du CHU de Toulouse sur les sites de Purpan et de Rangueil, du lundi 3 décembre 2012 à 9h au lundi 10 décembre 2012 à 9h soit sur une semaine complète.

Tous les patients venant d'EHPAD, quel que soit leur âge, le jour et l'heure, ont été inclus lors de l'arrivée à l'accueil des urgences.

L'étude a été menée en collaboration avec le département universitaire de Médecine Générale, le gérontopôle, le service des urgences et le service d'épidémiologie unité INSERM 1027 du CHU de Toulouse.

Avant le début de l'étude, des actions ont été mises en place pour faciliter le repérage des patients venant d'EHPAD au sein des urgences.

Depuis le 1^{er} juillet 2012 aux urgences de Purpan et depuis le 1^{er} novembre 2012 aux urgences de Rangueil, une variable « Provenance » a été ajoutée, lors de l'enregistrement administratif du patient par les agents d'accueil, permettant de savoir si le patient vient de son domicile, d'EHPAD, d'un autre établissement de santé, d'un lieu public ou autre. Le logiciel de tableau de bord des urgences a ensuite permis de localiser les patients venant d'EHPAD sur la journée en cours, ou sur les deux ou quatorze derniers jours et de savoir s'ils étaient présents au sein des urgences, transférés dans un service spécialisé ou retournés à l'EHPAD.

Le recueil des données s'est effectué par le biais d'un questionnaire intitulé « EHPAD » [Annexe 2], complété par appel téléphonique direct à la maison de retraite et/ou au médecin traitant et comprenant:

- Les caractéristiques de l'EHPAD : statut, nombre de lits, présence ou non d'un secteur protégé, gir moyen pondéré (GMP), pathologies moyennes pondérées (PMP), nombre d'infirmières diplômées d'état (IDE) le jour, présence ou non d'IDE sur place pendant la nuit ou d'astreinte, distance par rapport aux urgences, existence d'un protocole de prise en charge du patient en cas d'urgence,
- Les données concernant le patient : âge, sexe, antécédents, traitements médicamenteux, degré de dépendance, statut cognitif, notion de directives anticipées ou de prise en charge palliative, présence de signes cliniques ou évènements particuliers sept jours avant le transfert vers les urgences,

- Les données lors du transfert vers les urgences : présence ou non des signes cliniques évalués à J-7, signes de gravité, mise en jeu du pronostic vital, personne décidant du transfert, pourquoi le médecin traitant n'a pas été joint, motif et raison du transfert en absence de signe de gravité.

Deux internes en médecine générale étaient présentes sur site, une aux urgences de Ranguel et l'autre aux urgences de Purpan, tous les jours de 8h à 20h, y compris le weekend, afin d'effectuer l'inclusion des patients et de remplir le questionnaire « EHPAD » d'une part, et le questionnaire « URGENCES » d'autre part. De ce dernier, nous n'utiliserons que l'item se rapportant au ressenti de l'urgentiste concernant le caractère approprié ou non du passage aux urgences. Après 20h, les internes assistaient aux transmissions afin de sensibiliser les médecins et les internes de garde à l'étude et de leur montrer la localisation des questionnaires, laissés dans un bac étiqueté « Flux EHPAD-urgences », afin qu'ils puissent les remplir pendant la nuit. Le lendemain matin, les internes sur site participaient également aux transmissions afin de solliciter le médecin de garde s'il avait oublié de remplir les questionnaires « URGENCES » durant la nuit.

La population d'EHPAD étant souvent polypathologique, nous avons choisi de regrouper dans un premier temps les antécédents des patients par grandes catégories pour faciliter l'analyse des résultats (cardiologie, pneumologie, neurologie,...) puis de les analyser ensuite de façon plus détaillée et de procéder de même pour l'analyse des différents traitements médicamenteux (à visée cardiologique, neurologique, psychiatrique,...).

L'échelle « activities of daily living » ou ADL (annexe 3) a été utilisée pour évaluer le degré d'autonomie des patients.

Un comité d'experts, composé de deux médecins gériatres et de trois internes en médecine générale, s'est réuni afin de se mettre d'accord sur le caractère de l'hospitalisation (HI, HAE, HAI) en se basant sur l'échelle d'évaluation des hospitalisations inappropriées et/ou évitables (annexe 4 et 5).

Ainsi, une HI est définie s'il n'existe aucun signe de gravité lors du transfert, en cas de prise en charge palliative ou de directives anticipées mentionnées dans le dossier médical du patient ou si la pathologie était traitable dans un autre lieu que les urgences, sans perte de chance pour le résident.

Lorsque l'hospitalisation n'est pas inappropriée, le panel d'experts se demande si elle était potentiellement évitable. Il s'agit d'une HAE lorsque le motif d'admission aux urgences est une pathologie appartenant à une liste prédéfinie d'affections, semblable à celle de l'ACSD,

et établie à partir de l'International Classification of Diseases, Ninth Revision (ICD-9). Le recours aux urgences pour ces pathologies est « évitable » si une meilleure attitude préventive et/ou une prise en charge précoce au sein de l'EHPAD avaient permis d'éviter le transfert vers les urgences.

Afin de déterminer s'il existait des facteurs de risque associés ou non à chaque type d'hospitalisation, une analyse bivariée a été réalisée. Le logiciel « STATA Software Package version 11 » a été utilisé.

Le seuil de significativité retenu est $p < 0.05$. Cependant, comme il s'agit d'une étude pilote, les résultats avec un seuil de significativité $p < 0.20$ ont également été considérés.

IV- RÉSULTATS

1- Patients inclus

54 patients ont été inclus durant la semaine de l'étude: 34 aux urgences de Purpan (62.9%) et 20 aux urgences de Ranguéil (37%).

2- Données concernant les EHPAD

a- Statut des EHPAD ayant envoyé au moins un patient

31 EHPAD (77.5 %) sont de statut privé et 9 (22.5 %) de statut public en sachant que les données sont manquantes pour 14 EHPAD.

b- Nombre de lits

Le nombre moyen de lits par EHPAD est de 85.4 [42-225]. Les données sont manquantes pour 7 EHPAD.

c- GMP et PMP

Le Gir moyen pondéré (GMP) qui mesure en nombre de points le niveau de prestation fourni par l'établissement pour la prise en charge de la dépendance est en moyenne de 705 [520-833] pour les 36 EHPAD répondantes.

Les pathologies moyennes pondérées (PMP) qui mesurent en nombre de points le niveau de prestation fourni par l'établissement pour la prise en charge des soins médicaux apportés à la personne dépendante est en moyenne de 174.9 [104-245] pour les 34 EHPAD répondantes.

d- Secteur protégé et unité Alzheimer dédiée

32 EHPAD (59.2%) ont un secteur protégé, c'est à dire la présence d'un espace intérieur et/ou extérieur aménagé pour la déambulation.

27 EHPAD (50 %) ont une unité spécifique dédiée aux patients atteints de maladie d'Alzheimer évoluée.

e- Nombre d'infirmières sur l'EHPAD : jour et nuit

En moyenne, ce sont 4.8 infirmières qui travaillent à temps plein, de jour, sur une EHPAD [2-16].

Aucune EHPAD ne possède d'infirmière sur place la nuit.

Par contre, 3 EHPAD (5.5%), ont une infirmière d'astreinte la nuit.

f- Nombre de médecins traitants travaillant dans l'EHPAD

En moyenne, 22.5 médecins traitants interviennent sur une EHPAD [6-39].

g- Distance par rapport aux services d'urgences

La distance moyenne par rapport aux services d'urgences est de 17.4 kms [3-83] soit environ 18.2 minutes [6-67] de transport vers le service des urgences de Rangueil ou Purpan.

h- Protocole de prise en charge

28 EHPAD (51.8%) déclarent qu'il n'existe pas de protocole spécifique de prise en charge en cas d'urgence.

26 EHPAD (48.1%) déclarent avoir un protocole de prise en charge. Selon l'EHPAD, le protocole proposé varie :

- En journée, appeler en premier lieu le médecin traitant puis, s'il n'est pas joignable, composer le 15,
- En journée, appeler d'abord le médecin traitant puis, s'il n'est pas joignable, contacter le médecin coordinateur et enfin si besoin le 15,
- La nuit, souvent à partir de 19h, ou le weekend, appeler directement le 15,
- La nuit ou le weekend, appeler SOS médecin ou le médecin de garde, selon le lieu, puis le 15 s'ils ne sont pas joignables,
- Certaines EHPAD précisent qu'une prise des constantes vitales est nécessaire avant l'appel de tout médecin.

Lorsqu'il existe un protocole de prise en charge, il a été appliqué dans 21 EHPAD (80.8 %).

3- Données concernant les patients

a- Administratives

Sur les 54 patients inclus, 36 (66.7%) sont des femmes et 18 (33.3%) sont des hommes.

L'âge moyen de la cohorte est d'environ 86.3 ans [64-113].

b- Antécédents

Le nombre moyen d'antécédents (ATCD) par patient est d'environ 5.6 [1-10].

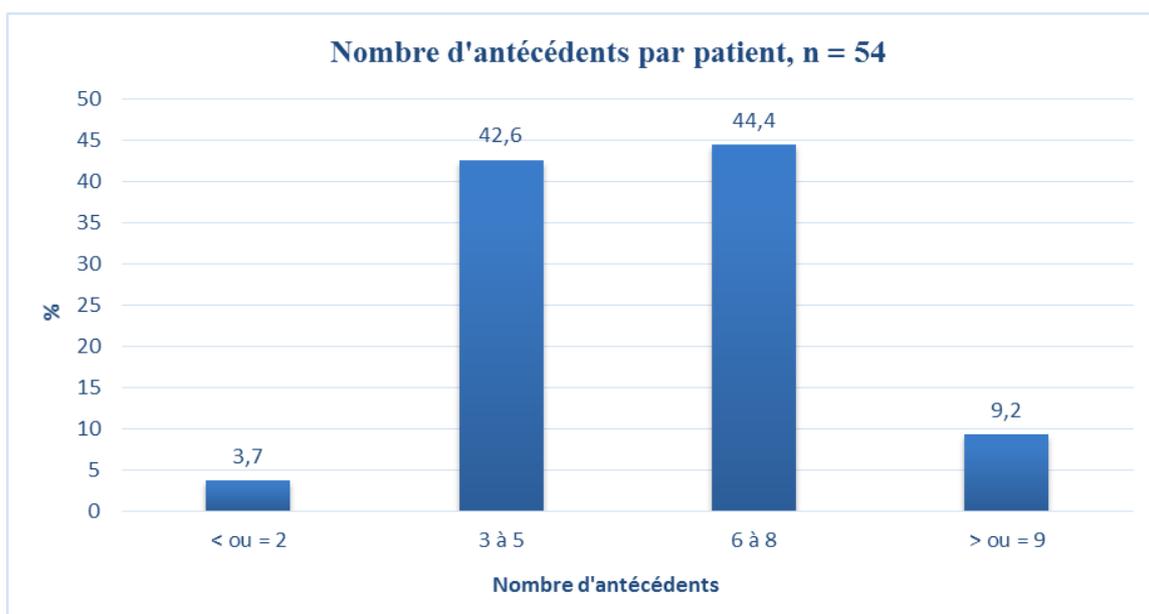


Figure 1

39 patients (72.2%) ont des ATCD cardiovasculaires : infarctus du myocarde (IDM), insuffisance coronarienne, insuffisance cardiaque, hypertension artérielle (HTA), troubles du rythme, dyslipidémie, maladie vasculaire périphérique.

38 patients (70.4%) ont des ATCD neurologiques : accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), démence dont maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson.

28 patients (51.8%) ont des ATCD chirurgicaux.

21 patients (38.9%) ont des ATCD rhumatologiques : arthrose, ostéoporose, lombosciatique, crise de goutte.

18 patients (33.3%) ont des ATCD orthopédiques : fracture du col fémoral, prothèse de hanche ou de genou, autres fractures.

18 patients (33.3%) ont des ATCD endocrinologiques : diabète, dysthyroïdie.

13 patients (24.1%) ont des ATCD psychiatriques : syndrome dépressif, bipolarité, schizophrénie, troubles de personnalité.

12 patients (22.2%) ont des ATCD gastroentérologiques : colopathie, constipation chronique, lithiase biliaire, ulcère gastrique, hépatite, diverticulite, hernie hiatale.

11 patients (20.4%) ont des ATCD pneumologiques : bronchopneumopathie obstructive (BPCO), asthme, fibrose pulmonaire.

6 patients (11.1%) ont des ATCD urologiques : adénome prostatique, incontinence urinaire, sondage, prostatite, pyélonéphrite, insuffisance rénale.

13 patients (24.1%) ont des ATCD autres : néoplasique, hématologique, ...

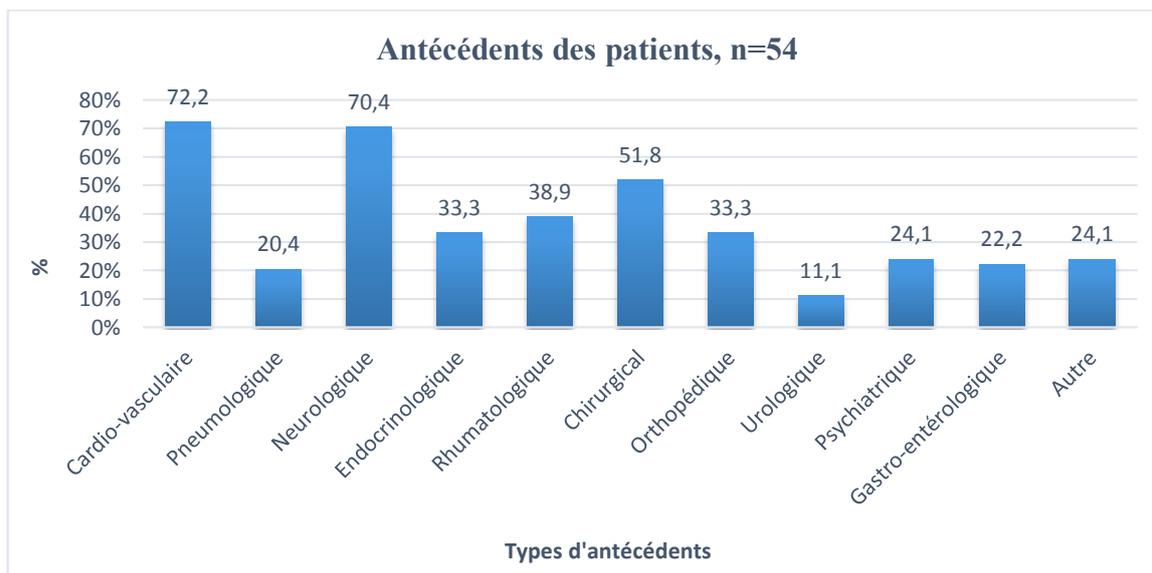


Figure 2

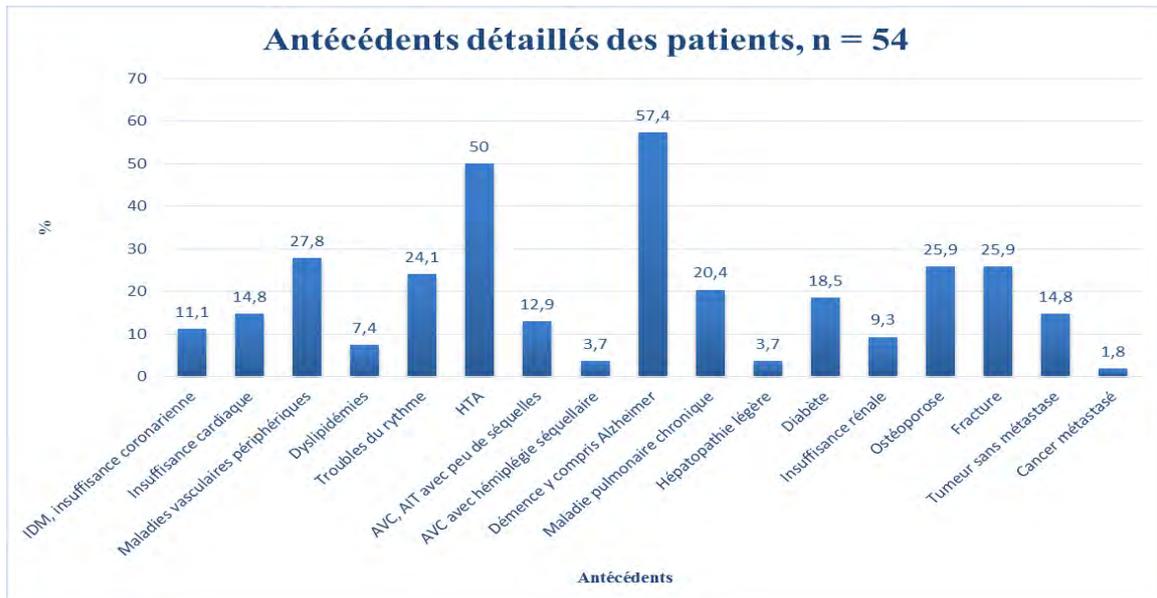


Figure 3

c- Traitements médicamenteux

Le nombre moyen de traitements médicamenteux par patient est de 6.7 [0-13].

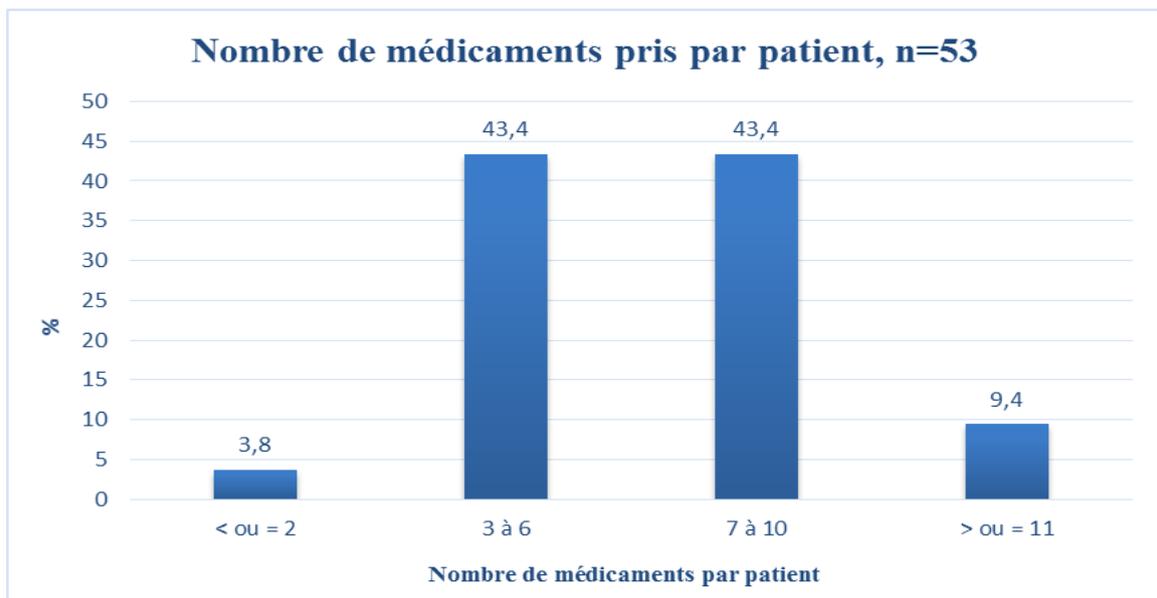


Figure 4

30 patients (56.6%) prennent un traitement anticoagulant et/ou antiagrégant plaquettaire.

24 patients (45.3%) sont traités par un ou plusieurs antihypertenseurs.

36 patients (67.9%) ont au moins un traitement psychotrope : 10 patients (18.9%) ont au moins un neuroleptique, 19 patients (35.8%) ont au moins un antidépresseur, 23 patients (43.4%) ont un ou plusieurs traitements anxiolytiques et 11 patients (20.7%) ont au moins un hypnotique.

Parmi les 31 patients avec un diagnostic de démence y compris de maladie d'Alzheimer, 10 (32.2%) ont un traitement spécifique de la maladie d'Alzheimer, 24 (77.4%) ont au moins un traitement psychotrope dont 8 (25.8%) ont au moins un neuroleptique, 12 (38.7%) au moins un antidépresseur, 16 (51.6%) au moins un anxiolytique et 8 (25.8%) au moins un hypnotique. 7 patients (22.6%) ont à la fois un traitement spécifique de la maladie d'Alzheimer et un traitement psychotrope.

Parmi les 53 patients, 8 (15.1%) ont une supplémentation vitamino-calcique et 3 (5.7%) un traitement anti-ostéoporotique.

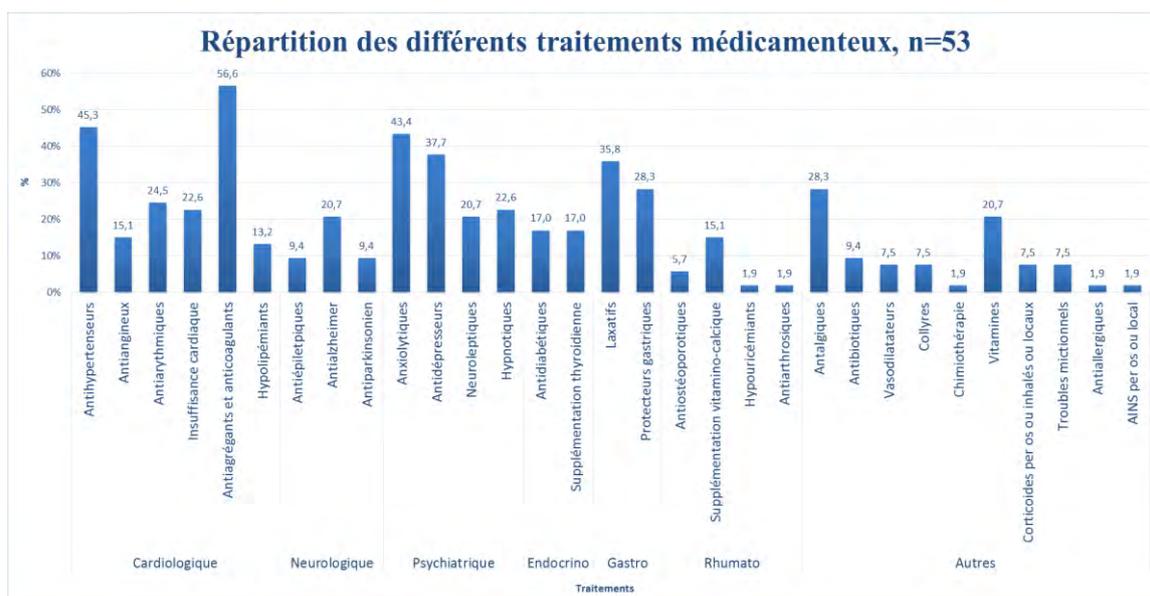


Figure 5

d- Statut cognitif

29 patients (53.7%) sont considérés comme déments lors de l'interrogatoire du personnel de l'EHPAD ou du médecin traitant, la majorité avec une démence modérée à sévère soit 28 patients (96.5%).

12 patients (22.2%) sont suspects de démence sans que le diagnostic soit toutefois posé formellement.

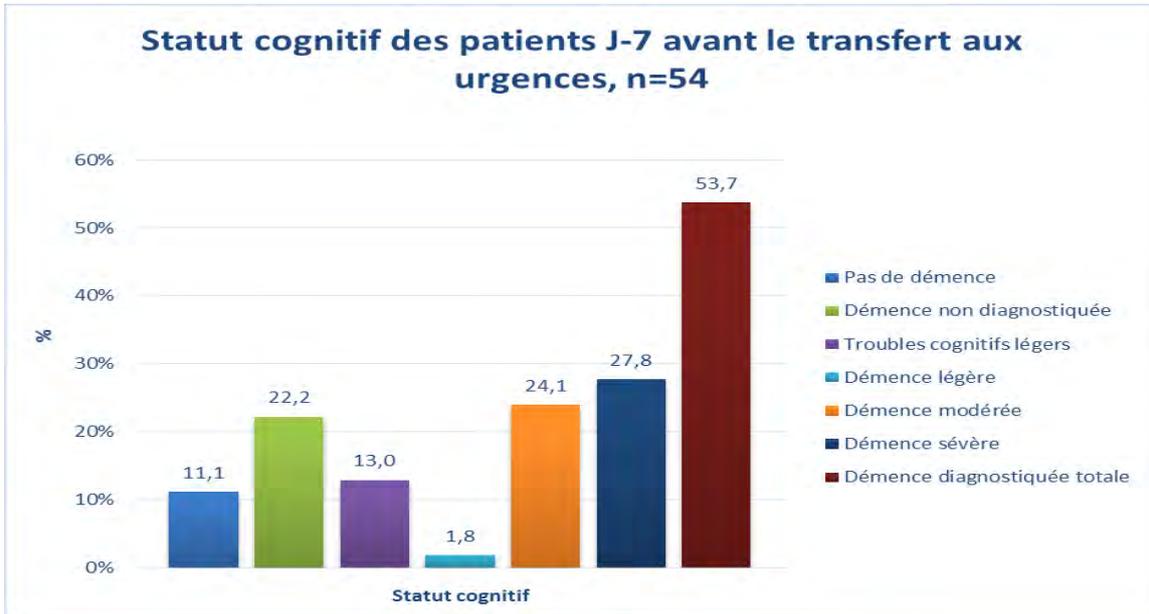


Figure 6

e- Degré de dépendance

Le score ADL moyen retrouvé est d'environ 2.2/6 [0-6]. La majorité des patients de la cohorte est donc dépendante voire très dépendante.

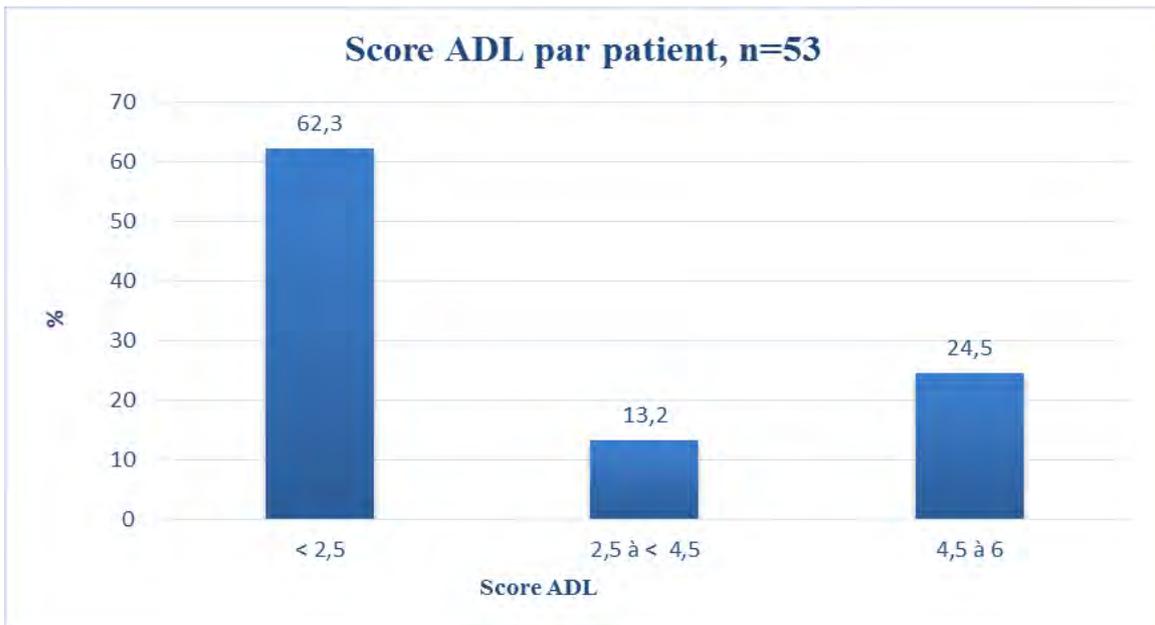


Figure 7

f- Signes cliniques dans les sept jours précédant le transfert

Dix signes cliniques ou évènements ont été évalués sept jours avant le transfert aux urgences : confusion, agitation, somnolence, douleur, escarre, anorexie, dyspnée, chute, fièvre, asthénie.

Les trois principaux retrouvés dans l'étude sont la présence de douleurs chez 16 patients (29.6%), la survenue d'une chute chez 15 patients (27.8%) et enfin, la présence d'un syndrome confusionnel inhabituel chez 14 patients (25.9%).

4 patients (7.4%) ont des escarres.

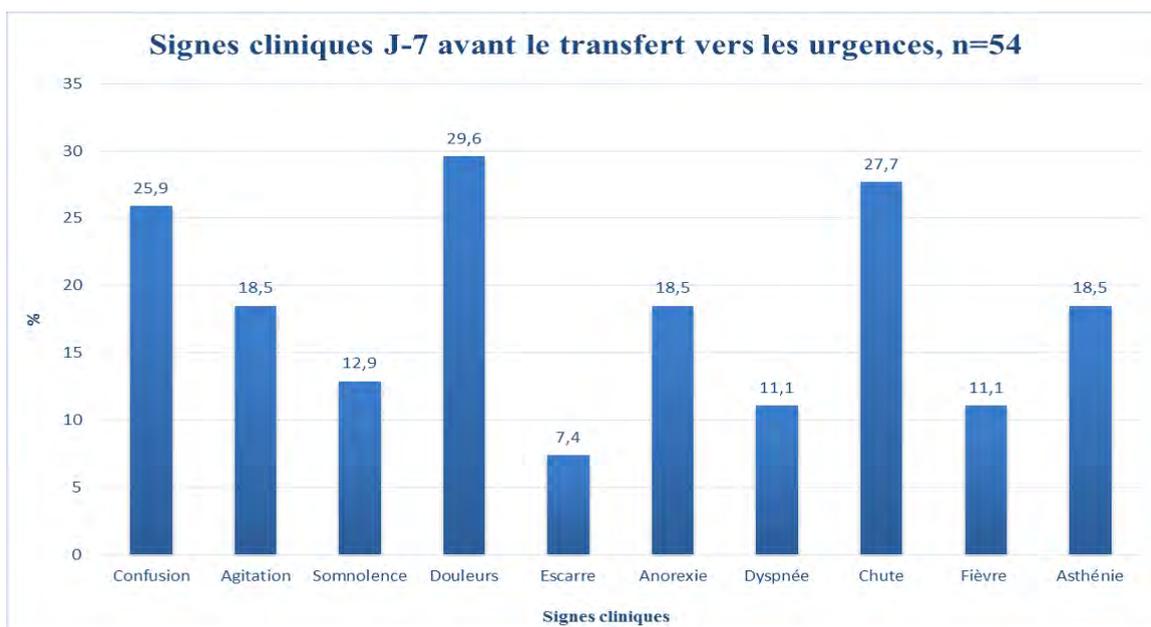


Figure 8

g- Directives anticipées

Aucun des 54 patients ne bénéficie de directives anticipées inscrites dans leur dossier médical. Aucune mention n'est faite sur les souhaits de la personne âgée et/ou de sa famille proche quant à un transfert aux urgences en cas de décompensation aiguë.

h- Prise en charge palliative

4 patients (7.4%) sont considérés comme étant en « fin de vie ».

Aucun d'entre eux ne bénéficie d'une prise en charge palliative consignée clairement dans le dossier médical.

4- Données lors du transfert vers les urgences

a- Jour et heure du transfert

41 transferts des EHPAD vers les urgences (75.9%) ont lieu en semaine et 13 ont lieu le weekend (24.1%).

Les transferts réalisés le vendredi, 13 (24.1%), sont aussi importants que ceux réalisés le weekend.

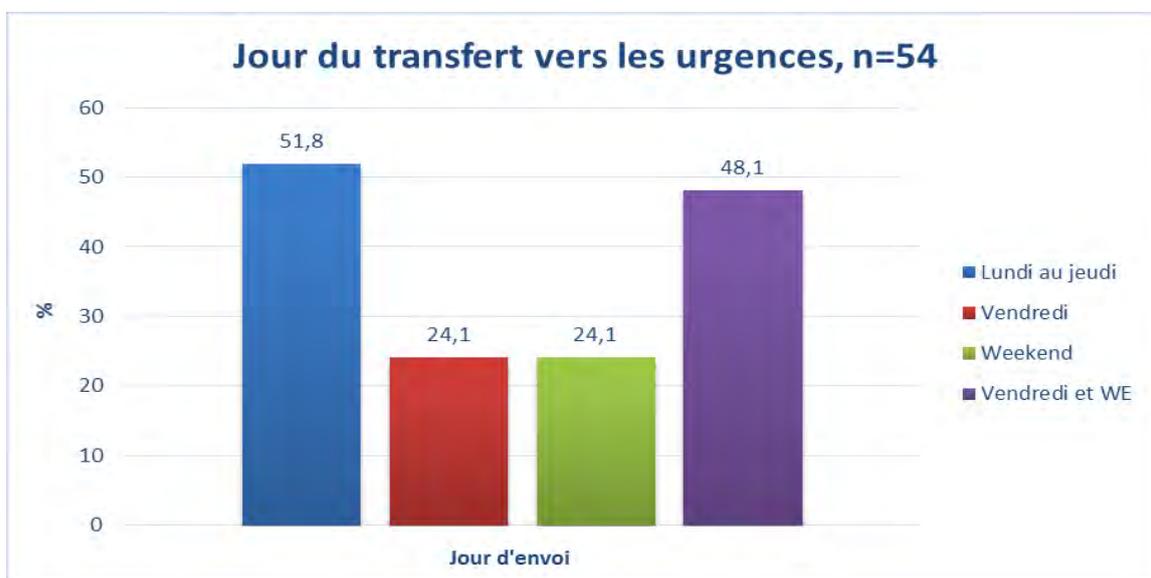


Figure 9

38 transferts (71.7%) se font pendant les heures « ouvrables », c'est à dire entre 8h et 20h.

Les transferts entre 20h et 00h et 00h et 8h se font dans des proportions similaires, respectivement 7 (13.2%) et 8 (15.1%).

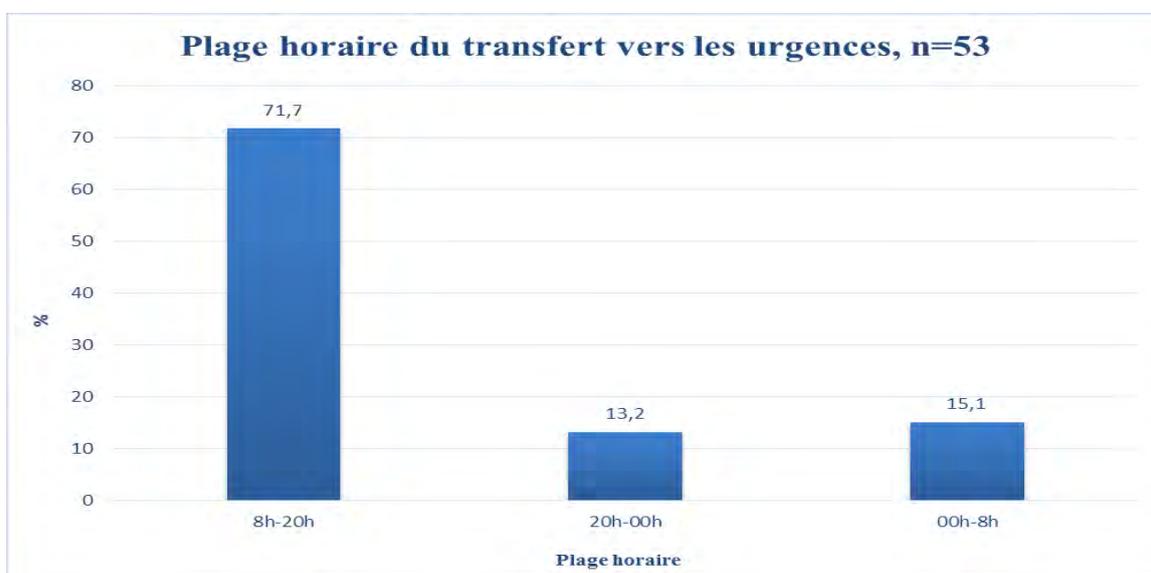


Figure 10

b- Signes cliniques lors du transfert vers les urgences

Les signes cliniques et évènements évalués sept jours avant le transfert vers les urgences sont de nouveau pris en compte au moment du transfert.

22 patients (40.7%) présentent des douleurs au moment du transfert.

17 patients sont agités (31.5%) et 14 (25.9%) sont confus.

16 patients (29.6%) ont fait une chute.

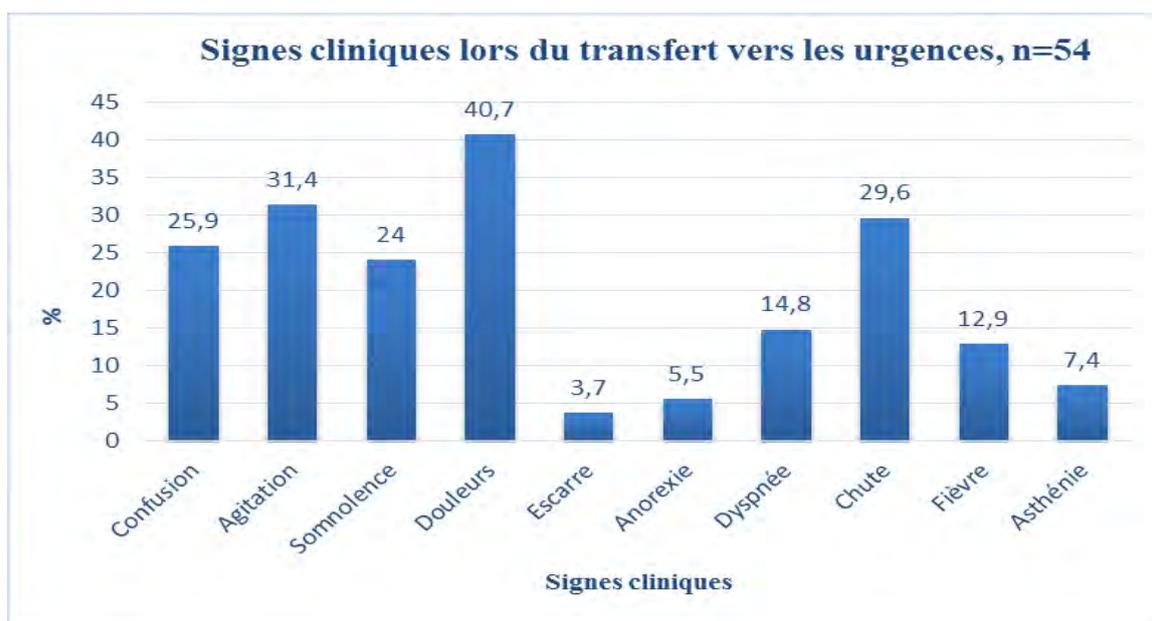


Figure 11

c- Signes de gravité

La personne qui décide du transfert vers les urgences a la sensation que le pronostic vital est engagé à court ou moyen terme pour 16 transferts (29.6%). Trois personnes (5.5%) ne savent pas.

33 patients (61.1%) ont des signes de gravité lors du transfert vers les urgences. Ces signes sont dominés par les traumatismes avec suspicion de fracture chez 14 patients (42.4%), les signes vitaux de gravité ou de choc chez 10 patients (30.3%) et la perte brutale de motricité d'un membre chez 5 patients (15.1%).

Lors des 15 transferts vers les urgences ayant lieu entre 20h et 8h, 8 patients (53.3%) présentent des signes de gravité.

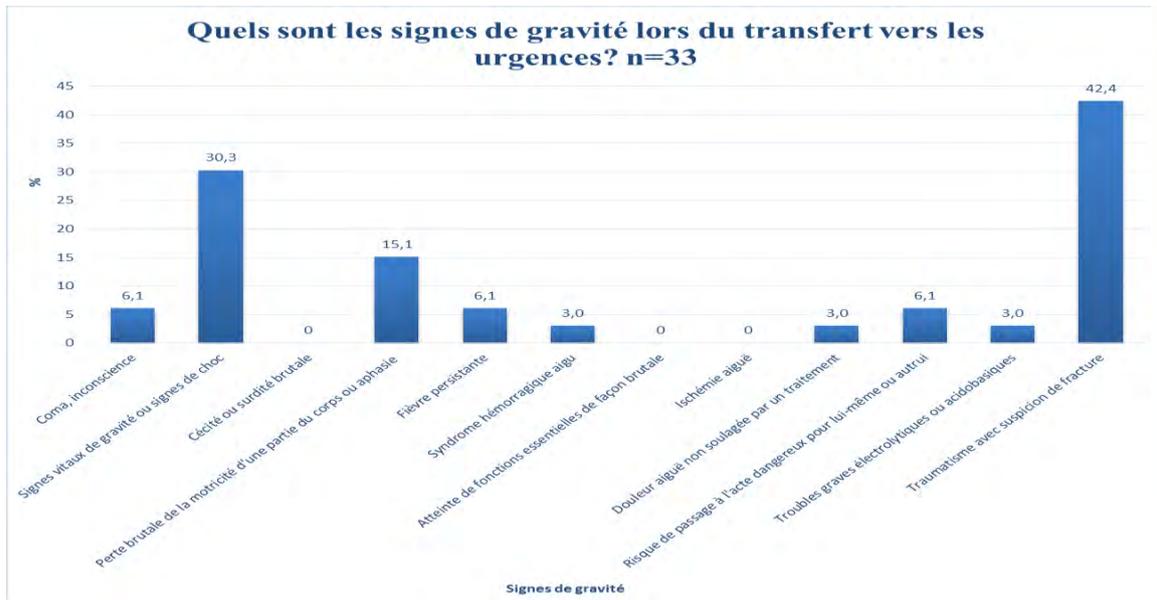


Figure 12

d- Motif du transfert

Les causes traumatiques avec les chutes sont responsables de la majorité des transferts, 18 (33.3%).

Les causes cardio-respiratoires (dyspnée, décompensation cardiaque, suspicion de pneumopathie) arrivent en deuxième position avec 10 transferts (18.5%) tout comme les infections autres que respiratoire, le sondage urinaire, les troubles digestifs et l'hyperthermie.

Les suspicions d'AVC arrivent en troisième motif avec 8 transferts (14.8%).

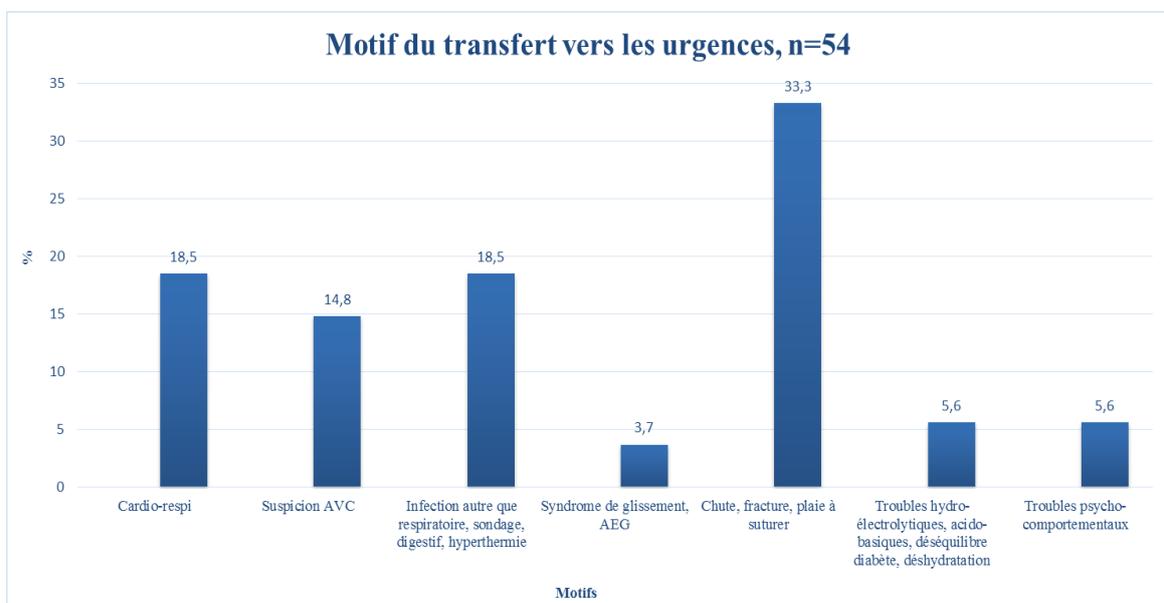


Figure 13

e- Qui décide du transfert vers les urgences ?

18 transferts vers les urgences (33.3%) sont ordonnés par le médecin régulateur du SAMU.

Le médecin généraliste arrive en deuxième position avec 15 décisions de transfert (27.8%).

L'infirmière de l'EHPAD prend la décision dans 10 transferts (18.5%).

Après 20h, sur les 15 transferts, 8 (53.3%) sont décidés par le médecin du SAMU, 3 (20%) par une aide-soignante et 3 (20%) par un médecin de garde.

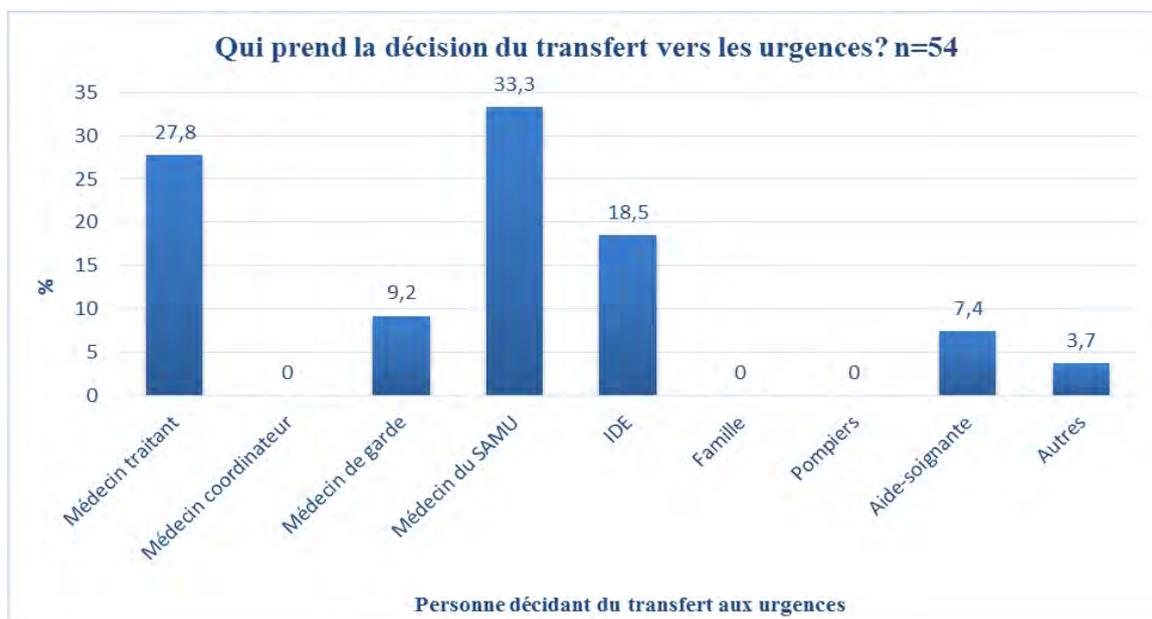


Figure 14

Le médecin généraliste n'est pas à l'origine de l'hospitalisation pour 39 transferts (72.2%). Il n'a pas été informé de la situation pour 14 des transferts (35.9%) en raison, le plus souvent, de sa survenue en dehors des jours ou horaires d'ouverture du cabinet.

Le médecin traitant était injoignable pour 17 transferts (43.6%).

Pour sept hospitalisations (17.9%), le médecin traitant a été informé et donne des conseils téléphoniques sur la conduite à tenir car il ne peut pas se déplacer immédiatement à l'EHPAD.

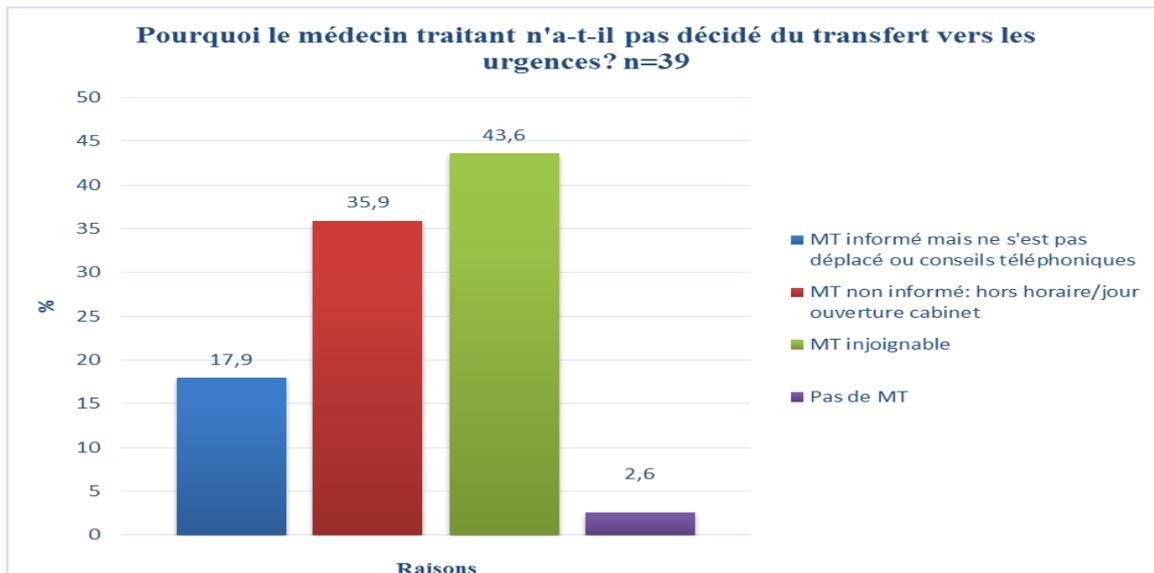


Figure 15

f- Raisons du transfert en l'absence de signe de gravité

Pour 21 transferts vers les urgences (38.9%), il n'existe pas de signe de gravité.

10 personnes (47.6%) décidant du transfert évoquent en premier lieu la nécessité d'une imagerie urgente (souvent scanner cérébral ou radiographie de hanche).

9 personnes (42.8%) évoquent le besoin de se rassurer en second motif: transférer vers les urgences permet une surveillance plus rapprochée et en cas d'aggravation de la situation, toutes les ressources sont à disposition contrairement à l'EHPAD.

7 personnes (33.3 %) à l'origine du transfert du patient vers les urgences expriment des craintes de passer à côté d'une pathologie urgente même en l'absence des critères de gravité évoqués plus haut.

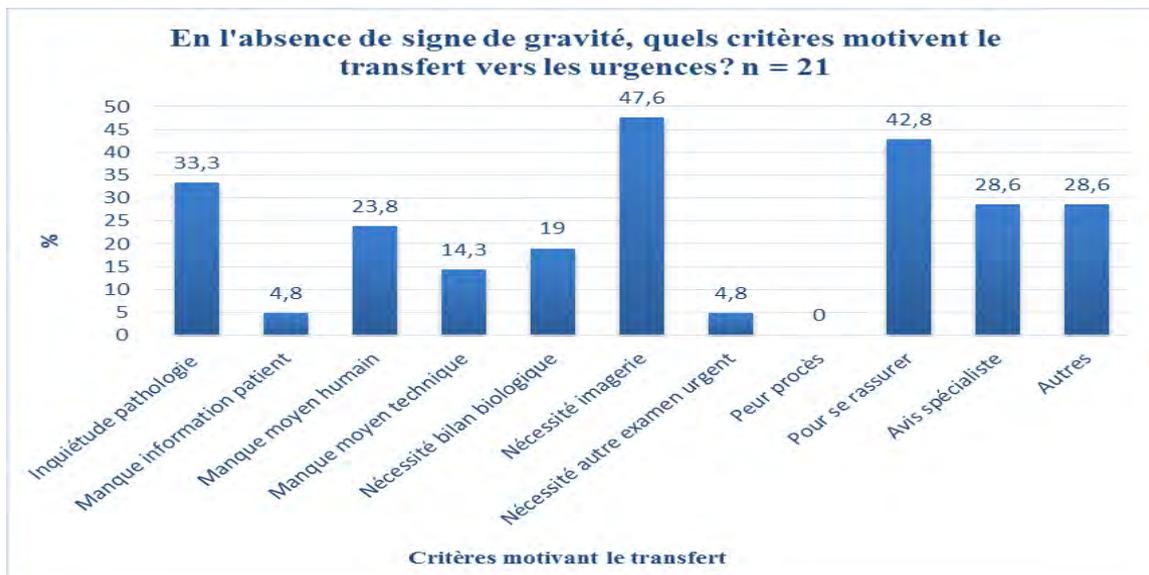


Figure 16

5- Analyse des résultats principaux concernant les hospitalisations inappropriées (HI), appropriées potentiellement évitables (HAE) et appropriées inévitables (HAI)

a- Types d'hospitalisations

23 transferts des patients (42.6%) venant d'EHPAD vers les urgences sont considérés comme inappropriés.

26 transferts (48.1%) sont considérés comme appropriés mais potentiellement évitables.

5 transferts (9.2%) sont considérés appropriés et inévitables.

b- Données administratives

La moyenne d'âge est similaire dans le groupe HI, 86.9 ans, et dans le groupe HAE, 85.1 ans. Par contre, pour les HAI, la moyenne d'âge est plus élevée à 90.4 ans.

Quel que soit le type d'hospitalisation, les femmes sont toujours prédominantes : 16 (69.6%) pour les HI, 17 (65.4%) pour les HAE et 3 (60%) pour les HAI.

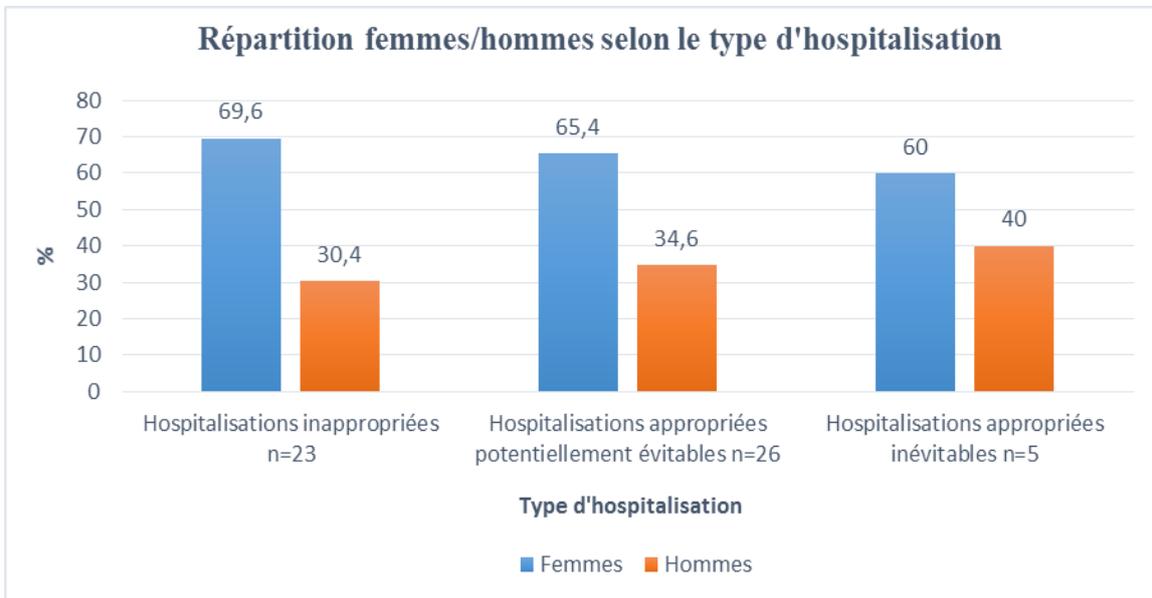


Figure 17

c- Antécédents et traitements

Le nombre moyen d'antécédents par patient est respectivement de 5.6 pour les HI, 5.8 pour les HAE et 5 pour les HAI.

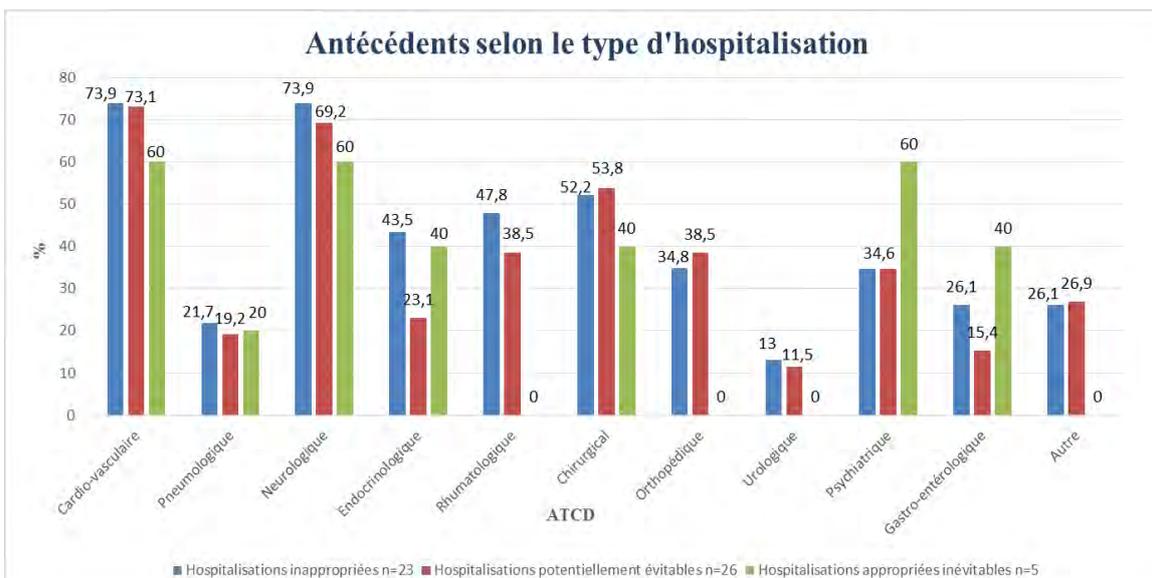


Figure 18

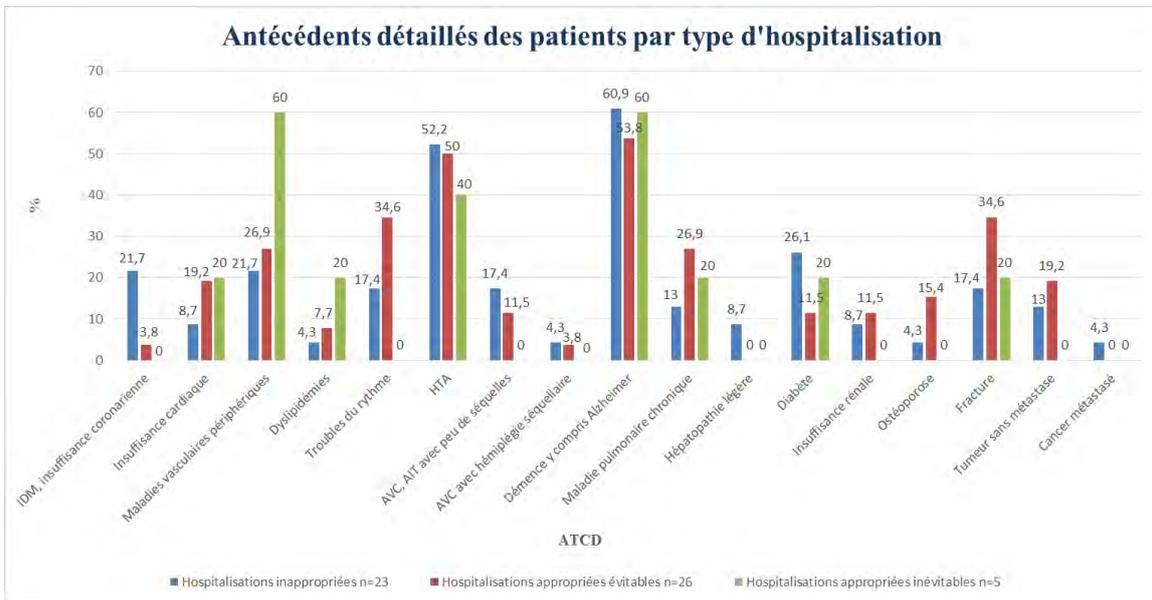


Figure 19

Le nombre moyen de traitements par patient est de 6.8 dans le groupe HI, 7 dans le groupe HAE et 4.6 dans le groupe HAI.

Les patients dont l'hospitalisation est considérée inappropriée sont plus souvent traités par antiagrégants et/ou anticoagulants (15 patients soit 65.2%), par anxiolytiques (13 patients soit 56.5%), neuroleptiques (7 patients soit 30.4%) et hypnotiques (6 patients soit 26.1%).

Les patients dont l'hospitalisation est considérée évitable sont plus souvent traités par antihypertenseurs (13 patients soit 52%), antidépresseurs (12 patients soit 48%) et bénéficient plus souvent d'une supplémentation vitamino-calcique (5 patients soit 20%).

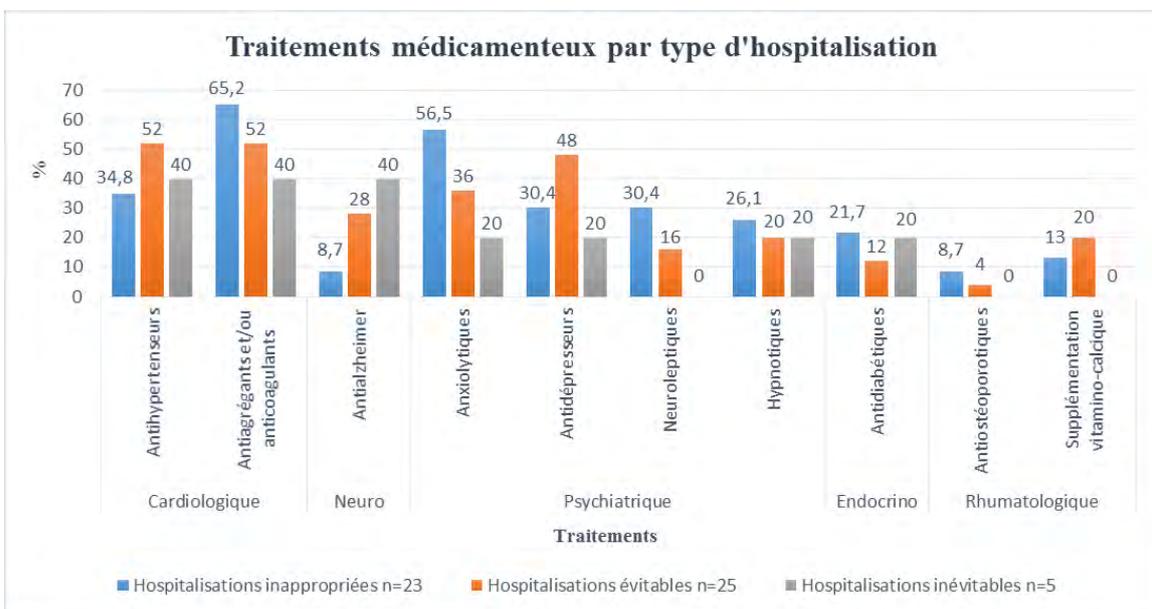


Figure 20

d- Statut cognitif et degré de dépendance

Quel que soit le groupe d'hospitalisation, plus de la moitié des patients sont considérés déments : 13 (56.5%) dans le groupe HI, 13 (50%) dans le groupe HAE et 3 (60%) dans le groupe HAI.

Cependant, on peut noter que dans le groupe des HI, plus de patients ont une démence non diagnostiquée : 7 (30.4%) contre 5 (19.2%) pour les HAE et 0 (0%) pour les HAI.

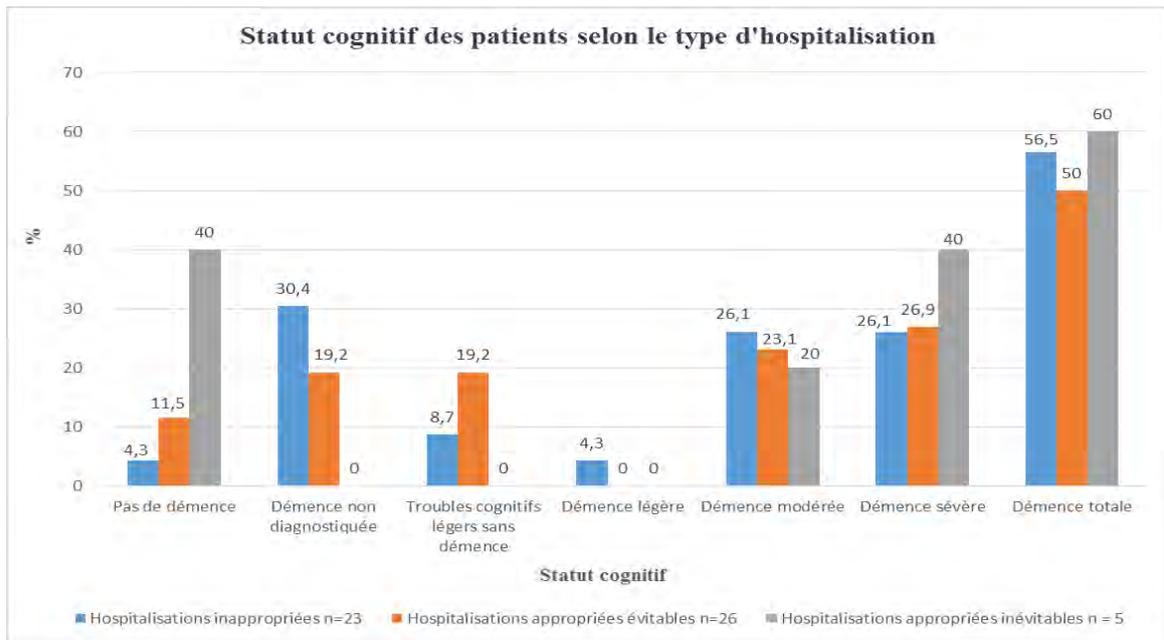


Figure 21

Concernant le degré de dépendance, les patients du groupe HI semblent plus dépendants avec un score ADL moyen évalué à 1.6/6 alors qu'il est de 2.6/6 dans le groupe HAE, et de 2.3/6 dans le groupe HAI.

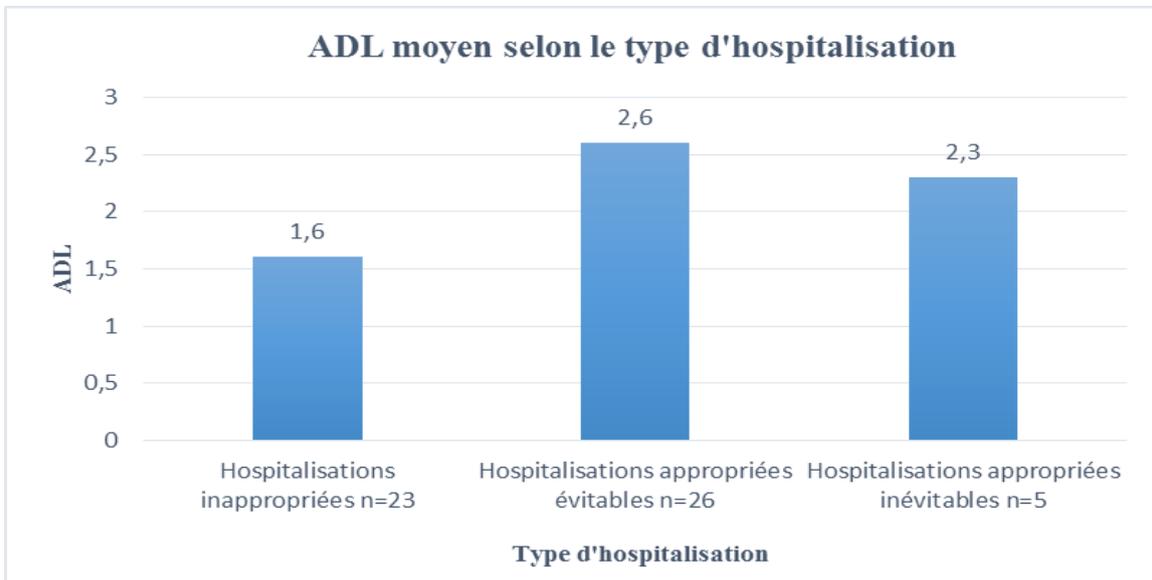


Figure 22

e- Protocole de prise en charge en cas d'urgence au sein de l'EHPAD

L'absence de protocole de prise en charge est plus fréquente : 12 (52.2%), dans le groupe HI et 3 (60%) dans le groupe HAI alors que dans le groupe HAE, 13 EHPAD (50%) ont un plan défini en cas de situation d'urgence chez un patient.

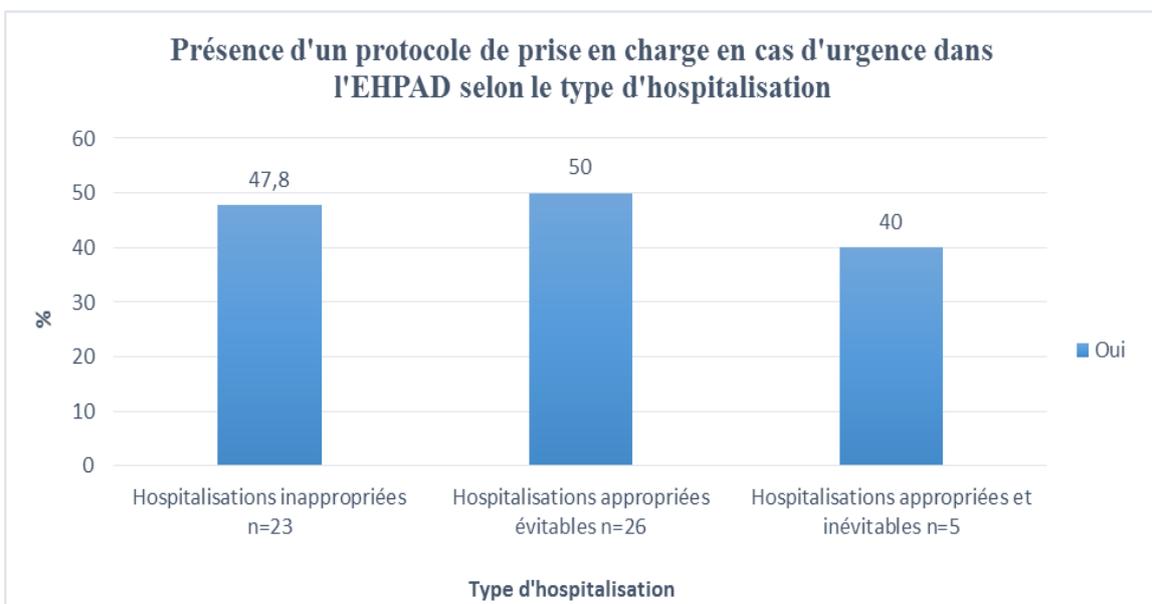


Figure 23

f- Qui décide du transfert vers les urgences ?

Les patients dont le transfert vers les urgences est considéré comme approprié sont plus souvent adressés par le médecin du SAMU : 12 (46.1%) pour les HAE et 3 (60 %) dans le groupe HAI contre 4 (17.4%) dans le groupe HI.

Le médecin traitant semble être plus fréquemment à l'origine du transfert vers les urgences dans le groupe HI: 7 transferts (30,4%).

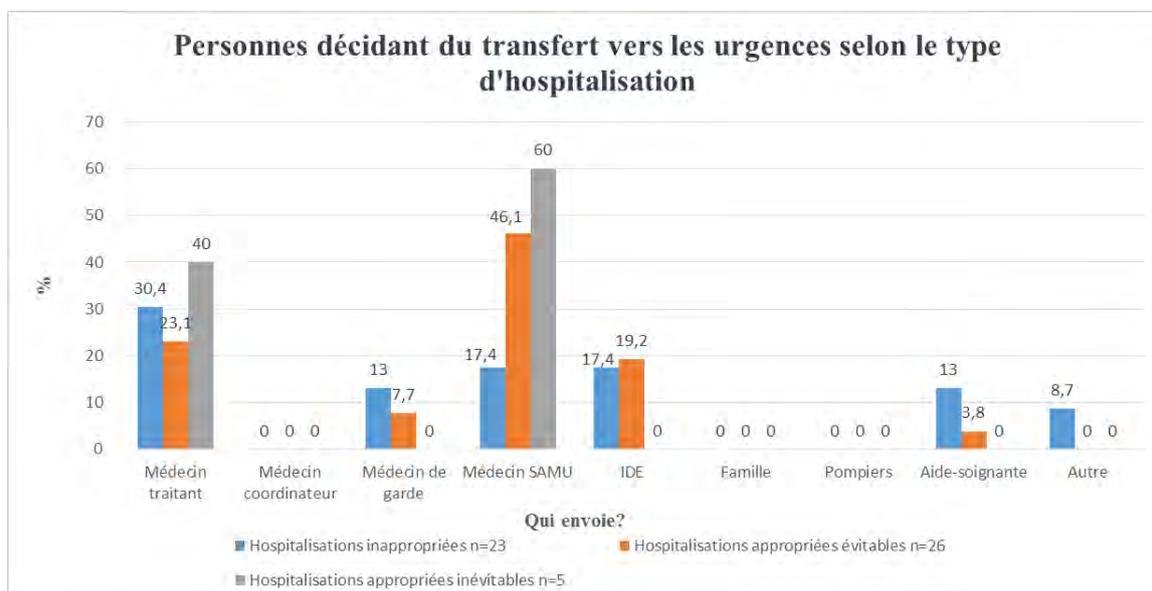


Figure 24

g- Jour et heure du transfert vers les urgences

Les HI ont lieu plus fréquemment le vendredi et le weekend qu'en semaine : 13 (56.5 %) contre 10 (43.5 %) du lundi au jeudi.

Les HAE se font plutôt du lundi au jeudi, 15 (57.7%), que le vendredi et le weekend, 11 (42.3%), tout comme les HAI qui ont lieu principalement du lundi au jeudi, 3 (60%).

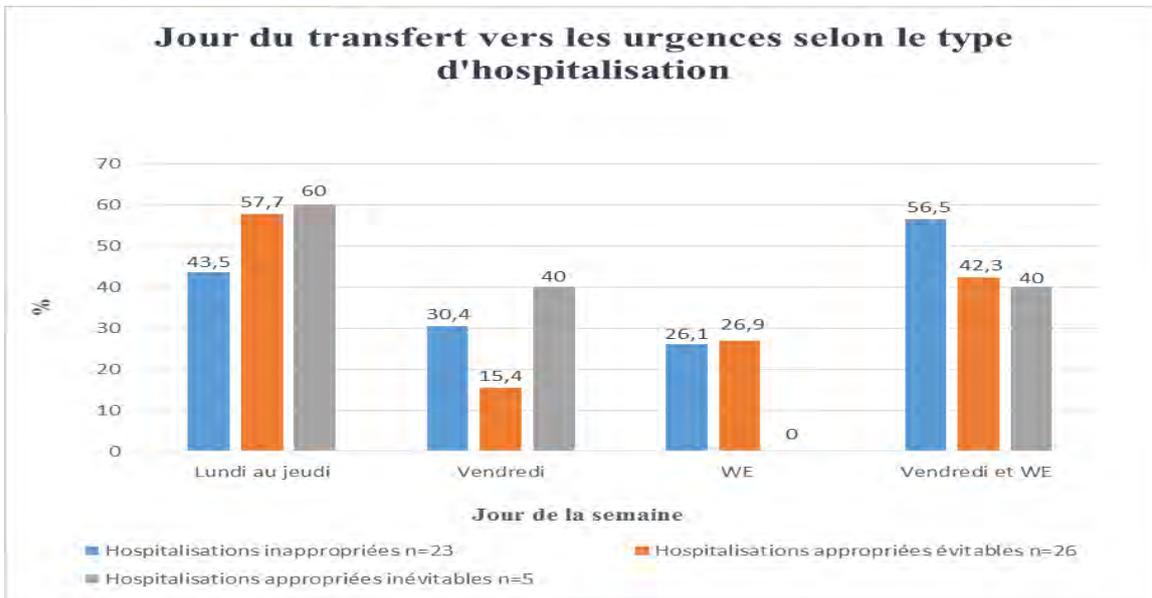


Figure 25

Quel que soit le type d'hospitalisation, la majorité se fait pendant les heures « ouvrables » de 8h à 20h : 17 (73.9%) pour les HI, 17 (68.0%) pour les HAE et 3 (60%) pour les HAI.

On recense plus d'HI entre 20h et 00h, 5 (21.7%) par rapport aux autres types d'hospitalisations.

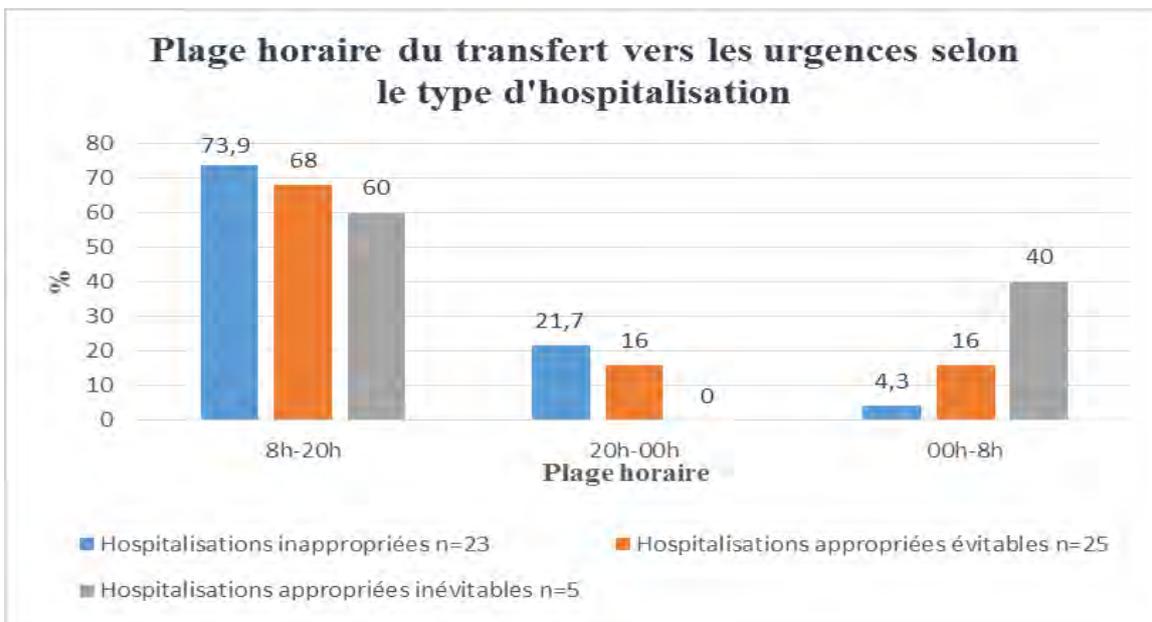


Figure 26

h- Signes de gravité et motif du transfert

En cas d'HI, il n'existe des signes de gravité que pour 8 transferts (34.8%).

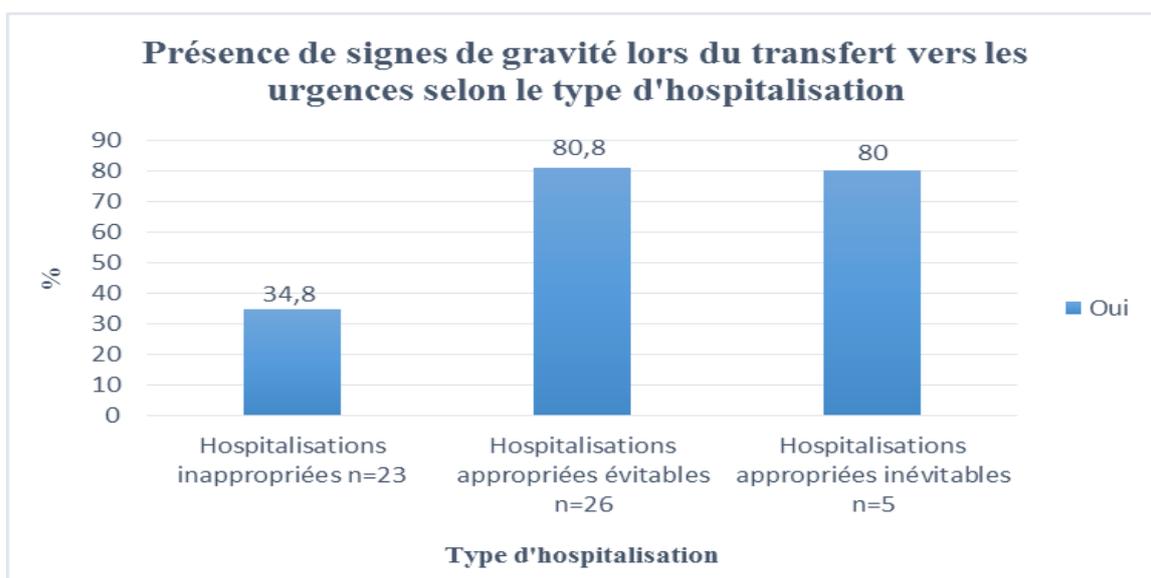


Figure 27

Selon le type d'hospitalisation, les motifs de transfert varient :

- Pour les HI, les principaux motifs de recours sont :
 - Les motifs infectieux autres que respiratoires, le sondage urinaire, les problèmes digestifs et l'hyperthermie: 8 patients (34.8%),
 - Les chutes : 4 patients (17.4%),
 - Les problèmes cardio-respiratoires et suspicion d'AVC : 3 patients (13.0%) pour chaque catégorie.
- Pour les HAE, les principaux motifs de recours sont :
 - Les chutes, qui prédominent: 14 patients (53.8%),
 - Les problèmes cardio-respiratoires : 5 patients (19.2%),
 - Les suspicions d'AVC : 3 patients (11.5%).
- Pour les HAI, les motifs cardio-respiratoires et les suspicions d'AVC prédominent : 2 patients (40%) pour chacune des catégories.

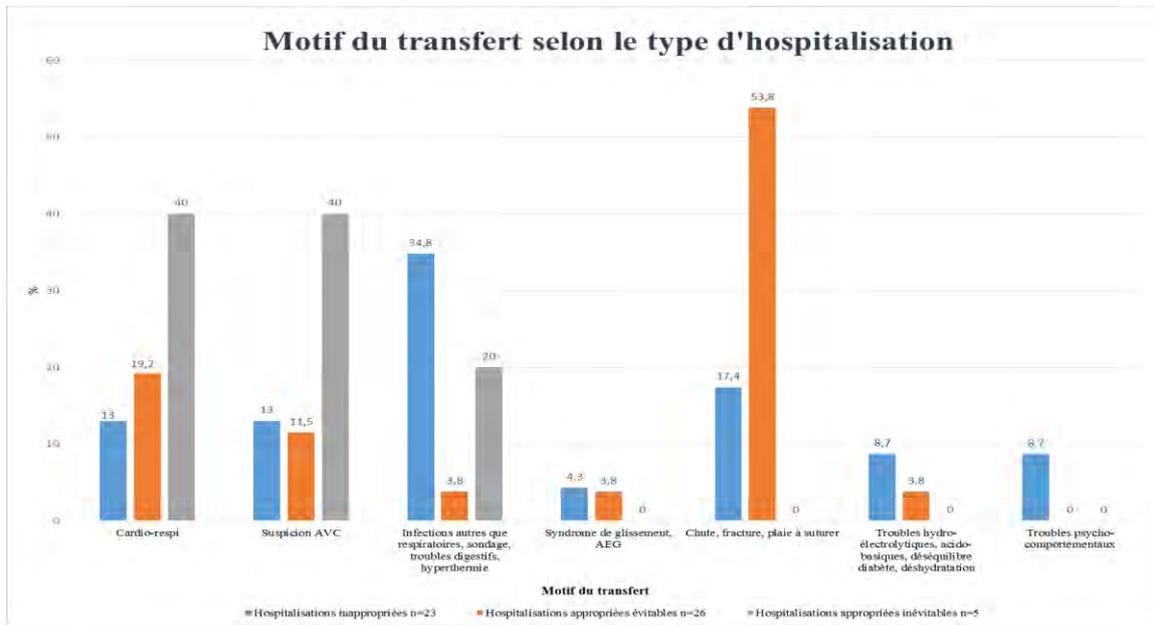


Figure 28

6- Tableaux synthétiques de l'analyse des facteurs de risque associés aux hospitalisations inappropriées versus appropriées et hospitalisations évitables versus inévitables

Tableau 1 – Caractéristiques des EHPAD ayant transféré au moins un patient vers les urgences : analyse des facteurs prédisposant aux hospitalisations inappropriées versus appropriées et évitables versus inévitables

Données EHPAD	Population de l'étude N=54	Hospitalisations inappropriées N=23	Hospitalisations appropriées N=31	p	Hospitalisations évitables N=26	Hospitalisations inévitables N=5	p
Statut de l'EHPAD							
N	40	16	24	1	20	4	0.54
Privé, n (%)	31 (77.5)	12 (38.7)	19 (61.3)		15 (79.0)	4 (21.0)	
Public, n (%)	9 (22.5)	4 (44.4)	5 (55.6)		5 (100.0)	0 (0.0)	
Nombre de lits							
N	47	21	26	0.56	23	3	0.93
Moyenne [min-max]	85.4 [42-225]	83.7 [60-95]	86.8 [42-225]		87.2 [42-225]	83.3 [80-90]	
Gir Moyen Pondéré							
N	36	16	20	0.32	17	3	0.73
Moyenne [min-max]	705.0 [520-833]	717.9 [520-696]	694.8 [520-833]		692.5 [520-833]	707.7 [665-749]	
Pathologies moyennes pondérées							
N	34	15	19	0.84	16	3	1
Moyenne [min-max]	174.9 [104-245]	176.1 [118-245]	174 [104-225]		174 [104-225]	174 [162-187]	
Secteur protégé							
N	54	23	31	0.7	26	5	0.45
Oui, n (%)	32 (59.2)	13 (59.0)	19 (61.3)		17 (89.5)	2 (10.5)	
Unité Alzheimer							
N	54	23	31	0.68	26	5	0.56
Oui, n (%)	27 (50.0)	13 (56.5)	14 (45.2)		13 (92.9)	1 (7.1)	
Infirmières de jour							
N	44	20	24	0.61	21	3	0.37
Moyenne [min-max]	4.88 [2-16]	4.5 [2-6.15]	5.2 [3.3-16]		5.2 [3.3-16]	5.2 [4.38-6.1]	
Infirmières de nuit et astreinte							
N	54	23	31	0.57	26	5	1
Nuit : oui n (%)	0	0	0		0 (0.0)	0 (0.0)	
Astreinte : oui n (%)	3 (5.5)	2 (8.7)	1 (3.2)		1 (100.0)	0 (0.0)	
Médecins traitants travaillant sur l'EHPAD							
N	40	17	23	0.30	20	3	0.74
Moyenne [min-max]	22.5 [6-39]	23.9 [12-39]	21.4 [6-34]		21.2 [6-34]	22.7 [18-30]	
Distance EHPAD-urgences							
N	54	23	31		26	5	
En kms, moyenne [min, max]	17.4 [3-83]	17.8 [3.6-41]	17.3 [3-83]	0.39	18 [3-83]	13.4 [3.2-83]	0.59
En minutes, moyenne [min,max]	18.2 [6-67]	18.9 [8-33]	20.3 [6-67]	0.85	21 [6-67]	16.8 [7-29]	0.54
Protocole de prise en charge du patient en cas d'urgence							
N	54	23	31	0.87	26	5	1
Oui, n (%)	26 (48.1)	11 (47.8)	15 (48.3)		13 (86.7)	2 (13.3)	
Si protocole existe, a-t-il été appliqué ?							
N	26	11	15	0.49	12	1	1
Oui, n (%)	21 (80.7)	10 (90.9)	11 (73.3)		10 (90.9)	1 (9.1)	

Tableau 2 – Caractéristiques des patients d'EHPAD adressés aux urgences : analyse des facteurs prédisposant aux hospitalisations inappropriées versus appropriées et évitables versus inévitables

Données patient	Population de l'étude N=54	Hospitalisations inappropriées N=23	Hospitalisations appropriées N=31	p	Hospitalisations évitables N=26	Hospitalisations inévitables N=5	p
Age en année							
N	54	23	31	0.68	26	5	0.17
Moyenne [min-max]	86.3 [64-107]	86.9 [71-107]	85.9 [64-96]		85.1 [64-95]	90.4 [84-96]	
Sexe							
N	54	23	31	0.78	26	5	1
Homme, n (%)	18 (33.3)	7 (38.9)	11 (61.1)		9 (81.8)	2 (18.2)	
Femme, n (%)	36 (66.7)	16 (44.4)	20 (55.6)		17 (85)	3 (15)	
Antécédents							
N	54	23	31		26	5	
IDM (1), insuffisance coronarienne, n(%)	6 (11.1)	5 (83.3)	1 (1637)	0.07	1 (100.0)	0 (0.0)	1
Insuffisance cardiaque, n(%)	8 (14.8)	2 (25.0)	6 (75.0)	0.44	5 (83.3)	1 (16.7)	1
Maladies vasculaires périphériques, n(%)	15 (27.8)	5 (33.3)	10 (66.7)	0.54	7 (70.0)	3 (30.0)	0.30
Dyslipidémie, n(%)	4 (7.4)	1 (25.0)	3 (75.0)	0.63	2 (66.7)	1 (33.3)	0.42
Troubles du rythme, n(%)	13 (24.1)	4 (30.8)	9 (69.2)	0.36	9 (100.0)	0 (0.0)	0.29
HTA (2), n(%)	27 (50.0)	12 (44.4)	15 (55.6)	1	13 (86.7)	2 (13.3)	1
AVC, AIT (3) avec peu de séquelles	7 (12.9)	4 (57.1)	3 (42.9)	0.44	3 (100.0)	0 (0.0)	1
AVC avec hémiplégie séquellaire, n(%)	2 (3.7)	1 (50.0)	1 (50.0)	1	1 (100.0)	0 (0.0)	1
Démence y compris Alzheimer, n(%)	31 (57.4)	14 (45.2)	17 (54.8)	0.78	14 (82.4)	3 (17.7)	1
Maladie pulmonaire chronique, n(%)	11 (20.4)	3 (27.3)	8 (72.7)	0.32	7 (87.5)	1 (12.5)	1
Hépatopathie légère, n(%)	2 (3.7)	2 (100.0)	0 (100.0)	0.18	0 (0.0)	0 (0.0)	-
Diabète, n(%)	10 (18.5)	6 (60.0)	4 (40.0)	0.30	3 (75.0)	1 (25.0)	0.52
Insuffisance rénale, n(%)	5 (9.3)	2 (40.0)	3 (60.0)	1	3 (100.0)	0 (0.0)	1
Ostéoporose, n(%)	14 (25.9)	1 (20.0)	4 (80.0)	0.38	4 (100.0)	0 (0.0)	1
Antécédents fracture, n(%)	14 (25.9)	4 (28.6)	10 (71.4)	0.35	9 (90.0)	1 (10.0)	1
Tumeur sans métastase, n(%)	8 (14.8)	3 (37.5)	5 (62.5)	1	5 (100.0)	0 (0.0)	0.56
Cancer métastaté, n(%)	1 (1.8)	1 (100.0)	0 (0.0)	0.43	0 (0.0)	0 (0.0)	-

Statut cognitif							
N	54	23	31	0.46	26	5	0.49
Pas de démence, n (%)	6 (11.1)	1 (16.7)	5 (83.3)		3 (60.0)	2 (40.0)	
Démence non diagnostiquée, n (%)	12 (22.2)	7 (58.3)	5 (41.7)		5 (100.0)	0 (0.0)	
Troubles cognitifs légers sans démence, n (%)	7 (12.9)	2 (28.6)	5 (71.4)		5 (100.0)	0 (0.0)	
Démence légère, n (%)	1 (1.8)	1 (100.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	
Démence modérée, n (%)	13 (24.1)	6 (46.2)	7 (53.9)		6 (85.7)	1 (14.3)	
Démence sévère, n (%)	15 (27.8)	6 (40)	9 (60)		7 (77.8)	2 (22.2)	
Degré de dépendance : ADL ⁽⁴⁾ avant le transfert							
N	53	22	31	0.03	26	5	0.67
Moyenne [min-max]	2.2 [0-6]	1.6 [0-6]	2.6 [0-5.5]		2.6 [0-5.5]	2.3 [0.5-4.5]	
Patient en fin de vie							
N	54	23	31	0.03	26	5	
Oui, n (%)	4 (7.4)	4 (100.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	(0.0)	
Présence des signes cliniques dans les 7 jours précédant le transfert							
N	54	23	31		26	5	
Confusion, n (%)	14 (25.9)	7 (50.0)	7 (50.0)	0.47	5 (71.4)	2 (28.6)	0.57
Agitation, n (%)	10 (18.5)	6 (60.0)	4 (40.0)	0.30	3 (75.0)	1 (25.0)	0.55
Somnolence, n (%)	7 (12.9)	3 (42.9)	4 (57.1)	1	3 (75.0)	1 (25.0)	0.55
Douleur, n (%)	16 (29.6)	9 (56.3)	7 (43.8)	0.16	5 (71.4)	2 (28.6)	0.57
Escarre, n (%)	4 (7.4)	4 (100.0)	0 (0.0)	0.02	0 (0.0)	0 (0.0)	-
Anorexie, n (%)	10 (18.5)	7 (70.0)	3 (30.0)	0.07	3 (100.0)	0 (0.0)	1
Dyspnée, n (%)	6 (11.1)	1 (16.7)	5 (83.3)	0.38	3 (60.0)	2 (40.0)	0.20
Chute, n (%)	15 (27.8)	6 (40.0)	9 (60.0)	0.85	8 (88.9)	1 (11.1)	1
Fièvre, n (%)	6 (11.1)	5 (83.3)	1 (16.7)	0.07	1 (100.0)	0 (0.0)	1
Asthénie, n (%)	10 (18.5)	5 (50.0)	5 (50.0)	0.50	3 (60.0)	2 (40.0)	0.20
Directives anticipées							
N	54	23	31	-	26	5	-
Oui, n (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	
PEC palliative							
N	54	23	31	-	26	5	-
Oui, n (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	

⁽¹⁾ IDM : Infarctus du myocarde

⁽²⁾ HTA : Hypertension artérielle

⁽³⁾ AVC, AIT : Accident vasculaire cérébral, Accident ischémique transitoire

⁽⁴⁾ Score ADL : Echelle d'autonomie de Katz : évalue l'autonomie de la personne âgée sur 6 aspects de la vie quotidienne (cotés 0 ou 0,5 ou 1) : hygiène corporelle / habillage / aller aux toilettes / locomotion / continence / repas. Ce score est compris entre 0 et 6, plus il est bas et plus la personne est dépendante

Tableau 3 – Données concernant le transfert vers les urgences : analyse des facteurs prédisposant aux hospitalisations inappropriées versus appropriées et évitables versus inévitables

Données transfert urgences	Population de l'étude N=54	Hospitalisations inappropriées N=23	Hospitalisations appropriées N=31	p	Hospitalisations évitables N=26	Hospitalisations inévitables N=5	p
Jour du transfert							
N	54	23	31	0.59	26	5	0.25
Lundi au jeudi, n (%)	28 (51.8)	10 (35.7)	18 (64.3)		15 (83.3)	3 (16.7)	
Vendredi, n (%)	13 (24.1)	7 (53.9)	6 (46.2)		4 (66.7)	2 (33.3)	
Weekend, n (%)	13 (24.1)	6 (46.2)	7 (53.9)		7 (100.0)	0 (0.0)	
Plage horaire du transfert							
N	53	23	30	0.07	25	5	0.47
8h-20h inclus, n (%)	38 (71.7)	17 (44.7)	21 (55.3)		17 (85.0)	3 (15.0)	
20h-00h inclus, n(%)	7 (13.2)	5 (71.4)	2 (28.6)		4 (100.0)	0 (0.0)	
00h-8h inclus, n (%)	8 (15.1)	1 (12.5)	7 (87.5)		4 (66.7)	2 (33.3)	
Signes cliniques présents lors du transfert							
N	54	23	31		26	5	
Confusion, n(%)	14 (25.9)	6 (42.9)	8 (57.1)	0.71	6 (75.0)	2 (25.0)	0.59
Agitation, n (%)	17 (31.5)	7 (41.2)	10 (58.8)	1	8 (80.0)	2 (20.0)	1
Somnolence, n (%)	13 (24.1)	5 (38.5)	8 (61.5)	1	7 (87.5)	1 (12.5)	1
Douleur, n(%)	22 (40.7)	9 (40.9)	13 (59.1)	0.78	12 (92.3)	1 (7.7)	0.34
Escarre, n(%)	2 (3.7)	2 (100.0)	0 (0.0)	0.18	0 (0.0)	0 (0.0)	-
Anorexie, n(%)	3 (5.6)	2 (66.7)	1 (33.3)	0.56	1 (100.0)	0 (0.0)	1
Dyspnée, n(%)	8 (14.8)	1 (12.5)	7 (87.5)	0.12	4 (57.1)	3 (42.9)	0.06
Chute, n(%)	16 (29.6)	4 (25.0)	12 (75.0)	0.11	12 (100.0)	0 (0.0)	0.13
Fièvre, n(%)	7 (12.9)	4 (57.1)	3 (42.9)	0.43	3 (100.0)	0 (0.0)	1
Asthénie, n(%)	4 (7.4)	2 (50.0)	2 (50.0)	1	2 (100.0)	0 (0.0)	1
Motif du transfert							
N	54	23	31	0.05	26	5	0.08
Cardio-respiratoire, n(%)	10 (18.5)	3 (30.0)	7 (70.0)		5 (71.4)	2 (28.6)	
AVC, n(%)	8 (14.8)	3 (37.5)	5 (62.5)		3 (60.0)	2 (40.0)	
Infection autre que respiratoire, sondage, digestif, fièvre n(%)	10 (18.5)	8 (80.0)	2 (20.0)		1 (50.0)	1 (50.0)	
Sd glissement, AEG, n(%)	2 (3.7)	1 (50.0)	1 (50.0)		1 (100.0)	0 (0.0)	
Chute, fracture, plaie, n(%)	18 (33.3)	4 (22.2)	14 (77.8)		14 (100.0)	0 (0.0)	
Troubles hydro-électrolytiques, acido-basiques, déséquilibre	3 (5.6)	2 (66.7)	1 (33.3)		1 (100.0)	0 (0.0)	

diabète, déshydratation, n(%)							
Troubles psycho-comportementaux, n(%)	3 (5.6)	2 (66.7)	1 (33.3)		0 (0.0)	0 (0.0)	
Présence de signes de gravité							
N	54	23	31		26	5	
Oui, n(%)	33 (61.1)	8 (24.2)	25 (75.8)	0.001	21 (84.0)	4 (16.0)	1
Coma, inconscience, n(%)	2 (3.7)	0 (0.0)	2 (100.0)	0.50	2 (100.0)	0 (0.0)	1
Signes vitaux, signes de choc, n(%)	10 (18.5)	2 (20.0)	8 (80.0)	0.16	5 (62.5)	3 (37.5)	0.09
Cécité ou surdité brutale, n(%)	0 (0.0)			-	0 (0.0)	0 (0.0)	-
Perte brutale motricité d'un membre ou aphasie, n(%)	5 (9.3)	0 (0.0)	5 (100.0)	0.06	3 (60.0)	2 (40.0)	0.17
Fièvre persistante, n(%)	2 (3.7)	1 (50.0)	1 (50.0)	1	1 (100.0)	0 (0.0)	1
Syndrome hémorragique aigu, n(%)	1 (1.78)	1 (100.0)	0 (0.0)	0.42	0 (0.0)	0 (0.0)	-
Atteinte de fonction essentielle de façon brutale, n(%)	0 (0.0)			-	0 (0.0)	0 (0.0)	-
Ischémie aiguë, n(%)	0 (0.0)			-	0 (0.0)	0 (0.0)	-
Douleur aiguë ne répondant pas au traitement, n(%)	1 (1.85)	1 (100.0)	0 (0.0)	0.43	0 (0.0)	0 (0.0)	-
Risque de passage à l'acte, n(%)	2 (3.7)	1 (50.0)	1 (50.0)	1	1 (100.0)	0 (0.0)	1
Troubles graves électrolytiques ou acido-basiques, n(%)	1 (1.85)	1 (100.0)	0 (0.0)	0.43	0 (0.0)	0 (0.0)	-
Traumatisme avec suspicion de fracture, n(%)	14 (25.9)	2 (14.3)	12 (85.7)	0.01	12 (100.0)	0 (0.0)	0.13
Qui décide du transfert vers les urgences ?							
N	54	23	31	0.1	26	5	0.90
Médecin traitant, n (%)	15 (27.8)	7 (46.7)	8 (53.3)		6 (75.0)	2 (25.0)	
Médecin coordinateur, n(%)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	
Médecin de garde, n(%)	5 (9.3)	3 (60)	2 (40.0)		2 (100.0)	0 (0.0)	
Médecin SAMU, n(%)	18 (33.3)	4 (21.1)	15 (79.0)		12 (80.0)	3 (20.0)	
IDE, n(%)	10 (18.5)	4 (44.4)	5 (55.6)		5 (100.0)	0 (0.0)	
Famille, n(%)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	
Pompiers, n(%)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	

Aide-soignante, n(%)	4 (7.4)	3 (75)	1 (25.0)		1 (100.0)	0 (0.0)	
Autres, n(%)	2 (3.7)	2 (100)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	
Pourquoi le médecin traitant ne décide pas du transfert ?							
N	39	16	23	0.4	20	3	0.31
Injoignable, n(%)	17 (43.6)	9 (52.9)	8 (47.1)		6 (75.0)	2 (25.0)	
Non informé, n(%)	14 (35.9)	5 (35.7)	9 (64.3)		9 (100.0)	0 (0.0)	
Autre, n(%)	8 (20.5)	2 (25)	6 (75.0)		5 (83.3)	1 (16.7)	
Pourquoi le médecin de garde ne décide pas du transfert ?							
N	33	12	20	0.8	18	2	0.45
Injoignable, n(%)	6 (18.2)	1 (20.0)	4 (80.0)		3 (75.0)	1 (25.0)	
Non informé, n(%)	25 (75.8)	10 (40.0)	15 (60.0)		14 (93.3)	1 (6.7)	
Autre, n(%)	2 (6.0)	1 (50.0)	1 (50.0)		1 (100.0)	0 (0.0)	
En absence de signes de gravité, pourquoi le transfert est-il décidé ?							
N	54	23	31		26	5	
Inquiétude pathologie urgente, n(%)	7 (12.9)	5 (71.4)	2 (28.6)	0.12	2 (100.0)	0 (0.0)	1
Manque information patient, n(%)	1 (1.85)	1 (100.0)	0 (0.0)	0.43	0 (0.0)	0 (0.0)	-
Manque moyen humain, n(%)	5 (9.3)	4 (80.0)	1 (20.0)	0.15	1 (100.0)	0 (0.0)	1
Manque moyen technique, n(%)	3 (5.6)	2 (66.7)	1 (33.3)	0.57	1 (100.0)	0 (0.0)	1
Nécessité bilan biologique, n(%)	4 (7.4)	1 (25.0)	3 (75.0)	0.63	3 (100.0)	0 (0.0)	1
Nécessité imagerie, n(%)	10 (18.5)	6 (60.0)	4 (40.0)	0.29	4 (100.0)	0 (0.0)	1
Nécessité autre examen, n(%)	1 (1.8)	1 (100.0)	0 (0.0)	0.43	0 (0.0)	0 (0.0)	-
Peur du procès, n(%)	0 (0.0)				0 (0.0)	0 (0.0)	-
Pour se rassurer, n(%)	9 (16.7)	7 (77.8)	2 (22.2)	0.03	2 (100.0)	0 (0.0)	1
Avis spécialiste, n(%)	6 (11.3)	3 (50.0)	3 (50.0)	1	3 (100.0)	0 (0.0)	1
Autres, n(%)	6 (11.1)				0 (0.0)	0 (0.0)	-

V- SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

1- Profil de la structure type

L'EHPAD est privée et possède environ 85.4 lits. Elle est située à environ 17.4 kms du service des urgences et possède un secteur protégé et une unité Alzheimer dédiée.

4.8 infirmières travaillent de jour sur la structure, soit environ 17.8 patients à charge par IDE, et il n'y a pas d'IDE présente sur place la nuit. Les infirmières prennent en charge des patients dépendants et ont une charge en soins importante.

22.5 médecins généralistes prennent en charge leurs patients sur la structure, soit environ 3.8 patients suivis par médecin traitant par EHPAD.

Il n'y a pas de protocole précis connu de l'équipe soignante en cas d'urgence et de décompensation somatique chez un patient.

2- Profil du patient type

Le patient d'EHPAD est une femme de 86.3 ans, démente, dépendante (avec un ADL à 2.2/6), polyopathologique (environ 5.6 ATCD) avec principalement des ATCD cardio-vasculaires, neurologiques et chirurgicaux. Elle est également polymédiquée (environ 6.7 traitements médicamenteux) avec principalement un traitement anticoagulant et/ou antiagrégant, un ou plusieurs antihypertenseurs et un ou plusieurs psychotropes.

Il n'existe aucune directive anticipée ou de notion de prise en charge palliative inscrites clairement dans le dossier médical de la patiente.

3- Profil du transfert type vers les urgences

Le transfert a lieu en semaine entre 8h et 20h et est décidé par le médecin du SAMU. Le patient est douloureux, confus et a fait une chute dans les sept jours précédant le transfert. Il est adressé aux urgences, avec des signes de gravité, principalement pour une chute avec suspicion de fracture, un problème cardio-respiratoire ou une cause neuro-psychiatrique.

En l'absence de critère de gravité, le patient est transféré pour réaliser un examen d'imagerie et pour se rassurer afin d'éviter de passer à côté d'une pathologie urgente.

4- Profil type de l'hospitalisation inappropriée

Le patient adressé aux urgences est une femme plus démente et plus dépendante (ADL 1.6/6) que pour l'ensemble des transferts. Elle est plus souvent traitée par antiagrégants et/ou anticoagulants, par anxiolytiques et neuroleptiques. Le médecin traitant décide du transfert vers les urgences qui a lieu plutôt le vendredi et les WE entre 8h et 20h, et principalement pour des motifs infectieux autres que respiratoires, des sondages urinaires, des troubles digestifs, de l'hyperthermie, des chutes et enfin pour des motifs cardio-respiratoires et des suspicions d'AVC.

5- Facteurs de risque associés aux hospitalisations inappropriées versus appropriées et hospitalisations évitables versus inévitables

Concernant les caractéristiques de l'EHPAD, aucune ne semble reliée à un risque majoré d'HI ou HAE.

Certains facteurs ressortent par contre de manière significative concernant les caractéristiques des patients et les données du transfert:

- Le degré de dépendance apparaît comme un facteur de risque de recours inapproprié aux urgences ($p = 0.03$),
- La présence d'escarres dans les 7 jours précédant le transfert semble également être un facteur de risque significatif d'hospitalisation inappropriée ($p = 0.02$),
- Le fait que le patient soit en fin de vie est associé à un recours inapproprié ($p = 0.03$),
- Le motif du transfert vers les urgences apparaît également comme un facteur de risque d'HI ($p = 0.05$),
- La présence de signe de gravité de type traumatisme avec suspicion de fracture est reliée à un risque majoré d'HI ($p = 0.01$),
- La décision de transfert vers les urgences en absence de signe de gravité pour se rassurer est également un facteur de risque de recours inapproprié aux urgences ($p = 0.03$).

D'autres facteurs apparaissent à la limite de la significativité et pourraient être reliés à un risque majoré d'HI :

- Un antécédent d'infarctus ou d'insuffisance coronarienne ($p = 0.07$) et d'hépatopathie légère ($p = 0.18$),
- La présence d'une anorexie ($p = 0.07$), de fièvre ($p = 0.07$) et de douleur ($p = 0.16$) dans les sept jours précédant le transfert,
- La plage horaire du transfert vers les urgences ($p = 0.07$),
- La présence d'escarres ($p = 0.18$), de dyspnée ($p = 0.12$) et de chute ($p = 0.11$) lors du transfert,
- La perte brutale de motricité d'un membre ou une aphasie ($p = 0.06$) et la présence de signes vitaux de choc ($p = 0.16$),
- La personne à l'origine de la décision du transfert vers les urgences ($p = 0.1$),
- Le transfert vers les urgences en absence de signe de gravité par crainte d'une pathologie urgente ($p = 0.12$) et par manque de moyen humain à l'EHPAD ($p = 0.15$).

Concernant les HAE, certains facteurs sont également à la limite de la significativité :

- L'âge du patient ($p = 0.17$),
- La présence de dyspnée ($p = 0.06$) ou de chute ($p = 0.13$) au moment du transfert,
- Le motif du transfert ($p = 0.08$),
- La présence de signes vitaux de choc lors de l'envoi ($p = 0.09$), la perte de motricité brutale d'un membre ou une aphasie ($p = 0.17$) et un traumatisme avec suspicion de fracture ($p = 0.13$).

VI- DISCUSSION

L'objectif principal de notre étude était de mettre en évidence un certain nombre de facteurs entrant dans la décision du transfert des patients venant d'EHPAD vers les urgences.

Dans notre étude, le nombre d'infirmières et d'aides-soignantes travaillant sur l'EHPAD n'a pas d'influence. Par contre, dans la littérature, leur turn-over et leur niveau de formation jouent un rôle (22). La présence d'infirmières spécialisées (pouvant diagnostiquer, interpréter les examens complémentaires, traiter certaines pathologies) au sein de l'EHPAD diminue le taux de transfert vers les urgences (23) en particulier pour les diagnostics « ACSD » (24) et semble diminuer l'importance ou limiter le déclin des troubles du comportement, des ulcères et de l'incontinence chez les résidents (25). Ceci suggère qu'une formation adaptée à l'urgence des équipes soignantes pourrait être utile au sein des structures.

Dans notre travail, la présence d'IDE la nuit, sur place ou d'astreinte, n'a pas d'influence sur les hospitalisations. Cependant, aucune EHPAD ne bénéficie d'IDE sur place la nuit et seulement trois ont une IDE d'astreinte. Ces nombres restreints ne permettent donc pas de conclure définitivement sur l'incidence de ce facteur sur les taux d'hospitalisation.

Dans notre recherche, le médecin traitant est à l'origine de 27.8% des transferts vers les urgences. Dans la littérature, le médecin traitant semble poser de meilleurs diagnostics et avoir des taux d'hospitalisations moins élevés (26). La consultation du médecin généraliste en EHPAD diffère de ses consultations habituelles (27) : la qualité du médecin intervenant (médecin traitant, médecin remplaçant, médecin ayant une spécialisation de gériatrie...) est une donnée importante influant la décision du transfert et donc les taux d'hospitalisation.

Dans notre étude, le nombre de médecins traitants intervenant sur l'EHPAD n'est pas un facteur de risque d'hospitalisation inappropriée ou évitable. Cependant, une autre étude suggère que plus il y a de médecins exerçant directement dans la structure, plus le nombre d'hospitalisations est important (24): les médecins ont d'avantage l'occasion de diagnostiquer des problèmes aigus et savent ce qu'il est possible de gérer ou non dans l'EHPAD.

Plus de la moitié des patients adressés aux urgences dans notre étude proviennent d'EHPAD n'ayant pas de protocole précis de prise en charge en cas d'urgence. Cependant, plusieurs travaux indiquent que la présence de plans de soins préétablis et connus par le personnel soignant au sein de l'EHPAD permet de limiter certains transferts vers les urgences en débutant la prise en charge dans la structure : une diminution de 50% du taux

d'hospitalisation global est observée dans l'étude INTERACT grâce à la mise en place de protocole de soins et de recommandations de non hospitalisation (28).

Dans notre étude, le nombre moyen d'antécédents (ATCD) par patient est de 5.6 et notre population est polypathologique. Les ATCD principaux sont cardio-vasculaires, neurologiques et chirurgicaux. Des résultats similaires sont retrouvés dans les autres études (10) (12) (26).

Les patients de l'étude sont polymédiqués avec un nombre moyen de traitements par patient de 6.7, résultat similaire à l'étude IQUARE (12).

Les anticoagulants et/ou antiagrégants représentent la principale classe médicamenteuse retrouvée dans notre étude, alors que l'on se trouve souvent face à des patients déments, potentiellement chuteurs, chez qui les complications du traitement peuvent être plus importantes (hémorragies, interactions médicamenteuses) que les bénéfices (29) (30).

De même, les antihypertenseurs, deuxième classe thérapeutique retrouvée, sont souvent prescrits en bi voire trithérapie chez des patients fragiles dont le risque d'hypotension, et donc de chute, est bien réel (31).

Enfin, les traitements psychotropes sont également fréquemment recensés dans l'arsenal thérapeutique des patients de l'étude et ce, dans des proportions supérieures à l'étude JAMDA pour les anxiolytiques et antipsychotiques et plus faibles pour les hypnotiques et les antidépresseurs (11). La prescription de ces classes médicamenteuses, fréquemment associées les unes aux autres n'est pas recommandée (32).

L'évaluation par le médecin généraliste et le médecin coordinateur de la balance bénéfices-risques de chaque prescription chez les patients d'EHPAD, tout en se basant sur les recommandations internationales, est fondamentale.

Plus de la moitié des patients de notre enquête sont déments. Ils sont 43.5% dans l'étude REHPA (10), 45% dans l'étude JAMDA (11) et 42.8% dans l'étude IQUARE (12). La littérature suggère que la population démente institutionnalisée serait plus souvent hospitalisée pour des « ACSD » (33). Ces patients sont également plus à risque de troubles du comportement (agitation, agressivité, troubles du sommeil,...) (34) (35) et de chute (36).

Un autre fait notable est que plus de 20% des patients de notre étude sont suspects de démence sans que le diagnostic ne soit formellement posé. Ceci peut donc conduire à des troubles du comportement inexpliqués alors qu'ils pourraient s'intégrer dans l'évolution d'une pathologie démentielle.

Le rôle du médecin traitant, du médecin coordinateur et du psychologue sont fondamentaux pour une détection précoce des troubles cognitifs grâce, entre autre, aux tests rapides de dépistage (37).

De plus, la littérature suggère également qu'un personnel d'EHPAD formé à la reconnaissance et à la prise en charge non médicamenteuse de ces troubles évite des transferts vers les urgences, où ces troubles risquent d'être davantage majorés (38).

Les patients de notre cohorte sont très dépendants avec un ADL moyen à 2.2/6. Ceci engendre, comme en témoignent le GMP et le PMP, une augmentation de la quantité de travail des équipes soignantes. Des scores similaires sont retrouvés dans des études antérieures (10) (12). Dans notre étude, le degré de dépendance est corrélé à un risque majoré d'hospitalisations inappropriées. La littérature suggère, quant à elle, que le degré de dépendance est relié à un risque plus élevé d'hospitalisation sans préciser si elles sont inappropriées ou non (39).

Deux autres faits notables de notre étude sont l'absence de directives anticipées et de notion de prise en charge palliative mentionnées dans le dossier médical qui pourraient aussi influencer la décision du transfert vers les urgences. Dans une étude géorgienne, 41% des patients bénéficient de la mention « ne pas réanimer » dans le dossier (40). Dans une étude américaine, 34.6 % des patients ont des directives anticipées mentionnées dans leur dossier (41). Le médecin généraliste et le médecin coordinateur jouent un rôle important dans la décision de prise en charge palliative et dans la mise en place de directives anticipées. La consignation de ces deux informations dans le dossier médical permet ainsi d'anticiper la conduite à tenir en cas d'aggravation brutale de l'état de santé du résident et d'éviter des transferts vers les urgences non souhaités (42) (43) (44).

Notre étude confirme, que contrairement aux idées reçues, les transferts vers les urgences des patients venant d'EHPAD ont principalement lieu en semaine et pendant les « heures ouvrables ». Des résultats similaires avaient été observés dans d'autres études (19) (45) (46).

La personne qui décide du transfert vers les urgences est peu évoquée dans les études alors qu'il s'agit d'un critère important dans la décision. Dans notre étude, c'est le médecin du SAMU qui décide dans la majorité des cas (33.3%) de transférer le patient aux urgences sur l'exposé de la situation clinique et des antécédents fait par une aide-soignante ou une IDE. Le médecin traitant n'arrive qu'en deuxième position (27.8% des transferts). Fait très surprenant, dans 43.6% des cas, le médecin traitant n'est pas joignable par téléphone alors que ces transferts ont majoritairement lieu en semaine et entre 8h et 20h. Contrairement

également à ce que l'on aurait pu penser, ce sont rarement les aides-soignantes qui décident du transfert la nuit ou le weekend (5.5%).

Certains signes cliniques et évènements semblent être plus particulièrement présents dans les sept jours précédant le transfert vers les urgences (la douleur, les chutes et la confusion) et au moment du transfert (douleur, agitation et chute). La présence d'escarre dans les sept jours précédant le transfert semble, quant à elle, être un facteur de risque d'hospitalisation inappropriée. Ces facteurs doivent alerter lorsqu'ils apparaissent, et des protocoles de soins doivent être appliqués afin d'éviter un éventuel recours aux urgences.

La présence de douleur est souvent sous-estimée en EHPAD et donc parfois non prise en charge (47). Ainsi, l'existence de protocoles de soins établis peut aider à repérer et à diminuer la douleur chez les résidents (48).

La prévention des chutes et des fractures du col (changement de médicament, supplémentation en vitamine D, analyse de l'environnement du patient, programme de rééducation et formation du personnel) permettrait de diminuer les taux d'hospitalisation (49) (50) (51).

Les patients présentant des troubles du comportement, d'apparition récente ou non, sont plus exposés aux risques de chute (52) et une vigilance accrue de l'ensemble du personnel soignant est donc de mise envers eux.

La présence de signes de gravité (traumatisme avec suspicion de fracture et signes vitaux de choc) prédomine dans notre étude comme un facteur influant largement la décision du transfert vers les urgences.

Les principaux motifs de transfert de notre travail sont similaires à ceux d'études antérieures mais dans des proportions différentes (18) (19) (53) (54): les chutes avec suspicion de fracture, puis les problèmes cardio-respiratoires (dyspnée, décompensation cardiaque, pneumopathie) et enfin, les motifs neuropsychiatriques (AVC, troubles du comportement). Ils jouent également un rôle important dans la décision de transfert ou non vers les urgences.

Dans notre étude, en l'absence de signe de gravité, d'autres critères entrent en ligne de compte pour justifier le transfert aux urgences:

- La nécessité d'une imagerie urgente avec impossibilité de réalisation rapide en ambulatoire,
- Le besoin de se rassurer et de ne pas passer à côté d'une pathologie urgente.

Dans la littérature, d'autres facteurs sont mis en exergue pour expliquer le transfert et sont associés à des hospitalisations potentiellement évitables : manque d'accès à des examens de

biologie, à un électrocardiogramme, impossibilité de traitement intraveineux, impossibilité de visite d'un médecin à l'EHPAD (18) (24) (40).

Quelques pistes peuvent être envisagées pour éviter certains transferts :

- Une étude révèle que la collaboration entre le généraliste et le gériatre en soins ambulatoires permet de diminuer les taux d'hospitalisation (55),
- La télémédecine peut également jouer un rôle important (56),
- Et enfin, la présence d'un service mobile de radiologie dans les EHPAD peut éviter aux patients âgés les désagréments d'un transfert vers les urgences pour la simple réalisation d'une imagerie (57),

L'objectif secondaire de l'étude était de comparer les conditions de transfert en fonction de la nature de l'hospitalisation : inappropriée, appropriée évitable ou appropriée inévitable.

Notre étude met en évidence que 42.6 % des transferts sont inappropriés, 48.1% appropriés et évitables et 9.2% appropriés et inévitables. Il existe une discordance avec le point de vue des urgentistes puisque pour eux, 77.4% des transferts sont inappropriés (58). Cette différence s'explique probablement par le fait que les urgentistes se basent sur leur ressenti, en fonction de la présence ou non de signes de gravité, et du diagnostic. Notre étude, quant à elle, se base sur une échelle préétablie et sur l'avis d'un groupe d'experts.

Les hospitalisations appropriées évitables correspondent dans notre étude à des patients qui présentent des pathologies avec des signes de gravité pour lesquelles une prise en charge précoce dans l'EHPAD ou des actions de prévention auraient permis d'éviter le recours aux urgences sans perte de chance pour le patient (59) (60).

Le développement de protocoles « de bonnes pratiques » (61) (62) (63) face à des situations cliniques déterminées pourrait permettre de diminuer ces hospitalisations (64). Une diminution de plus de 50% du taux d'hospitalisation est observée dans la prise en charge des pneumopathies au sein de l'EHPAD (par la détection de certains signes cliniques, la réalisation de radiographies pulmonaires et le début d'une antibiothérapie per os en l'absence de critère de gravité) et ce, sans augmentation de la mortalité (65).

La possibilité de recours à un avis médical, en journée ou de nuit, joue également un rôle important et pourrait permettre d'éviter certains transferts (26) (66) (67): si dans notre étude le médecin traitant est à l'origine de seulement 27% des transferts, dans d'autres études, le résident n'a vu un médecin le jour du transfert que dans 13% des cas (68). Lorsqu'un avis médical est sollicité, ce sont les infirmières de l'EHPAD, voire les aides-soignantes, qui

émettent l'appel. Le déplacement du médecin sur site pour examiner le patient, la décision de transfert vers les urgences ou le choix du médecin de donner des consignes téléphoniques (examens complémentaires, délivrance de thérapeutique) dépend en grande partie de la qualité des informations délivrées au téléphone par le personnel de l'EHPAD (19) (69).

Notre étude s'intègre en fait dans un travail plus global, préliminaire à une étude de plus grande ampleur, qui s'articule ainsi :

- Une première partie, donc notre étude, s'intéressant aux facteurs inhérents à la décision du transfert vers les urgences,
- Une seconde partie concernant le patient d'EHPAD aux urgences : facilité d'accessibilité aux informations du patient, statut cognitif évalué, signes de gravité aux urgences, diagnostic principal aux urgences, durée de prise en charge, caractère approprié ou non et évitable ou non de l'hospitalisation selon l'urgentiste,
- Une troisième partie analysant les conditions de retour du patient à l'EHPAD : durée d'hospitalisation, transmissions de sortie disponibles avec le diagnostic et les modifications thérapeutiques, visite du médecin traitant dans les jours suivant le retour, réévaluation de l'ADL et du statut cognitif sept jours après le retour.

Comme toute étude pilote, celle-ci présente des faiblesses qui pourront, sans doute, être gommées à l'occasion de la réalisation d'une étude de plus grande ampleur sur plusieurs services d'urgences de Midi-Pyrénées et avec une semaine d'étude à chaque saison de l'année :

- L'effectif de notre cohorte est faible car il n'y a que 54 patients inclus. Ainsi, certains résultats concernant les facteurs de risque d'HI ou d'HAE sont peut-être significatifs ou à la limite de la significativité du fait du hasard. Inversement, une étude de plus grande ampleur pourrait conforter la significativité de certains résultats.
- L'étude n'est réalisée que sur une semaine et en hiver : il est essentiel de savoir si les facteurs mis en évidence sur notre semaine d'étude sont similaires quelle que soit la période de l'année.
- L'étude n'est réalisée que sur les urgences du CHU de Toulouse : des résultats différents seraient peut-être observés dans des zones plus rurales où la permanence des soins est organisée différemment.
- Le recueil des données par appel téléphonique à la personne ayant adressé le patient aux urgences était souvent compliqué. En effet, surtout lors des transferts après 20h,

il était difficile le lendemain de parvenir à obtenir directement la personne responsable du transfert car l'équipe avait changé le matin, que ce soit pour les infirmières, aides-soignantes ou pour les médecins du SAMU. De ce fait, il est arrivé que ce soit une autre personne qui réponde aux questions et non directement celle ayant organisé le transfert, ce qui peut, bien entendu, entraîner certains biais dans nos résultats.

- Remplir l'ensemble du questionnaire par téléphone était souvent long et fastidieux pour le personnel de l'EHPAD qui n'avait souvent pas beaucoup de temps à nous consacrer. Les questionnaires pour la future étude pourraient être raccourcis, et certaines des informations demandées (antécédents, traitements, statut cognitif, ADL), récupérées d'une autre manière (transmission par courrier des éléments du dossier médical nécessaires, questionnaire par internet,...).

VII- CONCLUSION

Cette étude met en évidence un ensemble de facteurs intervenant dans la décision du transfert des patients venant d'EHPAD vers le service des urgences du CHU de Toulouse. Ces facteurs sont inhérents à la structure, au patient et au transfert en lui-même.

Certains facteurs semblent associés à un recours inapproprié aux urgences. Il s'agit principalement d'un fort degré de dépendance, de la présence d'escarres sept jours avant le transfert, de la fin de vie, des traumatismes avec suspicion de fracture et du besoin de se rassurer pour les soignants en l'absence de signe de gravité.

Dans le cadre d'un programme hospitalier de recherche clinique, l'étude de plus grande ampleur qui sera menée sur plusieurs hôpitaux de Midi-Pyrénées, permettra peut-être de confirmer ces résultats.

Ainsi, à terme, des actions pourront être mises en place au sein des EHPAD afin de limiter les transferts inappropriés vers les urgences, souvent délétères pour la personne âgée.

VIII-BIBLIOGRAPHIE

1. Insee - Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2013, France métropolitaine [en ligne]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=0&ref_id=bilan-demo&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2.htm (Page consultée le 09/08/2013)
2. Insee - Population par âge [en ligne]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T10F036 (Page consultée le 30/04/2013)
3. ARS Midi-Pyrénées - Tableau de bord sur la santé: statistiques et indicateurs 2010 [en ligne]. Disponible sur: http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/0_INTERNET_ARS_MIP/L_ARS_MP/REPERES_STATISTIQUES/TABdeBORD_SANTE_092011.pdf (Page consultée le 9/09/2013)
4. DREES - L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2007 [en ligne]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er689.pdf> (Page consultée le 9/09/2013)
5. Insee - Accueil des personnes âgées en 2012 : comparaisons régionales [en ligne]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=t_1602R (Page consultée le 16/09/2013)
6. ARS Midi-Pyrénées - Analyse Globale des rapports d'activité 2011 des médecins coordonnateurs: EHPAD de la région Midi-Pyrénées [en ligne]. Disponible sur: http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/0_INTERNET_ARS_MIP/ACTEURS_EN_SANTE/AnalyseGlobaleRAM2011.pdf (Page consultée le 09/09/2013)
7. ARS Midi-Pyrénées - Analyse des rapports d'activité médicale des EHPAD de la Haute-Garonne en 2009 [en ligne]. Disponible sur: http://www.ormip.org/tlc/documents/rapport_2009_ehpad_31.pdf (Page consultée le 09/09/2013)
8. KPMG - Observatoire des EHPAD en janvier 2013 [en ligne]. Disponible sur: <http://www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Observatoire-EHPAD-2013-KPMG.pdf> (Page consultée le 09/09/2013)
9. Dormont B, Huber H, Vieillessement de la population et croissance des dépenses de santé, Rapports pour l'institut Montparnasse, Collection recherches, septembre 2012, n°2
10. 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):679-683.
11. 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):407-412.

12. 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):173-178.
13. Rothschild JM, Bates DW, Leape LL. Preventable medical injuries in older patients. *Arch Intern Med*. 9 oct 2000;160(18):2717-2728.
14. Ramanath R, Hendra TJ. How safe are our hospitals? *Age Ageing*. 5 janv 2008;37(3):243-245.
15. Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Counsell SR, Stewart AL, Kresevic D, et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc*. avr 2003;51(4):451-458.
16. Gill TM, Gahbauer EA, Han L, Allore HG. Factors Associated With Recovery of Prehospital Function Among Older Persons Admitted to a Nursing Home With Disability After an Acute Hospitalization. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1 déc 2009;64A(12):1296-1303.
17. Culler SD, Parchman ML, Przybylski M. Factors related to potentially preventable hospitalizations among the elderly. *Med Care*. juin 1998;36(6):804-817.
18. Jones KS. Interface between residential aged care facilities and a teaching hospital emergency department in Western Australia. *Med J Aust*. 4 sept 2006;185(5):296.
19. 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):1164-1168.
20. ARS Midi-Pyrénées - Les éléments d'un diagnostic partagé sur la santé en Midi-Pyrénées, Novembre 2011. [en ligne] Disponible sur: <http://www.sante-midipyrenees.fr/> (Page consultée le 29/07/2013)
21. 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):717-724.
22. Zimmerman S, Gruber-Baldini AL, Hebel JR, Sloane PD, Magaziner J. Nursing Home Facility Risk Factors for Infection and Hospitalization: Importance of Registered Nurse Turnover, Administration, and Social Factors. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2002;50(12):1987-95.
23. Tung TKC, Kaufmann JA, Tanner E. The effect of nurse practitioner practice in home care on emergency department visits for homebound older adult patients: an exploratory pilot study. *Home Healthc Nurse*. juin 2012;30(6):366-372.
24. Intrator O, Zinn J, Mor V. Nursing Home Characteristics and Potentially Preventable Hospitalizations of Long-Stay Residents. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2004;52(10):1730-6.
25. Krichbaum KE, Pearson V, Hanscom J. Better care in nursing homes: advanced practice nurses' strategies for improving staff use of protocols. *Clin Nurse Spec*. janv 2000;14(1):40-46.

26. Bellelli G, Frisoni GB, Barbisoni P, Boffelli S, Rozzini R, Trabucchi M. The Management of Adverse Clinical Events in Nursing Homes: A 1-Year Survey Study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2001;49(7):915-25.
27. O'Halloran J, Britt H, Valenti L. General practitioner consultations at residential aged-care facilities. *Med J Aust*. 2007 ;187(2):88-91
28. Ouslander JG, Perloe M, Givens JH, Kluge L, Rutland T, Lamb G. Reducing Potentially Avoidable Hospitalizations of Nursing Home Residents: Results of a Pilot Quality Improvement Project. *Journal of the American Medical Directors Association*. nov 2009;10(9):644-652.
29. De Bonis P, Trevisi G, de Waure C, Sferrazza A, Volpe M, Pompucci A, et al. Antiplatelet/Anticoagulant agents and chronic subdural hematoma in the elderly. *PLoS ONE*. 2013;8(7):e68732.
30. Siguret V, Gouin-Thibault I, Gaussem P, Pautas E. Optimizing the Use of Anticoagulants (Heparins and Oral Anticoagulants) in the Elderly. *Drugs Aging*. Septembre 2013;30(9):687-699
31. Butt DA, Mamdani M, Austin PC, Tu K, Gomes T, Glazier RH. The risk of falls on initiation of antihypertensive drugs in the elderly. *Osteoporos Int*. 24 avr 2013;
32. HAS - Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: prise en charge des troubles du comportement perturbateurs -Recommandations mars 2009. [en ligne] Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf (Page consultée le 09/09/2013)
33. Becker MA, Boaz TL, Andel R, Gum AM, Papadopoulos AS. Predictors of preventable nursing home hospitalizations: the role of mental disorders and dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*. juin 2010;18(6):475-482.
34. Trivedi SC, Subramanyam AA, Pinto C, Gambhire DD. Neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment: An analysis and its impact on caregiving. *Indian J Psychiatry*. avr 2013;55(2):154-160.
35. Fauth EB, Gibbons A. Which behavioral and psychological symptoms of dementia are the most problematic? Variability by prevalence, intensity, distress ratings, and associations with caregiver depressive symptoms. *Int J Geriatr Psychiatry*. 12 juill 2013;
36. Van Doorn C, Gruber-Baldini AL, Zimmerman S, Hebel JR, Port CL, Baumgarten M, et al. Dementia as a risk factor for falls and fall injuries among nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*. sept 2003;51(9):1213-1218.
37. Paquay L, De Lepeleire J, Schoenmakers B, Ylief M, Fontaine O, Buntinx F. Comparison of the diagnostic accuracy of the Cognitive Performance Scale (Minimum Data Set) and the Mini-Mental State Exam for the detection of cognitive impairment in nursing home residents. *Int J Geriatr Psychiatry*. avr 2007;22(4):286-293.
38. 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.* 1 août 2013;
39. Murtaugh CM, Freiman MP. Nursing home residents at risk of hospitalization and the characteristics of their hospital stays. *Gerontologist.* févr 1995;35(1):35-43.
 40. Ouslander JG, Lamb G, Perloe M, Givens JH, Kluge L, Rutland T, et al. Potentially Avoidable Hospitalizations of Nursing Home Residents: Frequency, Causes, and Costs. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2010;58(4):627-35.
 41. Cohen-Mansfield J, Lipson S. To hospitalize or not to hospitalize? That is the question: an analysis of decision making in the nursing home. *Behav Med.* 2006;32(2):64-70.
 42. Teno JM, Gozalo P, Mitchell SL, Bynum JPW, Dosa D, Mor V. Terminal Hospitalizations of Nursing Home Residents: Does Facility Increasing the Rate of Do Not Resuscitate Orders Reduce Them? *Journal of Pain and Symptom Management.* juin 2011;41(6):1040-1047.
 43. California Healthcare Foundation -Be Prepared: Reducing Nursing Home Transfers Near End of Life [en ligne]. Disponible sur: <http://www.chcf.org/publications/2011/03/reducing-nursing-home-transfers-end-of-life> (Page consultée le 13/05/2013)
 44. Bottrell MM, O'Sullivan JF, Robbins MA, Mitty EL, Mezey MD. Transferring dying nursing home residents to the hospital: DON perspectives on the nurse's role in transfer decisions. *Geriatric Nursing.* nov 2001;22(6):313-317.
 45. Wang HE, Shah MN, Allman RM, Kilgore M. Emergency Department Visits by Nursing Home Residents in the United States. *Journal of the American Geriatrics Society.* 1 oct 2011;59(10):1864-1872.
 46. Codde J, Frankel J, Arendts G, Babich P. Quantification of the proportion of transfers from residential aged care facilities to the emergency department that could be avoided through improved primary care services. *Australasian Journal on Ageing.* 2010;29(4):167-71.
 47. Horgas AL, Dunn K. Pain in nursing home residents. Comparison of residents' self-report and nursing assistants' perceptions. Incongruencies exist in resident and caregiver reports of pain; therefore, pain management education is needed to prevent suffering. *J Gerontol Nurs.* mars 2001;27(3):44-53.
 48. Tse MMY, Ho SSK. Pain management for older persons living in nursing homes: a pilot study. *Pain Manag Nurs.* juin 2013;14(2):e10-21.
 49. Vu MQ, Weintraub N, Rubenstein LZ. Falls in the nursing home: are they preventable? *J Am Med Dir Assoc.* nov-dec 2004;5(6):401-406.
 50. Michael YL, Lin JS, Whitlock EP, Gold R, Fu R, O'Connor EA, et al. Primary care relevant interventions to prevent falling in older adults: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2010;153:815-824
 51. Neyens JC, van Haastregt JC, Dijcks BP, Martens M, van den Heuvel WJ, de Witte LP, et al. Effectiveness and implementation aspects of interventions for preventing

- falls in elderly people in long-term care facilities: a systematic review of RCTs. *J Am Med Dir Assoc.* juill 2011;12(6):410-425.
52. Sylliaas H, Selbaek G, Bergland A. Do behavioral disturbances predict falls among nursing home residents? *Aging Clin Exp Res.* juin 2012;24(3):251-256.
 53. Bowman CE, Elford J, Dovey J, Campbell S, Barrowclough H. Acute hospital admissions from nursing homes: some may be avoidable. *Postgrad Med J.* 1 janv 2001;77(903):40-42.
 54. Carter MW. Variations in Hospitalization Rates among Nursing Home Residents: The Role of Discretionary Hospitalizations: Variations in Hospitalization Rates among Nursing Home Residents. *Health Services Research.* 12 août 2003;38(4):1177-1206.
 55. D'Arcy LP, Stearns SC, Domino ME, Hanson LC, Weinberger M. Is geriatric care associated with less emergency department use? *J Am Geriatr Soc.* janv 2013;61(1):4-11.
 56. Remande A. Motifs de recours des médecins généralistes à la télémédecine à partir de deux expérimentations [en ligne] Thèse d'exercice de médecine générale, Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2013. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/104/> (Page consultée le 10/09/2013)
 57. Eklund K, Klefsgård R, Ivarsson B, Geijer M. Positive experience of a mobile radiography service in nursing homes. *Gerontology.* 2012;58(2):107-111.
 58. Binot I. Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes orientés vers les urgences: recherche des facteurs de risque des hospitalisations inappropriées et des hospitalisations potentiellement évitables. Thèse d'exercice de médecine générale, Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2013
 59. Dosa D. Should I Hospitalize My Resident With Nursing Home–Acquired Pneumonia? *Journal of the American Medical Directors Association.* sept 2005;6(5):327-333.
 60. Naughton BJ, Mylotte JM. Treatment guideline for nursing home-acquired pneumonia based on community practice. *J Am Geriatr Soc.* janv 2000;48(1):82-88.
 61. Feldman SM, Rosen R, DeStasio J. Status of diabetes management in the nursing home setting in 2008: a retrospective chart review and epidemiology study of diabetic nursing home residents and nursing home initiatives in diabetes management. *J Am Med Dir Assoc.* juin 2009;10(5):354-360.
 62. Daamen MA, Hamers JPH, Gorgels APM, Brunner-la Rocca H-P, Tan FES, van Dieijen-Visser MP, et al. The prevalence and management of heart failure in Dutch nursing homes; design of a multi-centre cross-sectional study. *BMC Geriatr.* 2012;12:29.
 63. Beier MT. Management of Urinary tract infections in the nursing home elderly: a proposed algorithmic approach. *Int J Antimicrob Agents.* mai 1999;11(3-4):275-284.
 64. Zimmer JG, Eggert GM, Treat A, Brodows B. Nursing homes as acute care providers. A pilot study of incentives to reduce hospitalizations. *J Am Geriatr Soc.* févr 1988;36(2):124-129.

65. Loeb M, Carusone SC, Goeree R, Walter SD, Brazil K, Krueger P, et al. Effect of a clinical pathway to reduce hospitalizations in nursing home residents with pneumonia: a randomized controlled trial. *JAMA*. 7 juin 2006;295(21):2503-2510.
66. Evans G. Factors influencing emergency hospital admissions from nursing and residential homes: positive results from a practice-based audit. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. déc 2011;17(6):1045-1049.
67. Bollig G, Husebo BS, Husebo S. On-call physicians in nursing homes. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 4 déc 2008;128(23):2722-2724.
68. Gruneir A, Bell CM, Bronskill SE, Schull M, Anderson GM, Rochon PA. Frequency and Pattern of Emergency Department Visits by Long-Term Care Residents—A Population-Based Study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1 mars 2010;58(3):510-517.
69. Whitson HE, Hastings SN, Lekan DA, Sloane R, White HK, McConnell ES. A Quality Improvement Program to Enhance After-Hours Telephone Communication Between Nurses and Physicians in a Long-Term Care Facility. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1 juin 2008;56(6):1080-1086.

IX- ANNEXES

Annexe 1 : classification clinique des malades aux urgences (CCMU)

CCMU 1 : Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et abstention d'acte complémentaire diagnostique et thérapeutique aux urgences (exemple : état grippal, traumatisme crânien bénin sans perte de connaissance).

CCMU 2 : Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences (exemple : pneumonie non compliquée).

CCMU 3 : Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver dans l'immédiat, n'engageant pas le pronostic vital et décision d'acte diagnostique ou thérapeutique aux urgences (exemple : douleur angineuse avec modification électrocardiographique).

CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge ne comportant pas la pratique de manœuvres de réanimation aux urgences (exemple : œdème aigu du poumon avec défaillance respiratoire).

CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge comportant la pratique de manœuvres de réanimation aux urgences (exemple : arrêt cardio respiratoire).

Annexe 2 : questionnaire flux EHPAD-urgences

Protocole : Flux entre les EHPAD et les Urgences

Questionnaire destiné à l'EHPAD

Partie à compléter avec l'équipe soignante de l'EHPAD: il s'agira de compléter les champs libres ou de cocher la case correspondant à la réponse

Numéro d'anonymat du patient :

Données EHPAD

- Nom de l'EHPAD :
- Statut de l'EHPAD¹ :
 - Privé
 - Publique
 - Autre, précisez :
- Nombre de lits¹ :
- GMP¹: Date :
- PMP¹ : Date :
- Présence de secteur protégé¹ :
 - Oui
 - Non
 - Ne sait pas
- Nombre d'IDE¹ :
- Y a-t-il un IDE présent sur l'établissement pendant la nuit ?
 - Oui
 - Non
 - Ne sait pas
- Nombre de médecins traitants intervenants à l'EHPAD¹ :
- Distance EHPAD/Hôpital (à calculer à partir du site : <http://fr.mappy.com>) :
 - En km:
 - En minute :
- Existence de convention entre l'EHPAD et le CHU :
 - Oui

¹ Données à récupérer auprès de l'ARS

- Non
- Ne sait pas

- Existence de convention entre l'EHPAD et les établissements de santé privés :

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Si oui, le(s) quel(s) ?

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

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Données Patient :

- Poids :
- Taille :

- Quels sont les ATCD chirurgicaux et/ou médicaux du patient ?

- Liste des traitements médicamenteux avant l'hospitalisation :

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

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Si oui, lequel ?

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

- Oui
- Non

Si non, pourquoi ?

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

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

- | | | | |
|------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| ▪ Dyspnée | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| ▪ Chute | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| ▪ Fièvre | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| ▪ Asthénie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |

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

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

- Si ce n'était pas le médecin traitant qui a adressé le patient aux urgences, quelle en était la raison ?

- Médecin traitant injoignable, précisez pour quelle raison :
- Médecin traitant n'a pas été informé, précisez pour quelle raison :
- Autre raison, précisez :

- Si le patient a été envoyé par IDE ou quelqu'un autre qu'un médecin, quelle en était la raison ?

- Médecin de garde injoignable, précisez pour quelle raison :
- Médecin de garde n'a pas été informé, précisez pour quelle raison :
- Autre raison, précisez :

- Date d'envoi aux urgences (JJ/MM/AAAA):

- Quel était le jour d'envoi du patient aux urgences ?

- Lundi au jeudi (hors jours fériés)
- Vendredi (hors jours fériés)
- Week-end
- Jours fériés

- Quelle était l'heure où le médecin (ou l'IDE, en cas d'envoi par IDE) a été informé de l'état du patient ?

- Quelle était l'heure où le patient a été envoyé aux urgences ?

- Quel était le statut cognitif du patient avant² l'hospitalisation aux urgences ?

- Pas de démence
- Possible démence non diagnostiquée

² Environ une semaine avant l'hospitalisation

- Démence légère
- Démence modérée
- Démence sévère

- Patient est-il en fin de vie ?
 - Oui
 - Non
 - Ne sait pas

Si oui, bénéficie-t-il d'une prise en charge palliative formalisée dans une unité mobile de soins palliatifs ou dans un réseau de soins palliatifs à domicile (reliance) ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

- Remplir le questionnaire ADL par l'équipe soignante avant² l'hospitalisation.

Partie à compléter avec le médecin ou l'IDE ayant envoyé le patient aux urgences :

- Est-ce que vous connaissiez bien le patient avant que vous ne l'adressiez aux urgences ?
 - Très bien
 - Un peu
 - Pas du tout

Si vous ne connaissiez pas très bien ou pas du tout le patient, est-ce que vous avez eu facilement accès aux ATCD et aux autres informations importantes concernant le patient ?

- Oui
- Non
- Je n'ai pas cherché ces informations, précisez pour quelle raison :

- Quel était le principal motif d'hospitalisation ?
- Quels étaient les signes cliniques ?
- Aviez-vous le sentiment que le pronostic vital était engagé à court ou à moyen terme ?
 - Oui
 - Non
 - Ne sait pas

Si oui, pourquoi ?

- Est-ce que les signes cliniques ci-dessous étaient présents au moment de l'envoi du patient aux urgences ?

	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
▪ Confusion			
▪ Agitation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
▪ Somnolence	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
▪ Douleurs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
▪ Escarre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
▪ Anorexie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

- | | | | |
|------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| ▪ Dyspnée | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| ▪ Chute | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| ▪ Fièvre | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| ▪ Asthénie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |

- Y avait-il des signes de gravité ?

- Oui
 Non
 Ne sait pas, pourquoi ?

Si oui, lesquels ?

- Coma, inconscience
 Signes vitaux de gravité ou signes de choc (tachycardie, hypotension, désaturation...)
 Cécité ou surdité brutale
 Perte brutale de la motricité d'une partie du corps ou aphasie y compris transitoire (exemple: suspicion d'AVC)
 Fièvre persistante
 Syndrome hémorragique aigu
 Atteinte de fonctions essentielles de façon brutale (impossibilité de bouger, de manger, de respirer et d'uriner)   l'exception d'une manifestation chronique sans fait nouveau
 Ischémie aiguë
 Douleur aiguë non soulagée par traitement bien conduit
 Risque de passage à l'acte dangereux pour lui-même ou pour autrui
- Troubles graves électrolytiques ou acidobasiques
 Traumatisme avec suspicion de fracture et de recours à un traitement orthopédique ou chirurgical
 Autre, précisez:

- En cas de présence de prescription anticipée "non hospitalisation" dans le dossier médical du patient :

Cette prescription, a-t-elle été respectée ?

- Oui
 Non

Si non, pourquoi ?

- Votre avis personnel était qu'une hospitalisation aux urgences s'imposait
 Demande du résident
 Insistance de la famille
 Insistance de l'équipe soignante
 Vous n'avez pas eu accès à ces informations
 Autre, précisez :

- En cas d'absence de signes de gravité, quelles étaient les raisons principales qui vous ont conduit à envoyer le patient aux urgences (plusieurs réponses possibles) ?

- Inquiétude sur une pathologie relevant d'une prise en charge urgente, laquelle ?
 Manque d'information concernant le patient
 Présence des facteurs de risque en rapport avec une pathologie particulière, précisez :

- Manque de moyen humain à l'EHPAD pour l'administration des traitements ou la surveillance adéquate du patient, précisez :
 - Manque de moyen technique à l'EHPAD pour l'administration des traitements ou la surveillance adéquate du patient, précisez :
 - Nécessité de bilan biologique urgent, lequel ?
 - Nécessité d'imagerie urgente, laquelle ?
 - Nécessité d'autres examens en urgence, lesquels ?
 - Peur de procès
 - Pour se rassurer
 - Autre, précisez :
- Pensez-vous que si vous aviez l'aide d'un médecin spécialiste (hospitalier ou autre) par téléphone ou par télémedecine, cela aurait pu éviter l'envoi aux urgences ?
- Oui
 - Non
 - Ne sait pas

Si oui, quelle spécialité ?

Annexe 3 : Echelle ADL

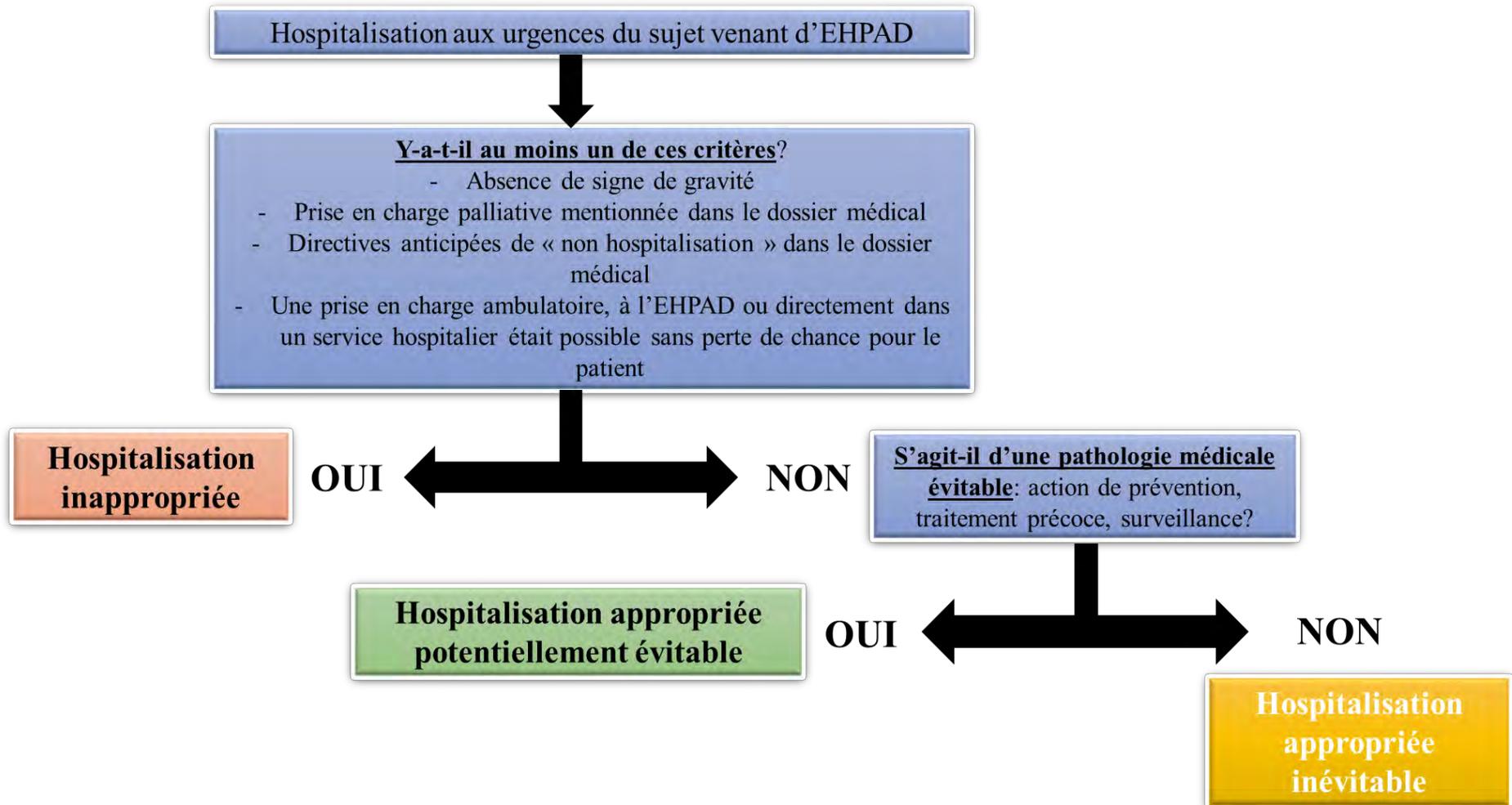
Echelle d'autonomie (ADL)

ECHELLE A.D.L		Nom
		Prénom
		Date
		Score
Hygiène Corporelle	Autonome	1
	Aide partielle	½
	Dépendant	0
Habillage	Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage	1
	Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage mais besoin d'aide pour se chausser.	½
	Dépendant	0
Aller aux toilettes	Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite.	1
	Doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller.	½
	Ne peut aller seul aux toilettes	0
Locomotion	Autonomie	1
	A besoin d'aide (cane, déambulateur, accompagnant)	½
	Grabataire	0
Continence	Continent	1
	Incontinence occasionnelle	½
	Incontinent	0
Repas	Se sert et mange seul	1
	Aide pour se servir, couper le viande ou peler un fruit	½
	Dépendant	0

Annexe 4 : Echelle d'évaluation des hospitalisations inappropriées, appropriées potentiellement évitables et appropriées inévitables

Caractéristiques	Oui	Non	Ne sait pas
A. Hospitalisation est INAPPROPRIEE si: I=0 et/ou II=1 et/ou III=1 et/ou IV=1			
I. Présence de critères de gravité, prendre en compte le caractère inhabituel du signe ou symptôme			
1. Coma, inconscience	1	0	X
2. Signes vitaux de gravité ou signes de choc (tachycardie, dyspnée, hypotension, désaturation...)	1	0	X
3. Cécité ou surdité brutale	1	0	X
4. Perte brutale de la motricité d'une partie du corps ou aphasie y compris transitoire (ex. suspicion d'AVC)	1	0	X
5. Fièvre persistante	1	0	X
6. Syndrome hémorragique aigu	1	0	X
7. 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	1	0	X
8. Ischémie aiguë	1	0	X
9. Douleur aiguë non soulagée par traitement bien conduit	1	0	X
10. Risque de passage à l'acte dangereux pour lui-même ou pour autrui	1	0	X
11. Troubles graves électrolytiques ou acidobasiques	1	0	X
12. Traumatisme avec suspicion de fracture et de recours à un traitement orthopédique ou chirurgical	1	0	X
II. Prise en charge palliative (sans les signes de gravité I)			
III. Directive anticipée de non hospitalisation dans le dossier médical			
IV. Pathologie traitable dans un autre lieu (EHPAD comprise) sans diminution de chance du résident			
	1	0	X
Hospitalisation INAPPROPRIEE ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
B. Hospitalisation est APPROPRIEE mais potentiellement EVITABLE si: INAPPROPRIEE (A)=NON et V ≥ 1			
V. Pathologies médicales évitables (ICD-9)			
1. Angor	1	0	X
2. Pneumopathie	1	0	X
3. Poussée d'insuffisance cardiaque	1	0	X
4. Exacerbation de BPCO	1	0	X
5. Déshydratation	1	0	X
6. Asthme	1	0	X
7. Déséquilibre diabète/hypoglycémie	1	0	X
8. Crise d'épilepsie sauf première crise	1	0	X
9. HTA	1	0	X
10. Chute	1	0	X
11. Fracture	1	0	X
12. Gastroentérite	1	0	X
13. Infection urinaire ou pyélonéphrite	1	0	X
14. Anémie par carence martiale	1	0	X
15. Dénutrition	1	0	X
16. Problème dentaire	1	0	X
17. Infection ORL (nez, gorge, oreilles)	1	0	X
18. Iatrogénie médicamenteuse	1	0	X
Hospitalisation APPROPRIEE mais POTENTIELLEMENT EVITABLE ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
C. Hospitalisation est APPROPRIEE et INEVITABLE si: INAPPROPRIEE (A)=NON et APPROPRIEE mais potentiellement EVITABLE (B)=NON			
Hospitalisation APPROPRIEE et INEVITABLE ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			

Annexe 5: Schéma décisionnel du type d'hospitalisation (inappropriée, appropriée et potentiellement évitable, appropriée inévitable)



Descriptive survey of factors involved in the decision to take nursing home patients to the emergency department of the Toulouse University Hospital (TUH)

A descriptive retrospective survey, including all the patients from the nursing homes, was conducted for a week at the emergency department of the TUH to analyse the factors involved in the decision to take nursing home patients to the TUH emergency ward, and then, compare hospital cases in the light of the legitimacy of their hospitalization (unjustified, appropriate yet avoidable, obviously justified). 54 hospital cases were studied, whose profile is a demented female afflicted with and treated for a variety of medications, referred to the emergency ward by a mobile emergency medical service physician during business hours on a weekday, for bad fall with potential fracture, cardio-respiratory or neuro-psychiatric disorder. 42.5 % of the hospitalizations proved unjustified, 48.1 % appropriate yet avoidable and 9.2% obviously justified. The study reveals that unjustified hospitalizations occur when patients are less self-sufficient, with higher degree of dementia and when the decision is made by the general practitioner, on fridays or weekends between 8 am and 8 pm, for infectious and digestive problems, fever and urinary catheterisation.

Key words : emergencies – nursing home – geriatrics – primary care – inappropriate hospitalization – appropriate and avoidable hospitalization

**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**

Toulouse le 29 octobre 2013

Une étude descriptive rétrospective a été menée sur une semaine au sein des urgences du CHU de Toulouse, incluant tous les patients venant d'EHPAD. L'objectif de cette étude est d'analyser les facteurs intervenant dans la décision du transfert des patients venant d'EHPAD vers les urgences puis de les comparer selon que l'hospitalisation est inappropriée (HI), appropriée et évitable (HE) ou appropriée et inévitable (HAI). Sur les 54 patients inclus, le profil type est une femme démente, polypathologique et polymédiquée. Celle-ci est adressée aux urgences par le médecin du SAMU, en semaine aux heures ouvrables, principalement pour une chute avec suspicion de fracture, un problème cardio-respiratoire ou neuropsychiatrique. 42.5% des transferts sont inappropriés, 48.1% appropriés et évitables et 9.2% inévitables. Les transferts inappropriés surviennent chez des patients plus dépendants et plus déments, et sont décidés par le médecin traitant, le vendredi ou le weekend aux heures ouvrables, pour des motifs infectieux, digestifs, pour de la fièvre ou un sondage urinaire.

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Mots Clés : urgences - EHPAD - gériatrie - médecine générale - hospitalisation inappropriée – hospitalisation appropriée et évitable

Faculté de médecine Purpan – 37 allée Jules Guesde – 31073 TOULOUSE Cedex

Directeur de thèse : Dr BISMUTH Serge