

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

Présentée et soutenue publiquement le 19 mars 2015

Par

Audrey LAFOURCADE

**EVALUATION DE L'EVOLUTION DE L'AUTONOMIE PAR
ADL DES RESIDENTS D'ETABLISSEMENTS
D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES
DEPENDANTES AU DECOURS D'UN TRANSFERT AUX
URGENCES ET DESCRIPTION DES CONDITIONS DE
RETOUR**

DIRECTEUR DE THÈSE : Madame le Docteur Amélie PERRIN

JURY :
Président : Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC
Assesseur : Madame le Professeur Fatémeh NOURHASHEMI
Assesseur : Monsieur le Professeur Yves ROLLAND
Assesseur : Monsieur le Docteur Serge BISMUTH
Assesseur : Madame le Docteur Amélie PERRIN

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2014

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAN
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONAFE
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. GOUZI		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER		
Professeur Honoraire	M. PASCAL		

Professeurs Émérites

Professeur LARROUY	Professeur JL. ADER
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur CONTÉ	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JOFFRE
Professeur MANELFE	Professeur J. CORBERAND
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

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

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Ch	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIE P.	Ophthalmologie
M. GAME X.	Urologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. OLIVOT J-M	Neurologie
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépatogastro-entérologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie

P.U.

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

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

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

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACCADBLE D.F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

M.C.U. - P.H.

M. APOIL P. A.	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
Mme COURBON	Pharmacologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
M. KIRZIN S.	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES S.	Réanimation
M. SOLER V.	Ophthalmologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
M. TREINER E.	Immunologie
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSAING N.	Génétique
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. DESPAS F.	Pharmacologie
M. EDOUARD T.	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GASQ D.	Physiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET S.	Nutrition
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAIREZ O.	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE B.	Biostatistique
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme NASR N.	Neurologie
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie

M.C.U.

M. BISMUTH S.	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
Mme ESCOURROU B.	Médecine Générale

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.
Dr CHICOULAA B.

Dr BISMUTH M
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Oustric, Professeur des Universités, Médecin Généraliste,
Vous m'avez fait l'honneur de bien vouloir accepter de présider ma thèse et je vous en suis très reconnaissante. Je vous remercie pour votre implication et dévouement dans la formation des futurs médecins généralistes.

A Madame le Professeur Nourhashémi, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier de Gériatrie,

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail, et vous me faites l'honneur de le juger en tant que spécialiste et experte.

A Monsieur le Professeur Rolland, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier de Gériatrie,

Je vous remercie de votre présence au sein du jury et de votre aide dans la réalisation de cette étude pilote en collaboration avec le Gérontopôle de Toulouse. C'est un véritable honneur de vous présenter ce travail.

A Monsieur le Docteur Bismuth, Maître de Conférences Universitaires, Médecin Généraliste,

Merci à vous de m'avoir guidé et soutenu dans ce travail de thèse. Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Votre avis en tant que médecin généraliste et coordonnateur d'EHPAD est essentiel.

A Madame le Docteur Amélie Perrin, Médecin Gériatre,

Merci pour tes conseils avisés et ton soutien dans ce travail. Tu me fais également l'honneur de siéger parmi les membres du jury.

Je tenais aussi à remercier le **Docteur Néda Tavassoli** pour son aide précieuse dans la réalisation de ce travail.

Sommaire

I. INTRODUCTION :	3
II. JUSTIFICATION DE L'ETUDE :	4
III. MATERIEL ET METHODES :	6
A. RECUEIL DE DONNEES :	6
B. DEFINITIONS DES HOSPITALISATIONS INAPPROPRIEES (HI), APPROPRIEES (HA), APPROPRIEES MAIS POTENTIELLEMENT EVITABLES (HAE) ET APPROPRIEES ET INEVITABLES (HAI) RETENUES DANS NOTRE ETUDE :	8
C. ANALYSE DES DONNEES :	9
IV. RESULTATS :	10
A. RESIDENTS INCLUS :	10
B. DESCRIPTION DES EHPAD :	10
C. DESCRIPTION DE LA POPULATION D'ETUDE :	11
1. <i>Données sociodémographiques :</i>	11
2. <i>Antécédents des résidents :</i>	11
3. <i>Statut cognitif des résidents avant l'envoi aux urgences:</i>	12
4. <i>Traitements des résidents à l'admission :</i>	13
5. <i>Diagnostics principaux des résidents lors du retour à l'EHPAD :</i>	14
6. <i>Parcours des résidents suite à l'admission aux urgences :</i>	14
7. <i>Caractérisation des hospitalisations selon les concepts HI, HA, HAE et HAI :</i>	15
D. DESCRIPTION DE L'EVOLUTION DE L'AUTONOMIE DES RESIDENTS SELON ADL :	15
1. <i>Evolution du score ADL de la population totale et des résidents hospitalisés suite à l'envoi aux urgences:</i>	15
2. <i>Evolution du score ADL en fonction du caractère approprié versus inapproprié, approprié mais potentiellement évitable versus approprié et inévitable, du transfert aux urgences:</i>	16
E. CONDITIONS DU RETOUR A L'EHPAD:	19
1. <i>Conditions de sortie d'hospitalisation et des urgences de la population totale et en fonction du caractère approprié versus inapproprié et approprié mais potentiellement évitable versus approprié et inévitable, du transfert aux urgences :</i>	19
2. <i>Conditions de retour à l'EHPAD de la population totale et en fonction du caractère approprié versus inapproprié et approprié mais potentiellement évitable versus approprié et inévitable, du transfert aux urgences :</i>	20
3. <i>Données concernant le médecin traitant lors du retour du résident à l'EHPAD de la population totale et en fonction du caractère approprié versus inapproprié et approprié mais potentiellement évitable versus approprié et inévitable, du transfert aux urgences :</i>	21

4. Délai de visite du médecin traitant au retour à l'EHPAD de la population totale et en fonction du caractère approprié versus inapproprié et approprié mais potentiellement évitable versus approprié et inévitable, du transfert aux urgences :	25
5. Traitements au retour à l'EHPAD de la population totale et en fonction du caractère approprié versus inapproprié, approprié mais potentiellement évitable versus approprié et inévitable, du transfert aux urgences :	26
6. Evolution de la prescription des traitements entre avant l'envoi et le retour à l'EHPAD de la population totale et en fonction du caractère approprié versus inapproprié de l'envoi aux urgences :	27
7. Apparition de nouveaux signes cliniques entre le moment de l'envoi aux urgences et le retour à l'EHPAD de la population totale et en fonction du caractère approprié versus inapproprié du transfert aux urgences :	27
8. Apparition de nouveaux signes cliniques entre la sortie d'hospitalisation et le retour à l'EHPAD dans la population totale et en fonction du caractère approprié versus inapproprié du transfert aux urgences :	29
V. DISCUSSION :	31
A. POPULATION DE L'ETUDE :	31
B. EHPAD DE L'ETUDE :	32
C. OBJECTIF PRINCIPAL : EVALUATION DE L'EVOLUTION DE L'AUTONOMIE PAR ADL DES RESIDENTS D'EHPAD AU DECOURS D'UN TRANSFERT AUX URGENCES	33
D. OBJECTIF SECONDAIRE : DESCRIPTION DES CONDITIONS DE RETOUR A L'EHPAD	36
E. LIMITES DE NOTRE ETUDE :	38
VI. CONCLUSION :	40
VII. BIBLIOGRAPHIE :	41
VIII. ANNEXES :	49
A. ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE EHPAD (EXTRAIT):	49
B. ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE HOSPITALISATION :	50
C. ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE RETOUR EHPAD	52
D. ANNEXE 4 : ECHELLE D'AUTONOMIE DE KATZ (ADL) :	56
E. ANNEXE 5 : GRILLE D'EVALUATION DES HOSPITALISATIONS INAPPROPRIEES ET APPROPRIEES MAIS POTENTIELLEMENT EVITABLES :	57

I. INTRODUCTION :

D'après les projections de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), si les tendances démographiques se maintiennent, à l'horizon 2060, une personne sur trois aura plus de 60 ans [1].

La population des plus de 75 ans connaîtra une forte croissance. Elle représentera à elle seule, 15,6% de la population d'ici à 2050 [2], contre 9,1% au 1^{er} janvier 2015 [3]. Ce vieillissement de la population va de paire avec la perte d'autonomie et donc l'institutionnalisation.

Au 1^{er} janvier 2012, environ un million de personnes âgées étaient dépendantes, ce qui représentait 8% des 60 ans ou plus. D'après les projections pour 2060, ces personnes dépendantes atteindraient les deux millions [4].

En 2013, la France métropolitaine comptait 541 708 lits en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), dont 31 811 en région Midi-Pyrénées (7^{ème} Région de France en terme de capacité de lits d'EHPAD) [5]. En moyenne, ils cumulent six pathologies fréquemment chroniques, d'après les données de l'enquête « EHPA 2007 » menée par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) [6].

Une décompensation somatique chez un résident peut être responsable d'un transfert aux urgences, voire d'une hospitalisation.

En effet, d'après une étude américaine réalisée sur une période de deux ans (2009-2010) [7], 11,1% des visites aux urgences des patients de plus de 65 ans sont représentées par les résidents provenant d'EHPAD. Les personnes âgées institutionnalisées ont un risque de mortalité intra hospitalière plus élevé que la population vivant à domicile [8].

II. JUSTIFICATION DE L'ETUDE :

L'étude PLEIAD, réalisée en France en 2010 auprès de 300 EHPAD, s'est intéressée aux flux d'entrées et de sorties des résidents [9]. Sur une période de 3 mois, 4 résidents sur 10 ont été hospitalisés. La moitié de ces hospitalisations s'est faite par le service d'accueil des urgences (SAU). Seulement 7,7% de ces résidents ont été admis directement dans un service de gériatrie.

Le manque de données sur le fonctionnement des EHPAD et l'absence de recommandations fondées sur les preuves sont des freins à l'amélioration de la qualité des soins. Afin d'y remédier, une collaboration est née entre le Département de Gériatrie du CHU de Toulouse et 240 EHPAD de la région Midi-Pyrénées. Ainsi l'étude REHPA (Réseau de Recherche en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées) a été menée en 2008 sur une période de 3 mois. Elle a permis d'observer que sur cette période, plus d'1 résident sur 10 avait été hospitalisé et que la moitié de ces hospitalisations s'était faite via les urgences [10]. Toujours dans cet objectif d'amélioration, l'étude IQUARE (Impact de la démarche Qualité sur l'évolution des pratiques et le déclin fonctionnel des Résidents en EHPAD) réalisée sur une période de 18 mois (mai 2011 à octobre 2012) a inclus 203 EHPAD en région Midi-Pyrénées [11]. Le lien EHPAD-Hôpital est un des leviers d'intervention de cette étude avec pour objectif de développer des outils d'échanges d'informations partagées entre établissements de santé et EHPAD.

L'organisation interne des EHPAD présente des limites, notamment l'absence de lien privilégié avec les Services de Gériatrie. Ce type de dysfonctionnement peut être illustré par un faible taux d'hospitalisations directes en gériatrie comme retrouvé dans l'étude REHPA (15% d'admission par les services de gériatrie contre 50% par les urgences) [10].

Ces transferts aux urgences exposent la personne âgée à un risque de déclin fonctionnel (ou perte d'autonomie) [12] [13], estimé à 40% selon certaines études [14]. De plus, ces transferts majorent les risques de confusions, d'escarres, de chutes, de iatrogénies médicamenteuses [15] [16] et de décès [8] pour ces résidents.

Ces hospitalisations ont un coût financier [17] qui aurait pu être limité. En effet, ces transferts ne sont pas toujours justifiés. De ces constats, sont nés les concepts d'hospitalisation inappropriée (HI), appropriée (HA), appropriée mais potentiellement évitable (HAE), et appropriée et inévitable (HAI).

Selon plusieurs études, les taux d'hospitalisations inappropriées sont très variables, allant de 7% selon Bergman et al [18], à 13,1% d'après Finn et al [19] jusqu'à 44% selon l'étude de Saliba et al [20]. Pour Ouslander et al, 67% des hospitalisations sont potentiellement évitables [21].

Cependant, il n'existe pas d'échelle validée pour définir de manière consensuelle une hospitalisation inappropriée ou appropriée mais potentiellement évitable.

Saliba et al [20] et Ouslander et al [22] se basent sur l'échelle SIR (*Structured Implicit Record review*), qui se réfère aux conditions d'envoi aux urgences. Bergman et al [18] définissent le transfert comme approprié quand il aboutit sur une hospitalisation ou en l'absence d'hospitalisation, si les moyens diagnostics et/ou thérapeutiques ne sont pas disponibles en EHPAD. Culler et al [23] s'appuient sur la classification ICD-9 (*International Classification of Disease*) pour définir une hospitalisation potentiellement évitable. Finn et al [19] se reposent sur dix critères afin de définir une hospitalisation appropriée : forte suspicion de fracture, difficultés d'accès à la radiologie...

Ceci explique les variations importantes des résultats selon les études.

Par ailleurs, peu d'études se sont intéressées aux flux EHPAD - Urgences dans leur intégralité ainsi qu'à leurs conséquences sur le niveau d'autonomie fonctionnelle des résidents.

L'étude pilote « Flux EHPAD - Urgences » a donc été désignée pour étudier le flux des résidents vers les urgences et les caractères appropriés et potentiellement évitables de ces transferts.

Les données ont été recueillies sur quatre temps : au départ des EHPAD, au SAU, à la sortie d'hospitalisation puis au retour à l'EHPAD.

Notre travail au sein de cette étude se situe aux 3^{ème} et 4^{ème} temps.

Son objectif principal est d'évaluer l'évolution de l'autonomie par l'échelle ADL [24] [25] (*Activities of Daily Living*) des résidents d'EHPAD au décours d'un transfert aux urgences.

L'objectif secondaire est de réaliser une analyse descriptive des conditions de retour des résidents à leur EHPAD après un transfert aux urgences avec ou sans hospitalisation.

III. MATERIEL ET METHODES :

Il s'agit d'une étude pilote descriptive et rétrospective menée au sein des SAU du CHU de TOULOUSE (Rangueil et Purpan), en collaboration avec le Gérotopôle de Toulouse et l'unité INSERM 1027 du CHU de Toulouse.

A. Recueil de données :

Il a été réalisé sur la période du lundi 3 décembre 2012 à 9h au lundi 10 décembre 2012 à 9h soit une semaine au total.

Tous les résidents provenant d'EHPAD ont été inclus lors de l'arrivée au SAU, sans aucune exception, grâce à un logiciel d'extraction permettant de connaître la provenance des résidents et leur devenir. Ce logiciel a été mis en place le 1^{er} juillet 2012 au SAU de Purpan et le 1^{er} novembre 2012 au SAU de Rangueil.

Préalablement, une rencontre sur site a eu lieu avec les médecins urgentistes afin d'expliquer la réalisation de notre étude.

Trois questionnaires de recueil de données ont été établis :

Le questionnaire EHPAD avec : (Annexe 1)

- les données EHPAD : nom, statut, capacité d'accueil en nombre de lits, GMP (Gir Moyen Pondéré), PMP (Pathos Moyen Pondéré), présence de secteur protégé, d'unité Alzheimer, nombre d'IDE (Infirmier Diplômé d'Etat) à temps plein, présence d'un IDE la nuit (astreinte ou garde), nombre de médecins traitants intervenants, distance entre l'EHPAD et l'hôpital.
- les données résidents : âge, sexe, antécédents, traitements avant l'admission, statut cognitif, score ADL 7 jours avant l'envoi, apparition de nouveaux signes cliniques.

Le questionnaire Hospitalisation avec : (Annexe 2) jour et heure de sortie, évolution du problème somatique à la sortie, diagnostic principal à la sortie, traitements à la sortie, score ADL à la sortie ou décès.

Le questionnaire Retour EHPAD avec : (Annexe 3)

- après appel de l'IDE de l'EHPAD : présence d'un protocole spécial retour d'hospitalisation, motif de sortie des urgences, diagnostic principal, présence d'une

fiche de liaison infirmière, EHPAD prévenu du retour, retour programmé en concertation avec l'EHPAD, délais de visite du médecin traitant, courrier médical reçu, ordonnance reçue, consignes de surveillance, traitement au retour à l'EHPAD, score ADL 7 jours après le retour, apparition de signes cliniques (confusion, agitation, somnolence, douleur, escarre, anorexie, dyspnée, chute, fièvre et asthénie).

- après appel du médecin traitant : courrier médical reçu, ordonnance reçue, bénéfique ou non de l'hospitalisation, autres alternatives au passage aux urgences.

Plusieurs rencontres préalables avec les Docteurs Tavassoli Néda et Bismuth Serge ont permis de nous approprier les différents questionnaires.

Deux internes étaient présentes sur site pour réaliser le recueil de données à l'admission des SAU de Ranguel et Purpan.

Dès l'arrivée d'un résident, la première étape consistait à appeler l'EHPAD concernée. Grâce aux informations données par l'IDE, il était alors possible de remplir le « questionnaire EHPAD ».

Les deux internes participaient aux transmissions matin et soir afin de sensibiliser les équipes de nuit dans le but de continuer le recueil de données grâce au questionnaire mis à disposition pour la nuit.

Une troisième interne réalisait le recueil de données dans la phase retour EHPAD.

Si un résident n'était pas hospitalisé : appel de l'IDE de l'EHPAD et du médecin traitant sept jours après le retour du résident.

Si un résident était hospitalisé :

- appel du service le jour de la sortie pour réaliser le questionnaire hospitalisation ou rétrospectivement par consultation du dossier médical du patient.
- appel de l'infirmière de l'EHPAD et du médecin traitant sept jours après le retour.

Pour cela, communication quotidienne de la liste des résidents intégrés dans l'étude (identité, nom de l'EHPAD, diagnostic à priori retenu) et de leur devenir (hospitalisation ou retour à l'EHPAD).

L'échelle ADL de Katz [26] (Activities of Daily Living) a été utilisée afin d'évaluer le degré d'autonomie des résidents (**Annexe 4**) sept jours avant l'hospitalisation, à la sortie d'hospitalisation et enfin sept jours après le retour à l'EHPAD. Cette échelle évalue l'autonomie du résident sur six aspects de la vie quotidienne (hygiène corporelle, habillage, transfert aux toilettes, locomotion, continence et repas). Ce score est compris entre 0 et 6. Plus il est bas, plus le résident est dépendant.

B. Définitions des hospitalisations inappropriées (HI), appropriées (HA), appropriées mais potentiellement évitables (HAE) et appropriées et inévitables (HAI) retenues dans notre étude :

Un comité d'experts composés de deux médecins gériatres et de trois internes s'est réuni afin de définir ces critères, en s'appuyant sur une échelle d'hospitalisation inappropriée et appropriée mais potentiellement évitable (**Annexe 5**).

Celle-ci a été élaborée à partir de la liste des « Ambulatory Care Sensitive Diagnosis » (ACSD). Il s'agit de pathologies pouvant être prises en charge en ambulatoire sans perte de chance pour le résident.

Cette échelle est en cours de validation. Ainsi les définitions suivantes ont été retenues.

- HI : absence de signes de gravité, et/ou notion d'une prise en charge palliative (sans signe de gravité) connue avant le transfert, et/ou présence de directives anticipées de non hospitalisation dans le dossier médical du résident, et/ou pathologie(s) pouvant être prise(s) en charge dans un autre lieu (EHPAD compris) que les urgences sans diminution de chance du résident.
- HA : elle se définit par la présence de critères de gravité, par l'absence de notion de prise en charge palliative, par l'absence de directives anticipées de non hospitalisations dans le dossier médical et la pathologie ne peut être prise en charge en EHPAD.
- HAE : l'hospitalisation n'est pas inappropriée et la pathologie appartient à la liste ICD-9 (angor, pneumopathie, poussée d'insuffisance cardiaque, exacerbation de BPCO, déshydratation, asthme, déséquilibre diabète/hypoglycémie, crise d'épilepsie sauf première crise, HTA, chute, fracture, gastroentérite, infection urinaire ou pyélonéphrite, anémie par carence martiale, dénutrition, problème dentaire, infection ORL, iatrogénie médicamenteuse, absence de traitement adéquat). Il s'agit de la liste américaine des pathologies évitables équivalentes de l'ACSD.
- HAI : il faut que l'hospitalisation ne soit ni inappropriée, ni potentiellement évitable.

C. Analyse des données :

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

Les variables catégorielles ont été exprimées en nombres et fréquences et comparées par le test Chi2 (X^2). Si la fréquence était inférieure à 5, le test exact de Fischer a été utilisé.

Le seuil de significativité retenu est $p < 0,05$. Etant donné qu'il s'agit d'une étude pilote pour un projet hospitalier d'une plus grande ampleur, les résultats avec un seuil de significativité inférieur à 0,20 ont été également présentés et discutés. On parlera alors de tendance.

Afin de déterminer si il existe une différence significative sur les variations de l'ADL avant les urgences et au retour à l'EHPAD, selon HI, HA, HAE et HAI, le « test t-Student » a été utilisé.

IV. RESULTATS :

A. Résidents inclus :

Cinquante-quatre résidents ont été inclus : 34 pour les urgences de Purpan, 20 pour les urgences de Ranguel.

B. Description des EHPAD :

Au total, 42 EHPAD ont été concernés. Ils sont majoritairement privés (77,5%), avec une capacité de 85,4 lits en moyenne. Cependant, une grande disparité existe avec des capacités variant de 42 à 225 lits. Ces EHPAD sont à une distance moyenne de 17,5 kilomètres (3-83), soit 19,7 minutes (6-67) du service des urgences où ont été adressés leurs résidents.

Le GMP qui détermine le niveau moyen de dépendance des résidents est de 705 allant de 520 à 833, cependant 18 données sont manquantes. Le score PMP qui permet de déterminer la charge en soins médico-techniques des résidents est de 174,9 allant de 104 à 245, cependant 20 données sont manquantes. La moitié des EHPAD (50%) possèdent une unité Alzheimer sécurisée et 60% d'entre eux ont un secteur protégé.

L'effectif moyen d'IDE à temps plein par EHPAD est de 4,9 allant de 2 à 16. Aucune de ces EHPAD n'a déclaré avoir d'IDE la nuit. Seulement 5,6% ont un IDE en astreinte la nuit. Lors de l'envoi du résident aux urgences, l'effectif du personnel était au complet dans 98,1% des cas.

En moyenne, 22,5 (6-39) médecins traitants interviennent par EHPAD.

C. Description de la population d'étude :

1. Données sociodémographiques :

Il s'agit en majorité de femmes (66,7%), âgées de 86,3 ans allant de 64 ans à 107 ans. La moitié des résidents (48,1%) se situe dans la tranche d'âge des 80 à 89 ans. Un tiers d'entre eux (33,3%) ont entre 90 et 99 ans. La population des 70 à 79 ans représente 13% des résidents.

2. Antécédents des résidents :

Plus de la moitié de ces résidents présentent une démence (57%) comme repris dans la figure 1. Ils sont aussi majoritairement hypertendus (50%), atteints d'une maladie vasculaire périphérique (28%), sont ostéoporotiques (26%), présentent un antécédent de fracture (26%), des troubles du rythme cardiaque (24%) et une maladie pulmonaire chronique (20%).

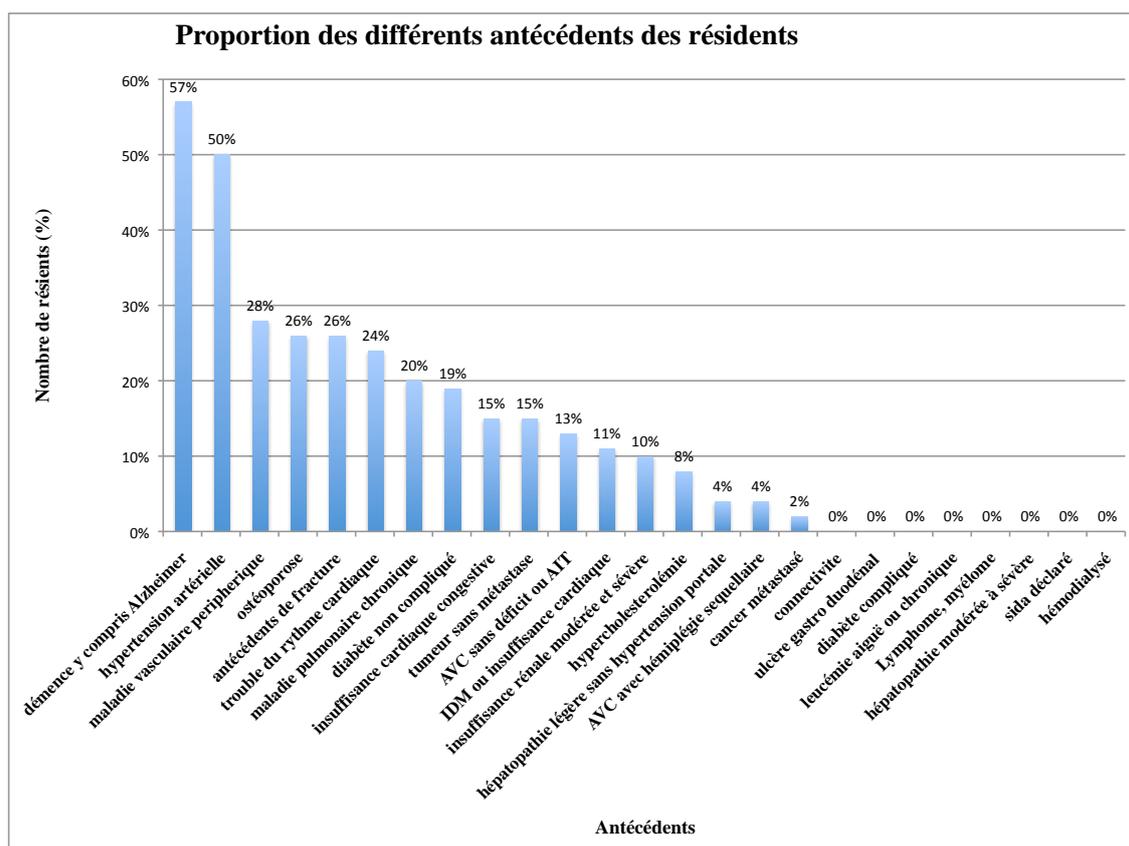


Figure 1

On retrouve en moyenne 5,6 antécédents par résident, allant de 1 à 11. Parmi les résidents, 85,2% d'entre eux ont au minimum 4 antécédents répartis comme suit dans la figure 2.

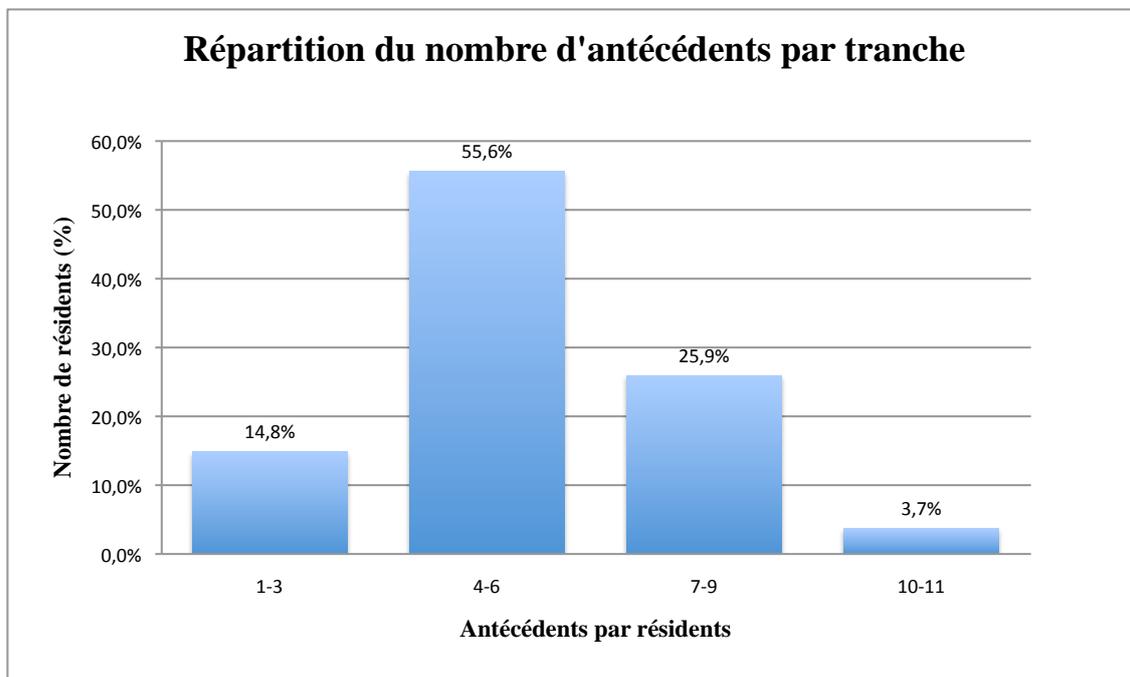


Figure 2

3. Statut cognitif des résidents avant l'envoi aux urgences:

Parmi les résidents, 27,8% ont une démence sévère, 25,9% ont une démence légère à modérée, 13,0% ont des troubles cognitifs légers.

On constate que 22,2% des résidents ont une possible démence non diagnostiquée.

Seuls 11,1% des résidents n'ont pas de troubles cognitifs.

4. Traitements des résidents à l'admission :

On retrouve en moyenne 6,7 médicaments prescrits par résident, allant de 0 à 13.

A l'admission, 77,4% des résidents ont au minimum trois médicaments et 58,5% des résidents ont 5 médicaments ou plus, comme décrit dans la figure 3.

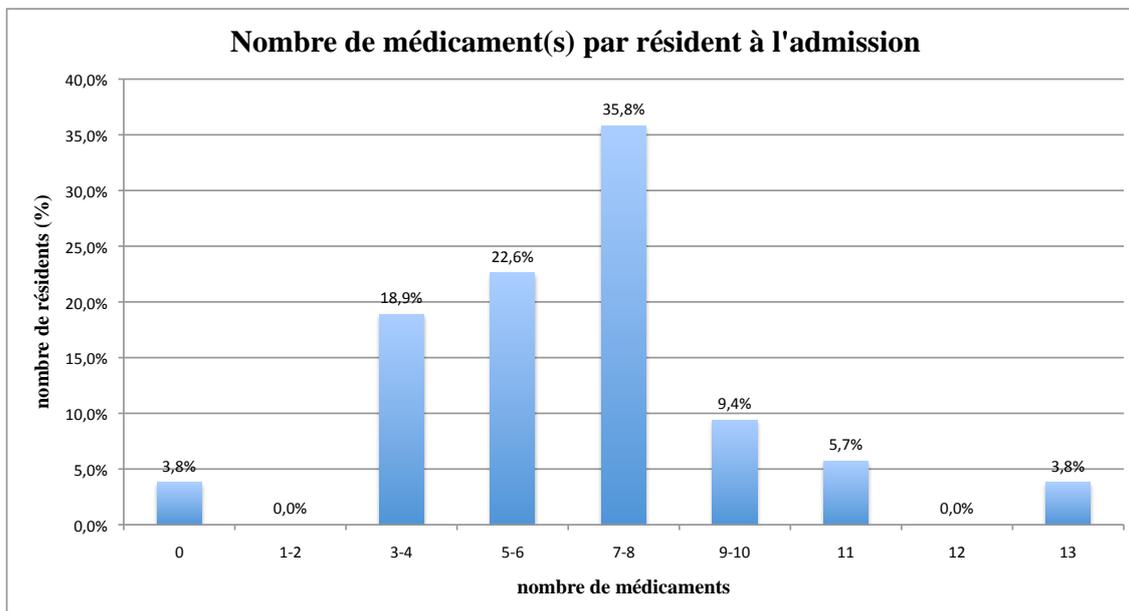


Figure 3

En moyenne, on retrouve 1,34 médicament psychotrope par résident allant de 0 à 5. Parmi les résidents, 69,8% d'entre eux ont au moins un médicament psychotrope et 45,3% des résidents ont au minimum deux médicaments psychotropes.

En moyenne, on retrouve 0,9 médicament anti hypertenseur par résident allant de 0 à 3. Parmi les résidents, 60,4% d'entre eux ont au minimum un médicament anti hypertenseur.

En moyenne, on retrouve 0,6 médicament anticoagulant et/ou antiagrégant par résident allant de 0 à 2. Parmi les résidents, 58,5% des résidents ont au moins un médicament anticoagulant et/ou antiagrégant.

5. Diagnostics principaux des résidents lors du retour à l'EHPAD :

A la sortie d'hospitalisation et des urgences, les diagnostics principaux des résidents sont répartis comme suit dans la figure 4. Les chutes représentent près d'un tiers des diagnostics à l'envoi (32,6%). Dans la moitié des cas une fracture y était associée.

On retrouve ensuite les étiologies cardiorespiratoires (18,6%) puis neurologiques (16,3%).

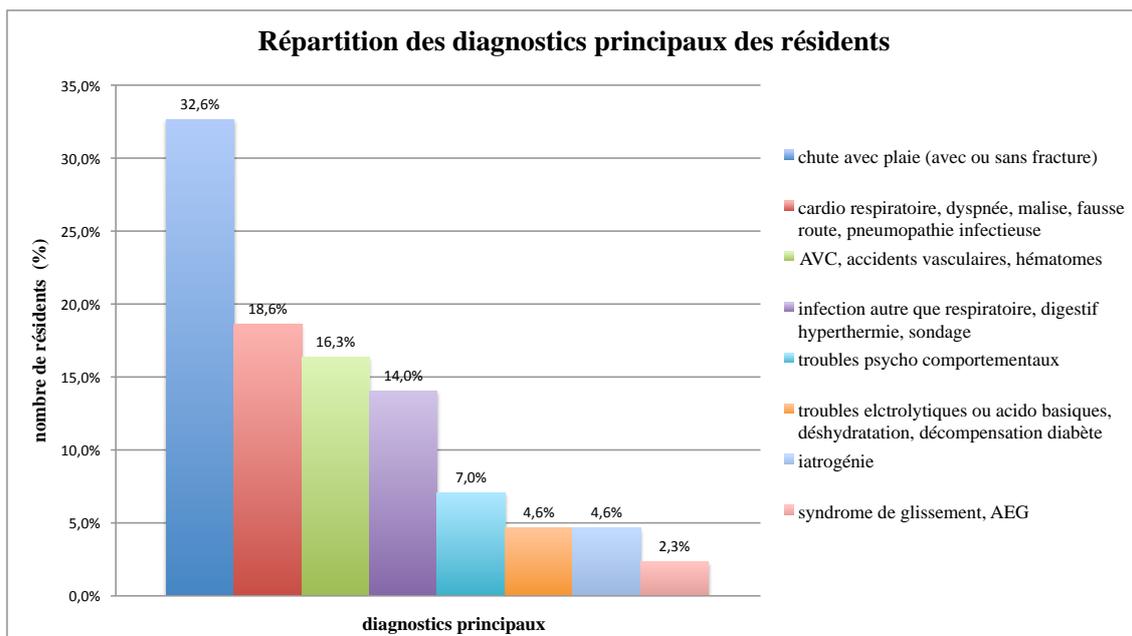


Figure 4

6. Parcours des résidents suite à l'admission aux urgences :

Près de la moitié (51,9%) des résidents transférés sont hospitalisés, dont 78,6% au CHU.

Les autres, 48,1%, retournent à l'EHPAD sans hospitalisation.

Aucun résident n'est décédé aux urgences.

Six résidents sont décédés au cours de l'étude, soit 11,1% : 4 au cours de l'hospitalisation et 2 dans les 7 jours suivant le retour à l'EHPAD.

7. Caractérisation des hospitalisations selon les concepts HI, HA, HAE et HAI :

Vingt-trois transferts de résidents (42,6%) vers les urgences sont considérés comme inappropriés (HI). Les transferts appropriés (HA) représentent donc 57,4% des transferts, dont :

- 26 sont considérés comme appropriés mais potentiellement évitables (48,1%) : HAE
- 5 transferts sont considérés comme appropriés et inévitables (9,3%) : HAI.

D. Description de l'évolution de l'autonomie des résidents selon ADL :

1. Evolution du score ADL de la population totale et des résidents hospitalisés suite à l'envoi aux urgences:

a) Population totale :

Le score moyen ADL de la population totale avant l'envoi est de 2,2 (\pm 1,9) allant de 0 à 6. Il s'agit donc d'une population fortement dépendante pour les activités de base de la vie quotidienne.

Entre avant l'envoi aux urgences et le retour à l'EHPAD, la perte d'autonomie est à la limite de la significativité (p 0,054), avec un score ADL moyen de 1,75 (\pm 1,7) allant de 0 à 5,5 au retour à l'EHPAD. Il semble donc y avoir une forte tendance à la perte d'autonomie entre avant l'envoi aux urgences et au retour à l'EHPAD.

b) Résidents hospitalisés :

On constate une augmentation significative de la dépendance (p 0,006) avec un ADL à 2,4 (\pm 1,9) avant l'envoi aux urgences contre un ADL moyen à 1,3 (\pm 1,6) à la sortie en cas d'hospitalisation après les urgences.

On ne constate pas de différence significative entre le score ADL à la sortie d'hospitalisation au CHU et au retour à l'EHPAD (p 0,445) pour les résidents hospitalisés.

2. Evolution du score ADL en fonction du caractère approprié versus inapproprié, approprié mais potentiellement évitable versus approprié et inévitable, du transfert aux urgences:

a) Score ADL avant l'envoi aux urgences versus retour à l'EHPAD en fonction du caractère approprié, inapproprié, approprié mais potentiellement évitable et approprié et inévitable, du transfert aux urgences :

On retrouve une forte tendance à la perte d'autonomie (p 0,1106) dans le groupe HA avec un ADL moyen avant l'envoi aux urgences à 2,6 (\pm 1,8) contre 1,8 (\pm 1,8) au retour à l'EHPAD.

Cette tendance semble plus marquée dans le groupe des HAE (p 0,0826) avec un ADL moyen à 2,6 (\pm 1,8) avant l'envoi aux urgences et à 1,7 (\pm 1,7) au retour à l'EHPAD.

Par ailleurs, il semblerait qu'il n'y ait pas de perte d'autonomie significative dans les groupes des HI et HAI.

Les résultats sont décrits dans le tableau 1.

ADL		avant l'envoi aux urgences		retour à l'EHPAD	p
HI		N 22	vs	N 21	0,9578
	moyenne \pm ET	1,6 \pm 2,0		1,7 \pm 1,8	
	médiane	1		1	
	min-max	0-6		0-5,5	
HA		N 31	vs	N 26	0,1106
	moyenne \pm ET	2,6 \pm 1,8		1,8 \pm 1,8	
	médiane	2		1,25	
	min-max	0-5,5		0-5,5	
HAE		N 26	vs	N 23	0,0826
	moyenne \pm ET	2,6 \pm 1,8		1,7 \pm 1,7	
	médiane	2,25		1	
	min-max	0-5,5		0-5,5	
HAI		N 5	vs	N 3	1
	moyenne \pm ET	2,3 \pm 1,6		2,5 \pm 2,2	
	médiane	1,5		3,5	
	min-max	0,5-4,5		0-4	

Tableau 1 : Comparaison du score ADL avant l'envoi aux urgences versus retour à l'EHPAD des HI, des HA, des HAE et des HAI.

b) Score ADL en fonction du caractère approprié versus inapproprié, approprié mais potentiellement évitable versus approprié et inévitable, avant l’envoi aux urgences, à la sortie d’hospitalisation ou décès et au retour à l’EHPAD :

Avant l’envoi aux urgences, on peut constater que les résidents du groupe HI (ADL moyen $1,6 \pm 2,0$) sont plus dépendants que les résidents du groupe HA (ADL moyen $2,6 \pm 1,8$). Cependant, il s’agit d’une tendance observée ($p\ 0,0778$) comme citée dans le tableau 2.

Par ailleurs, il n’existe pas de différence significative d’autonomie des résidents dans les groupes HI versus HA à la sortie d’hospitalisation ou décès et au retour à l’EHPAD.

Il en est de même pour les résidents du groupe HAE versus HAI avant l’envoi, à la sortie d’hospitalisation ou décès et au retour à l’EHPAD.

score ADL		HI	vs	HA	p	HAE	vs	HAI	p
avant l'envoi		N 22		N 31	0,0778	N 26		N 5	0,7202
	moyenne \pm ET	$1,6 \pm 2,0$		$2,6 \pm 1,8$		$2,6 \pm 1,8$		$2,3 \pm 1,6$	
	médiane	1		2		2,25		1,5	
	min-max	0-6		0-5,5		0-5,5		0,5-4,5	
à la sortie d'hospitalisation ou décès		N 7		N 17	0,8882	N 15		N 2	0,8783
	moyenne \pm ET	$1,6 \pm 2,1$		$1,2 \pm 1,4$		$1,2 \pm 1,3$		$1,8 \pm 2,5$	
	médiane	0,5		1		1		1,75	
	min-max	0-5		0-4		0-4		0-3,5	
au retour à l'EHPAD		N 21		N 26	0,7847	N 23		N 3	0,4775
	moyenne \pm ET	$1,7 \pm 1,8$		$1,8 \pm 1,8$		$1,7 \pm 1,7$		$2,5 \pm 2,2$	
	médiane	1		1,25		1		3,5	
	min-max	0-5,5		0-5,5		0-5,5		0-4	

Tableau 2 : Comparaison du score ADL des HI/HA et des HAE/HAI, avant l’envoi aux urgences, à la sortie d’hospitalisation ou décès et au retour à l’EHPAD

E. Conditions du retour à l'EHPAD:

1. Conditions de sortie d'hospitalisation et des urgences de la population totale et en fonction du caractère approprié versus inapproprié et approprié mais potentiellement évitable versus approprié et inévitable, du transfert aux urgences :

La majorité des sorties des urgences s'est faite de 8h à 20h (soit 57,1% de la population totale). Parmi ces sorties en journée, environ 4 sur 10 (42,8%) sont des retours à l'EHPAD sans hospitalisation. Dans 42,9% des cas, les sorties des urgences se sont faites la nuit : 18,4% de 20h à minuit et 24,5% de minuit à 8h du matin. Parmi ces sorties de nuit, environ 6 sur 10 (66,7%) sont des retours à l'EHPAD sans hospitalisation.

La principale raison de non hospitalisation est l'évolution favorable aux urgences dans 90% des cas. De façon plus anecdotique, une famille a refusé l'hospitalisation. Il s'agit d'ailleurs d'une hospitalisation inappropriée.

Les sorties d'hospitalisation sont toutes organisées entre 11h et 15h et en grande majorité du lundi au jeudi (64,7%). Le vendredi concerne 19,6% des sorties et le week-end 15,7%. Dans 78,6% des cas, le problème somatique ayant amené le résident aux urgences s'est amélioré à la sortie d'hospitalisation. Pendant la réalisation de l'étude, 4 résidents sont décédés lors de l'hospitalisation. Trois décès sont de causes cardiorespiratoires, un décès est de cause neurologique.

On ne retrouve pas de différence significative dans les conditions de sortie d'hospitalisation et des urgences entre les groupes des HI/ HA et des HAE/ HAI.

On observe cependant une différence (non significative) sur l'évolution du problème somatique à la sortie d'hospitalisation entre les résidents du groupe HI et les résidents du groupe HA (p 0,293). En effet, le problème somatique s'est amélioré chez 85,7% des résidents du groupe HI contre 76,2% dans le groupe HA. Il n'y a pas eu de décès dans le groupe HI. Dans le groupe HA, 4 sont décédés (19,1%) pendant l'hospitalisation, comme cité dans le tableau 3.

2. Conditions de retour à l'EHPAD de la population totale et en fonction du caractère approprié versus inapproprié et approprié mais potentiellement évitable versus approprié et inévitable, du transfert aux urgences :

L'ensemble des résidents (96%) est rentré à l'EHPAD avec une fiche de liaison infirmière. Seul 28% des EHPAD ont un protocole spécial « retour d'hospitalisation ». Les EHPAD ont été prévenus du retour des résidents dans 8 cas sur 10 (79,6%) et principalement par appel téléphonique (97,5%). Dans 26,5% des cas, le retour du résident s'est fait sans concertation avec l'EHPAD. Dans 8,2% des retours, les EHPAD n'ont pas réceptionné de courrier de sortie. Il en est de même dans 20,4% des cas pour l'ordonnance de sortie. Les consignes de surveillance sont manquantes dans 42,9% des cas, comme décrit dans la figure 5. Dans 76,1% des cas celles-ci n'ont pas été appliquées.

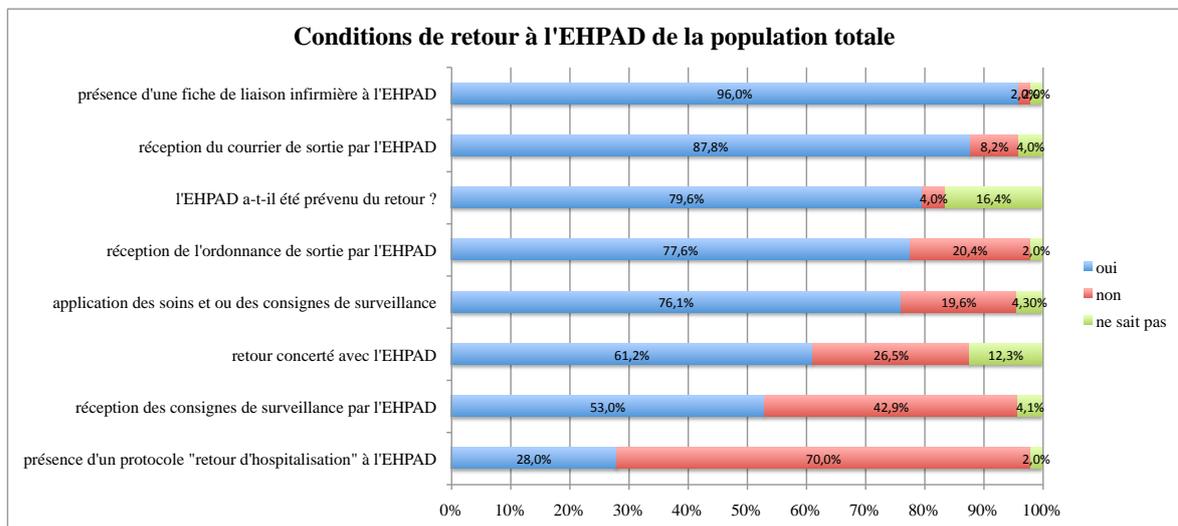


Figure 5

Il n'existe pas de différence significative quant aux conditions de retour des résidents dans les EHPAD selon les groupes HA versus HI et HAE versus HAI.

Deux décès sont survenus au retour à l'EHPAD : les 2 sont de causes cardio respiratoires.

On peut noter une différence ($p = 0,086$) sur la réception de l'ordonnance de sortie à l'EHPAD dans le groupe des HAE et des HAI. En effet, 50% des résidents du groupe HAI n'ont pas reçu d'ordonnance de sortie, contre 8,3% dans le groupe HAE.

Dans le groupe des HI, 4,8% des résidents sont rentrés à l'EHPAD sans fiche de liaison infirmière et 31,6% des retours se sont faits sans concertation avec l'EHPAD. De plus, 30% des résidents de ce groupe n'avaient pas d'ordonnance de sortie comme suit dans le Tableau 4.

3. Données concernant le médecin traitant lors du retour du résident à l'EHPAD de la population totale et en fonction du caractère approprié versus inapproprié et approprié mais potentiellement évitable versus approprié et inévitable, du transfert aux urgences :

Lors du retour du résident à l'EHPAD, le médecin traitant est prévenu dans 95,9% des cas et principalement par l'EHPAD (95,8%). Dans 69,4% des cas, les médecins traitants n'ont pas reçu d'ordonnance de sortie au cabinet. Le courrier de sortie est réceptionné dans moins de la moitié des cas (40,8%). Lorsque l'on demande au médecin traitant s'il considère que le transfert a été bénéfique pour son résident, la réponse est négative dans 27% des cas. La principale raison est que le résident a fait un simple aller-retour aux urgences (75,1%). Sont aussi évoqués la survenue de troubles du comportement (8,3%), l'absence d'amélioration (8,3%) et le décès (8,3%). Si la situation devait se reproduire, les médecins traitants ne ré adresseraient pas le résident aux urgences dans 10,4% des cas. La moitié d'entre eux (54,2%) aurait souhaité une alternative au passage aux urgences. La solution la plus souvent évoquée est l'accès direct aux services hospitaliers sans passage par les urgences (30,8%). D'autres proposent un accès rapide à l'imagerie et aux bilans biologiques les soirs et week-ends (26,9%). Une autre solution proposée est la création de maisons de santé (19,2%). Enfin, l'appel du 15 en cas d'absence du médecin traitant (7,7%) et en dernier recours, le déplacement du médecin traitant en cas de besoin (7,7%).

Il n'existe pas de différence significative sur la place du médecin traitant selon les groupes HI, HA, HAE et HAI comme suit dans le Tableau 5.

Notons tout de même l'absence de réception du courrier de sortie par le médecin traitant dans 66,7% des cas dans le groupe des HI, contre 44% dans le groupe des HA (p 0,142). De plus, les raisons de non bénéfice de l'hospitalisation ne sont pas les même dans le groupe des HA et des HI (p 0,182). Dans le groupe des HI, la seule raison évoquée est la notion de simple aller retour (100%). Quant au groupe des HA, il s'agit d'un simple aller retour dans 50% des cas, comme suit dans le Tableau 5.

		population totale	HI	HA	p	HAE	HAI	p
heure de sortie du résident du service des urgences		N 49	N 21	N 28	0,858			
	8h-20h inclus, n(%)	28 (57,1%)	13 (61,9%)	15 (53,6%)				
	20h-minuit inclus, n(%)	9 (18,4%)	3 (14,3%)	6 (21,4%)				
	minuit-8h, n(%)	12 (24,5%)	5 (23,8%)	7 (25,0%)				
motif de sortie des urgences		N 20	N 14	N 6	1	N 6	N 0	
	évolution favorable, n(%)	18 (90,0%)	12 (85,7%)	6 (100,0%)		6 (100,0%)	0 (0%)	
	refus d'hospitalisation par le patient, n(%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)		0 (0%)	0 (0%)	
	refus d'hospitalisation par la famille, n(%)	1 (5,0%)	1 (7,1%)	0 (%)		0 (0%)	0 (0%)	
	refus d'hospitalisation par le médecin traitant, patient en fin de vie, n(%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)		0 (0%)	0 (0%)	
	pas de possibilité d'accueil sur un lit	1 (5,0%)	1 (7,1%)	0 (0%)		0 (0%)	0 (0%)	
jour de sortie de l'hôpital		N 51	N 22	N 29	0,423	N 25	N 4	0,714
	lundi au jeudi (hors jours fériés), n(%)	33 (64,7%)	14 (63,6%)	19 (65,6%)		15 (60,0%)	4 (100,0%)	
	vendredi (hors jours fériés), n(%)	10 (19,6%)	3 (13,6%)	7 (24,1%)		7 (28,0%)	0 (0%)	
	week-end, n(%)	8 (15,7%)	5 (22,7%)	3 (10,3%)		3 (12,0%)	0 (0%)	
	jours fériés, n(%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)				
évolution du problème somatique à la sortie d'hospitalisation		N 28	N 7	N 21	0,293	N 17	N 4	0,322
	s'est amélioré, n(%)	22 (78,6%)	6 (85,7%)	16 (76,2%)		15 (88,2%)	2 (50,0%)	
	s'est aggravé, n(%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)		0 (0%)	0 (0%)	
	est resté inconnu, n(%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)		0 (0%)	0 (0%)	
	n'a pas changé, n(%)	1 (3,6%)	0 (0%)	1 (4,8%)		0 (0%)	0 (0%)	
	patient décédé, n(%)	4 (14,3%)	0 (0%)	4 (19,1%)		2 (11,8%)	2 (50,0%)	
autre, n(%)	1 (3,5%)	1 (14,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)			
cause de décès					1	N 2	N 2	
	absence de pathologie, n(%)					0 (0%)	0 (0%)	
	cardiorespiratoire, dyspnée, malaise, fausse route, pneumopathie infectieuse, n(%)					1 (50,0%)	2 (100,0%)	
	AVC, accidents vasculaires, hématome, n(%)					1 (50%)	0 (0%)	
	infection autre que respiratoire, digestif, hyperthermie, sondage, n(%)					0 (0%)	0 (0%)	
	syndrome de glissement, AEG, n(%)					0 (0%)	0 (0%)	
	chute, plaie post chute sans fracture, n(%)					0 (0%)	0 (0%)	
	chute, plaie post chute avec fracture, n(%)					0 (0%)	0 (0%)	
	troubles hydroélectrolytiques ou acido-basiques, déshydratation, décompensation diabète, n(%)					0 (0%)	0 (0%)	
	cancer, n(%)					0 (0%)	0 (0%)	
	troubles psycho-comportementaux, n(%)					0 (0%)	0 (0%)	
non renseigné, pas de diagnostic donné, n(%)				0 (0%)	0 (0%)			

Tableau 3 : Conditions de sortie d'hospitalisation et des urgences, de la population totale, des HI/HA et des HAE/HAI

		population totale	HI	HA	p	HAE	HAI	p
présence de protocole spécial "retour d'hospitalisation" à l'EHPAD		N 50	N 21	N 28	1	N 24	N 5	1
	non, n(%)	35 (70,0%)	15 (71,4%)	20 (71,4%)		16 (66,7%)	4 (80,0%)	
	oui, n(%)	14 (28,0%)	6 (28,6%)	8 (28,6%)		7 (29,1%)	1 (20,0%)	
	ne sait pas, n(%)	1 (2,0%)	0 (0%)	0 (0%)		1 (4,2%)	0 (0%)	
présence d'une fiche de liaison infirmière à l'EHPAD		N 50	N 21	N 28	0,429	N 24	N 5	
	non, n(%)	1 (2,0%)	1 (4,8%)	0 (0%)		0 (0%)	0 (0%)	
	oui, n(%)	48 (96,0%)	20 (95,2%)	28 (100,0%)		23 (95,8%)	5 (100,0%)	
	ne sait pas, n(%)	1 (2,0%)	0 (0%)	0 (0%)		1 (4,2%)	0 (0%)	
EHPAD prévenu du retour ?		N 49	N 18	N 23	1	N 24	N 4	1
	non, n(%)	2 (4,1%)	1 (5,6%)	1 (4,3%)		1 (4,2%)	0 (0%)	
	oui, n(%)	39 (79,6%)	17 (94,4%)	22 (95,7%)		19 (79,2%)	3 (75,0%)	
	ne sait pas, n(%)	8 (16,3%)	0 (0%)	0 (0%)		4 (16,6%)	1 (25,0%)	
manière d'information du retour à l'EHPAD		N 40				N 19	N 3	
	appel téléphonique, n(%)	39 (97,5%)				19 (100,0%)	3 (100,0%)	
	mail, n(%)	0 (0%)				0 (0%)	0 (0%)	
	courrier, n(%)	0 (0%)				0 (0%)	0 (0%)	
	ne sait pas, n(%)	1 (2,5%)				0 (0%)	0 (0%)	
	autre, n(%)	0 (0%)				0 (0%)	0 (0%)	
retour concerté avec l'EHPAD		N 49	N 19	N 24	1	N 24	N 4	1
	non, n(%)	13 (26,5%)	6 (31,6%)	7 (29,2%)		6 (25%)	1 (25,0%)	
	oui, n(%)	30 (61,2%)	13 (68,4%)	17 (70,8%)		14 (58,3%)	3 (75,0%)	
	ne sait pas, n(%)	6 (12,3%)	0 (0%)	0 (0%)		4 (16,7%)	0 (0%)	
réception de l'ordonnance de sortie à l'EHPAD		N 49	N 20	N 28	0,282	N 24	N 4	0,086
	non, n(%)	10 (20,4%)	6 (30,0%)	4 (14,3%)		2 (8,3%)	2 (50,0%)	
	oui, n(%)	38 (77,6%)	14 (70,0%)	24 (85,7%)		22 (91,7%)	2 (50,0%)	
	ne sait pas, n(%)	1 (2,0%)	0 (0%)	0 (0%)		0 (0%)	0 (0%)	
réception des consignes de surveillance par EHPAD		N 49	N 21	N 26	0,821	N 24	N 4	0,306
	non, n(%)	21 (42,9%)	9 (42,9%)	12 (46,2%)		9 (37,5%)	3 (75,0%)	
	oui, n(%)	26 (53,0%)	12 (57,1%)	14 (53,9%)		13 (54,2%)	1 (25,0%)	
	ne sait pas, n(%)	2 (4,1%)	0 (0%)	0 (0%)		2 (8,3%)	0 (0%)	
application des soins et/ou des consignes de surveillance préconisés à l'EHPAD		N 46	N 19	N 27	0,819	N 24	N 3	0,258
	non, n(%)	9 (19,6%)	5 (26,3%)	4 (14,8%)		4 (16,7%)	0 (0%)	
	oui, n(%)	35 (76,0%)	14 (73,7%)	21 (77,8%)		19 (79,2%)	2 (66,7%)	
	en partie, n(%)	1 (2,2%)	0 (0%)	1 (3,7%)		0 (0%)	1 (33,3%)	
	ne sait pas, n(%)	1 (2,2%)	0 (0%)	1 (3,7%)		1 (4,1%)	0 (0%)	
réception du courrier de sortie par l'EHPAD		N 49	N 21	N 26	0,311	N 24	N 4	1
	non, n(%)	4 (8,2%)	3 (14,3%)	1 (3,9%)		1 (4,2%)	0 (0%)	
	oui, n(%)	43 (87,7%)	18 (85,7%)	25 (96,1%)		22 (91,7%)	3 (75,0%)	
	ne sait pas, n(%)	2 (4,1%)	0 (0%)	0 (0%)		1 (4,1%)	1 (25,0%)	

Tableau 4 : Conditions de retour à l'EHPAD de la population totale, des HI/HA et des HAE/HAI

		population totale	HI	HA	p	HAE	HAI	p
le médecin traitant a-t-il été prévenu du retour ?		N 49	N 21	N 28		N 24	N 4	
	non, n(%)	2 (4,1%)	1 (4,8%)	1 (3,6%)	1	1 (4,2%)	0 (0%)	1
	oui, n(%)	47 (95,9%)	20 (95,2%)	27 (96,4%)		23 (95,8%)	4 (100,0%)	
	ne sait pas, n(%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)		0 (0%)	0 (0%)	
la personne ayant prévenu le médecin traitant du retour		N 48	N 21	N 27		N 23	N 4	
	hôpital, n(%)	2 (4,2%)	1 (4,8%)	1 (3,7%)	1	1 (4,3%)	0 (0%)	1
	EHPAD, n(%)	46 (95,8%)	20 (95,2%)	26 (96,3%)		22 (95,7%)	4 (100,0%)	
	famille, n(%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)		0 (0%)	0 (0%)	
	patient, n(%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)		0 (0%)	0 (0%)	
	ne sait pas, n(%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)		0 (0%)	0 (0%)	
	autre, n(%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)		0 (0%)	0 (0%)	
réception de l'ordonnance de sortie par le médecin traitant		N 49	N 18	N 25		N 24	N 4	
	non, n(%)	34 (69,4%)	16 (88,9%)	18 (72,0%)	0,263	16 (66,7%)	2 (50,0%)	1
	oui, n(%)	9 (18,4%)	2 (11,1%)	7 (28,0%)		6 (25,0%)	1 (25,0%)	
	ne sait pas, n(%)	6 (12,2%)	0 (0%)	0 (0%)		2 (8,3%)	1 (25,0%)	
réception du courrier de sortie par le médecin traitant		N 49	N 18	N 25		N 24	N 4	
	non, n(%)	23 (46,9%)	12 (66,7%)	11 (44,0%)	0,142	9 (37,5%)	2 (50,0%)	0,565
	oui, n(%)	20 (40,8%)	6 (33,7%)	14 (56,0%)		13 (54,2%)	1 (25,0%)	
	ne sait pas, n(%)	6 (12,3%)	0 (0%)	0 (0%)		2 (8,3%)	1 (25,0%)	
transfert bénéfique		N 48	N 21	N 26		N 23	N 4	
	non, n(%)	13 (27,0%)	7 (33,3%)	6 (23,1%)	0,435	5 (21,8%)	1 (25,0%)	1
	oui, n(%)	34 (70,8%)	14 (66,7%)	20 (76,9%)		17 (73,9%)	3 (75,0%)	
	ne sait pas, n(%)	1 (2,2%)	0 (0%)	0 (0%)		1 (4,3%)	0 (0%)	
raison de non bénéfice du transfert		N 12	N 6	N 6		N 5	N 1	
	simple aller-retour, n(%)	9 (75,1%)	6 (100,0%)	3 (50,0%)	0,182	3 (60,0%)	0 (0%)	0,5
	introduction de troubles du comportement, n(%)	1 (8,3%)	0 (0%)	1 (16,7%)		1 (20,0%)	0 (0%)	
	pas d'amélioration, n(%)	1 (8,3%)	0 (0%)	1 (16,7%)		1 (20,0%)	0 (0%)	
	décédé, n(%)	1 (8,3%)	0 (0%)	1 (16,6%)		0 (0%)	1 (100,0%)	
en cas de répétition de la situation, faudrait-il réadresser le patient aux urgences ?		N 48	N 20	N 26		N 23	N 4	
	non, n(%)	5 (10,4%)	2 (10,0%)	3 (11,5%)	1	3 (13,0%)	0 (0%)	1
	oui, n(%)	41 (85,4%)	18 (90,0%)	23 (88,5%)		19 (82,6%)	4 (100,0%)	
	ne sait pas, n(%)	2 (4,2%)	0 (0%)	0 (0%)		1 (4,4%)	0 (0%)	
présence d'une alternative au passage aux urgences		N 48	N 21	N 26		N 23	N 4	
	non, n(%)	21 (43,7%)	8 (38,0%)	13 (50,0%)	0,414	13 (56,5%)	3 (75,0%)	1
	oui, n(%)	26 (54,2%)	13 (62,0%)	13 (50,0%)		9 (39,1%)	1 (25,0%)	
	ne sait pas, n(%)	1 (2,1%)	0 (0%)	0 (0%)		1 (4,4%)	0 (0%)	
nature de l'alternative		N 26	N 13	N 13		N 11	N 2	
	accès direct aux services hospitaliers sans passage par les urgences (meilleure organisation), n(%)	8 (30,8%)	5 (38,5%)	3 (23,0%)	0,42	3 (27,3%)	0 (0%)	0,42
	appel le 15 en cas d'absence du médecin traitant, n(%)	2 (7,7%)	0 (0%)	2 (15,4%)		2 (18,2%)	0 (0%)	
	accès rapide à l'imagerie et bilan biologique le soir et le we, n(%)	7 (26,9%)	2 (15,4%)	5 (38,5%)		3 (27,3%)	2 (100,0%)	
	déplacement du médecin traitant en cas de besoin, n(%)	2 (7,7%)	1 (7,7%)	1 (7,7%)		1 (9,0%)	0 (0%)	
	mise en place de maisons de santé, n(%)	5 (19,2%)	4 (30,7%)	1 (7,7%)		1 (9,0%)	0 (0%)	
	autre, n(%)	2 (7,7%)	1 (7,7%)	1 (7,7%)		1 (9,0%)	0 (0%)	

Tableau 5 : Place et avis du médecin traitant lors du retour à l'EHPAD de la population totale, des HI/HA et des HAE/HAI

4. Délai de visite du médecin traitant au retour à l'EHPAD de la population totale et en fonction du caractère approprié versus inapproprié et approprié mais potentiellement évitable versus approprié et inévitable, du transfert aux urgences :

Après le retour d'un résident à l'EHPAD, on constate que 57,2% des médecins traitants visitent leurs résidents dans les 48 heures, dont 18,4% en moins de 24h.

Il n'existe pas de différence significative sur le délai de visite du médecin traitant selon les groupes d'hospitalisations comme repris dans le tableau 6.

On constate qu'aucun résident du groupe HAI n'a reçu de visite du médecin traitant dans les 24 heures.

Dans les 4 groupes HA, HI, HAE et HAI, l'ensemble des visites du médecin traitant se sont faites dans les 24 à 48 heures.

délais de visite du médecin traitant	population totale	HI	HA	p	HAE	HAI	p
	N 49	N 19	N 28	0,919	N 24	N 4	0,243
moins de 24h, n(%)	9 (18,4%)	4 (21,1%)	5 (17,9%)		5 (20,8%)	0 (0%)	
entre 24 et 48h, n(%)	19 (38,8%)	8 (42,1%)	11 (39,3%)		8 (33,3%)	3 (75,0%)	
entre 48 et 72h, n(%)	10 (20,4%)	4 (21,1%)	6 (21,4%)		6 (25,0%)	0 (0%)	
plus de 72h, n(%)	5 (10,2%)	1 (5,2%)	4 (14,3%)		4 (16,7%)	0 (0%)	
ne sait pas, n(%)	2 (4,0%)	0 (0%)	0 (0%)		0 (0%)	0 (0%)	
autre, n(%)	4 (8,2%)	2 (10,5%)	2 (7,1%)		1 (4,2%)	1 (25,0%)	

Tableau 6 : Délai de visite du médecin traitant après retour à l'EHPAD de la population totale, des HI/HA et des HAE/HAI

5. Traitements au retour à l'EHPAD de la population totale et en fonction du caractère approprié versus inapproprié, approprié mais potentiellement évitable versus approprié et inévitable, du transfert aux urgences :

On retrouve en moyenne 6,7 médicaments par résident, allant de 1 à 14. A la sortie, 90,7% des résidents ont au minimum trois médicaments, et 74,4% des résidents ont 5 médicaments ou plus, comme décrit dans la figure 6.

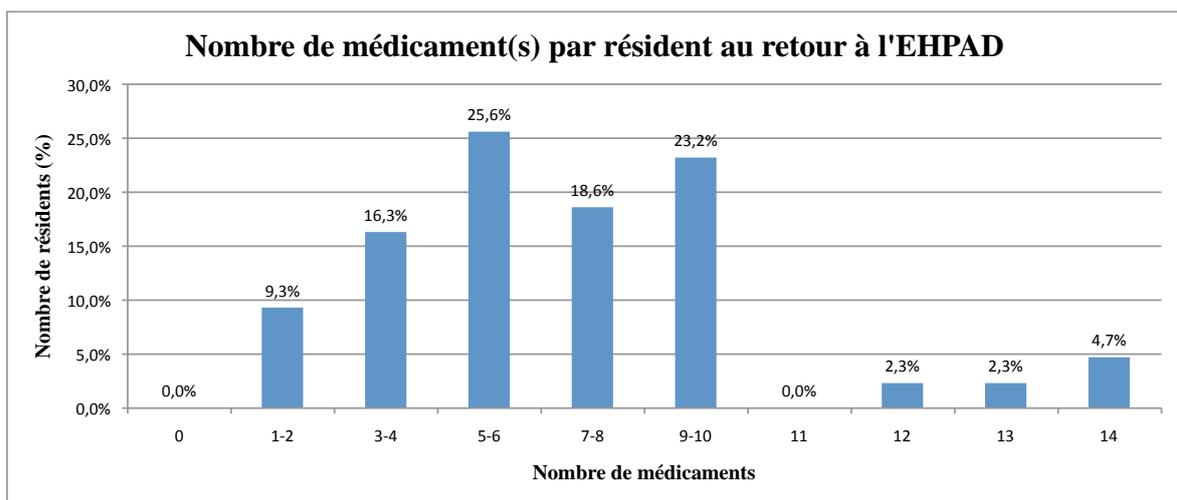


Figure 6

En moyenne, on retrouve 1,02 psychotrope par résident allant de 0 à 5. Parmi les résidents, 55,8% d'entre eux ont au moins un médicament psychotrope et 30,2% des résidents ont au minimum deux médicaments psychotropes.

En moyenne, on retrouve 0,74 anti hypertenseur par résident allant de 0 à 3. Parmi les résidents, 53,5% des résidents ont au moins un anti hypertenseur.

En moyenne, on retrouve 0,7 médicament anticoagulant et/ou antiagrégant par résident allant de 0 à 2. Parmi les résidents, 55,8% des résidents ont au moins un médicament anticoagulant et/ou antiagrégant et 13,9% d'entre eux ont au moins 2 médicaments antiagrégants e/ou anticoagulants.

6. Evolution de la prescription des traitements entre avant l'envoi et le retour à l'EHPAD de la population totale et en fonction du caractère approprié versus inapproprié de l'envoi aux urgences :

Dans le groupe des HI, on observe une différence significative (p 0,0499) sur la prescription des anticoagulants. Les résidents du groupe HI ont en effet moins de traitement anticoagulant au retour à l'EHPAD. Pourtant, dans la population totale, la prescription d'anticoagulants a augmenté, entre avant l'envoi aux urgences et le retour à l'EHPAD, mais de façon non significative (p 0,542).

Dans la population totale, le nombre de médicaments psychotropes par résident a diminué (p 0,198). On parlera d'une simple tendance.

Quant aux anti hypertenseurs, leur prescription a aussi diminué au retour des résidents mais de façon non significative (p 0,321).

7. Apparition de nouveaux signes cliniques entre le moment de l'envoi aux urgences et le retour à l'EHPAD de la population totale et en fonction du caractère approprié versus inapproprié du transfert aux urgences :

Entre avant l'envoi aux urgences et le retour à l'EHPAD, les résidents ont présenté des troubles du comportement dans 56,8% des cas, comme repris dans le tableau 7. L'asthénie se place en deuxième position avec 23,1% des résidents concernés.

Les autres signes cliniques sont :

- l'anorexie dans 12,2% des cas,
- les chutes dans 10,9% des cas,
- la douleur dans 9,3% des cas,
- la dyspnée dans 8,7% des cas,
- les escarres dans 6,7% des cas,
- la fièvre dans 2,2% des cas.

Les risques de chute (p 0,015) et de douleur (p 0,039) sont plus élevés chez les résidents du groupe HI comparativement aux résidents du groupe HA, et ce de façon significative.

		population totale	HI	vs	HA	p
confusion	N	42	17		25	0,202
	non, n (%)	36 (85,7%)	13 (76,5%)		23 (92,0%)	
	oui, n (%)	6 (14,3%)	4 (23,5%)		2 (8,0%)	
agitation	N	46	21		25	0,585
	non, n (%)	43 (93,5%)	19 (90,5%)		24 (96,0%)	
	oui, n (%)	3 (6,5%)	2 (9,5%)		1 (4,0%)	
sommolence	N	46	21		25	0,439
	non, n (%)	38 (82,6%)	16 (76,2%)		22 (88,0%)	
	oui, n (%)	8 (17,4%)	5 (23,8%)		3 (12,0%)	
douleur	N	43	20		23	0,039
	non, n (%)	39 (90,7%)	16		23 (100,0%)	
	oui, n (%)	4 (9,3%)	4		0 (0%)	
escarre	N	45	21		24	0,592
	non, n (%)	42 (93,3%)	19		23 (95,8%)	
	oui, n (%)	3 (6,7%)	2		1 (4,2%)	
anorexie	N	41	18		23	0,638
	non, n (%)	36 (87,8%)	15		21 (91,3%)	
	oui, n (%)	5 (12,2%)	3		2 (8,7%)	
dyspnée	N	46	21		25	0,318
	non, n (%)	42 (91,3%)	18		24 (96,0%)	
	oui, n (%)	4 (8,7%)	3		1 (4,0%)	
chute	N	46	21		25	0,015
	non, n (%)	41 (89,1%)	16		25 (100,0%)	
	oui, n (%)	5 (10,9%)	5		0 (0%)	
fièvre	N	46	21		25	0,457
	non, n (%)	45 (97,8%)	20		25 (100,0%)	
	oui, n (%)	1 (2,2%)	1		0 (0%)	
asthénie	N	39	17		22	0,704
	non, n (%)	30 (76,9%)	14		16 (72,7%)	
	oui, n (%)	9 (23,1%)	3		6 (27,3%)	

Tableau 7 : Apparition de nouveaux signes cliniques entre le moment de l'envoi et le retour à l'EHPAD de la population totale et des HI/HA

8. Apparition de nouveaux signes cliniques entre la sortie d'hospitalisation et le retour à l'EHPAD dans la population totale et en fonction du caractère approprié versus inapproprié du transfert aux urgences :

Entre la sortie d'hospitalisation et le retour à l'EHPAD à 7 jours, les résidents ont présenté des troubles du comportement à type de somnolence dans 16,7% des cas, de confusion dans 13,8% des cas et d'agitation dans 6,7% des cas. La douleur concerne deux résidents sur dix (19,9% des cas).

Les autres symptômes qui apparaissent sont :

- l'asthénie dans 16% des cas,
- des chutes dans 13,8% des cas,
- une dyspnée dans 10% des cas,
- une anorexie dans 4,2% des cas,
- des escarres dans 3,7% des cas,
- de la fièvre dans 3,3% des cas.

Le risque de confusion semble plus élevé dans le groupe des HI (25%) comparativement au groupe des HA (5,9%). Cependant cette différence n'est pas significative (p 0,179), il s'agit d'une simple tendance.

Il en est de même pour le risque de somnolence : 30,8% dans le groupe des HI contre 5,9% dans les groupe des HA (p 0,138) comme repris dans le tableau 8.

		population totale	HI	vs	HA	p
confusion	N	29	12		17	0,279
	non, n (%)	25 (86,2%)	9 (75,0%)		16 (94,1%)	
	oui, n (%)	4 (13,8%)	3 (25,0%)		1 (5,9%)	
agitation	N	30	13		17	0,179
	non, n (%)	28 (93,3%)	11 (84,6%)		17 (100,0%)	
	oui, n (%)	2 (6,7%)	2 (15,4%)		0 (0%)	
sommolence	N	30	13		17	0,138
	non, n (%)	25 (83,3%)	9 (69,2%)		16 (94,1%)	
	oui, n (%)	5 (16,7%)	4 (30,8%)		1 (5,9%)	
douleur	N	28	12		16	0,624
	non, n (%)	23 (82,1%)	9 (75,0%)		14 (87,5%)	
	oui, n (%)	5 (19,9%)	3 (25,0%)		2 (12,5%)	
escarre	N	27	10		17	1
	non, n (%)	26 (96,3%)	10 (100,0%)		16 (94,1%)	
	oui, n (%)	1 (3,7%)	0 (0%)		1 (5,9%)	
anorexie	N	24	7		17	0,292
	non, n (%)	23 (95,8%)	6 (85,7%)		17 (100,0%)	
	oui, n (%)	1 (4,2%)	1 (14,3%)		0 (0%)	
dyspnée	N	30	13		17	1
	non, n (%)	27 (90,0%)	12 (92,3%)		15 (88,2%)	
	oui, n (%)	3 (10,0%)	1 (7,7%)		2 (11,8%)	
chute	N	29	12		17	0,279
	non, n (%)	25(86,2%)	9 (75,0%)		16 (94,1%)	
	oui, n (%)	4 (13,8%)	3 (25,0%)		1 (5,9%)	
fièvre	N	30	13		17	0,433
	non, n (%)	29 (96,7%)	12 (92,3%)		17 (100,0%)	
	oui, n (%)	1 (3,3%)	1 (7,7%)		0 (0%)	
asthénie	N	25	8		17	1
	non, n (%)	21 (84,0%)	7 (87,5%)		14 (82,4%)	
	oui, n (%)	4 (16,0%)	1 (12,5%)		3 (17,6%)	

Tableau 8 : Apparition de nouveaux signes cliniques entre la sortie et le retour à l'EHPAD de la population totale et des HI/HA

V. DISCUSSION :

A. Population de l'étude :

Dans notre recherche, les résidents sont âgés (86,3 ans) et en majorité des femmes (66,7%). Les caractéristiques des résidents sont comparables aux données de l'étude RHEPA [10] avec une population de 85,7 ans et 73,9% de femmes. Ces données sont confortées par d'autres études [27].

Cette population présente plusieurs facteurs de risque de déclin fonctionnel :

- l'âge : plus un résident est âgé et plus il est difficile pour lui de récupérer l'autonomie qu'il a perdu [14].
- les troubles cognitifs : plus de la moitié des résidents présente une démence avérée (57%). On note que dans 20,2% des cas il existe une possible démence non diagnostiquée. La réalisation systématique du dépistage de démence en EHPAD pourrait permettre l'amélioration de la prise en charge. L'étude IDEM (*Intérêt d'un repérage de la DEMence en EHPAD*) [28] a justement pour objectif d'évaluer la répercussion d'un repérage systématique de la démence en EHPAD sur le taux d'admissions aux urgences.
- la polypathologie : les résidents ont en moyenne 5,6 antécédents, résultats comparables à l'étude « EHPA 2007 » de la DRESS [6]. La présence de plus de quatre co-morbidités serait un facteur prédictif de déclin fonctionnel [29].
- la polymédication : les résidents ont avant l'envoi aux urgences, en moyenne, 6,7 médicaments. Nos données sont comparables à l'étude de Le Fur-Musquer et al [30] qui retrouve une moyenne de 7,1 principes actifs par résident hospitalisé. Plus de la moitié de notre population (soit 58,5%) a au minimum 5 médicaments. La polymédication est un facteur de risque de déclin fonctionnel [31]. Parmi ces médicaments, la famille des psychotropes prend une place importante puisque 69,8% des résidents ont au minimum un psychotrope et 45,3% ont au minimum deux psychotropes. Les personnes âgées sont plus sensibles aux effets secondaires des médicaments. La somnolence induite par les psychotropes est un frein au maintien de l'autonomie du résident, que ce soit pour la réalisation de la toilette, de l'habillage ou de la mobilité.

Dans notre étude, les motifs d'hospitalisation sont essentiellement des chutes (32,6%) et des pathologies cardiovasculaires (18,6%). On retrouve dans la littérature des données similaires et dans les mêmes proportions [30] [32]. On peut remarquer que ces motifs font partie de la liste ICD-9 des pathologies potentiellement évitables retenues.

Dans notre travail, 42,6% des transferts aux urgences sont considérés comme inappropriés et 48,1% comme appropriés mais potentiellement évitables. Seuls 51,9% des transferts ont abouti à une hospitalisation. Nos résultats sont similaires aux différentes données de la littérature [19] [17]. Ces transferts inappropriés ont un coût, cependant nous ne disposons pas de ces données en France. Une étude Américaine a observé que les dépenses totales annuelles des EHPAD en terme d'hospitalisation a augmenté de 29,2% entre 1999 et 2004 [17]. Les dépenses en termes d'hospitalisations potentiellement évitables ont augmenté de 7,1% entre 1999 et 2004. Evidemment, ces chiffres dépendent de la définition donnée aux hospitalisations potentiellement évitables.

Le taux de décès pendant l'hospitalisation est sensiblement plus élevé dans la littérature que celui retrouvé dans notre étude : 10,1% [30] à 16% [32] contre 7,4%. Cette différence peut être expliquée par la petite taille de notre population.

B. EHPAD de l'étude :

Dans notre étude, 42 EHPAD ont été comptabilisés. Ces structures comptent en moyenne 85,4 lits avec un peu moins de cinq IDE à temps plein. Au vue du GMP (705) et du PMP (174,9) de ces EHPAD, la charge en soins médico-techniques est lourde. Les données sont comparables aux études RHEPA [10] et PLEIAD [9]. Sur l'ensemble du territoire français, en 2014, on observe également une augmentation de la dépendance (GMP moyen à 683) et du nombre de poly pathologie (PMP moyen à 179,5) [33] ce qui se traduit par une augmentation des besoins en soins. Les EHPAD, anciennement des lieux de vie pour les personnes âgées dépendantes, deviennent aujourd'hui des lieux de soins.

Dans notre travail, 5,6% des EHPAD ont un IDE d'astreinte la nuit et aucun n'a d'IDE sur place. Nos données ne sont pas comparables à celles du territoire. En effet, 14% des EHPAD français ont un IDE la nuit. Ces résultats restent tout de même faibles. Pourtant, l'ONF (Observatoire Nationale de la Fin de vie) [34] en recommande fortement sa présence afin de limiter les hospitalisations [35].

C. Objectif principal : évaluation de l'évolution de l'autonomie par ADL des résidents d'EHPAD au décours d'un transfert aux urgences

Le score ADL moyen des résidents de notre étude avant l'envoi aux urgences est de 2,2/6. Il s'agit donc d'une population fortement dépendante mais aussi à haut risque de déclin fonctionnel comme décrit ci-dessus. L'étude RHEPA rapporte un score ADL à 2,8/6 [10]. Une étude étrangère retrouve que 70% des personnes âgées se présentant aux urgences ont une altération de l'autonomie fonctionnelle [36].

Dans notre étude, le niveau de dépendance élevé semble être un facteur de risque de transfert inapproprié aux urgences ($p 0,0778$). Une étude réalisée en Suisse en 2000 [37] a montré que les sujets à risque d'hospitalisations inappropriées avaient un score ADL bas, ce qui confirmerait notre constat. La connaissance du score ADL d'un résident à l'admission d'un service hospitalier est indispensable pour connaître le pronostic du résident en terme de mortalité [38].

Dans notre travail, il existe une perte d'autonomie à la limite de la significativité ($p 0,054$) entre avant l'envoi aux urgences et le retour à l'EHPAD, notion déjà existante dans la littérature [39] [40]. Une étude française de 2007 montre une perte d'autonomie à 30 jours après l'hospitalisation chez 69% des résidents [41].

Dans notre étude, cette perte d'autonomie est significative lorsque les résidents sont hospitalisés ($p 0,006$). Depuis 1982, un lien a été mis en évidence entre l'hospitalisation et la perte d'autonomie fonctionnelle [42]. Covinsky et al et d'autres auteurs ont observé que près d'un tiers des patients hospitalisés présentaient un déclin fonctionnel [14] [43] [44] [45]. De plus, cette perte d'autonomie est aussi présente dans les groupes des HA ($p 0,1106$) et des HAE ($p 0,0826$) entre avant l'envoi aux urgences et le retour à l'EHPAD. Cela montrerait qu'un transfert, même si il est approprié, expose le résident à un risque de déclin fonctionnel. L'hospitalisation permet de régler un problème médical, ce qui est bénéfique pour le résident. Mais en contrepartie, il est exposé à un risque de déclin fonctionnel. En effet, les conditions d'hospitalisation constituent une rupture avec l'état antérieur pour le résident. On parle de déconditionnement [46]. L'alitement prolongé [47], la difficulté à se déplacer ou à réaliser des activités de la vie quotidienne (présence d'une perfusion ou d'une sonde à demeure), sont pourvoyeurs de perte d'autonomie. L'hospitalisation est aussi une source de stress pour le résident [48]. Un sommeil fractionné (par les passages infirmiers, par la présence d'une autre personne dans la

chambre d'hospitalisation), des difficultés relationnelles avec l'équipe médicale et paramédicale, l'incompréhension des soins administrés, pourraient être source de déclin fonctionnel. Les soins apportés en service hospitalier sont spécialisés dans la pathologie d'organe. La personne âgée nécessite pourtant une prise en charge individuelle, globale et surtout fonctionnelle. Le fonctionnement des services de gériatrie devrait être une référence pour la prise en charge des personnes âgées [49] mais cela impliquerait une modification profonde de l'organisation des services de soins classiques. Une étude étrangère a évalué l'impact d'un service de gériatrie aiguë sur l'autonomie fonctionnelle comparé à un service de soins classiques. Dans le service de gériatrie, 19% des patients inclus ont présenté un déclin fonctionnel, contre 30% dans les services de soins classiques [49].

Dans cette perte d'autonomie au décours de l'hospitalisation, il existerait une part inévitable et une part évitable. Le profil du résident [50] (âge, lieu de vie, niveau d'autonomie, statut cognitif, comorbidités) et la sévérité de la pathologie aiguë, constitueraient la part inévitable. De cet état de fait est né en 2011 le terme de « dépendance iatrogène » à l'hôpital [51] qui désigne la dépendance le plus souvent évitable liée aux soins. C'est sur cet aspect qu'un travail de prévention pourrait être mené dès lors qu'un résident d'EHPAD est hospitalisé et ce d'autant que l'on sait qu'une récupération fonctionnelle avant la sortie d'hospitalisation diminue la mortalité à un an [52]. De plus, nous savons que la capacité de récupération de l'autonomie fonctionnelle perdue dans les suites d'une hospitalisation est très faible [53].

Dans notre étude, 48,2% des résidents transférés aux urgences n'ont pas été hospitalisés [54], ainsi le simple transfert aux urgences semble pourvoyeur de déclin fonctionnel. Une étude française réalisée en 2011 à Grenoble [55] a mis en évidence que l'admission par les urgences était un facteur de risque de déclin fonctionnel. Les services d'urgences ne sont pas des lieux adaptés pour les personnes âgées. En effet, les risques de confusion [56], de chutes et de contentions y sont importants. Les personnes âgées, souvent seules lors de l'arrivée aux urgences, se retrouvent dans un environnement inconnu. Aux Etats-Unis, un programme CARE (*Care And Respect for Elders*) a été mis en place [57]. Il a pour objectif de limiter les effets néfastes, notamment la confusion, sur les personnes âgées lors de leurs passages aux urgences, par la simple intervention d'un bénévole au chevet du patient. Ces personnes, volontaires, sont formées pour rassurer les personnes âgées, limiter l'anxiété induite par l'environnement des urgences et ainsi diminuer le risque de confusion et de déclin fonctionnel. Notons que les patients sont invités à interagir avec ces personnes, sans

obligation. Ce programme débuté en 2010 avait déjà 57 volontaires en 2012 ce qui représentaient 500 heures mensuelles de présence aux urgences.

Au vue de l'impact d'un transfert sur l'autonomie fonctionnelle d'un résident, il est important de comprendre les raisons de ces transferts inappropriés et potentiellement évitables. Rappelons que dans notre étude 43% des transferts sont inappropriés et 48% sont appropriés et évitables. Les raisons de ces transferts semblent plutôt contextuelles que médicales. En effet, au moment de l'envoi d'un résident, les HI semblent plus fréquentes entre 20h et minuit (p 0,07) et lorsque les moyens humains à l'EHPAD sont insuffisants pour surveiller ou administrer un traitement (p 0,15) [58]. Des solutions telles que la télémédecine, la présence d'une IDE la nuit, l'amélioration des transmissions entre soignants, la mise en place d'astreintes de soirée et de week-end pour les laboratoires et les cabinets de radiologie en Ville [58], limiteraient ces transferts. La prévention de ces transferts demande aussi une détection précoce des risques de décompensation avec une intervention rapide du médecin traitant.

Il existe des outils de dépistage des patients âgés à risque de déclin fonctionnel, cependant il n'existe pas de « gold standard ». Les trois principales échelles [59] retrouvées dans la littérature sont : ISAR (*Identifications of Seniors At Risk*) [31], HARP (*Hospital Admission Risk Profile*) [60] et COMPRI (*COMplexity Predictor Instrument*) [61]. En France, depuis 2003, la SFMU (Société Francophone de Médecine d'Urgence) recommande la réalisation du test ISAR [62] à la sortie des urgences chez les patients qui ne sont pas hospitalisés [63]. Le passage aux urgences d'une personne âgée est une opportunité pour détecter un risque de déclin fonctionnel [64], et ainsi déclencher une prise en charge appropriée. Une étude a montré que la réalisation du test ISAR aux urgences suivi d'une intervention brève par un IDE gériatrique et la communication des résultats du test ISAR au médecin généraliste permettrait de limiter le déclin fonctionnel [65].

Notre étude a montré que les résidents d'EHPAD sont d'emblée à risque de déclin. La réalisation d'un test de dépistage ne semble donc pas nécessaire dans cette population particulière. Par contre, la mise en place des mesures telles que décrites précédemment, visant notamment à prévenir le déclin fonctionnel, devrait être systématique.

D. Objectif secondaire : description des conditions de retour à l'EHPAD

Dans notre travail, 28,6% des résidents de l'étude sont retournés à l'EHPAD la nuit entre 20h et 8h. Les EHPAD de notre étude n'ont pas d'IDE la nuit. Les consignes de surveillance ou soins recommandés ne pourront être appliqués avant l'arrivée d'un IDE le matin. La raison de non hospitalisation après l'envoi aux urgences est une évolution favorable dans 90% des cas. Les IDE questionnés au retour du résident confirment cette évolution favorable dans environ 8 cas sur 10 (78,6%).

Seul un tiers des EHPAD (28%) possède un protocole spécial « retour d'hospitalisation ». Dans un cas sur cinq (26,5%) l'EHPAD n'a pas été concerté pour le retour du résident. A 7 jours après le retour à l'EHPAD, il manque l'ordonnance de sortie dans 20,4% des cas, les consignes de surveillance dans 42,9% des cas et le courrier de sortie dans 8,2% des cas. L'envoi du courrier de fin d'hospitalisation est pourtant réglementé [66]. L'objectif national pour le délai de réception du courrier (soit dans les huit jours) est fixé à 80% [67]. Notons que l'ordonnance de sortie est manquante chez 50% des résidents du groupe des hospitalisations appropriées et inévitables (p 0,086).

Les conditions de retour ne sont donc pas idéales, il existe un manque de communication entre les Hôpitaux et les EHPAD [68]. Une étude similaire, réalisée en France en 2006, retrouve ces difficultés lors du retour du résident à l'EHPAD [69]. Pourtant, une organisation optimale lors du retour diminue le risque de ré hospitalisations [70] [71]. L'amélioration de la coordination EHPAD - Hôpital est au cœur du projet pilote PAERPA (*Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie*) [72] initié par le Ministère des Affaires Sociales et Sanitaires, grâce à la mise en place de procédures précises de retour en EHPAD définies par une convention signée entre les EHPAD et les Hôpitaux. Il est aussi prévu que chaque résident possède un dossier de liaison pour les urgences. La région Midi-Pyrénées fait partie des projets pilotes. Un de ces axes de travail pour préserver l'autonomie des personnes âgées est la sécurisation des sorties d'hospitalisation. La réalisation d'un compte rendu d'hospitalisation type et la mise en place de messageries électroniques sécurisées permettraient une meilleure communication entre médecins hospitaliers, urgentistes et médecins traitants. Les détails du projet sont définis dans un cahier des charges [73].

Lors du retour du résident, le médecin traitant est prévenu par l'EHPAD (95,8%) et rarement par le service hospitalier. Si le retour se fait la nuit, il est normal que le médecin traitant ne soit pas prévenu par le service hospitalier. Dans environ deux cas sur trois

(69,4%) le médecin traitant n'a pas reçu d'ordonnance de sortie au cabinet et dans plus de la moitié des cas (59,2%) il n'a pas réceptionné de courrier de sortie. Parmi les HI, 66,7% des courriers sont manquants. La majorité des courriers et des ordonnances sont donc reçus à l'EHPAD et non au cabinet médical.

Les médecins traitants ont jugé le transfert aux urgences de non bénéfique dans 27% des cas en raison de l'absence d'hospitalisation, d'apparition de troubles du comportement et de décès. Dans la moitié des cas (54,2%), les médecins traitants auraient souhaité une alternative au passage aux urgences, soit par une hospitalisation directe dans un service, soit par l'accès à la biologie et à l'imagerie les soirs et weekends.

Plus de la moitié des médecins (57,2%) ont visité leur résident dans un délai de 48h. Les médecins traitants sont donc disponibles pour le retour des résidents. L'absence de courrier ou d'ordonnance au cabinet ne doit donc pas constituer un frein à la prise en charge du résident.

Dans notre étude, au retour à l'EHPAD, les résidents sont toujours polymédiqués avec 6,7 médicaments par résident. En effet 74,4% des résidents ont au minimum cinq médicaments. Ils ont donc plus de traitements qu'avant l'envoi aux urgences. Cependant, on note une diminution de la part des psychotropes ($p < 0,198$). En effet, 58,8% des résidents ont au minimum un médicament psychotrope, contre 69,8% avant l'envoi aux urgences. Il en est de même avec les traitements antihypertenseurs ($p < 0,3212$) avec 53,5% des résidents ayant au moins un traitement antihypertenseur contre 60,4% avant l'envoi. Si les résidents ont toujours autant de médicaments, la prescription d'une anticoagulation préventive dans les suites d'une fracture en est une des raisons. Il y a aussi, probablement, la prescription d'antibiotiques ou d'antalgiques, se rajoutant à l'ordonnance de base. Le transfert aux urgences semble donc être l'occasion de réévaluer les traitements à hauts risques iatrogènes responsables de réadmissions aux urgences [74], tels que les médicaments psychotropes [75] ou les anticoagulants dans le groupe des HI ($p < 0,0499$).

Lors du retour à l'EHPAD, les résidents sont à risque d'événements indésirables.

Dans notre travail, entre avant l'envoi aux urgences et le retour à l'EHPAD, 56,8% des résidents ont présenté des troubles du comportement, dont 37,2% entre la sortie d'hospitalisation et le retour à l'EHPAD à J+7. Entre avant l'envoi aux urgences et le retour à l'EHPAD, les résidents du groupe HI sont exposés de façon significative aux risques de douleur ($p < 0,039$) et de chute ($p < 0,015$) comparativement au groupe HA. Entre la sortie d'hospitalisation et le retour à l'EHPAD, les résidents du groupe HI semblent plus exposés aux risques d'agitation ($p < 0,179$) et de somnolence ($p < 0,138$) que les résidents du

groupe HA, mais de façon non significative. Ces résidents devraient peut-être bénéficier d'une surveillance plus rapprochée en coordination avec l'EHPAD et le médecin traitant.

Notons que les quatre résidents décédés pendant l'hospitalisation appartenaient au groupe des HA. La gravité de l'affection médicale, expliquant en partie le caractère approprié est probablement à l'origine du décès. Les 2 résidents décédés au retour à l'EHPAD appartenaient aux groupes des HAI et des HI.

E. Limites de notre étude :

Notre population est de petite taille, les résultats à la limite de la significativité sont peut être dus au hasard ou sont au contraire significatifs. Il s'agit d'une étude pilote qui précède un PREPS (Programme de Recherche sur la Pertinence du système de Santé national) intitulé FINE (Facteurs prédisposant au transfert Inapproprié aux urgences des résidents d'EHPAD). Celui-ci sera réalisé en région Midi-Pyrénées, sur une période de 4 semaines (soit une semaine par saison). Son objectif principal est de déterminer les facteurs prédisposant à un transfert inapproprié aux urgences pour les sujets venant des EHPAD. Cette étude de plus grande ampleur permettra peut-être de conforter certains résultats à la limite de la significativité comme la perte d'autonomie entre avant l'envoi aux urgences et le retour à l'EHPAD, dans la population totale et dans les groupes HA et HAE.

La période de recueil était courte (une semaine) et en hiver. Les pathologies cardio respiratoires sont peut-être plus représentées à cette période-là.

Nous avons eu des difficultés de recueil des données :

- à la sortie d'hospitalisation : il était difficile d'être informé du jour de sortie d'un résident pour réaliser le questionnaire d'hospitalisation. Certaines informations ont donc été recueillies par consultation des dossiers médicaux de façon rétrospective. Certaines données étaient parfois manquantes.
- à 7 jours après le retour à l'EHPA : l'IDE questionné ne se souvenait pas toujours des conditions de retour (biais de mémoire).
- la réalisation du recueil de données par téléphone : des IDE ont refusé de communiquer des informations médicales par téléphone.

Il aurait été intéressant de savoir :

- si le score ADL s'était modifié deux semaines à l'envoi. En effet, une étude a montré le lien entre variation de l'ADL deux semaines avant l'hospitalisation et le

risque de déclin fonctionnel, mais aussi l'incapacité à récupérer cette autonomie après l'hospitalisation [76].

- si la personne qui a envoyé le résident aux urgences a pris contact avec une personne de la famille ou un aidant, dans le but de l'accompagner. Sa simple présence devrait avoir un effet apaisant, limitant ainsi le risque de confusion et de perte d'autonomie.

- l'impact de la durée d'hospitalisation sur le niveau d'autonomie.

Notre travail s'intègre dans une étude pilote plus global avec :

- Une analyse descriptive des facteurs intervenants dans la décision du transfert des patients venant d'EHPAD vers les services d'urgences du CHU de Toulouse [77]

- Les résidents des EHPAD orientés vers les urgences : recherche des facteurs de risque des Hospitalisations Inappropriées et des Hospitalisations Potentiellement Evitables [58].

VI. CONCLUSION :

Pour une personne âgée dépendante vivant en EHPAD, la décision d'un transfert aux urgences peut être lourde de conséquences sur son niveau d'autonomie et donc sa qualité de vie. Cette étude a mis en évidence que les résidents d'EHPAD transférés aux urgences présentent un déclin fonctionnel à leur retour à l'EHPAD et ce de façon significative s'ils ont été hospitalisés. Il s'agit d'une population d'emblée fortement dépendante et présentant de nombreux facteurs de risque de déclin fonctionnel. Les principaux motifs de transferts aux urgences sont des pathologies potentiellement évitables (chutes et pathologies cardio pulmonaires). Dans ce travail, 42,6% des transferts sont inappropriés et 48,1% sont appropriés et potentiellement évitables. Il est donc indispensable de comprendre les facteurs conduisant à ces hospitalisations et de proposer des solutions alternatives. En cas d'hospitalisation d'un résident d'EHPAD, la prise en compte de son autonomie antérieure de base, de son risque de déclin fonctionnel et la mise en place d'une prise en charge appropriée visant à restaurer ou maintenir l'autonomie devrait être systématique. Les conditions de retour du résident à l'EHPAD déterminent aussi la capacité de récupération du déclin fonctionnel, en limitant l'apparition de nouveaux signes cliniques et ainsi le risque de ré hospitalisation. Pourtant, les conditions de retour ne sont pas idéales. Il est nécessaire d'améliorer les moyens de communications entre l'hôpital et l'EHPAD afin que le médecin traitant puisse déclencher une prise en charge appropriée.

De nombreux résultats sont à la limite de la significativité, probablement en raison de notre petite population. L'étude FINE, qui sera menée en Région Midi-Pyrénées, devrait permettre de conforter nos résultats.

Toulouse le 26.02.15

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
J.P. VINEL



Vu, le Président du Jury
Pr. Stéphane OUSTRIC

06/03/15


VII. BIBLIOGRAPHIE :

- [1] “Insee - Population - Projections de la population à l’horizon 2060 - Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans.” [En ligne]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1320. [Accessed: 18-Nov-2014].
- [2] I. Robert-Bobée, “Insee - Projections de la population pour la France métropolitaine à l’horizon 2050 : la population continue de croître et le vieillissement se poursuit,” 2006. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/172>. [Accessed: 16-Jan-2015].
- [3] “Insee - Bilan démographique 2014, France Métropolitaine - Janvier 2015.” [En ligne]. Disponible:
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=ip1532#inter4.
- [4] “Insee - Population - Personnes âgées dépendantes.” [En ligne]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T14F096. [Accessed: 18-Nov-2014].
- [5] “Insee - Santé - Accueil des personnes âgées en 2013 : comparaisons régionales.” [En ligne]. Disponible sur :
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=t_1602R. [Consulté le: 18-Nov-2014].
- [6] “Les personnes âgées en institution - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé.” [En ligne]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-personnes-agees-en-institution,9940.html>. [Consulté le: 18-Nov-2014].
- [7] M. Albert, L. F. McCaig, and J. J. Ashman, “Emergency department visits by persons aged 65 and over: United States, 2009-2010,” *NCHS Data Brief*, no. 130, pp. 1–8, Oct. 2013.
- [8] C. P. Launay, C. Annweiler, L. de Decker, A. Kabeshova, B. Fantino, and O. Beauchet, “Risk of in-hospital mortality following emergency department admission: results from the geriatric EDEN cohort study,” *J. Nutr. Health Aging*, vol. 18, no. 1, pp. 83–86, Jan. 2014.
- [9] Y. Rolland, S. Andrieu, C. Hein, and B. Vellas, “Les flux d’entrée et de sortie des résidents des EHPAD en France: résultats de l’étude PLEIAD,” *Rev. Gériatrie*, vol. 37, no. 7, pp. 543–548, 2012.

- [10] Y. Rolland, G. Abellan van Kan, S. Hermabessiere, S. Gerard, S. Guyonnet Gillette, and B. Vellas, "Descriptive study of nursing home residents from the REHPA network," *J. Nutr. Health Aging*, vol. 13, no. 8, pp. 679–683, Oct. 2009.
- [11] P. de Souto Barreto, M. Lapeyre-Mestre, C. Mathieu, C. Piau, C. Bouget, F. Cayla, B. Vellas, and Y. Rolland, "A multicentric individually-tailored controlled trial of education and professional support to nursing home staff: research protocol and baseline data of the IQUARE study," *J. Nutr. Health Aging*, vol. 17, no. 2, pp. 173–178, Feb. 2013.
- [12] S. T. Wilber, M. Blanda, L. W. Gerson, and K. R. Allen, "Short-term functional decline and service use in older emergency department patients with blunt injuries," *Acad. Emerg. Med. Off. J. Soc. Acad. Emerg. Med.*, vol. 17, no. 7, pp. 679–686, Jul. 2010.
- [13] M. C. Creditor, "Hazards of hospitalization of the elderly," *Ann. Intern. Med.*, vol. 118, no. 3, pp. 219–223, Feb. 1993.
- [14] K. E. Covinsky, R. M. Palmer, R. H. Fortinsky, S. R. Counsell, A. L. Stewart, D. Kresevic, C. J. Burant, and C. S. Landefeld, "Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age," *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 51, no. 4, pp. 451–458, Apr. 2003.
- [15] J. M. Rothschild, D. W. Bates, and L. L. Leape, "Preventable medical injuries in older patients," *Arch. Intern. Med.*, vol. 160, no. 18, pp. 2717–2728, Oct. 2000.
- [16] A. B. A. Sari, A. Cracknell, and T. A. Sheldon, "Incidence, preventability and consequences of adverse events in older people: results of a retrospective case-note review," *Age Ageing*, vol. 37, no. 3, pp. 265–269, May 2008.
- [17] D. C. Grabowski, A. J. O'Malley, and N. R. Barhydt, "The costs and potential savings associated with nursing home hospitalizations," *Health Aff. Proj. Hope*, vol. 26, no. 6, pp. 1753–1761, Dec. 2007.
- [18] H. Bergman and A. M. Clarfield, "Appropriateness of patient transfer from a nursing home to an acute-care hospital: a study of emergency room visits and hospital admissions," *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 39, no. 12, pp. 1164–1168, Dec. 1991.
- [19] J. C. Finn, L. Flicker, E. Mackenzie, I. G. Jacobs, D. M. Fatovich, S. Drummond, M. Harris, D. C. D. J. Holman, and P. Sprivulis, "Interface between residential aged care facilities and a teaching hospital emergency department in Western Australia," *Med. J. Aust.*, vol. 184, no. 9, pp. 432–435, May 2006.
- [20] D. Saliba, R. Kington, J. Buchanan, R. Bell, M. Wang, M. Lee, M. Herbst, D. Lee, D. Sur, and L. Rubenstein, "Appropriateness of the decision to transfer nursing facility residents to the hospital," *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 48, no. 2, pp. 154–163, Feb. 2000.

- [21] J. G. Ouslander, G. Lamb, M. Perloe, J. H. Givens, L. Kluge, T. Rutland, A. Atherly, and D. Saliba, "Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: frequency, causes, and costs: [see editorial comments by Drs. Jean F. Wyman and William R. Hazzard, pp 760-761]," *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 58, no. 4, pp. 627–635, Apr. 2010.
- [22] J. G. Ouslander, A. D. Weinberg, and V. Phillips, "Inappropriate hospitalization of nursing facility residents: a symptom of a sick system of care for frail older people," *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 48, no. 2, pp. 230–231, Feb. 2000.
- [23] S. D. Culler, M. L. Parchman, and M. Przybylski, "Factors related to potentially preventable hospitalizations among the elderly," *Med. Care*, vol. 36, no. 6, pp. 804–817, Jun. 1998.
- [24] Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, and Jaffe MW, "Studies of illness in the aged: The index of adl: a standardized measure of biological and psychosocial function," *JAMA*, vol. 185, no. 12, pp. 914–919, Sep. 1963.
- [25] M. P. Lawton and E. M. Brody, "Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living," *The Gerontologist*, vol. 9, no. 3, pp. 179–186, 1969.
- [26] U. Sonn, "Longitudinal studies of dependence in daily life activities among elderly persons," *Scand. J. Rehabil. Med. Suppl.*, vol. 34, pp. 1–35, 1996.
- [27] É. Le Fur-Musquer, F. Delamarre-Damier, A. Sonnic, and G. Berrut, "[Is there any predictive factors for hospital admission of elder subjects from nursing home?]," *Gériatrie Psychol. Neuropsychiatr. Vieil.*, vol. 10, no. 2, pp. 137–142, Jun. 2012.
- [28] Y. Rolland, N. Tavassoli, S. Gillette-Guyonnet, A. Perrin, S. Hermabessière, P.-J. Ousset, F. Nourhashemi, P. Cestac, B. Vellas, and IDEM investigators, "Multidisciplinary team meetings (MDTM) in detection of Alzheimer's disease: data from the IDEM study," *J. Nutr. Health Aging*, vol. 17, no. 2, pp. 137–141, Feb. 2013.
- [29] J. E. Mahoney, M. A. Sager, and M. Jalaluddin, "New walking dependence associated with hospitalization for acute medical illness: incidence and significance," *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.*, vol. 53, no. 4, pp. M307–312, Jul. 1998.
- [30] E. Le Fur-Musquer, F. Delamarre-Damier, L. De Decker, A. Le Strat, A. Lebatard, V. Manigold, F. Yvain, R. Séhier, C. Moulinoux, C. Moisan, P. Chevalet, V. Ould-Aoudia, and G. Berrut, "Modalities of hospitalization in emergency of institutionalized patients," *Gériatrie Psychol. Neuropsychiatr. Vieil.*, vol. 9, no. 4, pp. 409–415, Dec. 2011.
- [31] J. McCusker, F. Bellavance, S. Cardin, S. Trépanier, J. Verdon, and O. Ardman, "Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an

- emergency visit: the ISAR screening tool,” *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 47, no. 10, pp. 1229–1237, Oct. 1999.
- [32] B. Graverholt, T. Riise, G. Jamtvedt, A. H. Ranhoff, K. Krüger, and M. W. Nortvedt, “Acute hospital admissions among nursing home residents: a population-based observational study,” *BMC Health Serv. Res.*, vol. 11, p. 126, 2011.
- [33] “KPMG - Observatoire des EHPAD en 2014.” [En ligne]. Disponible sur: <https://www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Observatoire-EHPAD-2014.pdf>.
- [34] “ONF - La fin de vie en EHPAD - Etude nationale de 2013.” [En ligne]. Disponible sur: <http://www.espace-ethique.org/sites/default/files/Fin%20de%20vie%20EHPAD.pdf>.
- [35] O. Intrator, J. Zinn, and V. Mor, “Nursing home characteristics and potentially preventable hospitalizations of long-stay residents,” *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 52, no. 10, pp. 1730–1736, Oct. 2004.
- [36] J. Gutiérrez Rodríguez, V. Domínguez Rojas, and J. J. Solano Jaurrieta, “[Functional deterioration secondary to hospitalization for an acute disease in the elderly. An analysis of its incidence and the associated risk factors],” *Rev. Clínica Esp.*, vol. 199, no. 7, pp. 418–423, Jul. 1999.
- [37] B. B. Ingold, B. Yersin, V. Wietlisbach, P. Burckhardt, B. Bumand, and C. J. Büla, “Characteristics associated with inappropriate hospital use in elderly patients admitted to a general internal medicine service,” *Aging Milan Italy*, vol. 12, no. 6, pp. 430–438, Dec. 2000.
- [38] K. E. Covinsky, R. M. Palmer, S. R. Counsell, Z. M. Pine, L. C. Walter, and M. M. Chren, “Functional status before hospitalization in acutely ill older adults: validity and clinical importance of retrospective reports,” *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 48, no. 2, pp. 164–169, Feb. 2000.
- [39] C. M. Boyd, C. S. Landefeld, S. R. Counsell, R. M. Palmer, R. H. Fortinsky, D. Kresevic, C. Burant, and K. E. Covinsky, “Recovery of activities of daily living in older adults after hospitalization for acute medical illness,” *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 56, no. 12, pp. 2171–2179, Dec. 2008.
- [40] L. C. Barry, T. E. Murphy, and T. M. Gill, “Depression and functional recovery after a disabling hospitalization in older persons,” *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 59, no. 7, pp. 1320–1325, Jul. 2011.
- [41] P.-O. Lang, N. Meyer, D. Heitz, M. Dramé, N. Jovenin, J. Ankri, D. Somme, J.-L. Novella, J.-B. Gauvain, P. Couturier, I. Lanièce, T. Voisin, B. de Wazières, R. Gonthier, C. Jeandel, D. Jolly, O. Saint-Jean, and F. Blanchard, “Loss of independence

- in Katz's ADL ability in connection with an acute hospitalization: early clinical markers in French older people," *Eur. J. Epidemiol.*, vol. 22, no. 9, pp. 621–630, 2007.
- [42] M. A. Sager and M. A. Rudberg, "Functional decline associated with hospitalization for acute illness," *Clin. Geriatr. Med.*, vol. 14, no. 4, pp. 669–679, Nov. 1998.
- [43] K. E. Covinsky, E. Pierluissi, and C. B. Johnston, "Hospitalization-associated disability: 'She was probably able to ambulate, but I'm not sure,'" *JAMA*, vol. 306, no. 16, pp. 1782–1793, Oct. 2011.
- [44] M. A. Sager, T. Franke, S. K. Inouye, C. S. Landefeld, T. M. Morgan, M. A. Rudberg, H. Sebens, and C. H. Winograd, "Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons," *Arch. Intern. Med.*, vol. 156, no. 6, pp. 645–652, Mar. 1996.
- [45] C. J. Schwartz, S. Monod, G. Waeber, C. Büla, A. D'Onofrio, E. Rubli, and S. Rochat, "[How to prevent functional decline: an acute care integrated model for the elderly]," *Rev. Médicale Suisse*, vol. 8, no. 361, pp. 2128–2132, Nov. 2012.
- [46] A. Gillis and B. MacDonald, "Deconditioning in the hospitalized elderly," *Can. Nurse*, vol. 101, no. 6, pp. 16–20, Jun. 2005.
- [47] C. Graf, "Functional decline in hospitalized older adults," *Am. J. Nurs.*, vol. 106, no. 1, pp. 58–67, quiz 67–68, Jan. 2006.
- [48] H. G. Koenig, L. K. George, D. Stangl, and D. L. Tweed, "Hospital stressors experienced by elderly medical inpatients: developing a Hospital Stress Index," *Int. J. Psychiatry Med.*, vol. 25, no. 1, pp. 103–122, 1995.
- [49] M. A. Zelada, R. Salinas, and J. J. Baztán, "Reduction of functional deterioration during hospitalization in an acute geriatric unit," *Arch. Gerontol. Geriatr.*, vol. 48, no. 1, pp. 35–39, Feb. 2009.
- [50] J. McCusker, R. Kakuma, and M. Abrahamowicz, "Predictors of functional decline in hospitalized elderly patients: a systematic review," *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.*, vol. 57, no. 9, pp. M569–577, Sep. 2002.
- [51] C. Lafont, S. Gérard, T. Voisin, M. Pahor, and B. Vellas, "Comment réduire la dépendance iatrogène chez les sujets âgés hospitalisés," *Cah. Année Gérontologique*, vol. 3, no. 1, pp. 6–26, Oct. 2011.
- [52] J. J. Baztán, C. P. Gálvez, and A. Socorro, "Recovery of functional impairment after acute illness and mortality: one-year follow-up study," *Gerontology*, vol. 55, no. 3, pp. 269–274, 2009.
- [53] T. M. Gill, E. A. Gahbauer, L. Han, and H. G. Allore, "Factors associated with recovery of prehospital function among older persons admitted to a nursing home with

- disability after an acute hospitalization,” *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.*, vol. 64, no. 12, pp. 1296–1303, Dec. 2009.
- [54] J. S. Jones, P. R. Dwyer, L. J. White, and R. Firman, “Patient transfer from nursing home to emergency department: outcomes and policy implications,” *Acad. Emerg. Med. Off. J. Soc. Acad. Emerg. Med.*, vol. 4, no. 9, pp. 908–915, Sep. 1997.
- [55] S. Mazière, I. Lanièce, N. Hadri, C. Bioteau, C. Millet, P. Couturier, and G. Gavazzi, “[Predictors of functional decline of older persons after an hospitalisation in an acute care for elder unit: importance of recent functional evolution],” *Presse Médicale Paris Fr. 1983*, vol. 40, no. 2, pp. e101–110, Feb. 2011.
- [56] F. M. Hustey and S. W. Meldon, “The prevalence and documentation of impaired mental status in elderly emergency department patients,” *Ann. Emerg. Med.*, vol. 39, no. 3, pp. 248–253, Mar. 2002.
- [57] M. Sanon, K. M. Baumlin, S. S. Kaplan, and C. R. Grudzen, “Care and Respect for Elders in Emergencies program: a preliminary report of a volunteer approach to enhance care in the emergency department,” *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 62, no. 2, pp. 365–370, Feb. 2014.
- [58] I. Binot, “Les résidents des établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes orientés vers les urgences: recherche des facteurs de risque des hospitalisations inappropriées et des hospitalisations potentiellement évitables. Thèse d’exercice de médecine générale.” Toulouse III - Paul Sabatier; 2013.
- [59] J. G. Hoogerduijn, M. J. Schuurmans, M. S. H. Duijnste, S. E. de Rooij, and M. F. H. Gryndonck, “A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline,” *J. Clin. Nurs.*, vol. 16, no. 1, pp. 46–57, Jan. 2007.
- [60] M. A. Sager, M. A. Rudberg, M. Jalaluddin, T. Franke, S. K. Inouye, C. S. Landefeld, H. Siebens, and C. H. Winograd, “Hospital admission risk profile (HARP): identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization,” *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 44, no. 3, pp. 251–257, Mar. 1996.
- [61] F. J. Huyse, P. de Jonge, J. P. Slaets, T. Herzog, A. Lobo, J. S. Lyons, B. C. Opmeer, B. Stein, V. Arolt, N. Balogh, G. Cardoso, P. Fink, and M. Rigatelli, “COMPRI--an instrument to detect patients with complex care needs: results from a European study,” *Psychosomatics*, vol. 42, no. 3, pp. 222–228, Jun. 2001.
- [62] J. G. Hoogerduijn, M. J. Schuurmans, J. C. Korevaar, B. M. Buurman, and S. E. de Rooij, “Identification of older hospitalised patients at risk for functional decline, a study to compare the predictive values of three screening instruments,” *J. Clin. Nurs.*, vol. 19, no. 9–10, pp. 1219–1225, May 2010.

- [63] Société Francophone de médecine d'Urgence, "Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences - 5 Décembre 2003 - Strasbourg." [En ligne]. Disponible sur: http://www.sfm.org/documents/consensus/pa_urgs_court.pdf.
- [64] K. Grimmer, K. Beaton, S. Kumar, K. Hendry, J. Moss, S. Hillier, J. Forward, and L. Gordge, "Estimating the risk of functional decline in the elderly after discharge from an Australian public tertiary hospital emergency department," *Aust. Health Rev. Publ. Aust. Hosp. Assoc.*, vol. 37, no. 3, pp. 341–347, Jun. 2013.
- [65] J. McCusker, J. Verdon, P. Tousignant, L. P. de Courval, N. Dendukuri, and E. Belzile, "Rapid emergency department intervention for older people reduces risk of functional decline: results of a multicenter randomized trial," *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 49, no. 10, pp. 1272–1281, Oct. 2001.
- [66] *Code de la santé publique - Article R1112-1*, vol. R1112–1. .
- [67] "Indicateurs transversaux de qualité et de sécurité des soins - HAS - CHU de Toulouse." [En ligne]. Disponible sur: http://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/indicateurs_qualite_securite_soins_2012_chu_toulouse_par_has.pdf.
- [68] B. J. King, A. L. Gilmore-Bykovskiy, R. A. Roiland, B. E. Polnaszek, B. J. Bowers, and A. J. H. Kind, "The consequences of poor communication during transitions from hospital to skilled nursing facility: a qualitative study," *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 61, no. 7, pp. 1095–1102, Jul. 2013.
- [69] I. Delabrière, E. Delzenne, C. Gaxatte, F. Puisieux, and Comité scientifique de la Société septentrionale de gérontologie clinique, "[Discharge from hospital into nursing home: conditions and quality of transmissions]," *Presse Médicale Paris Fr. 1983*, vol. 43, no. 1, pp. e1–7, Jan. 2014.
- [70] S. Shepperd, J. McClaran, C. O. Phillips, N. A. Lannin, L. M. Clemson, A. McCluskey, I. D. Cameron, and S. L. Barras, "Discharge planning from hospital to home," *Cochrane Database Syst. Rev.*, no. 1, p. CD000313, 2010.
- [71] J. Allen, A. M. Hutchinson, R. Brown, and P. M. Livingston, "Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review," *BMC Health Serv. Res.*, vol. 14, p. 346, 2014.
- [72] "Faciliter le parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie : les projets PAERPA." [En ligne]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/dp_paerpa_fev2014.pdf.
- [73] "Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA - Comité National sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie." .

- [74] D. Bonnet-Zamponi, L. d' Arailh, C. Konrat, S. Delpierre, D. Lieberherr, A. Lemaire, F. Tubach, S. Lacaille, S. Legrain, and Optimization of Medication in AGEd study group, "Drug-related readmissions to medical units of older adults discharged from acute geriatric units: results of the Optimization of Medication in AGEd multicenter randomized controlled trial," *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 61, no. 1, pp. 113–121, Jan. 2013.
- [75] G. Onder, F. Landi, R. Liperoti, D. Fialova, G. Gambassi, and R. Bernabei, "Impact of inappropriate drug use among hospitalized older adults," *Eur. J. Clin. Pharmacol.*, vol. 61, no. 5–6, pp. 453–459, Jul. 2005.
- [76] E. C. Lindenberger, C. S. Landefeld, L. P. Sands, S. R. Counsell, R. H. Fortinsky, R. M. Palmer, D. M. Kresevic, and K. E. Covinsky, "Unsteadiness reported by older hospitalized patients predicts functional decline," *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 51, no. 5, pp. 621–626, May 2003.
- [77] E. Giovanni, "Analyse descriptive des facteurs intervenant dans la décision du transfert des patients venant des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) vers les services d'urgences du CHU de Toulouse. Thèse d'exercice de médecine générale.," Toulouse III - Paul Sabatier; 2013.

VIII. ANNEXES :

A. Annexe 1 : Questionnaire EHPAD (extrait):

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

Numéro d'anonymat du patient :

Données EHPAD

- Nom de l'EHPAD :
 - Statut de l'EHPAD :
 - Privé
 - Publique
 - Autre, précisez :
 - Nombre de résidents :
 - GMP :
 - PMP :
 - Présence de secteur protégé :
 - Oui
 - Non
 - Ne sait pas
 - Nombre d'IDE :
 - Y a-t-il un IDE présent sur l'établissement pendant la nuit ?
 - Oui
 - Non
 - Ne sait pas
- Commentaires éventuels :
- Nombre de médecins traitants intervenants à l'EHPAD :
 - Distance EHPAD/Hôpital (en km):

Données Patient :

- Age et sexe
- Quels sont les ATCD médicaux du patient ?
- Liste des traitements médicamenteux avant l'hospitalisation :
- Est-ce que les signes ci-dessous étaient présents dans la semaine précédant l'hospitalisation aux urgences ?
 - Confusion Oui Non Ne sait pas
 - Agitation Oui Non Ne sait pas
 - Somnolence Oui Non Ne sait pas
 - Douleurs Oui Non Ne sait pas
 - Escarre Oui Non Ne sait pas
- Quel était le statut cognitif du patient une semaine avant l'hospitalisation aux urgences ?
 - Score MMS si disponible :
 - Date de la réalisation du test MMS si disponible :
 - Commentaires :
- Remplir le questionnaire ADL par l'équipe soignante ou le médecin pour la semaine précédant l'hospitalisation (échelle ci-jointe).
- Est-ce que les signes ci-dessous étaient présents au moment de l'envoi du patient aux urgences ?
 - Confusion Oui Non Ne sait pas
 - Agitation Oui Non Ne sait pas
 - Somnolence Oui Non Ne sait pas
 - Douleurs Oui Non Ne sait pas
 - Escarre Oui Non Ne sait pas

B. Annexe 2 : Questionnaire hospitalisation :

Partie à compléter à la sortie du patient en cas d'hospitalisation (avec l'équipe soignante du service d'hospitalisation) :

- Parcours de soins (numéroter les services par ordre de passage) :
 - |__| UHCD
 - |__| Réanimation

- |__| Chirurgie, préciser le service :
- |__| Court séjour médical, préciser le service :
- |__| SSR
- |__| Post urgence gériatrique
- |__| Autre, précisez :

- Devenir du patient après l'hospitalisation :
 - Retour EHPAD
 - Retour domicile
 - Envoi à l'USLD
 - Hospitalisation dans un autre établissement de santé, précisez lequel :
 - Décès
 - Autre, précisez :

En cas de retour à l'EHPAD, à l'USLD ou à domicile ou de l'hospitalisation dans un autre établissement de santé:

- Date de sortie :
- Etat clinique du patient à la sortie:
 - Evolution favorable
 - Patient non encore rétabli
 - Patient en fin de vie
 - Inconnu
 - Autre, précisez :
- Quel était le jour de sortie ?
 - Lundi au jeudi (hors jours fériés)
 - Vendredi (hors jours fériés)
 - Week-end
 - Jours fériés
- L'heure de sortie :
- Diagnostic principal à la sortie :
- Diagnostics associés à la sortie :
- Liste des traitements médicamenteux à la sortie :
- Est-ce que les signes ci-dessous étaient présents à la sortie ?

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

- Escarre Oui Non Ne sait pas
- Remplir le questionnaire ADL par l'équipe d'hospitalisation (échelle ci-jointe)
- En cas de décès du patient :
- Date de décès :
- Quel était le jour de décès ?
 - Lundi au jeudi (hors jours fériés)
 - Vendredi (hors jours fériés)
 - Week-end
 - Jours fériés
- L'heure de décès :
- Diagnostic principal de l'hospitalisation :
- Diagnostics associés de l'hospitalisation :
- Cause du décès :
 - Cause principale :
 - Causes associées :
- Liste des traitements médicamenteux avant le décès :
- Est-ce que les signes ci-dessous étaient présents à la sortie ?
 - Confusion Oui Non Ne sait pas
 - Agitation Oui Non Ne sait pas
 - Somnolence Oui Non Ne sait pas
 - Douleurs Oui Non Ne sait pas
 - Escarre Oui Non Ne sait pas
- Remplir le questionnaire ADL par l'équipe d'hospitalisation

C. Annexe 3 : Questionnaire retour EHPAD

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

Numéro d'anonymat du patient :

- Existe-il un protocole spécial « retour d'hospitalisation » à l'EHPAD ?
 - Oui
 - Non
 - Ne sait pas

Commentaires éventuels :

- Existe-il « une fiche de liaison infirmière » à l'EHPAD ?
 - Oui
 - Non
 - Ne sait pas

Commentaires éventuels :

- L'EHPAD a-t-il été prévenu du retour ?
 - Oui
 - Non
 - Ne sait pas

Commentaires éventuels :

- Le retour a-t-il été programmé en concertation avec l'EHPAD ?
 - Oui
 - Non
 - Ne sait pas

Commentaires éventuels :

- Le médecin traitant a-t-il été prévenu du retour ?
 - Oui
 - Non
 - Ne sait pas

Si oui, par qui ?

- Hôpital
 - EHPAD
 - Famille
 - Patient
 - Ne sait pas
 - Autre, précisez :
- Le médecin traitant ou son remplaçant a-t-il visité son patient le jour de son retour ?
 - Oui
 - Non
 - Ne sait pas

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

- Moins de 48 heures
- Entre 48 et 72 heures
- Plus de 72 heures
- Ne sait pas

- Autre, précisez :
- Les soins préconisés au retour ont-ils été appliqués ?
- Oui
- Non
- En partie
- Ne sait pas
- Si non ou en partie, pourquoi ?
- Refus du patient ou de sa famille
- Opposition du médecin traitant, précisez la raison :
- Soins non réalisables, précisez la raison :
- Ne sait pas
- Autre, précisez :
- L'EHPAD a-t-il reçu le courrier médical de sortie ?
- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Commentaires éventuels :
- L'EHPAD a-t-il reçu une ordonnance de sortie ?
- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Commentaires éventuels :
- Le médecin traitant a-t-il reçu le courrier médical de sortie ?
- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Commentaires éventuels :
- Le médecin traitant a-t-il reçu une ordonnance de sortie ?
- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Commentaires éventuels :
- Est-ce que les signes ci-dessous étaient présents au retour ?
- | | | | |
|--------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| ▪ Confusion | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| ▪ Agitation | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| ▪ Somnolence | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |

▪ Douleurs Oui Non Ne sait pas

▪ Escarre Oui Non Ne sait pas

- Statut cognitif selon l'équipe soignante de l'EHPAD au retour :
- Remplir le questionnaire ADL par l'équipe soignante de l'EHPAD une semaine après le retour.
- Pensez-vous rétrospectivement que votre patient a bénéficié de son hospitalisation ?
 - Oui
 - Non
 - Ne sait pas

Si non, pourquoi ?

- Si la situation pouvait être revécue, faudrait-il réadresser le patient aux urgences ?
 - Oui
 - Non
 - Ne sait pas

Si non, pourquoi ?

- Pensez-vous à priori, qu'une alternative au passage aux urgences aurait été préférable ?
 - Oui
 - Non
 - Ne sait pas

Si oui, laquelle ?

D. Annexe 4 : Echelle d'autonomie de Katz (ADL) :

Echelle d'autonomie (ADL)

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

Total = /6

E. Annexe 5 : Grille d'évaluation des hospitalisations inappropriées et appropriées mais potentiellement évitables :

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

Evaluation de l'évolution de l'autonomie par ADL des résidents d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes au décours d'un transfert aux urgences et description des conditions de retour

A Toulouse le 19 mars 2015

Contexte : Il existe un important flux de résidents entre les EHPAD et les Urgences. Il est admis qu'une partie de ces transferts vers les urgences sont potentiellement évitables (HAE) voire inappropriés (HI). Nous nous sommes intéressés à l'impact de ces transferts sur le niveau d'autonomie fonctionnelle des résidents, depuis la décision du transfert aux urgences jusqu'au retour à l'EHPAD. Les conditions de retour à l'EHPAD ont été décrites afin d'évaluer la qualité des transmissions, la place du médecin traitant et son avis sur ces transferts aux urgences.

Matériel et Méthode : Il s'agit d'une étude pilote descriptive et rétrospective dont le recueil de données a été réalisé le jour de l'admission aux urgences d'un résident d'EHPAD, jusqu'à 7 jours après son retour à l'EHPAD. Un comité d'experts a déterminé les critères HI, HA (hospitalisations appropriées) ou HAE. Les différentes variables ont été comparées par le test Chi2 (X^2). Le test « t-student » a été utilisé pour comparer les HI, HA et HAE. Tous les résultats du score ADL ont été exprimés en moyennes et écarts types.

Population : 54 résidents ont été inclus.

Résultats : Il s'agit d'une population fortement dépendante (ADL : $2,2 \pm 1,9$) et présentant de nombreux facteurs de risque de déclin fonctionnel. Suite à ces transferts il existe une perte d'autonomie ($p < 0,054$) qui devient significative lorsque le résident est hospitalisé ($p < 0,006$). Les HI représentent 42,6% des transferts et les HAE 48,1%. Le niveau élevé de dépendance semble être un facteur de risque de transferts inappropriés aux urgences ($p < 0,0778$). Les conditions de retour du résident ne sont pas idéales. Dans la moitié des cas, les médecins traitants auraient préféré une alternative au passage aux urgences.

Conclusion : Les transferts aux urgences exposent les résidents d'EHPAD à un risque de déclin fonctionnel alors qu'ils ne seraient médicalement appropriés que dans 10% des cas. Mieux comprendre les motivations de ces transferts permettrait de proposer des solutions alternatives. Le risque de déclin fonctionnel devrait être systématiquement intégré dans la prise en charge des résidents hospitalisés, ainsi la dépendance iatrogène évitable pourrait être réduite. L'amélioration du lien entre l'hôpital et l'EHPAD permettrait peut être de limiter ce risque. Le médecin généraliste a un rôle central à jouer sur le maintien ou la récupération de l'autonomie des résidents, grâce à la mise en place de mesures appropriées à leur retour à l'EHPAD.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Mots-clés : déclin fonctionnel - score ADL - résidents d'EHPAD - service des urgences - dépendance iatrogène

Université Toulouse III Paul Sabatier - 118 route de Narbonne - 31062 Toulouse Cedex 04 - France

Directeur de thèse : Madame le Docteur PERRIN Amélie
