

**THESE**  
**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**  
**SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement le 24 mai 2019

par

Mme Isaure FRAUX

**Un Hôpital de Jour dédié aux patients d'EHPAD : quelle utilité pour les médecins dans  
la prise en charge de ces patients ?**

Directrices de thèse : Madame le Docteur Sophie HERMABESSIERE

Madame le Docteur Clarisse LAFFON DE MAZIERES

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Yves ROLLAND  
Assesseur : Madame le Professeur Maria-Eugénia SOTO-MARTIN  
Assesseur : Madame le Docteur Sophie HERMABESSIERE  
Assesseur : Madame le Docteur Clarisse LAFFON DE MAZIERES  
Assesseur : Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA



**UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER**  
**FACULTE DE MEDECINE DE RANGUEIL**



**TABLEAU du PERSONNEL HU**

**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2018**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GURAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CHARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. VIRENOUE Christian
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas		
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric		
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSÉ Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GURAUD-CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		

## Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis  
Professeur ALBAREDE Jean-Louis  
Professeur ARBUS Louis  
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth  
Professeur BOCCALON Henri  
Professeur BONEU Bernard  
Professeur CARATERO Claude  
Professeur CHAMONTIN Bernard  
Professeur CHAP Hugues  
Professeur CONTÉ Jean  
Professeur COSTAGLIOLA Michel  
Professeur DABERNAT Henri  
Professeur FRAYSSE Bernard  
Professeur DELISLE Marie-Bernadette  
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard  
Professeur JOFFRE Francis  
Professeur LAGARRIGUE Jacques  
Professeur LARENG Louis  
Professeur LAURENT Guy  
Professeur LAZORTHE Yves  
Professeur MAGNAVAL Jean-François  
Professeur MANELFE Claude  
Professeur MASSIP Patrice  
Professeur MAZIERES Bernard  
Professeur MOSCOVICI Jacques  
Professeur MURAT  
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian  
Professeur SALVAYRE Robert  
Professeur SARRAMON Jean-Pierre  
Professeur SIMON Jacques

## FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

P.U. - P.H.

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

### Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUDA Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Faterneh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie

**P.U. Médecine générale**

M. OUSTRIC Stéphane

### 2ème classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

**P.U. Médecine générale**

M. MESTHÉ Pierre

**Professeur Associé Médecine générale**

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

**Professeur Associé en Neurologie**

Mme PAVY-LE TRAON Anne

## FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie	<b>P.U. Médecine générale</b>	
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation	<b>Professeur Associé de Médecine Générale</b>	
M. OTAL Philippe	Radiologie	M. BOYER Pierre	
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition	<b>Professeur Associé en Pédiatrie</b>	
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie	Mme CLAUDET Isabelle	
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAÜBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		
<b>Professeur Associé de Médecine Générale</b>			
M. STILLMUNKES André			

**M.C.U. - P.H.**

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
Mme DUPOUY Julie

**M.C.U. - P.H**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel  
Mme ESCOURROU Brigitte

**Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale**

Dr FREYENS Anne  
Dr IRI-DELAHAYE Motoko  
Dr CHICOULAA Bruno

Dr BIREBENT Jordan  
Dr BOURGEOIS Odile  
Dr LATROUS Leila

## REMERCIEMENTS

---

À notre Président du jury  
Monsieur le Professeur Yves ROLLAND  
Professeur des Universités

*Vous me faites l'honneur de présider ce travail et je vous en remercie.  
Veuillez trouver le témoignage de mon profond respect.*

À notre jury de thèse,

Madame le Professeur Maria-Eugénia SOTO-MARTIN  
Professeur des Universités

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA  
Maître de conférences associé en Médecine Générale.

*Vous me faites l'honneur de juger notre travail et de siéger dans le jury.  
Je vous en remercie profondément.*

À mes directrices de thèse,

Madame le Docteur Sophie HERMABESSIERE  
*Merci d'avoir accepté de codiriger ce travail et de m'avoir accompagnée lors de mon premier semestre en tant qu'interne.  
Merci pour ta disponibilité et tes conseils.*

Madame le Docteur Clarisse LAFFON DE MAZIERES  
*Merci d'avoir accepté de codiriger ce travail et de siéger parmi ce jury.  
Merci pour ta disponibilité et ton aide.*

*Je vous remercie pour votre accompagnement bienveillant.*

Merci à ceux qui ont contribué à ma formation,

*Le service de gériatrie du CHU de Toulouse avec les Docteurs Gabor ABELLAN VAN CAN et Sophie HERMABESSIERE, merci pour ce premier semestre. J'ai découvert l'univers de la gériatrie et appris à l'aimer.*

*À mes maîtres de stage dans le Gers, les Docteurs Édith LABERENNE, Sylvaine TOUTLEMONDE et Véronique GAUDEBOUT pour votre bienveillance et votre pédagogie.*

*Docteur Max LAFARGUE pour ton soutien et ta confiance.*

À ma famille,

*À mes parents, pour votre soutien depuis le début de ces longues études, déjà 10 ans ! Merci pour les souvenirs en famille, l'amour des voyages et les valeurs que vous m'avez transmises. Pour le sens de l'orthographe et la peur de faire une fote qui me suivra toute la vie.*

*À ma sœur pour ton soutien et ta présence, et pour ne pas m'avoir transmis ta recette de la mousse au chocolat !*

*À Sébastien, pièce rapportée de Bretagne, merci de soutenir Pierre pour sa passion du bon coin. Je suis heureuse que tu fasses partie de la famille.*

*À ma Mamie, pour les souvenirs au Fraysse, l'amour de la famille, les grandes tablées et les tables de multiplication. Parce que ta recette du pâté c'est la meilleure et que personne ne fait mieux que toi la saucisse des cousins.*

*Merci de nous avoir permis d'avoir une grande famille ; à tous mes cousins et cousines, pour tous ces moments passés ensemble.*

*À Régine, je ne serai définitivement pas proctologue... mais je peux t'adresser à un confrère ?*

À mes amis,

*La meute.*

*Armelle depuis plus de 20 ans... « vous êtes jumelles ? » « Oui et c'est notre anniversaire, elle, c'est Isaure Fraux et moi Armelle Sallier », parce que tu arrives toujours à me faire rire et que les souvenirs ne se comptent plus.*

*Alix, un (très gentil) tyran de plus. Merci pour ton accueil à Tours, Limoges, Albi, et aux folles soirées qui vont avec. Ton répertoire musical est mieux qu'un jukebox.*

*Blandine, notre miss rappeuse du groupe ! Toujours enjouée et un brin psychopathe ? Parce que tu es là où on ne t'attend pas mais toujours là pour nous. Un troll en chef !*

*Clara, merci de nous faire voyager, ta bonne humeur permanente et tes métamorphoses en Vaness'. Pour les cours de ski, de yoga et d'avoir été mon professeur particulier pour les statistiques... C'était pas gagné !*

*Gladys, ma partenaire de course, mon union libre depuis tant d'années ! Merci pour ton sourire, ta bonne humeur et ta franchise.*

*Hélène pour ton rire communicatif et ta présence sans faille dès que tu le peux ! Aux soirées à Albi et à toutes celles encore à venir.*

*Jeanne pour ton écoute toujours bienveillante et tes bons conseils. A notre amitié débutée grâce à notre faible capacité d'attention au lycée, en français et en chimie. Je te souhaite le meilleur pour l'avenir.*

*Justine, pour ton rire, ta force et ta gentillesse qui sont un véritable modèle pour moi.*

*Merci pour notre amitié si précieuse, pour les week-ends entre filles, les voyages, les soirées, les joies partagées avec vous et surtout « on mange où ? ». Merci pour votre patience quand Mère Zo se réveille. Merci pour les danses sur ma drôle de vie, les podiums et les fausses bonnes idées. Parce que la distance ne nous a pas séparée et que j'espère que ça continuera longtemps malgré nos plannings de ministres.*

*À mes copines de Limoges, Marie-Sophie, Marion, Lys et Philou pour tous ces moments partagés. Parce qu'à Limoges on était bien finalement. Aux années d'externat, aux stages et aux gardes.*

*Marie-Sophie pour tous ces dimanches où on avait initialement prévu de travailler.*

*Marion pour ta joie de vivre et toutes ces heures de révision #onestlarges, parce que les partiels n'auraient pas été les mêmes sans toi.*

*Lys pour les vacances à l'île d'O, ton accueil à Limoges et ta bonne humeur.*

*Philou pour ta gentillesse, les footings et ton rire si mignon.*

*Paul et John, des sacrés personnages... !*

*Aux copains de la course, pour ces entraînements intensifs !*

*À mes co-internes,*

*Gauthier, pour tes blagues (plus ou moins drôles, mais souvent très drôles) et ton style de danse... très personnel ! Merci de m'avoir supporté pendant deux semestres à temps plein. Je suis ravie de t'avoir rencontrée.*

*À Marion, et Pr Maynaud pour ce semestre aux urgences d'Albi en votre compagnie. À Camille, Zara, Marie G., Maxime, Marie P. adoptée dès ton arrivée, Momo, Nico, Louis, Aline, Martin, Cyrille, Charlène, Steph, Gwillerm pour ce semestre en votre compagnie.*

*Joanna et Maud, mes colocataires à Barran #Gers. A notre amitié. Merci pour votre gentillesse et votre bonne humeur.*

Pierre,

*Mon Helmer, mon Amour, mon Ami. Merci pour toutes ces années à tes cotés et toutes celles encore à venir je l'espère. À nos projets, pour qu'ils se réalisent et que nous en aillions encore de nouveaux. Merci pour ta présence et ton amour. Je t'aime.*

## TABLE DES MATIERES

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>- 4 -</b>
1) ÉVOLUTION DEMOGRAPHIQUE DE LA POPULATION .....	- 4 -
2) LES ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES (EHPAD) .....	- 4 -
3) LA FILIERE DE SOINS GERIATRIQUES .....	- 6 -
4) LES RESIDENTS D'EHPAD DANS LES SERVICES D'ACCUEIL DES URGENCES .....	- 6 -
5) L'HOPITAL DE JOUR REACTIF EHPAD .....	- 7 -
a. Présentation :.....	- 7 -
b. Fonctionnement : .....	- 8 -
6) JUSTIFICATION DE L'ETUDE ET QUESTION DE RECHERCHE.....	- 8 -
<b>MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>- 10 -</b>
1) RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.....	- 10 -
2) SCHEMA DE L'ETUDE .....	- 10 -
3) CRITERES A L'ETUDE .....	- 10 -
a. Critère de jugement principal.....	- 10 -
b. Critère de jugement secondaire .....	- 11 -
4) POPULATION ETUDIEE.....	- 11 -
5) PROCEDURE DE RECHERCHE.....	- 11 -
a. Réalisation du questionnaire .....	- 11 -
b. Envoi du questionnaire.....	- 12 -
6) ANALYSE STATISTIQUE.....	- 12 -
a. Analyses univariées.....	- 12 -
b. Analyses bivariées.....	- 13 -
<b>RESULTATS.....</b>	<b>- 14 -</b>
1) DIAGRAMME DE FLUX.....	- 14 -
2) TAUX DE REPONSE .....	- 14 -
3) DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE .....	- 15 -
4) L'AVIS DES MEDECINS SUR L'HDJ REACTIF EHPAD.....	- 15 -
5) A PROPOS DE LA CONNAISSANCE DE L'HOPITAL DE JOUR REACTIF EHPAD .....	- 16 -
6) A PROPOS DU MODE DE CONNAISSANCE INITIAL DE L'HOPITAL DE JOUR REACTIF EHPAD .....	- 17 -
7) L'UTILISATION DE L'HDJ PAR LES MEDECINS .....	- 17 -
a. Utilisation de l'HDJ par les médecins qui ne connaissaient pas l'HDJ Réactif EHPAD.....	- 17 -
b. Utilisation de l'HDJ par les médecins connaissant l'HDJ Réactif EHPAD.....	- 18 -
c. Utilisation de l'HDJ par les médecins ayant eu recours à l'HDJ Réactif EHPAD.....	- 18 -
8) L'AVIS SUR L'HDJ REACTIF EHPAD .....	- 20 -
9) LES MOYENS DISPONIBLES DANS LES EHPAD POUR LIMITER LES HOSPITALISATIONS EN SAU .....	- 21 -
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>- 23 -</b>
1) INTERPRETATION DES RESULTATS .....	- 23 -
a. Objectif principal.....	- 23 -
b. Objectif secondaire .....	- 23 -
c. Le délai de prise en charge.....	- 24 -
d. Les préconisations de l'HDJ Réactif EHPAD.....	- 24 -
e. Concernant la connaissance de l'HDJ Réactif EHPAD.....	- 25 -
f. Les motifs de recours à l'HDJ Réactif EHPAD .....	- 27 -

g. <i>Les moyens disponibles dans les EHPAD pour limiter les hospitalisations en service d'accueil des urgences</i> .....	- 28 -
2) LES LIMITES METHODOLOGIQUES .....	- 34 -
a. <i>Envoi des questionnaires</i> .....	- 34 -
b. <i>Échantillon</i> .....	- 34 -
3) LES POINTS FORTS .....	- 35 -
a. <i>Le taux de réponse</i> .....	- 35 -
b. <i>La validité externe</i> .....	- 36 -
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>- 37 -</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>- 38 -</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>- 41 -</b>

## ABREVIATIONS

---

ANTEL : *Association Nationale de Télémedecine*  
ARS : *Agence Régionale de Santé*  
BDSP : *Banque de Données de Santé Publique*  
CHU : *Centre Hospitalier Universitaire*  
CNRS : *Centre National de la Recherche Scientifique*  
CISMeF : *Catalogue et Index des Sites médicaux de la Langue Française*  
DH : *Day Hospital*  
DLU : *Dossier de Liaison d'Urgence*  
EHPA : *Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées*  
EHPAD : *Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes*  
EMG : *Équipe Mobile de Gériatrie*  
EMSP : *Équipe Mobile de Soins Palliatifs*  
FMC : *Formation Médicale Continue*  
HAD : *Hospitalisation à domicile*  
HAS : *Haute Autorité de Santé*  
HDJ : *Hôpital De Jour*  
IDE : *Infirmière Diplômée d'État*  
[IIQ] : *intervalle interquartile*  
INSEE : *Institut National de la Statistique et des Études Économiques*  
INSERM : *Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale*  
Med CO : *Médecins coordonnateurs d'EHPAD*  
MT : *Médecins Traitants de patients en EHPAD*  
NH : *Nursing Home*  
OMS : *Organisation Mondiale de la Santé*  
USLD : *Unité de soins longue durée*  
USPALZ : *Unités de Soins, d'évaluation et de Prise en charge Alzheimer (congrès)*  
URPS : *Union Régionale des Professionnels de Santé*  
SSR : *Soins de Suite et de Réadaptation*  
SAU : *Services d'Accueil des Urgences*

## INTRODUCTION

### 1) Évolution démographique de la population

Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, la France compte 25,6 % de personnes de plus de 60 ans, 19,5% de personnes de plus de 65 ans et 15,9 % de personnes âgées de plus de 80 ans (1). Durant les vingt prochaines années, l'âge les personnes nées lors du « baby-boom » (après 1945 jusqu'au milieu des années 70 (2)) va également dépasser les 65 ans, et les personnes âgées vont être de plus en plus nombreuses. Les projections font apparaître une nette augmentation de la population des plus de 80 ans, qui passerait de 3 millions en 2007 à 6,1 millions en 2035 (+ 104 %) et à 8,4 millions en 2060 (+ 179 %) (3).

La dépendance est définie par l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie quotidienne, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement (4).

Les projections démographiques permettent d'anticiper une forte hausse du nombre de personnes dépendantes de 2025 à 2060. La progression devrait être particulièrement rapide entre 2026 et 2054, en raison du vieillissement de cette génération du baby-boom. Elle est nettement plus rapide que celle de la population dans son ensemble, qui progresserait de 13 % entre 2007 et 2035, et de 19 % entre 2007 et 2060 (5).

C'est dans ce contexte d'anticipation du vieillissement de la population que la filière de soins gériatriques s'est structurée et organisée avec la circulaire du 18 mars 2002 puis grâce au Plan Solidarité grand âge 2007-2012 (6).

### 2) Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

En France, un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) est une structure médico-sociale, qui accueille des personnes de plus de 60 ans, en situation de perte d'autonomie physique ou psychique pour lesquelles un maintien à domicile n'est plus possible. Les EHPAD sont aussi appelés « maisons de retraite médicalisées ». Le statut de l'EHPAD peut être public, privé à but lucratif ou privé associatif.

L'EHPAD assure l'hébergement, la restauration et la blanchisserie, des animations, une aide à la vie quotidienne, une surveillance médicale, ainsi que des soins. Ces derniers sont

assurés par un personnel soignant professionnel sous la tutelle d'un médecin coordonnateur dont les missions sont définies par décret (7). Il a pour rôles principaux la coordination entre les professionnels de santé libéraux et salariés et l'élaboration du projet de soin du résident au sein de l'EHPAD. Il est par ailleurs responsable de diverses fonctions administratives et travaille en lien avec le directeur d'établissement. Le résident garde le libre arbitre du choix de son médecin traitant.

Pour être reconnu comme EHPAD, l'établissement médicalisé doit avoir conclu avec le Conseil Départemental et l'Agence Régionale de Santé (ARS) une convention qui l'engage à respecter un cahier des charges. Le but est d'assurer l'accueil des personnes dépendantes dans les meilleures conditions, de fixer les objectifs de qualité de la prise en charge des résidents et les moyens financiers de fonctionnement.

En Occitanie, fin 2015, on comptait 792 EHPAD dont 418 en ancienne région Midi-Pyrénées et 127 en Haute-Garonne. Le nombre moyen de lits par EHPAD était de 75 lits à l'échelle régionale Occitanie et cette moyenne varie entre 65 et 97 lits selon les départements. Pour la Haute-Garonne, on comptait 9488 lits avec en moyenne 79 lits par EHPAD. Au total, on comptait 9070 résidents en Haute-Garonne pour 9301 places disponibles, soit un taux d'occupation de 97,5 % (au 31/12/2016) dont 73,6 % de femmes, et une médiane d'âge à 87 ans. Les résidents avaient, pour 81,8 % d'entre eux, entre 80 et 99 ans (8).

Environ 34 % de l'ensemble des résidents accueillis en Midi-Pyrénées ont été hospitalisés au moins une fois au cours de l'année dont 36 % pour le département de la Haute-Garonne. Ce chiffre est stable depuis 2011 (8). L'enquête PLEIAD de 2010 retrouvait déjà des chiffres similaires : le taux annuel d'hospitalisation des résidents en EHPAD était de 40 %, pour une durée moyenne de séjour de 19 jours par an (9).

Les hospitalisations à domicile (HAD) étaient peu fréquentes et concernaient 0,7 % des résidents en Midi-Pyrénées et 0,5 % en Haute-Garonne. Parmi ces hospitalisations (hors HAD) en Haute-Garonne, 60,6 % d'entre elles avaient fait l'objet d'une admission via le service d'accueil des urgences (SAU), 16,7 % avaient eu lieu de nuit et 3,4 % avaient été suivies d'une ré-hospitalisation dans les 72 heures après la sortie (8).

Les hospitalisations dans le SAU des patients d'EHPAD sont particulièrement délétères pour ces derniers. Elles entraînent une perte d'autonomie fonctionnelle et cognitive. Pour la société le coût des hospitalisations est élevé. Ces hospitalisations en SAU concernent environ 20 à 25 % des résidents d'EHPAD (8) (9).

### 3) La filière de soins gériatriques

Le dispositif appelé « filière de soins » permet d'organiser de façon cohérente et graduée les soins gériatriques sur un territoire donné. Cette filière couvre l'intégralité des parcours possibles du patient âgé en tenant compte de son caractère évolutif, de ses besoins de santé et du niveau de recours au plateau technique. Elle s'inscrit dans une politique globale de prise en charge des personnes âgées (7) (10). La gouvernance de ces organisations territoriales est assurée par les ARS.

Les filières gériatriques comportent différents niveaux de structures de soins : un court séjour gériatrique situé dans l'établissement de santé support de la filière et dédié aux prises en charges aiguës, une unité de soins de suite et réadaptation (SSR), une unité de soins de longue durée (USLD), une équipe mobile de gériatrie (EMG), et une unité de consultation et d'hospitalisation de jour (HDJ) gériatrique (6) (7).

Ces filières s'articulent avec les autres structures du territoire accueillants des personnes âgées : les EHPAD, les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées (EHPA), les SAU, les autres services hospitaliers, les services de soins à domicile et les soignants libéraux.

### 4) Les résidents d'EHPAD dans les services d'accueil des urgences

Les patients d'EHPAD sont fréquemment transférés vers les SAU : 20 à 25 % des résidents au moins une fois par an et 10 % deux fois ou plus (9). L'attente moyenne de la personne âgée avant sa prise en charge est de 5 heures, contre 3 heures 30 pour la population générale (11).

Après le passage en SAU, 41 à 52 % des résidents sont hospitalisés, 42 à 54 % retournent en EHPAD et 1 à 5 % meurent en SAU. Au retour de ces hospitalisations, trois indicateurs de fragilité augmentent : les chutes (+5%), la dénutrition (+14%) et les contentions (+23%) (9). Les hospitalisations sont le plus souvent décidées par le médecin de l'EHPAD (médecin traitant, médecin de garde ou médecin coordonnateur) à 72 % et le jour en urgence à 65 % (9).

Les motifs d'hospitalisations non programmées des patients d'EHPAD les plus fréquents sont les chutes (1/3 dont 50 % avec fractures), les décompensations cardiopulmonaires (30 %), suivis par les problèmes urologiques et digestifs, neuro-vasculaires et les troubles du comportement (12). Ces hospitalisations non programmées ont une fréquence très variable de 9 à 60 % selon les pays (13). Parmi ces hospitalisations, 30 % durent moins de 24 heures et se font quasi exclusivement en SAU, surtout pour des examens complémentaires biologiques ou

morphologiques (14). Ces hospitalisations de moins de 24 heures, quand elles sont évitables, doivent être une cible prioritaire pour les politiques de réduction des hospitalisations des personnes âgées.

Les hospitalisations potentiellement évitables des patients des EHPAD représentent 19 à 67% des hospitalisations non programmées (13). Elles concernent toutes des états pathologiques qui pourraient être évités si les comorbidités et les syndromes gériatriques étaient pris en charge de façon optimale ou prévenus en EHPAD, en amont du transfert à l'hôpital à l'occasion d'une décompensation.

Les hospitalisations inappropriées des patients d'EHPAD concernent les hospitalisations dont la pertinence et/ou le rapport bénéfice/risque sont discutables étant donné que les soins pourraient être réalisés dans l'EHPAD ou grâce à d'autres organisations que par le recours à l'hospitalisation, sans perte de chance pour le résident (14).

C'est en ciblant ces hospitalisations évitables et inappropriées qu'on pourrait essayer de diminuer le passage en SAU des résidents d'EHPAD et leurs effets négatifs bien connus.

Après avoir comparé deux groupes d'EHPAD : «accompagnés» versus «non accompagnés», l'étude IQUARE a permis de montrer une réduction des hospitalisations en SAU des résidents d'EHPAD dans le groupe «accompagnés», c'est à dire le groupe où les équipes de soins des EHPAD ont été accompagnées par un gériatre qui intervenait pendant 18 mois au sein de l'EHPAD (15). Ces résultats suggèrent que les transferts des résidents d'EHPAD vers les urgences ne dépendent pas seulement de leurs comorbidités souvent nombreuses mais que l'amélioration de la filière de soins peut également avoir un impact positif sur la diminution de ces transferts.

## 5) L'hôpital de Jour Réactif EHPAD

### a. Présentation :

L'Hôpital de Jour dédié aux patients d'EHPAD ou HDJ Réactif EHPAD a été créé en octobre 2015 par le Gérontopôle de Toulouse pour répondre aux besoins des équipes soignantes des EHPAD, afin de leur fournir un meilleur accompagnement et diminuer le nombre d'hospitalisations vers les SAU dont le bénéfice est parfois limité.

Il permet un accès rapide à un plateau technique (examens biologiques, radiologiques, échographie cardiaque et autres en fonction des demandes) ainsi qu'à des avis spécialisés (urologique, plaies et cicatrisation, oncogériatrique, neurologique, infectieux par exemple) dans le but de prévenir une décompensation aiguë qui entraînerait le passage en SAU (16).

b. Fonctionnement :

Le médecin traitant, le médecin coordonnateur de l'EHPAD ou le médecin urgentiste peut faire la demande d'admission par fax ou par courrier électronique à l'HDJ grâce à un formulaire de demande d'hospitalisation normalisé, par fax ou par courrier électronique, en indiquant le motif de la demande, l'avis du spécialiste souhaité et les examens complémentaires requis (biologique et/ou radiologique). La mention du caractère urgent des soins est précisée sur ce formulaire afin de hiérarchiser les demandes. Les formulaires de demande peuvent être accompagnés d'un appel téléphonique au médecin de l'HDJ, en particulier pour les demandes urgentes (demande d'hospitalisation dans les 48 à 72 heures). Le formulaire de demande est examiné par le gériatre de l'HDJ, puis, après approbation, la journée d'hospitalisation est organisée par l'infirmière.

6) Justification de l'étude et question de recherche

L'HDJ Réactif EHPAD est un élément nouveau et innovant de la filière de soins gériatriques. Il vient renforcer l'interface entre le monde hospitalier et le monde libéral dans un but d'amélioration de la qualité des soins, de la prévention et de l'éducation des équipes soignantes. Les interlocuteurs principaux sont les médecins coordonnateurs d'EHPAD et les médecins traitants qui sont impliqués à 80 % dans la décision de transfert vers les SAU des résidents d'EHPAD (14).

Cependant, nous n'avons actuellement pas de données concernant la satisfaction des médecins traitants et des médecins coordonnateurs qui ont adressé des résidents d'EHPAD à l'HDJ réactif EHPAD.

Il semble donc nécessaire de savoir si l'HDJ Réactif EHPAD répond à leurs besoins et leurs attentes, s'il permet une amélioration de la prise en charge des résidents d'EHPAD et si, selon eux, il a permis d'éviter une hospitalisation aux urgences, une décompensation aiguë ou si cette hospitalisation a eu un autre bénéfice.

L'objectif principal de notre étude est d'étudier la satisfaction des médecins traitants de résidents en EHPAD et des médecins coordonnateurs d'EHPAD concernant la prise en charge par l'HDJ Réactif EHPAD des patients qu'ils y ont adressés.

L'objectif secondaire est de connaître l'avis des médecins traitants des résidents d'EHPAD et des médecins coordonnateurs sur la possibilité que l'hospitalisation d'un résident à l'HDJ Réactif EHPAD ait permis d'éviter une décompensation aiguë et/ou une hospitalisation en SAU de ce dernier.

## MATERIEL ET METHODE

### 1) Recherche bibliographique

La recherche bibliographie s'est effectuée entre mars 2018 et avril 2019 via :

- Le catalogue de la Banque de Données de Santé Publique (BDSP),
- Le catalogue de EM-Premium (Elsevier Masson-Premium),
- Pubmed,
- Le thésaurus Medical Subject Heading (MeSH) en combinant les mots clés :  
Nursing home, hospitalization, care in nursing home, elderly, emergency transfer.
- Le métamoteur de recherche Google Scholar,
- Le moteur de recherche généraliste Google,
- Les sites internet des universités Françaises et Francophones de médecine,
- Les sites internet des sociétés savantes (CNRS, HAS, INSEE, INSERM, OMS)
- Le Catalogue et Index des Sites médicaux de la Langue Française (CISMeF)
- L'analyse des bibliographies, des articles et des thèses sélectionnés,

Les articles en Français ou en Anglais ont été sélectionnés selon leur pertinence et leur date de publication, après lecture du résumé. Ils étaient conservés ou non après lecture de l'article en entier.

### 2) Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive, observationnelle, transversale et déclarative.

### 3) Critères à l'étude

#### a. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal est la satisfaction des médecins traitants de résidents d'EHPAD et des médecins coordonnateurs des EHPAD dont les résidents ont été adressés en HDJ Réactif EHPAD.

#### b. Critère de jugement secondaire

Le critère de jugement secondaire est l'avis des médecins traitants des résidents d'EHPAD et des médecins coordonnateurs d'EHPAD sur la possibilité que l'hospitalisation d'un résident à l'HDJ Réactif EHPAD ait permis d'éviter une décompensation aiguë et/ou une hospitalisation en SAU de ce dernier.

#### 4) Population étudiée

La population étudiée comprend les médecins traitants de résidents d'EHPAD du Département de la Haute-Garonne et les médecins coordonnateurs des EHPAD de la Haute-Garonne. Ont été exclus les médecins n'étant ni médecin traitant de résident d'EHPAD, ni médecin coordonnateur d'EHPAD et les médecins n'exerçant pas en Haute-Garonne. Les médecins pouvaient être à la fois médecin traitant du résident d'EHPAD et médecin coordonnateur d'EHPAD.

#### 5) Procédure de recherche

##### a. Réalisation du questionnaire

Le questionnaire comprenait dix-huit questions. Il a été réalisé grâce à la plateforme en ligne Google Forms. Il a été élaboré en fonction de l'offre de soins apportée par l'HDJ Réactif EHPAD et de l'objectif principal de notre étude. Schématiquement le questionnaire peut être divisé en plusieurs parties :

- Épidémiologique : caractéristiques des médecins et type de pratique.
- État des lieux de la connaissance de l'HDJ Réactif EHPAD.
- État des lieux de l'utilisation de l'HDJ Réactif EHPAD.
- L'état de satisfaction concernant l'HDJ Réactif EHPAD.

Il a été construit de façon à être réalisé en moins de 5 minutes avec un déroulement différent selon la connaissance ou non de l'HDJ Réactif EHPAD et son utilisation par les médecins répondants au questionnaire (Annexe 1).

## b. Envoi du questionnaire

Le questionnaire a été envoyé par voie électronique via le logiciel Google Forms et accompagné d'un texte explicatif précisant le but de l'enquête (Annexe 2). Les réponses étaient anonymes. Les questionnaires ont été diffusés via :

- L'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS),
- L'envoi personnalisé par mail auprès des médecins coordonnateurs des EHPAD de la Haute-Garonne, via leur adresse mail personnelle ou via l'adresse mail de l'accueil ou de l'administration de l'EHPAD avec demande de transfert au médecin coordonnateur. Les adresses mails des médecins coordonnateurs d'EHPAD ou de l'accueil/administration de l'EHPAD avaient été recueillies après appel téléphonique auprès des EHPAD de la Haute-Garonne.

Le questionnaire a été diffusé par l'URPS le 9 octobre 2018 et de façon personnalisée entre le 10 et le 15 octobre 2018. Un deuxième envoi de rappel a eu lieu le 6 novembre 2018 par l'URPS et de façon personnalisée le 10 et 11 novembre 2018. Un dernier envoi personnalisé a été réalisé entre la mi-janvier 2019 et la mi-février 2019. La période de recueil s'est terminée le 24 février 2019.

## 6) Analyse statistique

Les données ont été saisies sous la forme d'un fichier au format Excel®. Puis elles ont été analysées à l'aide du logiciel BiostaTGV.

### a. Analyses univariées

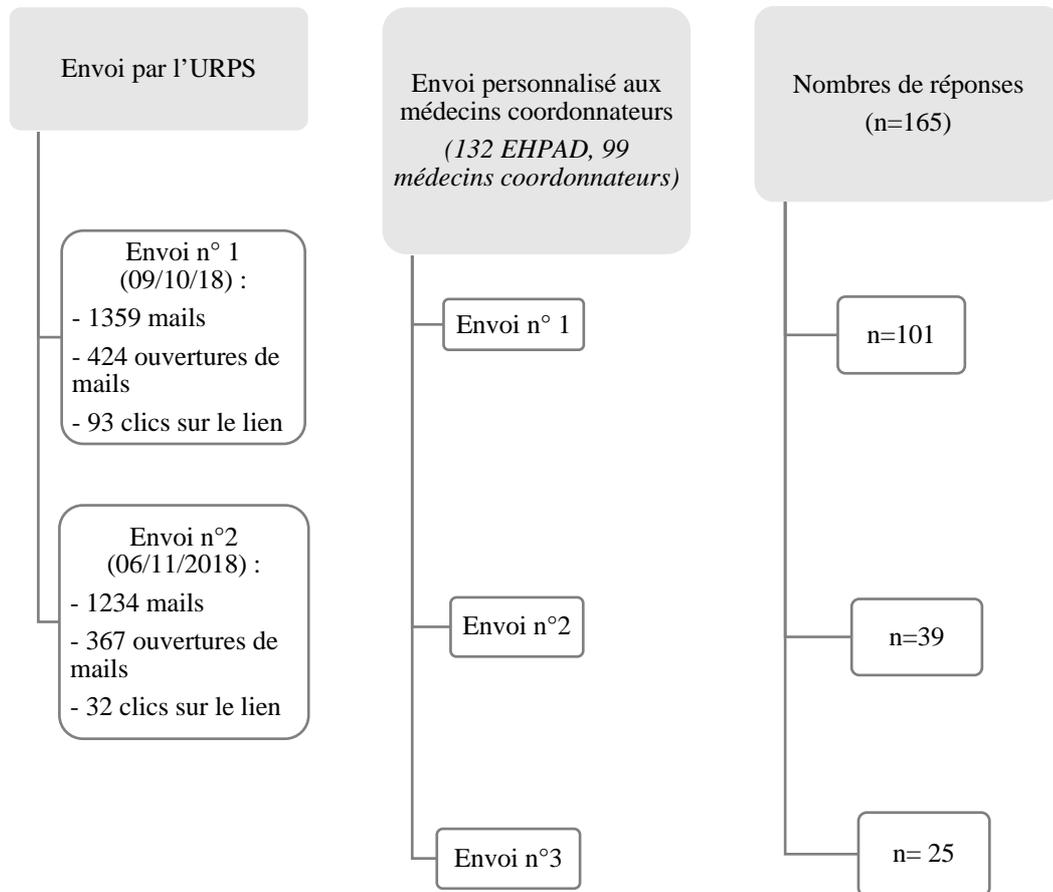
Une analyse descriptive des variables a été réalisée. Les variables qualitatives sont représentées par l'effectif et le pourcentage de chaque modalité. Les variables quantitatives sont représentées par la moyenne et l'écart type lorsque la distribution était normale et, dans le cas contraire, par la médiane et l'intervalle interquartile (IIQ) correspondant au 25<sup>ème</sup> et 75<sup>ème</sup> percentile de la distribution.

b. Analyses bivariées

Une analyse bivariée a été réalisée. Le test du Chi<sup>2</sup> a été utilisé pour comparer deux variables qualitatives dont les effectifs théoriques étaient supérieurs à cinq et le test de Fisher pour les effectifs théoriques inférieurs à cinq. Le seuil de significativité était de 5 %, soit  $p < 0,05$ .

## RESULTATS

### 1) Diagramme de flux



**Figure 1 : Diagramme de flux décrivant la périodicité de l'envoi des questionnaires et le nombre de réponses obtenues par envoi**

### 2) Taux de réponse

Selon l'annuaire santé de l'assurance maladie du département de la Haute-Garonne, on dénombre 1695 médecins généralistes (17).

L'envoi des questionnaires via l'URPS a permis de cibler 77 % des médecins généralistes de la Haute-Garonne. Après contact téléphonique aux EHPAD, 99 médecins coordonnateurs d'EHPAD différents ont été recensés. Parmi ces médecins coordonnateurs, 4 étaient en arrêt de travail au moins une fois pendant la période de recueil, 2 en retraite, et 8 avaient une activité mixte : médecin traitant de résident d'EHPAD et médecin coordonnateur d'EHPAD.

Entre le 9 octobre 2018 et le 24 février 2019, 165 réponses ont été obtenues puis analysées. Le taux de réponse combiné entre médecins généralistes et médecins coordonnateurs d'EHPAD est de 11,9 % (n=1388). Le taux de réponse concernant les médecins coordonnateurs d'EHPAD est de 57,6 % (n=91).

### 3) Description de la population étudiée

Notre échantillon comporte 60 % de femmes (n=99). La médiane d'âge [IIQ] de la population totale est de 45 ans [36-57] et de 56,5 ans [42-64] chez les hommes et 42 ans [34-51,5] chez les femmes. (Tableau 1)

Notre population comportait 49 médecins coordonnateurs d'EHPAD, 100 médecins traitants de résidents d'EHPAD, 8 médecins étant en même temps médecin coordonnateur d'EHPAD et médecin traitant de résidents d'EHPAD. Huit médecins n'étaient ni médecin coordonnateur d'EHPAD ni médecin traitant de résident d'EHPAD et ont été exclus pour la suite du questionnaire. (Tableau 1)

**Tableau 1 : Population étudiée**

	<b>Population totale n=165 (%)</b>	<b>Hommes n=66 (40 %)</b>	<b>Femmes n=99 (60%)</b>
<b>Âge (ans) : médiane [IIQ]</b>	45 [36-57]	56,5 [42-64]	42 [34-51,5]
<b>Type d'exercice, n(%)</b>			
Med CO	49 (29,7)	18 (27,3)	31 (31,3)
MT	100 (60,6)	39 (59)	61 (61,6)
Med CO et MT	8 (4,8)	6 (9)	2 (2)
Ni Med CO, ni MT	8 (4,8)	3 (4,5)	5 (5)

*[IIQ] : intervalle interquartile, Med CO : médecin coordonnateur d'EHPAD, MT : médecin traitant de résidents d'EHPAD*

### 4) L'avis des médecins sur l'HDJ Réactif EHPAD

L'HDJ Réactif EHPAD a répondu à 98,2 % (n=56) des attentes des médecins y ayant eu recours, les préconisations émises à la suite de l'hospitalisation de jour ont été utiles également dans 98,2 % (n=56) des cas. Les médecins ont trouvé que l'HDJ Réactif EHPAD avait apporté

un bénéfice aux patients adressés dans 98,2 % (n =56) des cas. Pour 84,2 % (n=48) d'entre eux, les médecins interrogés sont satisfaits du délai de réactivité de la structure.

Les médecins estiment pour 54,4 % (n=31) d'entre eux que l'HDJ Réactif EHPAD a pu permettre d'éviter une hospitalisation en SAU ou une décompensation aiguë.

Concernant la satisfaction globale de la structure, 96,4 % (n=55) des médecins ont répondu être « toujours » ou « souvent » satisfaits de l'HDJ réactif EHPAD. Un seul médecin dit n'avoir jamais été satisfait et un autre rarement satisfait. (Tableau 2)

**Tableau 2 : Avis des médecins sur l'HDJ Réactif EHPAD**

	TOTAL n=57 (%)	Med CO n=32 (%)	MT n=20 (%)	Med CO et MT n=5 (%)
<b>L'HDJ a répondu aux attentes des médecins</b>				
Toujours / Souvent	56 (98,2)	32	20	4 (80)
Rarement / Jamais	1 (1,8)	0	0	1 (20)
<b>L'HDJ a permis d'éviter une hospitalisation aux urgences</b>				
Toujours / Souvent	31 (54,4)	18 (56,3)	10 (50)	3 (60)
Rarement / Jamais	26 (45,6)	14 (43,7)	10 (50)	2 (40)
<b>Satisfaction du délai de prise en charge en HDJ</b>				
Toujours / Souvent	48 (84,2)	28 (87,5)	16 (80)	4 (80)
Rarement / Jamais	9 (15,8)	4 (12,5)	4 (20)	1 (20)
<b>Les préconisations de l'HDJ ont été utiles</b>				
Toujours / Souvent	56 (98,2)	32	20	4 (80)
Rarement / Jamais	1 (1,8)	0	0	1 (20)
<b>L'HDJ a apporté un bénéfice à la prise en charge des résidents d'EHPAD</b>				
Toujours / Souvent	56 (98,2)	32	20	4 (80)
Rarement / Jamais	1 (1,8)	0	0	1 (20)
<b>Satisfaction globale concernant l'HDJ</b>				
Toujours / Souvent	55 (96,4)	31 (96,9)	20	4 (80)
Rarement / Jamais	2 (3,6)	1 (3,1)	0	1 (20)

*Med CO : médecin coordonnateur d'EHPAD ; MT : médecin traitant de résidents d'EHPAD ; HDJ : hôpital de jour.*

##### 5) A propos de la connaissance de l'hôpital de jour Réactif EHPAD

Nous avons posé la question de la connaissance initiale de l'HDJ Réactif EHPAD à 157 médecins. Au total, 42,7 % (n= 67) des médecins questionnés connaissaient l'HDJ Réactif EHPAD.

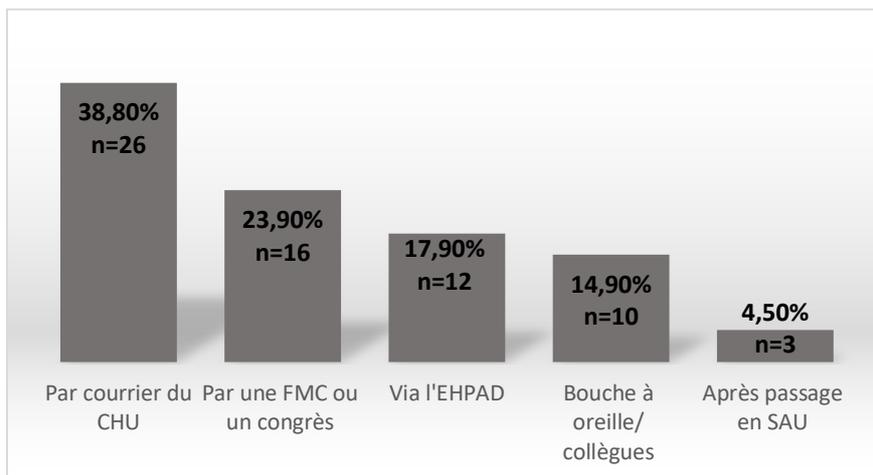
Parmi les médecins coordonnateurs d'EHPAD ayant répondu au questionnaire (n=49), 79,5 % (n=39) connaissaient la structure.

Concernant les médecins traitants de patients en EHPAD (n=100), 22 % (n=22) connaissaient la structure. Enfin, les médecins étant à la fois médecin coordonnateur d'EHPAD et médecin traitant de résident d'EHPAD (n=8) connaissaient l'hôpital de jour pour 75 % d'entre eux (n=6).

6) A propos du mode de connaissance initial de l'hôpital de jour Réactif EHPAD

Les médecins interrogés ont connu l'HDJ Réactif EHPAD par un courrier du CHU pour la plupart (n =26 (38,8%)) et par une formation médicale continue (FMC) (n=16 (23,9%)). (Annexe 3)

L'EHPAD a été un vecteur d'information sur l'HDJ Réactif EHPAD pour seulement 10,2 % (n=4) des médecins coordonnateurs d'EHPAD et pour 36,4 % (n=8) des médecins traitants des résidents d'EHPAD (p=0,020). (Annexe 3)



**Figure 2 : Histogramme concernant le moyen de connaissance initial de l'HDJ Réactif EHPAD**

*HDJ : hôpital de jour ; CHU : centre hospitalier universitaire ; SAU : service d'accueil des urgences ; FMC : formation médicale continue ; EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*

7) L'utilisation de l'HDJ par les médecins

a. Utilisation de l'HDJ par les médecins qui ne connaissaient pas l'HDJ Réactif EHPAD

Parmi l'ensemble des médecins interrogés, 57,3 % (n=90) ne connaissaient pas l'HDJ Réactif EHPAD. Ils estimaient qu'il serait « souvent utile » ou « très souvent utile » à 87,8 % (n=79). (Tableau 3)

**Tableau 3 : Chez les médecins qui ne connaissaient pas l'HDJ Réactif EHPAD**

Utilité estimée de l'HDJ	TOTAL n=90	Med CO n=10 (11,1%)	MT n=78 (86,7%)	Med CO et MT n=2 (2,2%)
Très souvent utile et Souvent utile n(%)	79 (87,8)	10 (100)	67 (85,9)	2 (100)
Peu souvent utile ou jamais, n(%)	11 (12,2)	0	11 (14,1)	0

*Med CO : médecin coordonnateur d'EHPAD ; MT : médecin traitant de résidents d'EHPAD*

b. Utilisation de l'HDJ par les médecins connaissant l'HDJ Réactif EHPAD

Parmi les médecins connaissant l'HDJ Réactif EHPAD, 85,1 % (n=57) y ont déjà adressé un patient.

Parmi les médecins (n=10) n'ayant pas eu recours à l'HDJ Réactif EHPAD mais connaissant la structure, trois d'entre eux déclarent méconnaître la démarche, deux trouvent la démarche trop longue ou trop complexe et deux déclarent avoir d'autres moyens à dispositions. (Annexe 4)

c. Utilisation de l'HDJ par les médecins ayant eu recours à l'HDJ Réactif EHPAD

Plus d'un quart des médecins ont adressé des résidents plus de dix fois à l'HDJ réactif EHPAD (n=15 (26%)) et plus de la moitié des médecins (n=31 (54,4%)) ont adressé des résidents entre 1 et 4 fois. Les médecins traitants de résidents d'EHPAD représentent la plus grande partie de ce recours ponctuel « 1 à 4 fois » (54,8%). Les médecins coordonnateurs d'EHPAD, eux, représentent la majorité des utilisations « entre 5 et 10 fois » et « plus de 10 fois » de l'HDJ Réactif EHPAD, respectivement 81,8 % (n=9) des cas et 73,3 % (n=11) des cas.

Les médecins traitants de résidents d'EHPAD déclarent avoir adressé 1 à 3 patients différents vers l'HDJ Réactif EHPAD dans 50 % des cas (n=10). Les médecins coordonnateurs d'EHPAD semblent avoir envoyé plus de patients différents : 56,25 % (n=18) d'entre eux déclarent avoir adressé plus de 5 patients différents. (Tableau 4)

**Tableau 4 : Fréquence d'utilisation de l'HDJ Réactif EHPAD selon le type d'exercice professionnel**

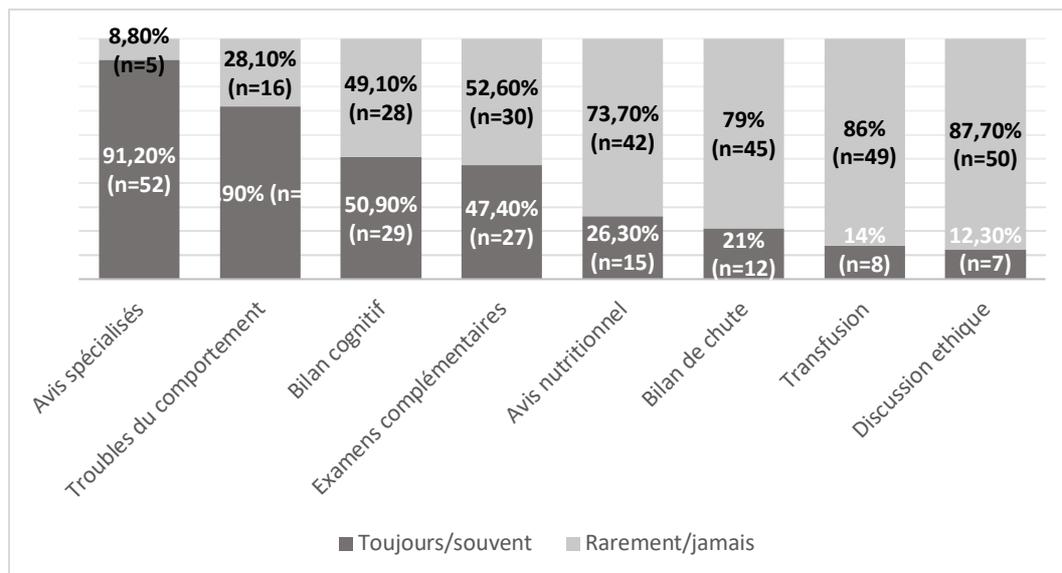
Fréquence d'utilisation	Total n=57 (%)	Med Co n=32 (56,1%)	MT n=20 (35%)	Med CO et MT n=5 (8,8%)	p-value*	p-value**
<b>1 à 4 fois</b>	31 (54,4)	12 (38,7)	17 (54,8)	2 (26,5)	< 0,001	0,069
<b>5 à 10 fois</b>	11 (19,3)	9 (81,8)	2 (18,2)	0	0,169	1
<b>Plus de 10 fois</b>	15 (26,3)	11 (73,3)	1 (6,7)	3 (20)	0,018	0,016
<b>Nombre de patients</b>						
<b>1 seul patient</b>	8 (14)	2 (6,25)	6 (30)	0		
<b>Entre 1 à 3 patients</b>	17 (29,8)	5 (15,6)	10 (50)	2 (40)		
<b>Entre 3 à 5 patients</b>	9 (15,8)	7 (21,9)	2 (10)	0		
<b>Plus de 5 patients</b>	23 (40,4)	18 (56,25)	2 (10)	3 (60)		

*Med CO : médecin coordonnateur d'EHPAD ; MT : médecin traitant de résidents d'EHPAD*

*\*comparaison entre les médecins coordonnateurs d'EHPAD et les médecins traitants de résidents d'EHPAD*

*\*\*comparaison entre les médecins traitants de résidents d'EHPAD et les médecins ayant une activité mixte.*

Le recours aux avis spécialisés de l'HDJ Réactif EHPAD est la fonction la plus sollicitée par les médecins : 91,2 % (n=52). Viennent ensuite les avis concernant les troubles du comportement (n=41 (71,9%)) puis les bilans cognitifs (n=29 (50,9%)). Concernant le motif « bilan cognitif », on remarque que les médecins traitants des résidents d'EHPAD en sont à l'origine pour 20 % (n=4) seulement contre 71,9 % (n=23) des médecins coordonnateurs d'EHPAD (p < 0,001). En revanche, on n'observait pas de différence significative entre les médecins coordonnateurs en EHPAD et les médecins ayant une activité mixte, ou concernant d'autres motifs de recours à l'HDJ Réactif EHPAD. (Annexe 5)



**Figure 3 : Histogramme concernant la fréquence des motifs de recours à l’HDJ Réactif EHPAD**

#### 8) L’avis sur l’HDJ Réactif EHPAD

Pour les médecins interrogés, les trois points les plus utiles de l’HDJ Réactif EHPAD sont le recours à des avis spécialisés (n=45 (78,9 %)) puis la collégialité et l’aide à la prise de décision (n=27 (47,4%)) et, ex-æquo, la rapidité de rendez-vous et la synthèse réalisée lors de la journée d’hospitalisation (n=23 (40,4 %)). (Tableau 5)

**Tableau 5 : Points les plus utiles de l’HDJ**

	TOTAL n=57	Med CO n=32	MT n=20	Med CO et MT n=5	p-value*	p-value**
<b>Avis spécialisés, n(%)</b>	45 (78,9)	24 (75)	16 (80)	5	0,747	0,549
<b>Interlocuteur privilégié, n(%)</b>	22 (38,6)	12 (37,5)	8 (40)	2 (40)	0,856	1
<b>Rapidité de rendez-vous, n(%)</b>	23 (40,4)	9 (28,1)	12 (60)	2 (40)	0,022	0,623
<b>Aide à l’hospitalisation, n(%)</b>	6 (10,5)	3 (9,4)	2 (10)	1 (20)	1	0,504
<b>Collégialité, n(%)</b>	27 (47,4)	16 (50)	9 (45)	2 (40)	0,067	1
<b>Synthèse, n(%)</b>	23 (40,4)	15 (46,9)	7 (35)	1 (20)	0,399	1
<b>Révision d’ordonnance, n(%)</b>	19 (33,3)	12 (37,5)	6 (30)	1 (20)	0,58	1
<b>Retour d’information, n(%)</b>	4 (7)	4 (12,5)	0	0	0,15	1

*Med CO : médecin coordonnateur d’EHPAD ; MT : médecin traitant de résidents d’EHPAD*

*\*comparaison entre les médecins coordonnateurs d’EHPAD et les médecins traitant de résidents d’EHPAD*

*\*\*comparaison entre les médecins traitants de résidents d’EHPAD et les médecins ayant une activité mixte*

9) Les moyens disponibles dans les EHPAD pour limiter les hospitalisations en SAU

Dans 60 % (n=6) des cas, les médecins n'ayant pas eu recours à l'HDJ Réactif EHPAD ont déclaré ne pas avoir à disposition, dans l'EHPAD dans laquelle ils travaillent ou interviennent, de dispositifs ou moyens pour limiter les hospitalisations en SAU des résidents. Ils sont moitié moins, (n=19 (33,3%)) parmi les médecins ayant eu recours à l'HDJ Réactif EHPAD. Dans les deux groupes (recours/non recours à l'HDJ Réactif EHPAD), les médecins traitants des résidents d'EHPAD déclarent deux fois plus que les médecins coordonnateurs d'EHPAD ne pas avoir de moyens/dispositifs pour limiter les hospitalisations vers le SAU dans les EHPAD où ils interviennent.

Les moyens ou dispositifs les plus présents pour éviter les transferts des résidents d'EHPAD vers les urgences de la Haute-Garonne sont : les directives de non hospitalisation (76,2%), la pluridisciplinarité (66,7%), l'expertise gériatrique (54,7%), les protocoles de prise en charge (52,4%) et la télémédecine (45,2%). La formation des soignants et la présence d'une infirmière la nuit sont rares, respectivement 4,8 % et 2,4 %. (Tableau 6)

**Tableau 6 : Les moyens disponibles pour éviter les transferts des résidents d'EHPAD au SAU**

Présence en EHPAD de moyens pour limiter les hospitalisations en SAU	TOTAL n=67	Pas de Recours à l'HDJ			Recours à l'HDJ		
		Med CO n=7	MT n=2	Med CO et MT n=1	Med CO n=32	MT n=20	Med CO et MT n=5
<b>Pas de moyen, n (%)</b>	<b>25 (37,3)</b>	<b>4 (57,1)</b>	<b>2 (100)</b>	<b>0</b>	<b>8 (25)</b>	<b>11 (55)</b>	<b>0</b>
<b>Moyens, n (%)</b>	<b>42 (62,7)</b>	<b>3 (42,9)</b>	<b>0</b>	<b>1 (100)</b>	<b>24 (75)</b>	<b>9 (45)</b>	<b>5 (100)</b>
Directives de non hospitalisation	32 (76,2)	2 (66,7)	0	1 (100)	17 (70,8)	8 (88,9)	4 (80)
Pluridisciplinarité	28 (66,7)	3 (100)	0	1	15 (62,5)	5 (55,5)	4 (80)
Protocoles	22 (52,4)	2 (66,7)	0	1	13 (54,2)	2 (22,2)	4 (80)
Télémédecine	19 (45,2)	2 (66,7)	0	0	12 (50)	3 (33,3)	2 (40)
Expertise gériatrique	23 (54,7)	2 (66,7)	0	1	15 (62,5)	3 (33,3)	2 (40)
IDE nuit	1 (2,4)	0	0		0	1 (11,1)	0
Formation des soignants	2 (4,8)	1 (33,3)	0	1	0	0	0

*Med CO : médecin coordonnateur d'EHPAD ; MT : médecin traitant de résidents d'EHPAD*

Parmi les réponses libres, onze médecins ont indiqué qu'une amélioration du délai de prise en charge était nécessaire et sept qu'aucune amélioration ou besoin manquant n'étaient nécessaires pour eux. (Tableau 7)

**Tableau 7 : Remarques libres sur les améliorations ou les besoins manquants à l'HDJ Réactif EHPAD**

<b>Améliorations</b>	<b>n=34 (%)</b>
Délai	11 (32,4)
Aucune	7 (20,6)
Information	5 (14,7)
Télémédecine	4 (11,8)
Compte-rendu et préconisations	4 (11,8)
Avis spécialisés	3 (8,8)

## DISCUSSION

### 1) Interprétation des résultats

#### a. Objectif principal

L'objectif principal de notre étude était d'étudier la satisfaction des médecins traitants de résidents en EHPAD et des médecins coordonnateurs d'EHPAD concernant la prise en charge de leur patient par l'HDJ Réactif EHPAD. Notre étude a permis de montrer que 96,4 % des médecins ayant déjà utilisé la structure sont satisfaits de l'HDJ Réactif EHPAD. L'HDJ Réactif correspond à un réel besoin de prise en charge des résidents d'EHPAD. Les médecins sont satisfaits de son existence nouvelle au sein de la filière de soins gériatriques du bassin de santé de Toulouse.

Les médecins se sont bien appropriés l'HDJ Réactif EHPAD. Le taux d'occupation a augmenté de 77 % au cours de l'année d'ouverture en 2015, pour s'établir à 92,3 % en 2017 et à 93,2 % de janvier à mars 2018 (18). Ce taux d'occupation a probablement été influencé par la meilleure connaissance de la structure.

#### b. Objectif secondaire

L'objectif secondaire de notre étude était de connaître l'avis des médecins interrogés concernant un éventuel bénéfice de l'HDJ Réactif EHPAD sur la diminution des transferts des résidents d'EHPAD vers le SAU. Plus de la moitié d'entre eux (n=31 (54,4%)) pensait que cela avait été le cas.

L'HDJ Réactif EHPAD est une structure nouvelle de la filière de soins gériatriques. Il vient renforcer l'interface entre le monde hospitalier et le monde libéral dans un but d'amélioration de la qualité des soins, de la prévention et de l'éducation des équipes soignantes. Il permet d'accueillir les résidents d'EHPAD pour faciliter l'accès aux avis spécialisés, à un plateau technique, afin d'éviter une décompensation aiguë et le passage en SAU qui pourrait en découler (16). Néanmoins, il reste une structure d'HDJ et son rôle n'est pas de remplacer un SAU. Par ailleurs, il est très difficile de quantifier le nombre d'hospitalisations évitées vers le SAU.

L'HDJ a été ouvert pour proposer aux médecins une alternative au SAU en donnant rapidement accès à des avis spécialisés et à un plateau technique. L'HDJ répond à ces objectifs

puisque les médecins trouvent que les avis spécialisés sont le motif le plus utile de l'HDJ Réactif EHPAD.

c. Le délai de prise en charge

Le délai de prise en charge est le 3<sup>ème</sup> point sur le plus utile pour les médecins ayant eu recours à notre structure. Ils sont majoritairement satisfaits de ce délai de prise en charge (Tableau 2). Néanmoins, le critère du délai de prise en charge est un motif qui ressort des améliorations possibles pour la structure (Tableau 7). Les deux médecins n'étant pas satisfaits de l'HDJ Réactif EHPAD ont mis en cause le délai de prise en charge dans leur motif d'insatisfaction. Ce délai de prise en charge collecté pour vingt résidents, choisis au hasard, pour lesquels les médecins traitants avaient mentionné le caractère urgent de la demande, était de 2,7 jours (18). Le paramètre du délai est très subjectif selon l'attente des médecins envers l'HDJ Réactif EHPAD et leur compréhension de ses missions.

d. Les préconisations de l'HDJ Réactif EHPAD

Les médecins rapportaient que les préconisations faites par l'HDJ Réactif EHPAD à la suite de la prise en charge leur avaient été utiles dans 98,2 % des cas. Ces dernières visent à lutter contre les prescriptions inappropriées, à permettre des ajustements thérapeutiques, mais sont également l'occasion de rappeler des mesures préventives (par exemple, vaccination antigrippale et anti-pneumocoque, supplémentation en vitamine D3). Elles sont en lien avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur la prise en charge médicamenteuse en EHPAD. Les axes de prévention recommandés pour améliorer la qualité de vie du patient sont la promotion de la vaccination, la limitation traitements psychotropes/neuroleptiques, et la formation et sensibilisation des personnels (19).

L'étude menée par Lau et al. montre que les résidents qui avaient au moins une prescription potentiellement inappropriée avaient un risque d'hospitalisation significativement plus élevé que ceux qui n'en avaient pas (OR, 1,27; p = 0,002) (18). On ne retrouve cependant pas, dans la littérature de plusieurs revues systématiques (Cochrane d'Alldred 2013, Wallenstedts 2014, Spinewine 2012, modèle Fleetwood), d'impact bénéfique des interventions sur les médicaments en EHPAD sur la réduction des hospitalisations ou la mortalité. Les hospitalisations des personnes âgées de plus de 80 ans sont pourtant liées à un médicament dans 20 % des cas (14).

Chez la population âgée, le taux de prescriptions inappropriées, avec un rapport bénéfice/risque insuffisant, seraient de l'ordre de 15 % à 45 % selon les études. Quatre classes de médicaments engendrent à elles seules 80 % de cette iatrogénie médicamenteuse : les antihypertenseurs/diurétiques, les hypoglycémiantes, les anticoagulants oraux et les psychotropes (14).

Malgré l'utilité reconnue par les médecins de ces préconisations, seulement un tiers d'entre eux l'ont marqué comme point le plus utile. Cette stratégie a des vertus didactiques et donc un impact qui dépasse de loin le cas unique du résident évalué. Cependant, peut-être que l'utilité des préconisations préventives trouve sa limite dans la répétition de ces dernières.

e. Concernant la connaissance de l'HDJ Réactif EHPAD

Moins de la moitié (n=67 (42,6%)) des médecins interrogés connaissaient la structure. Les médecins coordonnateurs d'EHPAD avaient été bien informés : en effet, près de 80 % d'entre eux connaissaient la structure. Les médecins traitants des résidents d'EHPAD étaient moins d'un quart à connaître la structure alors qu'ils représentent près des deux tiers de l'ensemble des médecins ayant répondu à notre questionnaire (n=100 (60,6%)).

La différence de connaissance initiale de l'HDJ Réactif EHPAD selon le type d'exercice est peut-être due au recrutement de notre population. L'URPS a envoyé notre questionnaire à tous les médecins généralistes de la Haute-Garonne et nous ne connaissons pas leurs lieux d'exercice, or l'HDJ Réactif EHPAD s'adresse en premier lieu aux médecins exerçant dans le bassin de santé de Toulouse.

Une autre hypothèse peut être la diffusion de l'information lors de la création de la structure. Une campagne d'information sur cette nouvelle activité a été organisée auprès des acteurs régionaux des soins gériatriques. Entre mars et octobre 2015, le médecin coordonnateur et/ou l'infirmière coordonnatrice des EHPAD du secteur de la santé de Toulouse ont été informés par téléphone de l'ouverture de cet HDJ. Une note informant de la création de ce nouvel HDJ a aussi été envoyée avec les courriers de sortie d'hospitalisations traditionnelles du CHU des résidents d'EHPAD. Sur le plan régional, cette nouvelle activité avait fait l'objet d'une présentation orale lors d'un congrès spécialisé sur le vieillissement. A l'échelle nationale, la structure avait été présentée au congrès national des soins de santé, de l'évaluation et de la prise en charge des patients Alzheimer (USPALZ) et aux 36<sup>ème</sup> Journées annuelles de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (18).

La diffusion de l'information s'est donc faite de manière directe envers les médecins coordonnateurs d'EHPAD et de manière plus indirecte envers les médecins traitants via les courriers de sortie d'hospitalisation. Les médecins traitants des résidents d'EHPAD connaissant la structure représentent 32,8 % de notre échantillon total de médecins connaissant la structure. Or, les patients adressés directement par le médecin traitant à l'HDJ Réactif EHPAD, représentent 66,7 % des patients accueillis à l'HDJ Réactif EHPAD (18). Cette diffusion de l'information de la création de l'HDJ Réactif EHPAD, tournée essentiellement vers les EHPAD, peut être la cause de la différence de connaissance initiale de la structure observée entre les médecins coordonnateurs d'EHPAD (79,5%) et les médecins traitants de patients en EHPAD (22%).

Sur l'ensemble des médecins connaissant l'HDJ Réactif EHPAD, la source d'information principale, rapportée par notre étude, est un courrier du CHU (38,8%). Le tableau en annexe 3 permet de connaître le moyen de connaissance initial de la structure selon le type d'exercice. Les médecins coordonnateurs d'EHPAD ont connu la structure en grande partie par courrier du CHU et par une FMC ou un congrès (38,5% et 35,9%). En 2015, 93,4 % des médecins coordonnateurs d'EHPAD de la Haute-Garonne avaient suivi au moins une formation au cours de l'année (8).

Les médecins traitants des résidents d'EHPAD ont connu la structure autant par l'EHPAD que par courrier du CHU (36,4%) et par le « bouche à oreille » ou par des collègues pour 22,7% d'entre eux. L'EHPAD est donc un bon vecteur d'information pour les médecins traitants. Aucun médecin traitant de résident d'EHPAD n'a connu la structure par une FMC ou congrès. Ces résultats sont concordants avec le mode de diffusion initial de la création de la structure.

Une étude récente a montré que les décisions de transfert vers les SAU sont généralement prises par un médecin (72%) et plus souvent pendant la journée (65%) (9) (20). Les patients reçus à l'HDJ Réactif EHPAD ont essentiellement été adressés par leur médecin traitant (66,7%) (18). Les médecins coordonnateurs d'EHPAD ne sont pas à l'origine de toutes les demandes d'hospitalisations de jour pour lesquelles ils ont comptabilisé les patients adressés. En effet, le taux pour « plus de 5 patients » adressés par les médecins coordonnateurs est à 56,25 % (n=18) alors que les médecins traitants de patients en EHPAD déclarent dans 50% des cas (n=10), avoir adressé « entre 1 et 3 patients » vers la structure.

Notre étude comporte peut-être un biais de sélection en raison du fort taux de réponse des médecins coordonnateurs d'EHPAD en comparaison à celui des médecins traitants des résidents d'EHPAD.

Pour les médecins qui connaissaient la structure mais qui n'y ont pas adressé de patient (n=10), la première cause était une méconnaissance de la démarche : 30 % (n=3). (Annexe 4) La communication sur l'existence de la structure et son fonctionnement sont des points souvent retrouvés parmi les réponses libres au questionnaire. (Tableau 7)

Cependant, nous ne connaissons pas le lieu d'exercice des médecins ayant répondu à notre questionnaire : ils n'ont peut-être pas reçu l'information car cette dernière ne leur était pas destinée car ils exerçaient en dehors du bassin de santé de Toulouse.

Néanmoins, la majorité des médecins (n=79 (87,8%)) qui ne connaissaient pas l'HDJ Réactif EHPAD trouvaient qu'une telle structure leur serait « très souvent ou souvent utile ». (Tableau3)

#### f. Les motifs de recours à l'HDJ Réactif EHPAD

Les délais de consultations spécialisées sont souvent longs et les patients doivent parfois attendre deux à trois mois avant d'être reçus. Ceci est difficilement envisageable pour les résidents d'EHPAD qui ont de nombreuses comorbidités, à des stades souvent sévères et qui sont donc à risque de décompensations somatiques aiguës. Le recours aux avis spécialisés de l'HDJ Réactif EHPAD représente le premier motif de sollicitation de la structure (91,2%). Viennent ensuite les avis concernant les troubles du comportement (71,9%) puis les bilans cognitifs (50,9%). Le recours à l'HDJ Réactif EHPAD pour la réalisation d'examen complémentaires se situe à la quatrième place avec 47,4 % des médecins déclarant avoir déjà adressé un patient vers la structure pour ce motif. Dans une étude récente décrivant les motifs de transfert à 2 ans de l'ouverture de l'HDJ Réactif, les auteurs retrouvent 1,5 motifs de consultation par résidents. Les principaux étaient : les avis spécialisés (plus d'un tiers des motifs), l'évaluation des troubles cognitifs, l'assistance à la gestion des troubles du comportement. Nos chiffres sont déclaratifs et différents, mais la hiérarchie des motifs reste identique (18).

Les raisons pour lesquelles les médecins coordonnateurs d'EHPAD et les médecins traitants des résidents d'EHPAD de notre étude, ont adressé des patients à l'HDJ étaient les mêmes sauf pour le motif « bilan cognitif » où les médecins traitants déclarent n'avoir sollicité l'HDJ Réactif EHPAD pour ce motif que dans 20 % des cas alors que les médecins coordonnateurs l'ont sollicité dans 71,9 %. Les médecins traitants des résidents d'EHPAD sont peut-être moins sensibilisés aux troubles cognitifs et à l'intérêt de leur diagnostic dans la prise en charge par les équipes soignantes, que les médecins coordonnateurs d'EHPAD.

L'HDJ Réactif EHPAD est sollicité à 21% pour un bilan de chute. Cela paraît faible puisque en effet les chutes sont la première cause des hospitalisations non programmées chez les résidents d'EHPAD (1/3 avec 50 % de fractures) (12). Plusieurs hypothèses peuvent être avancées : la première est que les patients n'ont pas subi d'erreur d'orientation entre le SAU et l'HDJ Réactif EHPAD, la seconde que les protocoles établis par les EHPAD pour prévenir les chutes ou pour guider la prise en charge lors d'un problème aigu sont efficaces en terme d'orientation des résidents mais aussi, que les mesures de prévention préconisées (révision d'ordonnance, supplémentation en vitamine D3 et autres conseils personnalisés) et rappelées par l'HDJ Réactif EHPAD sont prises en compte.

g. Les moyens disponibles dans les EHPAD pour limiter les hospitalisations en service d'accueil des urgences

Pour les patients hospitalisés de manière inappropriée à l'HDJ Réactif EHPAD, la conséquence de ces transferts est probablement moins délétère que le passage inapproprié en SAU mais il reste une rupture dans la prise en charge du sujet âgé. L'HDJ Réactif EHPAD ne doit pas être substitué à d'autres types de prise en charge, tels que la télé-médecine, en particulier lorsque le déplacement du résident n'est pas justifié. Nous avons donc demandé aux médecins qui connaissaient la structure s'ils avaient au sein de l'EHPAD où ils intervenaient des moyens ou dispositifs pour limiter les hospitalisations en SAU.

Les caractéristiques des résidents envoyés à l'HDJ Réactif EHPAD correspondent à celles de patients âgés, polypathologiques, dépendants, récemment hospitalisés et présentant un risque élevé de nouveaux transferts en SAU. Cependant, aucun résident reçu à l'HDJ Réactif EHPAD ne se trouvait dans une situation d'urgence vitale (18).

Concernant l'ensemble des médecins, qu'ils aient eu recours ou non à l'HDJ Réactif EHPAD, 37,3 % d'entre eux déclarent ne pas avoir de dispositifs ou moyens, dans l'EHPAD où ils interviennent, pour limiter les hospitalisations en SAU. Parmi les médecins n'ayant pas eu recours à la structure les deux tiers (60%) déclarent ne pas avoir de moyens ou dispositifs en EHPAD dans, contre un tiers (33,3%) des médecins ayant eu recours à l'HDJ. Ces résultats sont difficiles à interpréter car nous ne savons pas si les médecins traitants et les médecins coordonnateurs ayant répondu à notre questionnaire exercent dans les mêmes EHPAD. (Tableau 6)

Les médecins étaient interrogés sur différents moyens ou dispositifs pouvant exister au sein de l'EHPAD où ils interviennent. On retrouvait dans les propositions : les directives de non hospitalisation, la réflexion pluridisciplinaire préventive sur la conduite à tenir en cas de décompensation somatique, les protocoles d'hospitalisation ou fiches de conduite à tenir en cas d'urgence, la télémédecine, l'expertise gériatrique en EHPAD, et la présence d'une infirmière diplômée d'état (IDE) la nuit. Les médecins avaient également la possibilité d'une réponse libre. (Annexe1)

Selon la revue systématique de Graverholt en 2014, trois types d'interventions ont montré une efficacité pour réduire les hospitalisations des résidents d'EHPAD : la structuration des soins (déploiement des soins palliatifs et protocoles de traitement), l'intervention d'EMG en EHPAD et la vaccination antigrippale (13).

La revue systématique d'Arendts en 2010 conclut également que les hospitalisations en EHPAD pourraient être réduites par une augmentation de la prise en charge médicale et des soins primaires dans les EHPAD, ainsi que par la promotion des directives anticipées et le développement de la démarche palliative en EHPAD (21).

La HAS a fait des propositions d'interventions « exigibles » en EHPAD pour réduire les hospitalisations non programmées des résidents d'EHPAD : un dossier de liaison d'urgence (DLU), l'organisation des soins palliatifs dans l'EHPAD, la formalisation d'un partenariat entre EHPAD et SAU, une politique de vaccination antigrippale et la conciliation médicamenteuse pour tous les nouveaux résidents à leur entrée en EHPAD (14).

La diminution des hospitalisations avec l'augmentation du temps de médecin n'est pas prouvée et les résultats sur l'augmentation du temps infirmier sont contradictoires. Les preuves d'une diminution des hospitalisations par l'augmentation des « services en soins auxiliaires » dans les EHPAD, tels que les injections par voie intraveineuse, les soins respiratoires, la radiologie ou les examens de laboratoire réalisés sur site, ne sont pas claires. Ces résultats divergents sont probablement corrélés avec les types de patients pris en charge, le niveau de technicité des services auxiliaires proposés et la capacité de proposer le bon service, à la bonne personne et au bon moment (14).

Nous n'avons pas inclus dans nos propositions d'item sur la vaccination antigrippale qui est officiellement recommandée chez la personne âgée. La promotion de la vaccination est souvent faite aux résidents et soignants d'EHPAD. L'étude IQUARE retrouvait que 89,2 % des résidents d'EHPAD étaient vaccinés contre la grippe et 36,2 % contre le pneumocoque (15). Le

pourcentage vaccinal des EHPAD n'a pas été pas modifié selon leur statut d'accompagnement au cours de l'étude. En 2015 en Haute-Garonne, 94,1 % des soignants en EHPAD s'étaient vus proposer le vaccin contre la grippe (8). De plus, l'organisation mondiale de la santé (OMS) recommande une couverture vaccinale de 75 % face à la grippe (22).

Le dossier de liaison d'urgence (DLU) n'a pas non plus été proposé dans les items de réponse. La majorité des EHPAD possédaient un DLU (94,2 %) en 2015 (8). Ils n'influencent pas le recours ou non au SAU mais sont présents pour permettre une meilleure communication avec le SAU lors du recours. Néanmoins ces DLU sont en pratique peu utilisés par les urgentistes qui les trouvent souvent trop longs et trop rédigés (11).

Dans notre étude, 76,2 % des médecins ont déclarés avoir mis en place des directives de non hospitalisation pour le patient adressé et dans 66,7 % des cas avoir une réflexion pluridisciplinaire préventive sur la conduite à tenir en cas de décompensation somatique de ce dernier. Il existe une diminution modérée des hospitalisations non programmées des patients en EHPAD en présence de directives anticipées (14). Elles permettent d'exprimer les volontés du patient et de favoriser l'organisation de la fin de vie au sein de l'EHPAD mais seuls 36 % des résidents d'EHPAD sont capables de formaliser et signer leur directives anticipées (14). Ces dernières sont peut-être réalisées trop tardivement. L'information sur les directives anticipées et leur rédaction doivent continuer à se développer, en particulier en amont de toute entrée en institution (23).

Les directives de non hospitalisation, réalisées après réflexion en équipe pluridisciplinaire, pallient à l'absence de directives anticipées. Les interventions pour développer les soins palliatifs et les soins de supports au sein des EHPAD permettent conjointement d'améliorer la qualité des soins pour les résidents d'EHPAD.

Dans notre étude plus de la moitié des médecins (54,7 %) ont déclaré bénéficier d'une expertise gériatrique (sans distinction entre les différentes EMG) dans l'EHPAD dans laquelle ils interviennent ou travaillent. En 2015, en Haute-Garonne, 72 % des EHPAD ont fait appel à un réseau de soins palliatifs et/ou à une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP), 54,9 % ont été en relation avec un service psychiatrique et 16,4 % ont collaboré avec une EMG (8).

Le développement des soins palliatifs en EHPAD est efficace pour réduire les hospitalisations inappropriées des résidents en fin de vie (14). Cela passe par la création de liens et la signature de conventions entre le système hospitalier et ambulatoire (avec une HAD, une EMSP, un réseau de soins palliatifs ou une EMG externe), ou par la mise en place de télémédecine en

soins palliatifs. Cela permet d'assurer la continuité des soins pour les résidents relevant d'une prise en charge de confort. D'après la revue systématique de Graveholt, les « services gériatriques » efficaces se composent soit d'une équipe mobile gériatrique comprenant un infirmier et un médecin, pour des évaluations gériatriques des résidents, la révision des médicaments, la formation des soignants et des staffs de soutien aux équipes de l'EHPAD ; soit d'un gériatre, qui assure des visites planifiées ou sur appels, pour fournir aux EHPAD des services qui seraient autrement obtenus lors d'une hospitalisation (13).

L'HDJ Réactif EHPAD est un interlocuteur privilégié de la filière de soins gériatriques en étant une structure dédiée uniquement aux patients d'EHPAD. Il permet de ne pas multiplier les intervenants et les interlocuteurs. Il sera intéressant d'évaluer si cette activité a permis une diminution des hospitalisations évitables des patients en EHPAD vers le SAU.

Dans notre enquête, plus de la moitié des médecins interrogés estiment que l'HDJ Réactif EHPAD a permis d'éviter une hospitalisation vers les SAU.

La réponse « formation des soignants » est apparue 12 fois dans les réponses libres. Il existe probablement une sous-estimation de la formation réalisée dans les EHPAD par l'absence de cet item parmi nos réponses proposées. En 2015, l'implication des médecins coordonnateurs d'EHPAD ou de l'IDE dans la formation du personnel était de 89,4 % en Haute-Garonne. Les thèmes les plus abordés étaient : les troubles du comportement (69,8%), la maladie d'Alzheimer (66,4%), et la maltraitance (62,9%) (8). Les thèmes abordés correspondent aux motifs de fréquentation de l'HDJ Réactif EHPAD. Ces motifs correspondent donc probablement aux principales difficultés rencontrées par les soignants en EHPAD et demeurent problématiques malgré la formation mise en place.

La formation des aides-soignants est un élément indispensable puisque ces derniers donnent l'alerte dans près de 40 % des cas (24). L'étude IQUARE a ainsi montré un bénéfice lié à la formation des soignants pour la prise en charge du sujet âgé (15). Près de 95 % des médecins coordonnateurs se trouvant en poste en 2015 ont été formés à la gériatrie et disposent pour plus de la moitié d'entre eux d'une capacité en gériatrie (8).

La formation des soignants à la prise en charge des personnes âgées est donc une des mesures recommandées en EHPAD pour permettre une prise en charge optimale du sujet âgé. En effet, les sujets âgés en EHPAD sont polyopathologiques, ils présentent en moyenne 3 à 6 maladies (11). Lors d'une décompensation aiguë, les médecins gériatres parlent d'une « décompensation en cascade » nécessitant alors une prise en charge globale. L'hospitalisation

peut être nécessaire dans ces situations de décompensation aiguë, or les services de spécialités sont de plus en plus centrés autour d'une pathologie d'organe ou surspécialisés (par exemple la rythmologie en cardiologie) et ne tiennent pas compte de cette polypathologie du sujet âgé. La rupture de la prise en charge habituelle du sujet âgé entre l'hôpital et l'institution crée des situations délétères pour le sujet âgé. L'HDJ Réactif EHPAD permet une réelle expertise gériatrique grâce à ses intervenants formés : un gériatre à temps plein et des spécialistes médicaux disponibles selon les besoins (18).

Notre étude retrouvait plus de la moitié des médecins (52,4%) ayant déclaré bénéficier de protocoles hospitalisation ou fiches de conduite à tenir en cas d'urgence au sein de l'EHPAD dans laquelle ils interviennent. Les médecins coordonnateurs d'EHPAD étaient un peu plus de la moitié (54,2%) et parmi les médecins traitants des résidents d'EHPAD moins d'un quart (22,2%) ont déclaré bénéficier de protocoles. Il est possible que les médecins traitants des résidents d'EHPAD ne connaissent pas ces protocoles qui sont élaborés par le médecin coordonnateur, et nous ne savons pas si ces médecins traitants interviennent dans les mêmes EHPAD que les médecins coordonnateurs d'EHPAD ayant répondu. (Tableau 6)

Les protocoles permettent d'anticiper les situations d'urgences pour apporter une réponse la plus adaptée possible et de mettre en place des moyens de prévention. Elles permettent aux équipes soignantes de pallier, à l'absence de temps médical ou au délai de réponse par le médecin traitant du résident, par une réponse rapide et structurée face à une situation clinique précise.

Les complications cardio-pulmonaires sont la deuxième cause d'hospitalisation des résidents en EHPAD après les chutes, à l'origine d'environ un tiers des hospitalisations non programmées. Une prise en charge adaptée selon un protocole pluri professionnel (infirmier et médical) permet une diminution de 12 % des hospitalisations dues aux infections respiratoires basses, de 19 % des hospitalisations pour les pneumonies, ainsi qu'une diminution de la durée moyenne de séjour, de la mortalité et des coûts liés aux hospitalisations (14).

Le travail de prévention au sein des établissements médico-sociaux est essentiel mais chronophage. Les ARS et les départements ont participé conjointement à l'élaboration de protocoles de conduite à tenir en cas d'urgence (25) (26).

L'HDJ Réactif EHPAD permet un rappel des principales mesures préventives dans les préconisations qu'elle émet dans le compte rendu d'hospitalisation (vaccination antigrippale et pneumocoque, supplémentation vitaminique, révision de l'ordonnance).

Dans notre étude, seulement un médecin traitant (2,4%) a déclaré bénéficier d'une IDE de nuit dans l'EHPAD dans laquelle il intervenait. En 2015 en Haute-Garonne, 3,4 % des EHPAD avaient une IDE sur place et 7,6 % une IDE d'astreinte. Ces chiffres sont stables sur les 5 dernières années (8).

Les IDE mutualisées permettent de rassurer les équipes de nuit, de jour et les résidents. Ce dispositif est un soutien efficace dans les zones qualifiées de déserts médicaux, il permet une forte amélioration du suivi des soins palliatifs et de la fin de vie, une amélioration de la permanence des soins. Il permet aussi d'éviter des hospitalisations ou ré-hospitalisations et permet un retour plus rapide en EHPAD après une hospitalisation. Néanmoins, il nécessite des protocoles préalablement établis pour permettre à l'infirmière d'exercer dans son champ de compétence réglementaire (11).

Une autre mesure envisagée par la HAS serait une IDE de pratique avancée. Cela correspond à un exercice du métier où le professionnel va au-delà du champ de compétence défini réglementairement pour sa profession. La pratique avancée est un puissant levier de reconnaissance professionnelle et serait aussi une réelle plus-value pour le résident et les équipes qui se sentiraient plus « sécurisées » dans des zones reculées. Ce dispositif compenserait donc la baisse de la démographie médicale, et permettrait, selon la HAS, de légaliser d'anciennes pratiques et de structurer la coordination interprofessionnelle (11).

L'étude descriptive de Codde en 2010 décrit, à partir d'une base de données de patients d'un SAU, des facteurs influençant les transferts évitables des EHPAD vers le SAU selon le niveau de « soins primaires » réalisés en EHPAD (27). L'analyse des causes des transferts montre qu'une augmentation des « soins primaires » serait susceptible de réduire les admissions au SAU de 31 %. La disponibilité et la formation du médecin, les soutiens aux médecins (équipe pluridisciplinaire, types de services et de soins auxiliaires réalisables dans les EHPAD) et les tutelles (financements) sont retrouvés comme des facteurs pouvant diminuer les hospitalisations évitables en SAU (14).

Les raisons les plus fréquentes des transferts en SAU sans hospitalisation sont : des symptômes non urgents pouvant être évalués et pris en charge en EHPAD (48%), des soins cutanés pouvant être évalués et pris en charge en EHPAD, dont des sutures (23%) et des blessures légères ne nécessitant pas de radiographie en urgence (22%) (14).

Le besoin en soins des résidents d'EHPAD est de plus en plus important. Néanmoins, dans la littérature, les résultats concernant le bénéfice de l'augmentation du temps infirmier en EHPAD sont contradictoires.

On ne retrouve pas non plus dans la littérature, une diminution des hospitalisations par l'augmentation du temps médical en EHPAD. La décision d'hospitalisation est médicale à 80% (dont un quart sur avis téléphonique), bien que l'on constate un manque croissant de disponibilité des médecins dans les EHPAD (12).

Parmi les médecins ayant suggéré des améliorations pour la structure, quatre ont cité la télémedecine. Cet outil est déjà disponible dans près de la moitié (45,2%) des EHPAD des médecins ayant répondu à notre questionnaire. La télémedecine pourrait réduire les hospitalisations non programmées imputées au manque de temps médical ou à la difficulté à joindre les correspondants pour avis spécialisé. Selon le Dr Pierre Simon, ancien rapporteur sur le sujet et président de l'Association Nationale de Télémedecine (ANTEL), la télémedecine pourrait éviter 10 à 15 % des hospitalisations (11).

## 2) Les limites méthodologiques

### a. Envoi des questionnaires

Le choix du questionnaire présente des avantages en termes de coût, de soutien logistique. Il augmente le sentiment d'anonymat et permet au sujet de choisir sa disponibilité pour y répondre. Le taux réponse à notre questionnaire est de 11,9 %. Ce taux de réponse est comparable avec les taux de réponses moyens aux questionnaires en ligne se situant entre 10 et 15 % (28) (29).

### b. Échantillon

L'obtention de toutes les adresses mails des médecins généralistes et médecins coordonnateurs de la Haute-Garonne étant longue et difficilement consensuelle par des moyens directs (appels téléphoniques), nous avons décidé de diffuser le questionnaire via l'URPS. Dans chaque région, l'URPS (créées par la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires – dite Loi HPST) rassemblent, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral sous le régime des conventions nationales avec l'union nationale des caisses d'assurance maladie.

Seuls les médecins coordonnateurs d'EHPAD ont été contactés directement par téléphone pour obtenir leur adresse mail devant leur absence d'adhésion à l'URPS s'ils n'avaient pas une activité libérale conjointe.

Les médecins sensibilisés à la prise en charge des résidents d'EHPAD et à la formation universitaire ont probablement répondu plus fréquemment que d'autres, l'objet du mail contenant le questionnaire étant « THESE : Patients d'EHPAD : impact d'un Hôpital de Jour dédié ». Ceci a pu entraîner un biais de sélection.

Nous avons envoyé le questionnaire via l'URPS à tous les médecins généralistes de la Haute-Garonne. L'HDJ Réactif EHPAD prend en charge les patients du bassin de santé de Toulouse. Or, certains médecins connaissant la structure ont été exclus car ils n'exerçaient pas dans la Haute-Garonne (par exemple l'EHPAD Saint Jacques à L'Isle Jourdain) alors que ceux étant plus éloignés géographiquement (par exemple à Saint Gaudens) ont été inclus et ne font pas partie du bassin de santé. Le lieu d'exercice des médecins n'était pas demandé dans le questionnaire, ce biais n'a donc pas pu être estimé à posteriori.

L'adhésion au questionnaire est diminuée devant une augmentation du sentiment d'anonymat face à la diffusion des questionnaires par mail. Ceci peut représenter un biais de non réponse. Cet effet a été possiblement atténué par le contact direct par téléphone avec les médecins coordonnateurs d'EHPAD pour obtenir leur adresse mail. De plus, notre taux de réponse est tout à fait comparable à la littérature.

Les biais de mesure ont été réduits au maximum en n'utilisant que deux moyens de diffusion du questionnaire : via l'URPS et par envoi direct aux médecins coordonnateurs d'EHPAD.

### 3) Les points forts

#### a. Le taux de réponse

Le taux de réponse était de 11,9 % (n=165) sur l'ensemble des médecins (médecins traitants de patients en EHPAD et médecins coordonnateurs d'EHPAD) et de 57,6 % pour les médecins coordonnateurs d'EHPAD.

Seulement 4,8 % (n=8) des médecins ayant répondu au questionnaire ont été exclus (ni médecin coordonnateur d'EHPAD, ni médecin traitant de patient en EHPAD).

b. La validité externe

En Occitanie, en 2016, la proportion d'hommes et de femmes médecins généralistes était de 38,7 % d'hommes et 61,3 % de femmes. L'âge moyen était de 52,2 ans, 15 % avaient moins de 40 ans et 28 % plus de 60 ans (30). Notre population comportait 60 % de femmes, et l'âge moyen de l'ensemble des sujets était de 47 ans  $\pm$  12,1.

Les médecins coordonnateurs d'EHPAD étaient également médecins traitants de résidents d'EHPAD dans 40,6 % des cas en 2015 en Haute Garonne (8). Seulement 9 % de notre population a déclaré travailler en tant que médecin coordonnateur d'EHPAD et médecin traitant de résident d'EHPAD.

De plus les motifs de recours à l'HDJ retrouvés dans notre étude correspondent aux motifs de fréquentation de la structure retrouvés dans un récent article, en dépit du mode déclaratif de notre étude (18).

## CONCLUSION

L'HDJ Réactif EHPAD est une structure nouvelle et innovante de la filière de soins gériatriques. Il apporte un accès rapide à des avis spécialisés et un plateau technique pour les résidents d'EHPAD. Cette structure a été créée pour répondre aux besoins des équipes soignantes des EHPAD, afin de leur fournir un meilleur accompagnement et diminuer le nombre d'hospitalisations vers le SAU dont le bénéfice est parfois limité et les conséquences pour le patient souvent délétères.

Depuis sa création en octobre 2015, les médecins n'avaient pas encore été interrogés sur l'adaptation de l'HDJ Réactif EHPAD à leur besoin. Notre objectif principal était donc de connaître la satisfaction des médecins ayant eu recours à la structure.

Le taux de satisfaction est excellent puisqu'il dépasse les 95 %. De plus, la structure a répondu aux attentes des médecins dans 98,2 % des cas.

Les projections démographiques permettent d'anticiper une nette augmentation de la population âgée, polypathologique et dépendante. La prévention des hospitalisations inappropriées de ces futurs sujets âgés dépendants est un réel enjeu de santé publique devant les effets délétères que ces hospitalisations induisent.

L'impact de l'HDJ Réactif EHPAD sur la diminution des hospitalisations évitables des résidents d'EHPAD vers le SAU n'est pas connu à l'heure actuelle. Des mesures conjointes, en plus du développement de l'HDJ sont à promouvoir, comme les mesures de prévention ou la télémédecine. La piste de nouvelles pratiques est également à envisager comme les infirmiers de pratiques avancées qui pourraient pallier en partie à une désertification médicale.



Professeur Yves ROLLAND  
Médecine Interne et Gériatrie Clinique  
Cité de la santé - Gérontopôle  
20, rue du Pont Saint-Pierre  
TSA 60033  
31059 TOULOUSE CEDEX 9

Toulouse, le 6 mai 2019

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



## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Insee- Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. [cité 19 juin 2018]. Pyramides des âges – Bilan démographique 2017. [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1913143?sommaire=1912926>
2. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 19 juin 2018]. Baby boom [Internet]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/lexique/baby-boom/>
3. Michel Duée, Cyril Rebillard. La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 [Internet]. 2006. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/1371933/donsoc06zp.pdf>
4. Université Médicale Virtuelle Francophone. [cité 4 oct 2018]. Autonomie et dépendance [Internet]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie8/site/html/cours.pdf>
5. Rahola - Synthèse du débat national sur la dépendance [Internet]. [cité 26 sept 2018]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese\\_de\\_debat\\_national\\_sur\\_la\\_dependance.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_de_debat_national_sur_la_dependance.pdf)
6. A. Podeur. [cité 26 sept 2018]. SANT4 - Bulletin Officiel N°2007-4: Annonce N°58 [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>
7. Legifrance. [cité 16 oct 2018]. Décret n° 2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2005/5/27/SANA0521723D/jo/texte>
8. Agence régionale de santé Occitanie et Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées. [cité 15 sept 2018]. Analyse des rapports d'activité médicale 2015 des médecins coordonnateurs des EHPAD en Occitanie. [Internet]. Disponible sur: [https://www.ormip.org/tlc/RAMEHPAD2015\\_16012017.pdf](https://www.ormip.org/tlc/RAMEHPAD2015_16012017.pdf)
9. Rolland Y, Andrieu S, Hein C, Vellas B. Les flux d'entrée et de sortie des résidents des EHPAD en France : résultats de l'étude PLEIAD. Rev Geriatr. sept 2012;37(7):543-8.
10. Couty E, Abenheim L. [cité 16 avr 2019]. Bulletin Officiel n°2002-14 [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm>
11. EHESP – École des Hautes Études en Santé Publique. [cité 15 sept 2018]. Réduire les hospitalisations non programmées pour les résidents d'EHPAD : un véritable enjeu de santé publique [Internet]. Disponible sur: <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ehesp/Memoires/dessms/2016/magnin.pdf>
12. Le Fur-Musquer E, Delamarre-Damier F, Decker LD, Le Strat A, Lebatard A, Manigold V, et al. Modalities of hospitalization in emergency of institutionalized patients. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2011;9(4):409-15.

13. Graverholt B, Forsetlund L, Jamtvedt G. Reducing hospital admissions from nursing homes: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:36.
14. HAS -Haute Autorité de Santé. [cité 16 mars 2018]. Note méthodologique et de synthèse documentaire « comment réduire les hospitalisations des résidents des ehpad.pdf [Internet]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-07/note\\_methodo\\_reduire\\_hospit\\_residents\\_ehpad.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-07/note_methodo_reduire_hospit_residents_ehpad.pdf)
15. Mathieu C, Piau C, Cayla F, Rolland Y. [cité 18 oct 2018]. IQUARE vf 04052015 [Internet]. Disponible sur: <http://www.orsmip.org/tlc/documents/iquarevf04052015.pdf>
16. Gérontopole Toulouse. [cité 16 mars 2018]. Le gérontopôle - permettre l'accès à l'innovation et à la recherche. [Internet]. Disponible sur: [https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/gerontopole\\_web.pdf](https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/gerontopole_web.pdf)
17. Améli Santé. [cité 24 mars 2019]. Annuaire santé d'amelio.fr : trouver un médecin, un hôpital... [Internet]. Disponible sur: [http://annuaire.sante.amelio.fr/professionnels-de-sante/recherche-1/liste-resultats-page-1-par\\_page-20-tri-aleatoire-4fb6badbedf99fcbd427bfd36cef5c81.html](http://annuaire.sante.amelio.fr/professionnels-de-sante/recherche-1/liste-resultats-page-1-par_page-20-tri-aleatoire-4fb6badbedf99fcbd427bfd36cef5c81.html)
18. Laffon De Mazieres C, Romain M, Hermabessière S. An innovative day hospital dedicated to nursing home. *J Nutr Health Aging.* 2018 August 22. [pdf]
19. HAS- Haute Autorité de Santé. Prise en charge médicamenteuse en EHPAD - Fiche Repère [Internet]. [cité 15 sept 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-05/fr\\_medicament\\_vdef\\_crea.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-05/fr_medicament_vdef_crea.pdf)
20. Rolland Y, Andrieu S, Crochard A, Goni S, Hein C, Vellas B. Psychotropic drug consumption at admission and discharge of nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc.* mai 2012;13(4):407.e7-12.
21. Arendts G, Quine S, Howard K. Decision to transfer to an emergency department from residential aged care: A systematic review of qualitative research. *Geriatr Gerontol Int.* 1 oct 2013;13(4):825-33.
22. CHU de Montpellier – ARS – Assurance Maladie. [cité 22 avr 2019]. Dossier de presse – La campagne de vaccination contre la grippe saisonnière. [Internet]. Disponible sur: [https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2018-10/2018\\_10\\_30\\_DP\\_campagne\\_vaccination\\_grippe\\_2018\\_0.pdf](https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2018-10/2018_10_30_DP_campagne_vaccination_grippe_2018_0.pdf)
23. Benquet J. Prise en charge des urgences de fin de vie dans les EHPAD en Bretagne : élaboration de recommandations et étude de faisabilité à l'échelle territoriale. [Thèse de doctorat en médecine]. Rennes : Université de Rennes 1 ; 2016. [cité 17 avr 2018]. [Internet]. Disponible sur: <https://ecm.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/a8b0bd8d-b2dc-479d-924a-9cc87ce008b6?inline>
24. EHESP – École des Hautes Études en Santé Publique [cité 15 sept 2018]. L'action d'un centre hospitalier à vocation gérontologique pour la prévention de l'hospitalisation

évitable des résidents d'EHPAD. [Internet]. Disponible sur:  
<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ehesp/Memoires/dessms/2015/fabre.pdf>

25. RESURCA – Réseau des Urgences Champagne-Ardenne. [cité 17 avr 2018]. Situations urgentes en EHPAD, conduites à tenir pratiques. [Internet]. Disponible sur:  
<http://www.resurca.com/wp-content/uploads/2017/03/Guide-EHPAD-Urgences-mars-2017.pdf>
26. ARS -Agence Régionale de Santé, SGGIF-Société de gériatrie et gérontologie en Ile de France. IDE et aide-soignante en EHPAD conduite à tenir en situation d'urgence. [Internet]. [cité 17 avr 2018]. Disponible sur:  
<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/EHPAD-20-Fiches-Conduite-a-tenir-en-situation-durgence.pdf>
27. 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. *Australas J Ageing*. 1 déc 2010;29(4):167-71.
28. Frippiat D, Marquis N. Les enquêtes par Internet en sciences sociales : un état des lieux. *Population*. 30 nov 2010;Vol. 65(2):309-38.
29. Jean É. Les enjeux liés à la collecte de données en ligne. *Rev Sci Gest*. 4 déc 2015;N° 272(2):13-21.
30. Conseil de l'ordre des médecins. [cité 21 oct 2018]. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1<sup>er</sup> janvier 2016 [Internet]. Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2016.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf)

## ANNEXES

### Annexe 1 : Questionnaire

Chers confrères,

Je réalise une enquête de satisfaction au sujet de l'Hôpital De Jour REACTIF dédié aux résidents d'EHPAD (HDJ REACTIF EHPAD). Cet HDJ a été créé afin d'accueillir rapidement les patients résidant en EHPAD nécessitant un bilan et des avis spécialisés afin d'éviter leur passage aux urgences. Cette enquête s'adresse aux médecins coordonnateurs d'EHPAD et aux médecins traitants de patients en EHPAD. Elle restera anonyme et ne vous prendra que 5 à 6 minutes.

Je vous remercie vivement de votre participation.

**1) Vous êtes ?**

- ◇ Une femme
- ◇ Un homme

**2) Quel âge avez-vous ?**

.....

**3) Vous êtes ?**

- ◇ Médecin coordonnateur en EHPAD
- ◇ Médecin traitant de patients en EHPAD
- ◇ Les deux
- ◇ Ni l'un, ni l'autre

**4) Connaissez-vous l'HDJ REACTIF EHPAD ?**

- ◇ Non (*merci de vous reporter à la question n° 16*)
- ◇ Oui :
  - Par courrier du CHU
  - Après passage aux urgences
  - Par un congrès ou une formation médicale continue
  - Autres : .....

Cette enquête s'adresse aux médecins coordonnateurs d'EHPAD et aux médecins traitants de patients d'EHPAD. Merci de votre participation.

- 4) L'hôpital de jour Réactif dédié aux résidents d'EHPAD répond à la demande de médecins traitants et de médecins coordonnateurs d'EHPAD qui souhaitent avoir un accès rapide à un plateau technique et à des avis spécialisés pour leurs patients. L'objectif de cet hôpital de jour est de diminuer les hospitalisations inappropriées des résidents d'EHPAD vers les services d'urgences. L'hôpital de jour réactif dédié aux résidents propose un bilan médical et paramédical complet, avec des avis spécialisés dans de nombreux domaines (neurologie, urologie, cardiologie, nutrition etc...) dans des délais courts afin d'éviter le passage aux urgences et les hospitalisations inappropriées ; situation à risque de dépendance iatrogène pour ces patients.

**Pensez-vous que ce type d'offre de soin pourrait être utile aux résidents que vous prenez en charge ?**

- ◇ Très souvent
- ◇ Souvent
- ◇ Peu souvent
- ◇ Jamais

**Commentaires : .....**

*Je vous remercie pour votre participation. Si les résultats de cette enquête vous intéressent, merci d'inscrire votre adresse mail : ...*

**VOUS CONNAISSEZ L'HDJ REACTIF EHPAD :**

**5) Si oui, avez-vous déjà adressé un patient vers l'HDJ REACTIF EHPAD ?**

◇ Non

→ Pourquoi ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- Vous ne connaissez pas la démarche pour adresser un patient vers l'HDJ REACTIF EHPAD
- La démarche pour adresser un patient est trop longue ou trop compliquée
- Vous ne savez pas en quoi l'HDJ REACTIF EHPAD pourrait vous être utile
- Vous avez à votre disposition d'autres moyens (ex : autre structure de soins, télémédecine, réseau de proximité, etc...)
  - Si oui lesquels ? .....
- Le patient (ou le référent familial) a refusé l'hospitalisation
- Autre : .....

◇ Oui

Passage  
question  
8) puis  
question  
16) puis  
FIN

**VOUS AVEZ DEJA ADRESSE UN PATIENT A L'HDJ REACTIF EHPAD :**

→ Combien de fois avez-vous adressé des patients à l'HDJ REACTIF EHPAD ?

- Entre 1 et 5 fois
- Entre 5 et 10 fois
- Plus de 10 fois

→ Pour combien de patients ?

- Un seul
- Entre 1 et 3
- Entre 3 et 5
- Plus de 5

**6) Pour quels motifs avez-vous sollicité l'HDJ REACTIF EHPAD ? (Une ou plusieurs réponses possibles)**

(Réponses pondérées « Toujours – Parfois – Rarement - Jamais »)

- ◇ Pour un avis spécialisé ?
- ◇ Pour un bilan cognitif ?
- ◇ Pour un bilan de chute ?
- ◇ Pour des troubles du comportement ?
- ◇ Pour un avis nutritionnel ?
- ◇ Pour une discussion éthique ?
- ◇ Pour une demande d'examen complémentaire ?
- ◇ Pour une transfusion ?

◇ Pour une autre demande ? .....

**7) L'HDJ REACTIF EHPAD a-t-il répondu à vos attentes ?**

- ◇ Toujours
- ◇ Souvent
- ◇ Rarement
- ◇ Jamais

7 bis) Pourquoi ? .....

**8) Existe-t-il au sein de l'EHPAD où vous intervenez/exercez, des dispositifs (moyens) pour limiter les hospitalisations aux urgences pour les résidents ?**

◇ Oui

→ Si oui, lesquels ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- Directives de non hospitalisation
- Réflexion pluridisciplinaire préventive sur la conduite à tenir en cas de décompensation somatique
- Fiches des conduites à tenir pour les cas d'urgence / Protocole d'hospitalisation
- Télémédecine
- Expertise gériatrique en EHPAD (équipe mobile, autre...)
- Présence d'une IDE la nuit
- Autres : .....

◇ Non

**9) Selon vous, l'HDJ REACTIF EHPAD a-t-il permis d'éviter une hospitalisation aux urgences ?**

◇ Toujours

◇ Souvent

◇ Rarement

◇ Jamais

**10) Avez-vous été satisfait du délai de prise en charge en HDJ REACTIF EHPAD ?**

◇ Très satisfait

◇ Satisfait

◇ Peu satisfait

◇ Insatisfait

**10 bis) REMARQUES EVENTUELLES : .....**

**11) Après le retour des patients, les préconisations de l'HDJ REACTIF EHPAD vous ont-elles été utiles ?**

◇ Toujours

◇ Souvent

◇ Rarement

◇ Jamais

→ Si non, pourquoi ?

.....

**12) Selon vous l'HDJ REACTIF EHPAD apporte-t-il un bénéfice à la prise en charge des résidents d'EHPAD ?**

◇ Toujours

◇ Souvent

◇ Rarement

◇ Jamais

**13) Quelle est votre satisfaction globale concernant l'HDJ REACTIF EHPAD ?**

◇ Très satisfait

◇ Satisfait

13 bis) Pourquoi n'êtes-vous pas satisfait ? .....

- ◇ Peu satisfait
- ◇ Insatisfait

**14) Quels sont, selon vous, les points les plus utiles de l'HDJ REACTIF EHPAD :**

*(3 réponses maximum)*

- ◇ Les avis spécialisés
- ◇ L'accès à un interlocuteur privilégié au sein du Gérontopôle
- ◇ La rapidité de la prise en charge
- ◇ L'aide à l'hospitalisation
- ◇ L'aide à la prise de décision (collégialité)
- ◇ La synthèse de la prise en charge médicale du patient
- ◇ La révision d'ordonnance
- ◇ Le retour d'information (perte de données suite à un déménagement, récupération de comptes rendus, ...)
- ◇ Autres : .....

**15) Selon vous, y a t-il des voies d'amélioration ou des besoins manquants concernant l'HDJ REACTIF EHPAD ?**

.....

**VOUS NE CONNAISSEZ PAS L'HDJ REACTIF EHPAD : (Suite question 4)**

**16) L'hôpital de jour Réactif dédié aux résidents d'EHPAD répond à la demande de médecins traitants et de médecins coordonnateurs d'EHPAD qui souhaitent avoir un accès rapide à un plateau technique et à des avis spécialisés pour leurs patients. L'objectif de cet hôpital de jour est de diminuer les hospitalisations inappropriées des résidents d'EHPAD vers les services d'urgences. L'hôpital de jour réactif dédié aux résidents propose un bilan médical et paramédical complet, avec des avis spécialisés dans de nombreux domaines (neurologie, urologie, cardiologie, nutrition etc...) dans des délais courts afin d'éviter le passage aux urgences et les hospitalisations inappropriées ; situation à risque de dépendance iatrogène pour ces patients.**

**Pensez-vous que ce type d'offre de soin pourrait être utile aux résidents que vous prenez en charge ?**

- ◇ Très souvent
- ◇ Souvent
- ◇ Peu souvent
- ◇ Jamais

**Commentaires : .....**

*Je vous remercie pour votre participation. Si les résultats de cette enquête vous intéressent, merci d'inscrire votre adresse mail : .....*

## **Annexe 2 : Texte d'accompagnement du questionnaire**

*Objet :*

Pour le médecin coordonnateur. THESE : Patients d'Ehpad : impact d'un Hôpital de Jour Dédié

*Texte :*

Chers confrères,

Dans le cadre de mon projet de thèse je réalise une enquête de satisfaction concernant l'HDJ REACTIF EHPAD.

Cette enquête s'adresse aux médecins coordonnateurs d'EHPAD et aux médecins traitants de patients en EHPAD. Elle restera anonyme et ne vous prendra que moins de 5 minutes.

Je vous remercie vivement de votre participation.

FRAUX Isaure, Interne en médecine générale,  
Université Paul Sabatier III, TOULOUSE

Si les résultats de cette enquête vous intéressent voici mon adresse mail : [i.fraux@xxx.fr](mailto:i.fraux@xxx.fr)

## **Annexe 3**

Tableau concernant le moyen de connaissance initial de l'HDJ Réactif EHPAD selon le type d'exercice professionnel

<b>Moyen de connaissance de l'HDJ</b>	<b>Med CO n=39 (%)</b>	<b>MT n=22 (%)</b>	<b>MT et Med CO n=6 (%)</b>	<b>p-value*</b>	<b>p-value**</b>
Par courrier du CHU	15 (38,5)	8 (36,4)	3 (50)	0,871	0,652
Après passage au SAU	2 (5,1)	1 (4,5)	0	1	1
Par une FMC ou un congrès	14 (35,9)	0	2 (33,3)	< 0,001	0,039
Par bouche à oreille ou par des collègues	4 (10,25)	5 (22,7)	1 (16,6)	0,262	1
Via l'EHPAD	4 (10,25)	8 (36,4)	0	0,02	0,141

*Med CO : médecin coordonnateur d'EHPAD ; MT : médecin traitant de résidents d'EHPAD; HDJ : Hôpital de Jour ; CHU : Centre Hospitalier Universitaire ; SAU : Service d'Accueil des Urgences ; FMC : Formation médicale continue ; EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes*

*\*comparaison entre les médecins coordonnateurs d'EHPAD et les médecins traitants de résidents d'EHPAD*

*\*\*comparaison entre les médecins traitants de résidents d'EHPAD et les médecins ayant une activité mixte*

#### **Annexe 4**

Tableau concernant l'absence d'utilisation de l'HDJ Réactif EHPAD chez les médecins connaissant l'HDJ

<b>RAISONS</b>	<b>TOTAL n=10</b>	<b>Med CO n=7</b>	<b>MT n=2</b>	<b>Med CO et MT n=1</b>
<b>Méconnaissance de la démarche, n(%)</b>	3 (30)	2 (28,6)	1 (50)	0
<b>La démarche est trop longue ou trop complexe, n(%)</b>	2 (20)	1 (14,3)	0	1
<b>Utilité potentielle de l'HDJ méconnue, n(%)</b>	0	0	0	0
<b>Autres moyens à disposition, n(%)</b>	2 (20)	2 (28,6)	0	0
<b>Refus du MT, du patient, n(%)</b>	2 (20)	1 (14,3)	1 (50)	0
<b>En poste depuis 15 jours, n(%)</b>	1 (10)	1 (14,3)	0	0

*Med CO : médecin coordonnateur d'EHPAD ; MT : médecin traitant de résidents d'EHPAD*

## Annexe 5

Tableau concernant les motifs de recours à l'HDJ Réactif EHPAD

TYPE D'EXERCICE	TOTAL n=57 (%)	Med CO n=32 (%)	MT n=20 (%)	Med CO et MT n=5 (%)	p-value*	p-value**
<b>Avis spécialisé</b>						
Toujours / Souvent	52 (91,2)	28 (87,5)	19 (95)	5	0,637	1
Rarement / Jamais	5 (8,8)	4 (12,5)	1 (5)	0		
<b>Bilan cognitif</b>						
Toujours / Souvent	29 (50,9)	23 (71,9)	4 (20)	2 (40)	< 0,001	0,303
Rarement / Jamais	28 (49,1)	9 (28,1)	16 (80)	3 (60)		
<b>Bilan de chute</b>						
Toujours / Souvent	12 (21)	7 (21,9)	5 (25)	0	1	0,559
Rarement / Jamais	45 (79)	25 (78,1)	15 (75)	5		
<b>Troubles du comportement</b>						
Toujours / Souvent	41 (71,9)	25 (78,1)	12 (60)	4 (80)	0,16	1
Rarement / Jamais	16 (28,1)	7 (21,9)	8 (40)	1 (20)		
<b>Avis nutritionnel</b>						
Toujours / Souvent	15 (26,3)	7 (21,9)	8 (40)	0	0,16	0,559
Rarement / Jamais	42 (73,7)	25 (78,9)	12 (60)	5		
<b>Discussion éthique</b>						
Toujours / Souvent	7 (12,3)	3 (9,4)	4 (20)	0	0,407	1
Rarement / Jamais	50 (87,7)	29 (90,6)	16 (80)	5		
<b>Examens complémentaires</b>						
Toujours / Souvent	27 (47,4)	15 (46,9)	10 (50)	2 (40)	1	1
Rarement / Jamais	30 (52,6)	17 (53,1)	10 (50)	3 (60)		
<b>Transfusion</b>						
Toujours / Souvent	8 (14)	4 (12,5)	3 (15)	1 (20)	1	0,538
Rarement / Jamais	49 (86)	28 (87,5)	17 (85)	4 (80)		

Med CO : médecin coordonnateur d'EHPAD ; MT : médecin traitant de patients en EHPAD

\*comparaison entre les médecins coordonnateurs d'EHPAD et les médecins traitants de patients en EHPAD

\*\*comparaison entre les médecins traitants de résidents d'EHPAD et les médecins ayant une activité mixte

---

**Titre : Un Hôpital de Jour dédié aux patients d'EHPAD : quelle utilité pour les médecins dans la prise en charge de ces patients ?**

**Title: A Day Hospital dedicated to the patients of nursing home: which value for doctors in the care of these patients?**

---

**Contexte :** L'hôpital de jour Réactif EHPAD est une structure nouvelle, créée en 2015 et dédiée aux résidents de maison de retraite. Son objectif est de permettre un accès rapide à des avis spécialisés et à un plateau technique afin de limiter le recours aux services d'urgences. Nous n'avons pas de données concernant la satisfaction des médecins traitants et des médecins coordonnateurs à propos de cet hôpital de jour. L'objectif principal de notre étude était d'étudier la satisfaction des médecins ayant eu recours à ce nouveau dispositif. **Méthode :** Nous avons réalisé une étude épidémiologique, descriptive, observationnelle, transversale et déclarative à l'aide d'un questionnaire GoogleForms envoyé par mail aux médecins coordonnateurs des EHPAD de la Haute-Garonne et aux médecins généralistes libéraux du département. Le critère de jugement principal était la satisfaction des médecins. Nous avons obtenu 165 réponses entre octobre 2018 et février 2019. **Résultats :** Les médecins étaient satisfaits de la structure dans 96,4% (n=55) des cas, elle avait répondu à leurs attentes et apporté un bénéfice à la prise en charge des patients à 98,2% (n=56). Plus de la moitié des médecins ont déclaré que l'hospitalisation des résidents à l'HDJ aurait permis d'éviter une éventuelle hospitalisation aux urgences (54,4% (n=31)). **Conclusion :** Cette nouvelle structure innovante de la filière de soins gériatrique répond à un réel besoin des médecins pour la prise en charge des résidents de maison de retraite. Elle pourrait permettre de diminuer les hospitalisations évitables vers les services d'urgences et ses effets délétères sur les personnes âgées.

---

**Introduction:** The day hospital dedicated to nursing home (DH NH) is a new geriatric department created in 2015 in order to allow quick access to specialist advices and a technical platform for nursing home residents. Since its creation, the physicians have not been consulted about it. The main goal of our research is to study the satisfaction of the physicians about the DH NH. **Methodology:** We conducted an epidemiological, descriptive, observational, cross-sectional and declarative study using a GoogleForms survey sent by e-mail to general practitioners and NH teams of the Haute-Garonne. The primary endpoint was physician satisfaction. We received 165 responses between October 2018 and February 2019. **Results:** The vast majority of physicians (96.4% (n=55)) were satisfied with the DH NH which had met their expectations and provided a benefit to the patient care at 98.2% (n = 56). More than half the physicians reported that hospitalization of residents in this department would have prevented them from transfer to emergency room (54.4% (n = 31)). **Conclusion:** This new innovative DH of the geriatric care sector meets a real need of physicians for the care of the nursing home residents. It could help to reduce inappropriate and avoidable transfers of NH residents to emergency rooms and its deleterious effects on the elderly.

---

**Discipline administrative :** MEDECINE GENERALE

---

**Mots Clés :** EHPAD, hospitalisation, soins en EHPAD, personne âgée dépendante, hospitalisations aux urgences

**Keywords:** Nursing home, hospitalization, care in nursing home, elderly, emergency transfer.

---

Faculté de Médecine Rangueil – 133, Route de Narbonne – 31062 TOULOUSE CEDEX 04 France

---

**Directrices de thèse :** HERMABESSIERE, Sophie – LAFFON DE MAZIERES, Clarisse