

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2010

N° 61

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES DE MEDECINE GENERALE

Par

Eloïse Le Fur – Musquer

Née le 03 Avril 1982 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 22 Octobre 2010

**Modalités d'hospitalisations en urgences
des sujets âgés hébergés en établissements
pour personnes âgées dépendantes.**

JURY

Président :

Monsieur Berrut Gilles, Professeur à la Faculté de Médecine de Nantes

Membres :

Monsieur Rodat Olivier, Professeur à la Faculté de Médecine de Nantes

Monsieur Senand Rémy, Professeur à la Faculté de Médecine de Nantes

Madame Delamarre-Damier Florence, docteur en Médecine
et directrice de thèse.

TABLE DES MATIERES

1. Introduction

2. Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

3. Résidents des EHPAD

4. Hospitalisations des résidents

5. Objectif de l'étude

6. Matériel et Méthode

6.1 Descriptif de l'étude

6.2 Patients

6.3 Protocole

6.3.1 Cahier d'observation

6.3.2 Collection des données

6.3.3 Analyse des données

7. Résultats

7.1 Caractéristiques des résidents lors de la primo-hospitalisation

7.1.1 Répartition du nombre d'hospitalisation en fonction du classement en Groupes Iso Ressources

7.1.2 Evènements indésirables

7.1.3 Evènements affectifs

7.1.4 Motifs d'hospitalisations

7.2 Modalités d'hospitalisation des 119 hospitalisations répertoriées

7.2.1 Motifs d'hospitalisations

7.2.2 Horaires des hospitalisations

7.2.3 Qui donne l'alerte ?

7.2.4 Qui décide de l'hospitalisation ?

7.2.5 Transport et dossier médical

7.2.6 Service d'accueil

7.2.7 Devenir

7.3 Les réhospitalisations

8. Discussion

9. Conclusion

Références bibliographiques

Annexes

1. Introduction

En 2007, 21% de la population avait plus de 60 ans contre 16% en 1950 et 8,3% des personnes âgées avaient plus de 75 ans contre 3,8% en 1950. Ce chiffre est en perpétuelle progression, l'INSEE estime qu'en 2050, un tiers de la population aura plus de 60 ans (1).

La population devient de plus en plus âgée et dépendantes et a donc souvent recourt aux établissements pour personnes âgées.

Notre étude s'intéresse à une population encore peu étudiée. Seuls 2% des travaux de recherche internationaux portant sur les personnes âgées concernent des résidents en institution, alors qu'ils sont environ 500 000 actuellement en France (2).

Dans un article de 2010 publié dans le JAGS, A Gruneir et al (3), indiquaient que les résidents de longs séjours canadiens avaient fréquemment recours aux services d'urgence. Ils estimaient que les résidents étaient transférés aux urgences par défaut d'accès à un avis médical. Ils pointaient également le défaut de prévention des chutes en long séjour responsables de nombreux transferts.

Dans une étude comparative de 10 établissements à haut niveau d'hospitalisation et 10 à niveau faible d'hospitalisation, Ouslander (4) collige 200 hospitalisations sur un an.

Dans cette étude, 137 (67 %) des ces hospitalisations étaient jugées évitables par les auteurs.

Parmi les causes d'hospitalisations, les auteurs rapportent la disponibilité des médecins, l'impossibilité d'avoir recours à des examens biologiques ou à poser une perfusion.

Les causes d'hospitalisations semblent accessibles à des mesures correctives de type organisationnelles que ce soit en terme de présence médicale ou de relation avec un établissement sanitaire de référence.

En 2010, une étude transversale regroupant 147 directeurs de maisons de retraite aux USA a identifié les facteurs pouvant prévenir d'une hospitalisation. Young et al (5), mettaient en avant la formation des infirmières ainsi que la communication entre le personnel para-médical et les médecins. Ils pointaient également l'importance de l'accès au dossier de soin et à sa tenue, ainsi que l'accès rapide aux examens de laboratoire et à l'électrocardiogramme. Enfin,

les directeurs de maisons de retraite incitaient tant que possible les médecins à traiter les résidents au sein même de la structure le plus souvent possible.

Une revue systématique de la littérature conduite par LaMantia et al (6) a regroupé 5 études. Les résultats montrent qu'un document standardisé accompagnant le résident au moment des transferts aux urgences était une aide pour faire le lien entre les maisons de retraite et l'établissement sanitaire d'accueil.

Ce document doit comprendre au minimum la liste des médicaments et les directives anticipées concernant le résident.

Entre 1998 et 2004, une étude sur le temps entre l'admission en maison de retraite et la première hospitalisation et le délai entre les réhospitalisations a été menée dans l'état de New York par O'Malley et Al (7).

Ils mettent en avant que les résidents présentant des ulcères ou des troubles cognitifs avaient un délai plus court de recours à une hospitalisation et que la présence de directives anticipées et de personnel adapté permettaient l'allonger la durée avant une hospitalisation ou entre les hospitalisations.

En France, les publications sont peu nombreuses sur le sujet. En 2005, G Schwebel et al (8), réalisent une étude sur les passages aux urgences des personnes âgées résidents en institution. Ils notaient que le motif principal de recours intéressait l'appareil locomoteur. De plus, les résidents des maisons de retraite comptaient plus de passages aux urgences que les résidents de soins de longue durée. Ils estimaient que la différence était probablement liée au temps plus important de présence médicale dans les structures de soins de longue durée.

Les personnes âgées en EHPAD sont des personnes fragiles pour lesquelles une agression minime peut entraîner un déséquilibre et donc un risque d'hospitalisation.

Dans ce contexte, une hospitalisation est une source de déstabilisation physique et psychique (8).

Il faut donc éviter autant que de possible, les hospitalisations inadéquates, et, lorsque l'hospitalisation est nécessaire, les effets néfastes de celle-ci devraient être atténués par la gestion des modalités de la décision (10).

Le but de notre étude est de faire un état des lieux des caractéristiques des résidents d'EHPAD qui ont recours à une hospitalisation en urgence et des modalités de leur transfert.

2. Etablissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Les EHPAD sont des établissements médico-sociaux d'hébergement ayant signé la convention tripartite. Depuis 1999 et la réforme de la tarification ; les maisons de retraite, les foyers logements et les unités de soins de longue durée sont regroupés sous le nom d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Les EHPAD comportent, en 2007, 88% des maisons de retraite, 74% des unités de soins de longue durée et 16% des foyers logements (11).

En 2007, la France comptait 10 300 établissements pour personnes âgées, ce qui correspondait à un total de 684 000 places dont 515 000 en tant qu'EHPAD. Le taux d'occupation était de 96%. Nous bénéficions donc de 127 places en EHPAD pour 1000 personnes de plus de 75 ans de la population générale (11).

La loi du 20 Juillet 2001 établit la réforme de la tarification et instaure la convention tripartite.

La réforme de la tarification repose sur la mise en œuvre de cinq principes fondamentaux :

- La transparence des coûts de la prise en charge des résidents
- Le renforcement des moyens médicaux
- La solidarité envers les personnes âgées dépendantes grâce à l'aide pour l'autonomie (APA)
- La démarche qualité des établissements
- Le partenariat à travers les conventions tripartites (avec l'ARS et le conseil général).

La convention tripartite s'établit entre l'établissement, le conseil général et le représentant de l'état dans le département. Cette convention s'établit pour 5 ans. Elle permet de définir le plan budgétaire et la qualité des soins des personnes âgées.

Le but de la convention tripartite est d'améliorer la qualité des soins.

La convention définit trois tarifs :

- Le tarif hébergement comprenant les frais de fonctionnement administratif, hôtelier, de restauration, d'entretien et de vie sociale. Le tarif est fixé par le président du conseil général et est payé par le résident. Le prix est identique pour chaque résident bénéficiant des mêmes prestations.
- Le budget soin comprend les soins de base ou « nursing », qui dépendant du niveau de dépendance, et les soins techniques. Le tarif est fixé par le préfet et est payé par l'assurance maladie.
- Le tarif dépendance est établi en fonction du Groupe Iso Ressource (GIR) (1 et 2 : très dépendant, 3 et 4 : dépendant, 5 et 6 : peu dépendant ou valide). Il est fixé par le président du conseil général et est payé par les résidents, tout en sachant que si les résidents ont un GIR 4 ou inférieur, ils peuvent bénéficier de l'APA. (12)

La grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources) constitue un outil destiné à évaluer le degré de perte d'autonomie, ou de dépendance, physique et psychique, dans l'accomplissement de leurs actes quotidiens. Elle permet un classement en 6 groupes dits Groupes Iso Ressources (GIR). La grille repose sur l'évaluation de la cohérence, de l'orientation, de la toilette, de l'habillage, de l'alimentation, de l'élimination, des transferts, des déplacements à l'intérieur et à l'extérieur et de la communication à distance (12).

La proportion des personnes âgées dépendantes, c'est-à-dire évaluées dans les GIR 1 à 4, est en hausse : elle était de 81 % en 2003 et s'élève à 84 % fin 2007 dans les EHPAD hors foyers logements. Les personnes âgées très dépendantes, c'est-à-dire évaluées dans les GIR 1 et 2, représentent plus de la moitié des résidents (51 %) contre 47 % en 2003 (11).

De plus, la réforme des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes crée un nouvel intervenant, le médecin coordonnateur. Son rôle est d'assurer la continuité et la qualité des soins. Il a pour but d'organiser la coordination et la formation des différents intervenants médicaux et para médicaux, d'assurer l'évaluation de l'autonomie des résidents

et d'établir, avec le directeur de l'EHPAD, un projet de soin s'intégrant dans le projet d'établissement. (13, 14)

Un EHPAD a une capacité moyenne de 68 à 72 lits. On note que depuis 2003, le nombre de places médicalisées a augmenté de 17%. (11)

Les EHPAD sont pour la plupart publics (58%) ou public territoriaux puis viennent les établissements privés à but non lucratif (26%) puis les établissements privés à but lucratifs (16%). (11)

Les EHPAD font partie intégrante de la filière gériatrique d'où l'intérêt porté par ce travail aux modalités d'hospitalisations en urgence de ces résidents.

3. Résidents des EHPAD

Sur les 515 000 résidents d'EHPAD, plus de la moitié sont des femmes ; les femmes entrent en institution à un âge plus avancé que les hommes (83 ans contre 76 ans) et leur durée de séjour est plus longue (15).

Il existe une sur-représentation des personnes veuves ou célibataires, on note, en effet, 62% de veufs contre 9% seulement de personnes mariées (15).

Les patients sont de plus en plus dépendants, on comptait en 2003, 81% des résidents d'EHPAD comme dépendants (GIR 1 à 4) alors que 5 ans auparavant, on en dénombrait seulement 57%. On recense 70 000 personnes dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale rapprochée ou une permanence de la part d'une infirmière (15).

En l'espace de 10 ans, le pourcentage de déments en institution est passé de 39 à 71% (14). A cette population s'ajoute également les patients psychiatriques vieillissant et les handicapés moteurs ou psychiques vieillissant également. Tous ces patients, dont la durée de vie s'allonge, ne font qu'accroître le pourcentage de résidents dépendants en institution.

De plus, les plus de 70 ans pour 75% d'entre eux meurent en institution : 47% à l'hôpital, 14% en maison de retraite et 9% en clinique (14).

Il existe donc une forte représentation des résidents ayant des co-morbidités et un syndrome démentiel au stade sévère en EHPAD.

4. Hospitalisation des résidents

Les résidents d'EHPAD aux urgences représentent de 9 (16) à 37% (17), selon les auteurs, des consultations totales.

Ce sont en majorité des femmes (entre 66 et 68 %) (15, 16), dont l'âge moyen est de 81,6 ans (18).

Les hospitalisations en urgence des résidents d'EHPAD sont considérées comme évitables dans 7 à 57 % des cas (16, 19).

Les résidents sont adressés par leur médecin traitant dans 71 à 80 % des cas, par le médecin de garde dans 6 à 10 %, par les pompiers dans 5 % et par le SMUR dans 4 à 17,4 % des cas (20, 21).

Le transport est assuré par les ambulances dans 50 à 94 % des cas, par un transport médicalisé dans 10 à 25 %, par les pompiers dans 17 % et par une voiture personnelle dans 15,7 % des cas (17, 22).

Dans les deux-tiers des cas, une orientation médicale a été sollicitée avant le transfert.

Une lettre médicale accompagne le résident dans 66 à 83 % des cas (17, 21).

Dans la littérature, les principaux motifs de transferts sont les suivants : la traumatologie, les causes infectieuses, les maladies cérébrales, les troubles biologiques (déshydratation, anémie...), les dysfonctions de sondes (trachéotomie, sonde urinaire, gastrostomie...).

La durée moyenne de séjour est, en moyenne, de 11 à 23 jours (16, 20).

Les résidents retournent dans leurs institutions d'origine dans 52 à 65 % des cas, ils décèdent dans 18 % des cas et entrent en soins de longue durée dans 3,6 % des cas (17, 22).

La présence d'un gériatre aux urgences limiterait le nombre d'hospitalisations des personnes âgées de 13 % (16).

5. Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est de préciser les conditions pratiques de décision et de réalisation d'un départ en urgence d'un EHPAD vers un établissement de santé.

En effet, on peut supposer que le nombre d'hospitalisations des personnes âgées vivant en EHPAD peut être limité, notamment en analysant les modalités de recours à une hospitalisation d'urgence et en recherchant les dysfonctionnement de l'organisation des soins. Notre étude va essayer d'analyser et de définir les modalités des hospitalisations en urgences des personnes âgées vivant en EHPAD ; et de proposer des recommandations qui visent à réduire le nombre d'hospitalisations et à améliorer les conditions des soins pour le transfert.

6. Sujets et méthodes

6.1. Descriptif de l'étude

Il s'agit d'une étude longitudinale prospective et descriptive des hospitalisations en urgences des sujets âgés en EHPAD sur une durée de six mois (allant du 1 Janvier au 30 Juin 2010), dans les conditions habituelles de pratique.

6.2. Patients

Tous les dossiers des patients qui ont été hospitalisés en urgence, sur la durée de l'étude, ont été récupérés et leurs conditions de transfert ont été analysées.

Les dossiers des patients ont été fournis par les médecins coordonnateurs de chaque EHPAD.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Etre hébergé en EHPAD
- Avoir été hospitalisé en urgence au cours de la période de l'étude.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Ne pas être hébergé en EHPAD
- Les appels urgents non suivis d'une hospitalisation
- Etre transféré dans le cadre d'une hospitalisation programmée
- Les appels urgents et décès du patient avant son départ de l'EHPAD.

Onze EHPAD et huit médecins coordonnateurs ont été recrutés sur la base du volontariat. Il s'agit d'EHPAD privés associatifs. Ils représentent une capacité totale de 783 lits.

6.3. Protocole

Pour tous les patients dont les dossiers ont été recrutés, différents éléments ont été colligés, comprenant les caractéristiques cliniques, les caractéristiques de l'hospitalisation et le suivi de cette hospitalisation.

Pour ce faire, le cahier d'observation a été soumis aux médecins coordonnateurs des différents EHPAD (annexe 1).

6.3.1 Cahier d'observation (annexe 1)

Les caractéristiques cliniques comprennent : l'âge, le sexe, la date d'entrée dans l'EHPAD, le poids, les traitements en nombre de produits actifs, la survenue de modification de traitement dans les 15 jours précédant l'hospitalisation, des antécédents d'hospitalisation dans les six derniers mois, la survenue d'évènements pré intercurrents ou d'évènements socio-psychologiques.

Nous appelons évènements pré intercurrents des évènements somatiques intervenant dans le mois précédant l'hospitalisation dont nous ne jugeons pas du lien de causalité avec l'hospitalisation.

Les évènements socio-psychologiques sont les évènements intercurrents survenus dans le mois précédent l'hospitalisation et sur le versant psychologique.

Les co-morbidités ont été synthétisées à l'aide du CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) (annexe 2). Cette échelle a été choisie car elle est validée (23, 24), en particulier chez les patients présentant des troubles neuropsychiatriques (25, 26, 27).

Les caractéristiques de l'hospitalisation regroupent : les motifs de l'hospitalisation triés selon 6 classes (cardio-pulmonaire, neuro-vasculaire, chute, troubles du comportement, urodigestif et divers), la date et l'heure du transfert, la personne qui donne l'alerte, la personne qui décide de l'hospitalisation et la modalité de transport.

6.3.2 Collection des données

Ces premières données ont été recueillies avec l'aide des médecins coordonnateurs des différentes EHPAD ainsi qu'avec l'aide des différents directeurs d'établissements qui m'ont permis l'accès aux données.

Une partie des données a été regroupée par les médecins coordonnateurs à l'aide du questionnaire de recherche (annexe 1) et une autre partie (3 EHPAD) des données a été consignée par moi-même à l'aide du même questionnaire.

Les données du suivi de l'hospitalisation prennent en compte : l'établissement d'accueil lors de l'hospitalisation, le service d'accueil, la durée d'hospitalisation et le devenir après l'hospitalisation.

Ces éléments ont été récupérés après la sortie d'hospitalisation, auprès des différents hôpitaux, auprès des médecins traitants ou grâce à leur courrier de sortie transmis à l'EHPAD.

6.3.3 Analyses des données

Les données ont été colligées sur une observation papier de façon anonyme, puis saisies sur un tableau Excel (Microsoft Office 2007).

Les données ont ensuite été transférées sur un logiciel de statistiques (SPSS 16).

Toutes les variables quantitatives seront décrites par leur moyenne, leur écart type et leurs valeurs extrêmes.

Les variables qualitatives seront décrites par leur fréquence de présence et/ou leur classification ordinale.

La comparaison entre les sujets hospitalisés une fois et réhospitalisés se fera à l'aide du Chi 2 pour les variables qualitatives binaires et le test T de Student non apparié pour les autres variables quantitatives.

7. Résultats

Entre le 1 Janvier et le 30 Juin 2010, un total de 119 hospitalisations en urgence à partir de 11 EHPAD ont été répertoriés :

- 73 patients n'ont été hospitalisés qu'une seule fois.
- 16 patients ont hospitalisés deux fois.
- 2 patients ont été hospitalisés trois fois
- 2 patients ont été hospitalisés quatre fois.
- Pour 93 patients, il s'agissait d'une première hospitalisation.

Le détail du nombre de lits et du nombre d'hospitalisations par EHPAD est regroupé dans le tableau 1.

Tableau 1- Nombre d'hospitalisations par EHPAD

Nom de l'EHPAD	Nombre total de lits	Nombre total d'hospitalisations	Nombre de patients hospitalisés une fois	Nombre de patients hospitalisés deux fois	Nombre de patients hospitalisés trois fois	Nombre de patients hospitalisés quatre fois
EHPAD 1	75	21	16	1	1	0
EHPAD 2	78	13	6	2	1	0
EHPAD 3	62	17	11	3	0	0
EHPAD 4	73	2	2	0	0	0
EHPAD 5	77	2	2	0	0	0
EHPAD 6	82	19	9	5	0	0
EHPAD 7	80	10	6	0	0	1
EHPAD 8	51	6	4	1	0	0
EHPAD 9	66	6	2	2	0	0
EHPAD 10	83	14	12	1	0	0
EHPAD 11	56	9	3	1	0	1
total	783	119	73	16	2	2

7.1. Caractéristiques des résidents lors de la première hospitalisation

Les caractéristiques cliniques des 93 résidents hospitalisés pour la première fois sont regroupées dans le tableau 2.

Les résidents sont âgés (plus de 85 ans), à prédominance féminine, veufs pour la majorité, et dépendants.

Tableau 2 : Tableau des caractéristiques cliniques des résidents lors de la primo hospitalisation.

Age (ans) ^a	86,7 +/- 7,3
Sexe féminin ^b	76 (81,7)
Statut marital ^c	14/66/10
CIRS ^a	6,9 +/- 2,3
GIR ^a	3 +/- 1,4
Poids (kg) ^a	63,6 +/- 14,7
Traitements ^{a, d}	7,1 +/- 2,8
Hospitalisation dans les 6 derniers mois ^b	27 (29)
Modification de traitements ^{b, e}	25 (26,9)

^a : moyenne +/- écart type

^b : n (%)

^c : marié/ veuf/ célibataire

^d : nombre de principes actifs

^e : modification du traitement habituel datant de moins de 15 jours avant l'hospitalisation

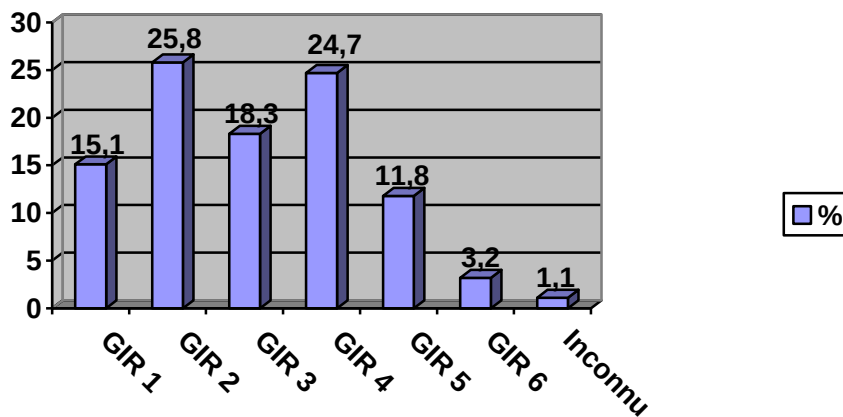
CIRS : Cumulative Illness Rating Scale

GIR : Groupe Iso Ressource

7.1.1 Répartition du nombre d'hospitalisation en fonction du GIR

La répartition du nombre d'hospitalisations en fonction du GIR est synthétisée dans le graphique 1.

Tableau 1 : répartition du nombre d'hospitalisation en fonction du GIR.



7.1.2. Evènements pré intercurrents

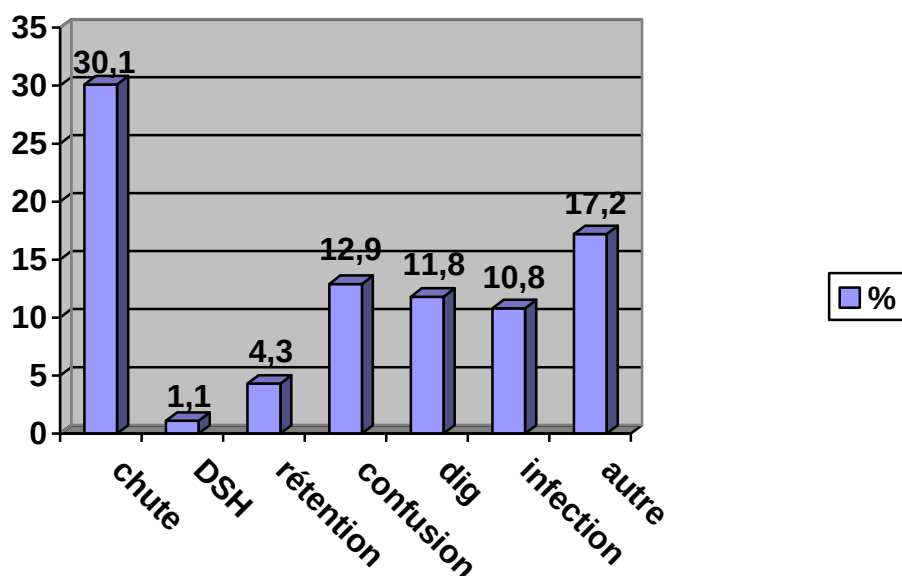
Nous avons répertorié la survenue d'évènements pré intercurrents et la nature de ceux-ci.

La nature de ceux-ci est détaillée dans le graphique.

32 résidents n'ont pas présenté d'évènement pré intercurrents avant leur hospitalisation, 41 ont eu un évènement pré intercurrent, 19 résidents en ont eu deux et un résident en a eu trois.

Les résultats sont décrits dans le diagramme suivant (graphique 2).

Graphique 2 : Nature et nombre des évènements pré intercurrents survenus dans le mois précédent l'hospitalisation (en pourcentage)



(DSH : déshydratation ; rétention : rétention urinaire ou fécale ; dig : troubles digestifs ; autre : dyspnée, dépression, douleur, changement de sonde urinaire...)

7.1.3 Évènements socio-psychologiques

81 résidents (87,1%) n'ont pas présenté d'évènement socio-psychologique. Un total de douze résidents (12,9%) ont eu à gérer des évènements socio-psychologiques dans le mois précédant leur hospitalisation : pour trois d'entre eux, il s'agit de décès de proche, quatre avaient changé de chambre, trois étaient entrés récemment dans la structure, un cancer du sein de diagnostic récent chez une des résidentes et enfin, une résidente revenait d'un pèlerinage à Lourdes.

7.2 Modalités d'hospitalisation des 119 hospitalisations répertoriées

7.2.1 Motifs d'hospitalisations

Les motifs d'hospitalisations ont été colligés à partir des déclarations écrites des professionnels qui ont décidé de l'hospitalisation en urgence.

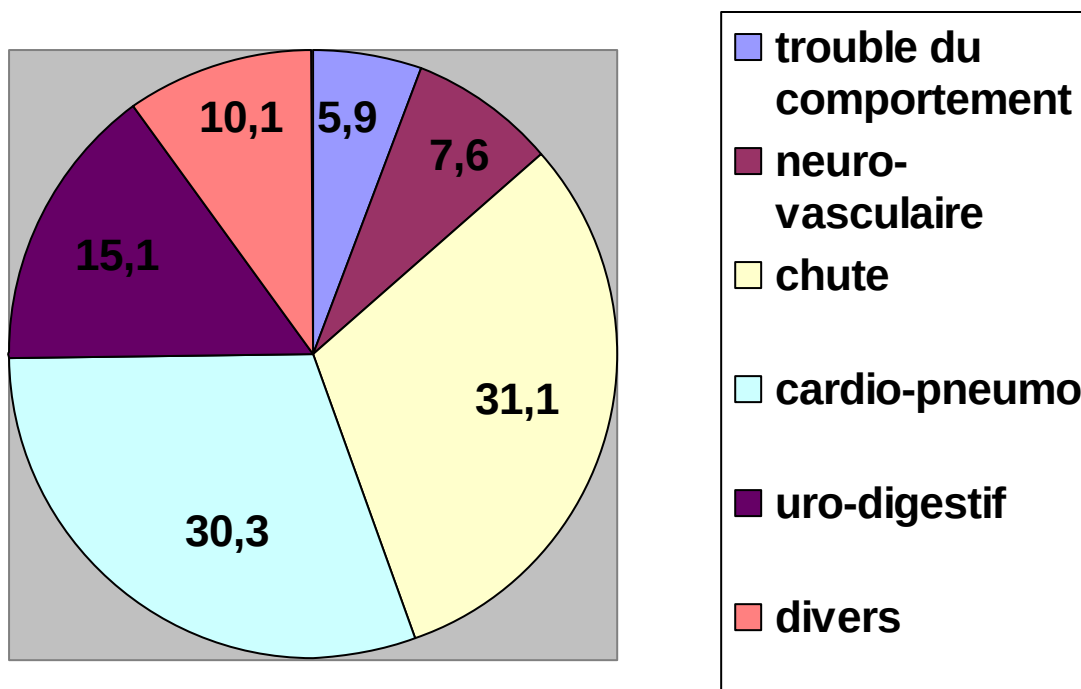
Les motifs d'hospitalisations sont exposés dans le graphique ci-dessous (graphique 3).

Tout d'abord, on note :

- les chutes (31,1%),
- les motifs d'origine cardiologique ou pneumologique (30,3%),
- les causes uro-digestives (15,1%),
- les troubles neuro-vasculaires (7,6%),
- et enfin les troubles du comportement (5,9%),
- les motifs divers (10,1%) comprenant : un syndrome inflammatoire, une déshydratation, un escarre, une hyperthermie, deux altérations de l'état général, un purpura nécrotique, un hématome, une anémie et un état de choc.

Vingt chutes sur 37 (54,1 %) ont entraîné une fracture.

Graphique 3 : Motifs des hospitalisations en urgences (Proportion du nombre total d'hospitalisations (n= 119))



7.2.2 Horaires des hospitalisations

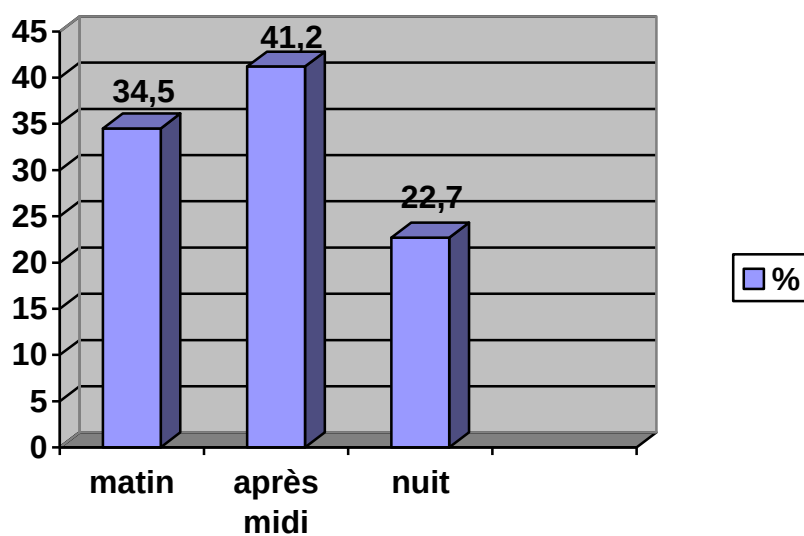
Les hospitalisations en urgences ont lieu majoritairement en semaine (72,3% contre 27,7% le week end). Les horaires d'hospitalisations sont inscrits dans le graphique ci après (graphique 4).

Nous avons pris en compte les horaires de transfert en les séparant en trois parties distinctes :

- le matin de 8h à 14h
- l'après midi de 14h à 19h
- le soir de 19h à 8h.

A noter que l'heure du départ n'a pas été retrouvée pour 2 patients (1,7%).

Graphique 4 : Répartition du nombre d'hospitalisations en fonction de l'heure du départ.



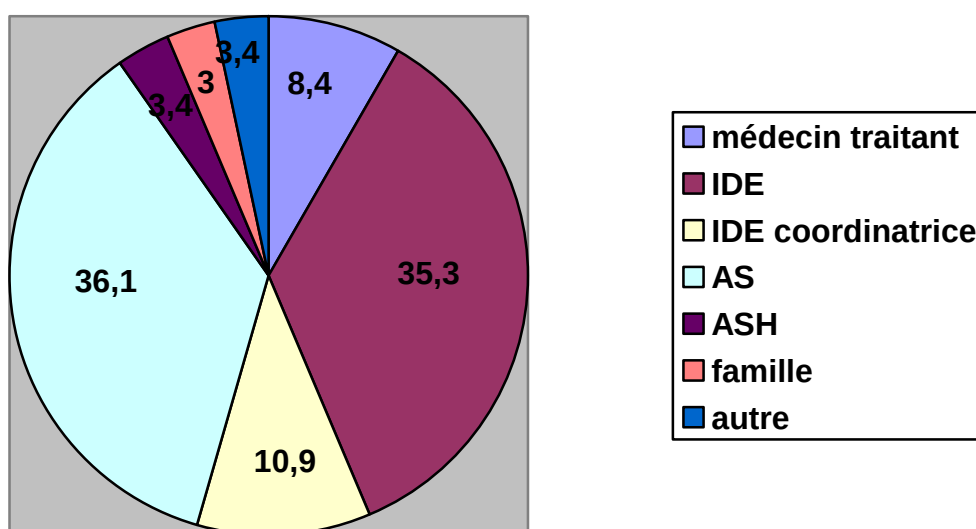
La répartition est figurée en pourcentage du nombre total d'hospitalisation (n= 119).

Le matin est défini de 8h à 14h ; l'après midi est défini de 14h à 19h et la nuit de 19h à 8h.

7.2.3 Qui donne l'alerte ?

Les personnes donnant l'alerte sont le plus souvent les infirmières (35,3%) et les aides soignantes (36,1%). Si on cumule les alertes données par les infirmières et les infirmières coordinatrices, elles sont majoritaires avec 46,1%.

Graphique 5 : Qui donne l'alerte pour les hospitalisations en urgence ? (Proportion du nombre total d'hospitalisations (n= 119))



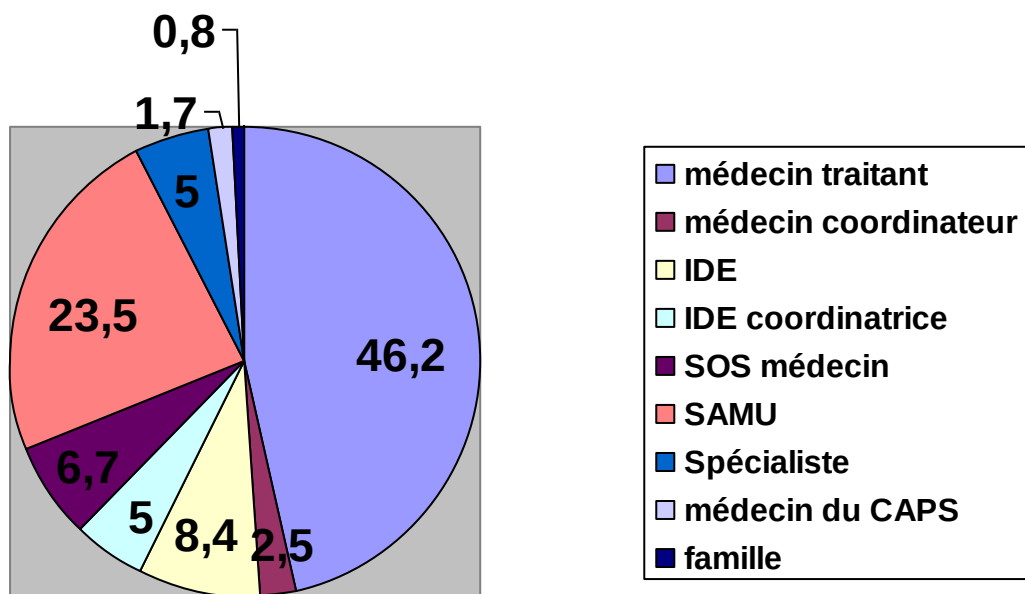
*IDE : infirmière diplômée d'état ; AS : aide soignant ; ASH : agent de soin hospitalier ;
autre : néphrologue, veilleuse, animatrice et voisine de chambre.*

7.2.4 Qui décide de l'hospitalisation ?

Pour la décision d'hospitalisation, le médecin traitant reste l'acteur principal.

Cependant, d'autres participants interviennent, ils sont représentés dans le graphique 6.

Graphique 6 : Qui décide de l'hospitalisation en urgence ? (Proportion du nombre total d'hospitalisations (n= 119))



IDE : infirmière diplômée d'état

7.2.5 Transport et dossier médical

Lors d'une hospitalisation en urgence, le transport est assuré très majoritairement par des ambulances (93,3%) puis par les pompiers (5%), plus rarement par une voiture personnelle ou le SAMU (respectivement 0,8%).

Dans plus de la moitié des cas, aucun contact téléphonique n'est pris avant l'hospitalisation (49,6%). Dans 27,7% des cas, le SAMU est contacté au préalable, dans 7,6% c'est la filière gériatrique, dans 5,9%, on contacte SOS médecin, et dans 5,9% des cas, les équipes ont pris contact avec une clinique privée directement.

Dans les autres cas (3,4%), soit les urgences soit les pompiers soit un service d'hôpital local ont été contactés avant une hospitalisation en urgence.

Le dossier médical est transmis dans 87,7% des cas, il comprend alors les antécédents médicaux dans 87,4% et le traitement dans 85,7% des cas, celui-ci est informatisé dans 84,9%.

Un courrier médical est rédigé dans 52,9% des cas.

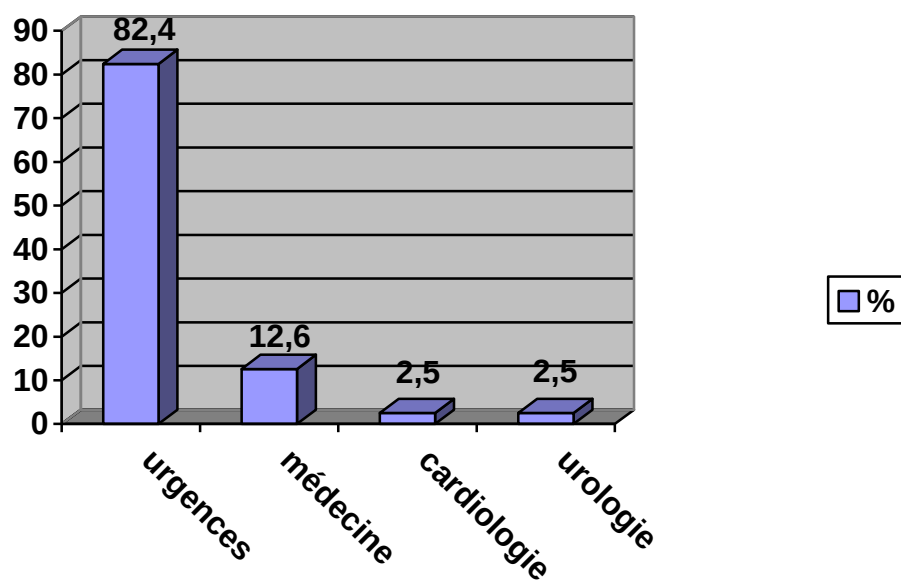
Le résident est accompagné dans 10,9% des cas.

7.2.6 Service d'accueil

Les patients hospitalisés en urgence ont été hospitalisés dans 60,5% des cas dans un hôpital périphérique, dans 23,5% dans un CHU et dans 16% dans une clinique privée.

La répartition des hospitalisations en fonction du service d'arrivée est représentée dans le graphique qui suit.

Graphique 7 : Répartition des hospitalisations en fonction du service d'arrivée. (Proportion du nombre total d'hospitalisations (n= 119))



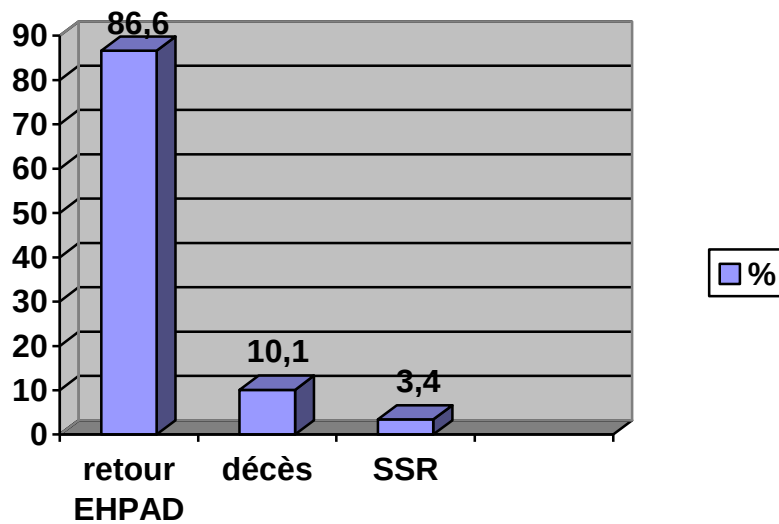
médecine : service de médecine polyvalente

7.2.8 Devenir

Au terme de leur séjour à l'hôpital, la plupart des résidents retournent dans leur EHPAD d'origine (86,6%).

10,1% des résidents décèdent pendant leur hospitalisation.

Graphique 8 : Devenir des patients après leur hospitalisation en urgence. (Proportion du nombre total d'hospitalisations (n= 119))



La durée moyenne d'hospitalisations est de 6,4 jours, 31,9% des résidents restent moins de 24 heures aux urgences avant de regagner leur EHPAD.

7.3 Les réhospitalisations

Nous avons essayé de voir s'il existait des profils particuliers pour les résidents réhospitalisés. Les résultats sont colligés dans le tableau 3.

Pour les autres données, aucune n'est significative pour favoriser les réhospitalisations.

Sur les 20 résidents réhospitalisés, 14 avaient les mêmes motifs à chaque hospitalisation et 6 avaient des motifs différents.

Les motifs principaux de réhospitalisations étaient les chutes (6 patients), les décompensations cardio-respiratoires (4 patients), les troubles neurologiques (2 patients) et enfin les causes infectieuses et urologiques (1 patient respectivement).

Tableau 3 : Comparaison des patients réhospitalisés et des patients non réhospitalisés.

	Patients non réhospitalisés	Patients réhospitalisés	p
N	74	20	NS
Age ^a	87,3 +/- 7,8	85,1 +/- 5	NS
Sexe féminin ^b	62 (83)	14 (73,7)	NS
Marié ^b	10 (14)	6 (32)	0,04
Veuf (ve) ^b	56 (76)	11 (58)	0,05
Célibataire ^b	8 (10)	2 (10)	NS
Score CIRS ^a	6,9 +/- 2,33	7 +/- 2,1	NS
GIR	4,4 +/- 11,6	2,9 +/- 1,3	NS
Nombre de traitement ^a	8,3 +/- 11,4	7,5 +/- 2,5	NS
Modification de traitement dans les 15 jours précédents	17 (23)	8 (42,1)	NS

^a : moyenne +/- écart type

^b : n (%)

NS : non significatif

CIRS : Cumulative Illness Rating Scale

GIR : Groupe Iso Ressource

Tableau 4 : Motifs et délais entre les réhospitalisations.

Patients	Motifs de la première hospitalisation	Motifs des réhospitalisations	Durée entre les hospitalisations
1	Décompensation de BPCO	Décompensation de BPCO	3 mois
2	Chute sans fracture	Chute avec fracture	3 mois
3	Chute avec fracture	Chute	1 semaine
4	Accident vasculaire ischémique	Dyspnée sans étiologie retrouvée	3 jours
5	Décompensation cardiaque	Chute	3 mois
6	Accident vasculaire ischémique	Accident vasculaire ischémique	1 jour
7	Rétention aiguë d'urines post résection trans urétérale de prostate	Rétention aiguë d'urine	6 jours
		hématurie	1 mois
		Rétention aiguë d'urine	7 jours
8	Chute et fracture	Pneumopathie d'inhalation (cancer ORL)	4 jours
9	Chute sans fracture	Chute	3 mois
10	Décompensation cardiaque	Décompensation cardiaque	1 jour
		Décompensation cardiaque	8 jours
		Décompensation cardiaque	15 jours
11	Infection urinaire	Chute avec fracture	1 mois
12	Chute avec fracture	Bradycardie	1 mois 1/2
13	Chute avec fracture	Chute sans fracture	7 jours
		Chute avec fracture	7 jours
14	Décompensation cardiaque	Décompensation cardiaque	2 mois
15	Pneumopathie et décompensation cardiaque	Pneumopathie	2 mois
16	Décompensation cardiaque	Décompensation cardiaque et pneumopathie	1 mois
		Décompensation cardiaque et pneumopathie	1 jour

17	Syndrome occlusif et surdosage en AVK	constipation	12 jours
18	Chute avec fracture	Chute sans fracture	3 mois
19	Suspicion d'accident ischémique transitoire	Bronchite et infection urinaire	3 semaines
20	Décompensation cardiaque	Décompensation cardiaque	14 jours

8. Discussion

Les résidents hospitalisés en urgence sont âgés (plus de 85 ans), pour plus de 80% des cas ce sont des femmes, veuves et dépendantes (en moyenne GIR 3).

2/3 des résidents ont présenté au moins un évènement pré intercurrent dans le mois précédant leur hospitalisation.

Les motifs principaux de recours en urgence sont les chutes dans près d'un tiers des cas et les motifs cardio-pulmonaires (environ 27% des cas).

Les hospitalisations ont lieu surtout en semaine et principalement l'après midi.

L'alerte est donnée principalement par les infirmières et les aides soignantes (1/3 des cas chacune).

C'est le médecin traitant qui prend la décision d'hospitalisation en urgence dans près de la moitié des cas.

Le dossier médical du résident est largement transmis cependant un courrier médical n'est rédigé que dans la moitié des cas. Aucun contact téléphonique n'est pris dans plus de la moitié des cas avec la structure d'accueil ou une filière gériatrique.

Après leur passage en hospitalisation, plus de 85% des résidents reviennent directement dans leur établissement d'origine et 10% décèdent pendant leur séjour hospitalier.

La méthode de notre travail a permis d'étudier une population de façon prospective sur une période de six mois et sur plusieurs localisations géographiques mettant en jeu différents types de passage aux urgences.

En effet les EHPAD recrutés, de part leur localisation géographique, donnaient lieu à des hospitalisations dans des hôpitaux périphériques ou au CHU. Ceci permet une vision des hospitalisations en urgence et permet d'éviter les biais en lien avec une seule destination pour les hospitalisations.

Il aurait été souhaitable que notre échantillon soit plus important en terme de patients recourant aux urgences pour la première fois.

Les limites principales sont les biais de sélection portant sur le choix des EHPAD et donc la prise en compte de populations différentes entre les établissements. Il existe entre les différentes structures des variations d'encadrement infirmier, aide soignant et médical pouvant être à l'origine de disparité dans les modalités de recours aux hospitalisations en urgences.

De plus, il existe un biais dans le recrutement des EHPAD et des médecins coordonnateurs car le recrutement était basé sur le volontariat. On peut supposer que les personnes ayant acceptées de participer à cette étude avait un intérêt particulier pour le sujet et que des éléments avaient déjà été mis en place dans les EHPAD, notamment en terme de formation du personnel.

Enfin, la totalité des EHPAD recrutés avait un statut privé associatif, ce qui ne permet pas de conclure d'une façon générale sur les EHPAD. Les modes de fonctionnement sont probablement différents dans un milieu public ou privé.

Dans la littérature, les patients des EHPAD représentent de 9% (15) à 37% (21) des passages totaux aux urgences (20, 28, 29).

Parmi ces résidents, on compte 32 (18) à 35% (1) d'hommes contre 18,3% dans notre étude. Dans certaines études, on compte une hospitalisation d'homme pour 4,8 hospitalisations de femmes (8).

L'âge moyen dans les publications va de 81,6 à 87,4 ans, ce qui est comparable à nos données (19, 18, 22).

Gruneir A et collaborateurs mettent en avant le fait que les hospitalisations en urgences ont surtout lieu en journée et en semaine (42%) et rarement la nuit, le week-end (18,8%) (3). Ceci correspond aux données retrouvées par notre étude.

Les hospitalisations en urgence ont donc lieu principalement sur le temps de présence des médecins généralistes. Il est parfois difficile pour eux de se libérer en urgences pour venir en EHPAD. De plus, le passage aux urgences est souvent signe de facilité pour avoir recours aux différents examens complémentaires (radiographies, examens sanguins...).

Peu de patients sont hospitalisés la nuit quand le recours aux médecins de ville ou de garde est parfois difficile dans certains EHPAD qui ne bénéficient pas du système de garde.

Les motifs de recours aux urgences sont, dans la plupart des études, des motifs traumatologiques (19 à 48,9%) puis viennent les causes respiratoires (28,2 à 34%), les motifs cardiologiques (23%), les causes neurologiques (11 à 29,2%) (1, 8, 22, 30, 31, 32).

Certains articles mettent en avant le recours aux urgences pour des problèmes de sonde urinaire soit de poche de colostomie...Pour certains auteurs, cela concernerait près de 5% des hospitalisations en urgences (18, 22).

Selon les articles, les patients ont été transférés deux ou trois fois aux urgences dans 16% des cas et quatre à six fois dans 8% des cas (22). Dans un autre article de la revue de gériatrie, on compte 63% des patients hospitalisés une seule fois, 25% à deux reprises, 5,8% à trois reprises, 3,3% à quatre reprises et 2,1% à 5 reprises (8). Gruneir A et collaborateurs dénombraient 6,4% de résidents hospitalisés entre 2 et 4 fois. De plus, on comptait 23,9% de réhospitalisations à une semaine de la première pour les mêmes raisons (3).

Les motifs d'hospitalisations en urgence et de réhospitalisations sont essentiellement les chutes et les décompensations cardiaques. On pourrait donc imaginer des formations spécifiques dans les EHPAD pour renforcer la prévention des chutes et la détection des signes avant coureur de la décompensation cardiaque (œdème ou encore la surveillance du poids) chez les patients à risque.

La durée moyenne du séjour hospitalier est de 15 à 23 jours (1, 16, 22). La durée de séjour observée dans notre étude est plus courte, on note que près de 32% des résidents restent moins de 24 heures aux urgences ce qui peut expliquer la durée relativement courte des séjours. Un passage aux urgences était comptabilisé comme une hospitalisation de 24 heures.

Si on exclut les passages de moins de 24 heures aux urgences et que l'on considère uniquement les 81 patients qui ont été hospitalisés dans un service, la durée moyenne de séjour est de 8,9 jours ce qui est toujours inférieur aux durées moyennes retrouvées dans la littérature.

Le transport d'une personne âgée vers un établissement de santé s'effectue en ambulance dans 55 à 94% des cas (17, 22), en transport médicalisé dans 10,6%, avec les pompiers dans 17,9% et dans une voiture personnelle dans 15% (17). Ces chiffres concernent toutes les personnes âgées, venant d'une institution ou non, ce qui peut expliquer les différences retrouvées avec notre étude, notamment sur le pourcentage de voiture individuelle.

Les résidents sont adressés par leur médecin traitant dans 66 à 71% des cas (17, 21, 29) et par l'infirmière coordinatrice dans 4% des cas (29).

58 à 83% des résidents d'EHPAD arrivent aux urgences avec une lettre d'accompagnement du médecin, ce qui correspond aux chiffres retrouvés par notre étude (1,21).

10% des patients sont transférés sans aucun document quelque qu'il soit (22).

Il paraît important d'insister sur l'importance des documents fournis aux urgences pour une meilleure prise en charge des résidents et aussi une meilleure attention portée aux problèmes en cause. Si les urgentistes ont une idée précise du contexte et du problème aigu, et qu'ils n'ont pas à téléphoner dans les différentes structures pour récupérer des informations concernant le patient, le résident sera mieux pris en charge et plus rapidement ce qui limitera son temps de passage aux urgences.

Après une évaluation aux urgences, les résidents retournent dans leur structure sans être hospitalisés dans 52 à 56% des cas (22, 26). Dans notre étude, les résidents ont été globalement plus hospitalisés car seuls 32% sont rentrés dans leur EHPAD après leur passage aux urgences.

Après une hospitalisation, 89% retournent dans leur structure initiale, 8% décèdent et 3% entrent en soins de longue durée (1). Ces chiffres sont superposables à ceux de notre étude.

Certaines études montrent que 17% des résidents décèdent dans le mois suivant un passage aux urgences (3).

Il existe peu de transfert en fin de vie car la prise en charge en EHPAD est impossible. Il paraît important de définir avec la famille et l'équipe soignante de l'EHPAD une prise en charge anticipée dans ce cas précis. Toutes ces informations devant être consignée par écrit dans le dossier de soin.

Quand un résident part d'un EHPAD, il est amené à 82% aux urgences directement et dans 18% des cas, il s'agit d'une hospitalisation directe (1). Ces chiffres sont concordants avec ceux de notre étude.

Dans la littérature, on retrouve la notion que les résidents de maison de retraite admis directement en unité aigue de gériatrie ont une prise en charge tout aussi efficace et sûre. De plus, cette approche serait moins coûteuse (33). Tant que possible, on doit éviter le passage aux urgences pour ces personnes âgées fragiles.

L'étude PLEIAD (2), en cours de parution, montre de premiers résultats comparables à ceux de notre étude.

En effet, les premiers résultats montrent que 17% des résidents sont passés par l'hôpital.

Les hospitalisations sont décidées par les médecins de ville pour la grande majorité : par les médecins traitants dans 32%, par les médecins de garde dans 23% et par le médecin coordonnateur dans 7%.

La décision d'hospitalisation a surtout lieu dans la journée (65%).

Les urgences accueillent 70% des transferts.

La durée moyenne de séjour est de 12,9 jours.

Le profil des résidents est similaire à celui de notre étude, il s'agit de femmes dans 70% des cas, l'âge moyen est de 85,7 ans et le profil GIR est comparable. Les résidents avaient en moyenne 6,3 traitements.

Avec les données recueillies, on note que les motifs principaux de recours aux urgences sont les chutes et les décompensations cardio-respiratoires. On pourrait donc proposer pour éviter le passage aux urgences une coopération entre médecin traitant et médecins spécialistes et ainsi envisager la création d'un réseau de soins avec le déplacement dans les EHPAD des différents spécialistes notamment cardiologues et pneumologues.

De plus, il serait envisageable de développer des protocoles personnalisés selon les pathologies (par exemple : la décompensation cardiaque). Surtout pour les patients qui décompensent leur maladie chronique de façon répétée.

Cependant, cela nécessiterait une présence médicale plus accrue.

Il paraît également important d'intégrer de façon plus claire l'EHPAD dans la filière gériatrique en proposant des passerelles vers les hospitalisations aiguës sans passer par les urgences générales. Ces recours aux urgences sont toujours source de déséquilibre tant physique que psychique pour les résidents de structure.

On pourrait également renforcer l'usage d'un plateau ambulatoire tel que les hôpitaux de jour. Certaines équipes d'EHPAD regrettaient que les équipes mobiles de gériatrie ne puissent pas passer dans les institutions notamment pour les structures ayant un médecin coordonnateur peu présent.

Une liste d'équipement d'urgence pourrait être envisagée car les ressources sont variables d'une structure à l'autre. La possibilité d'avoir de l'oxygène ou encore un saturomètre paraît indispensable dans une structure qui accueille des insuffisants cardiaques et respiratoires.

Un matériel suffisant pourrait éviter certaines hospitalisations par manque de moyens, tout en restant dans un coût abordable.

La formation des équipes para-médicales est également un point clé dans l'évaluation de la nécessité du recours aux urgences.

Ce personnel peut être parfois isolé face à une situation médicale difficile, la formation aux bons réflexes d'urgences peut éviter une hospitalisation ou du moins permettre de meilleures conditions de transfert.

On peut également considérer l'importance des formations de prévention notamment sur les chutes qui sont responsables de la majorité des hospitalisations en urgences.

Quand le transfert est jugé indispensable, certaines conditions paraissent nécessaires.

En effet, les résidents devraient être transférés avec un document standardisé comprenant leurs antécédents, les allergies connues, leur traitement mis à jour, et les dernières transmissions para-médicales et les coordonnées des personnes à prévenir.

Un courrier médical doit être transmis à chaque fois qu'un médecin (traitant ou de garde) a été sollicité. Celui-ci accompagne encore trop rarement les résidents.

En échange, les urgences doivent s'assurer de transmettre à l'EHPAD un courrier retour avec le patient pour que les équipes sachent quels examens ont été pratiqués et quelle est la conduite à tenir. Car dans la majorité des passages aux urgences n'entraînant pas une hospitalisation, les résidents sont retransférés sans aucun document les accompagnant.

Cette étude pourra être complétée par une étude complémentaire pour rechercher l'existence de facteurs prédictifs d'hospitalisation. On créerait un groupe témoin que l'on apparierait sur l'âge, le sexe, le GIR et l'EHPAD. La partie « caractéristiques cliniques » du questionnaire de recherche sera remplie de façon identique à l'étude actuelle. Le but de cette nouvelle étude étant de compléter l'étude des réhospitalisations qui n'a pas pu être développée au cours de ce travail.

9. Conclusion

Notre étude s'intéresse à une population peu étudiée : les résidents d'EHPAD. Ces résidents sont de plus en plus âgées et dépendants.

Le nombre important d'hospitalisation est source de charge de travail supplémentaire pour le personnel des établissements, de fragilisation des patients et aggrave dans certains cas leur dépendance.

Les résidents hospitalisés en urgence sont principalement des femmes, polypathologiques et dépendantes (GIR 2 : 25,8 % et GIR 4 : 24,7 %).

Les causes traumatologiques et cardio-respiratoires sont les motifs principaux d'hospitalisation en urgence. Il paraît donc primordial de centrer les efforts de prévention et de thérapeutique dans les EHPAD autour de ces deux thèmes.

Les hospitalisations en urgence ont lieu majoritairement en semaine et l'après midi.

Les infirmières et les aides-soignantes sont les clés de voûte de la prise en charge des résidents en urgence. Elles donnent l'alerte dans respectivement 45,2 et 36,1 % des cas.

Les médecins traitants prennent la décision de l'hospitalisation en urgence dans un peu moins de la moitié des cas.

De plus les modalités du transfert sont également un point crucial de l'hospitalisation. Notre étude permet d'insister sur l'importance d'un document standardisé lors du transfert des résidents accompagné dès que possible par un courrier médical.

Dans ce travail, le dossier du patient était transmis dans 87,7 % des cas et un courrier médical était fourni dans plus de la moitié des cas.

Les urgences sont le service d'accueil de prédilection des résidents d'EHPAD, les entrées directes restent encore exceptionnelles.

Après leur passage hospitalier, les résidents retournent dans leur structure d'origine dans la grande majorité des cas et 10 % décèdent suite à leur passage.

Concernant les réhospitalisations, 14 des 20 patients hospitalisés à plusieurs reprises étaient pour des motifs similaires (surtout des motifs traumatologiques et cardio-pulmonaires).

Ce travail pourra être complété par une nouvelle étude permettant de rechercher des facteurs prédictifs d'hospitalisation en comparant des résidents ayant été hospitalisés et des résidents non hospitalisés.

Les EHPAD doivent être intégrés dans la filière gériatrique en créant des passerelles entre les établissements et les urgences ou surtout avec les services de gériatrie aigüe pour éviter tant que possible aux résidents de transiter par les urgences générales.

Références bibliographiques

1. Durif Nathalie. Motifs d'hospitalisations en unités de gériatrie aiguë des personnes âgées vivant en EHPAD par leurs médecins généralistes. Thèse d'exercice: médecine générale: Poitiers: 2008; n°1074.
2. Vellas B, Andrieu S, Rolland Y. Première étude épidémiologique française quantifiant l'importance des flux EHPAD/ Hôpital et leurs conséquences. Etude PLEIAD ; 2010.
3. Gruneir A, Bell C, Bronskill S et al. Frequency and pettern of emergency department visits by long-term care residents: a population-based study. J AM Geriatr Soc 2010 ; 58: 510-517.
4. Ouslander G, Lamb G, Perloe M et al. Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: frequency, causes, and costs. JAGS 2010; 58: 627-635.
5. Young Y, Barhydt NR, Broderick S, et al. Factors associated with potentially preventable hospitalizationin nursing home residents in New York state: a survey of directors of nursing. J A Geriatr Soc. 2010; 58: 901-907.
6. LaMantia M, Scheunemann L, Viera A et al. Interventions to improve transitional care between nursing home and hospitals: a systematic review. JAGS 2010; 58: 777-782.
7. O'Malley AJ, Caudry DJ, Grabowski DC. Predictors of nursing home residents' time to hospitalization. Health Serv Res. 2010.
8. Schwebel G, Manciaux MA, Baumann C. Recours au service d'accueil des urgences des personnes âgées en provenance des établissements d'hébergement. La revue de gériatrie 2005; 30: 547-556.

9. Ballanger F, Potel G. Personnes âgées fragiles : implication de la précarité sociale et mécanismes décisionnels du recours aux urgences. Thèse d'exercice: médecine générale: Nantes : 2005; n°003
10. Kurtzemann I. Prise en charge des urgences en EHPAD, proposition d'amélioration par le médecin coordonnateur. DIU de médecin coordonnateur d'EHPAD: université René Descartes Paris V: 2007.
11. Prévot J. L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. DREES 2009; n°689.
12. Cudennec T, Faucher N. Réussir l'ECN : Gériatrie. Ellipses. 2005, 184.
13. EHPAD : la réforme de la tarification. DDASS, 2004.
14. Hervy MP, Salmon M. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Gérosanté.fr.
15. Le Boulter S. Prospectives des besoins d'hébergement en établissement pour personnes âgées dépendantes. Commissariat général du plan 2005: 1-93.
16. Congy F, Piette F, Speciel P et al. Les personnes âgées admises par le service d'urgences du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière. La Revue de Gériatrie 1990 ; 15 : 45-56.
17. Drunat O, Roucou Y. Filières de soins hospitaliers et sujets âgés : expérience du centre hospitalier de Lagny Marne La Vallée. La Revue de Gériatrie 1994 ; 19 : 297-307.
18. Saliba D, Kingston R, Buchanan J et al. Appropriateness of the decision to transfer nursing facility residents to the hospital. JAGS 2000; 48: 154-163.
19. Payot I, Monette J, Béland F et al. Problèmes reliés à la pharmacothérapie comme cause d'hospitalisation chez la personne âgée fragile. La Revue de Gériatrie 2006 ; 31 : 785-794.

20. Labet T, Bouget J. Les urgences gériatriques médicales en hôpital général : pour une meilleure prise en charge. *Le Revue de Gériatrie* 1995 ; 20 : 471-479.
21. Fanello S, Moutel L, Houssin L et al. Analyse de la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus par le service des admissions et urgences d'un grand hôpital. *Santé publique* 1999; 11 : 465-482.
22. Jones S, Dwyer P, White L et al. Patient transfer from nursing home to emergency department: outcomes and policy implications. *Academic emergency medicine* 1997; 4: 908-915.
23. Miller MD, Paradis CF, Houck PR et al. Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and application of the cumulative illness rating scale. *Psychiatry Res.* 1992; 41: 237-248.
24. Harboun M, Ankri J. Comorbidity indexes: review of the literature and application to studies of elderly population. *Rev Epidemiol santé publique* 2001; 49: 287-298.
25. Parmelee PA, Thuras PD, Katz IR, Lawton MP. Validation of cumulative illness rating scale in geriatric residential population. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 130-137.
26. Nagaratnam N, Gayagay G. Validation of the cumulative illness rating scale in hospitalized nonagerians. *Arch Gerontol Geriatr.* 2007; 44: 29-36.
27. Zisselman MH, Kelly KG, Cutillo-Schmitter T et al. Sucessful ECT in long term care residents. *J Am Med Dir Assoc.* 2001; 2: 22-25.
28. Poupet JY, Ingrand P, Pradere C et al. Les personnes âgées adressées aux urgences : caractéristiques médico-sociales, motifs d'admission et orientation initiale. *La Revue de Gériatrie* 1995 ; 20 : 465-470.

29. Petitot C, Chapuis F, Touzet S et al. Passage inapproprié des personnes âgées aux urgences médicales d'un établissement hospitalier universitaire : une enquête prospective. *Le Revue de gériatrie* 2008 ; 33 : 761-769.
30. Wargnez Catry. Prise en charge de l'urgence dans les établissements d'hébergement de personnes âgées sur le bassin de vie de Dunkerque et ses environs. Thèse d'exercice : médecine générale : Lille : 2009 ; n°94.
31. Ackermann R, Kemle K, Vogel R, Griffin R. Emergency department use by nursing home residents. *Annals of emergency medicine* 1998; 31: 749-757.
32. Carrasso V, Baubeau D. Les usagers des urgences: premiers résultats d'une enquête nationale. Confédération de gériatrie, DREES 2003 ; n°212.
33. Aizen E, Swartzman R, Clarfield M. Hospitalization of nursing home residents in an acute-care geriatric department: direct versus emergency room admission. *IMAJ* 2001; 3: 734-738.

Annexes

Annexe 1

Description des patients hébergés en EHPAD et hospitalisés en urgences en établissement sanitaire.

I- Caractéristiques de l'EHPAD

1. Nom :
2. Statut :
 - Privé
 - Privé associatif
 - Public
 - Public territorial
3. date de la signature de la convention tripartite :
4. Nombre de coupes PATHOS réalisées :

II- Caractéristiques cliniques

Nom du patient :

1. Age :
2. Sexe
 - féminin
 - masculin
3. Statut :
 - Marié(e)
 - Veuf (ve)
 - Célibataire
 - enfants
4. Date d'entrée en EHPAD :
5. Co-morbidités :
 -
 -
 -
 -

GIR :

6. Poids :

Taille :

7. Traitements :

-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

8. Modification de traitement de moins de 15 jours :

- ☐ non
- ☐ si oui, lequel :

9. Antécédents d'hospitalisations dans les 6 derniers mois :

- ☐ non
- ☐ oui, motif :

10. Evènements indésirables au cours du mois précédent

- ☐ chute
- ☐ déshydratation
- ☐ rétention urinaire ou fécale
- ☐ confusion et/ou agitation récente
- ☐ troubles métaboliques
- ☐ infection
- ☐ autres :
- ☐ aucun

11. Notion d'un événement affectif majeur

- ☐ décès d'un proche
- ☐ décès d'un voisin de chambre
- ☐ décès d'un résident proche
- ☐ divorce dans la famille
- ☐ changement de chambre
- ☐ autre :
- ☐ aucun

III- Caractéristiques de l'hospitalisation

1. Les motifs de l'hospitalisation :

-

2. Date : heure approximative :

3. Personne donnant l'alerte :

- ☐ le médecin traitant
- ☐ le médecin coordonnateur
- ☐ l'infirmière
- ☐ Infirmière coordonnatrice
- ☐ l'aide soignante
- ☐ l'ASH
- ☐ le médecin de SOS médecin
- ☐ le SAMU
- ☐ la famille du patient
- ☐ autre :

4. Personne décidant de l'hospitalisation :

- ☐ le médecin traitant
- ☐ le médecin coordonnateur
- ☐ l'infirmière
- ☐ infirmière coordonnatrice
- ☐ l'aide soignante
- ☐ l'ASH
- ☐ le médecin de SOS médecin
- ☐ le SAMU
- ☐ autre :

5. Modalités du transport vers l'établissement sanitaire:

- ☐ voiture personnelle
- ☐ ambulance
- ☐ SAMU
- ☐ Autre :

6. Contact téléphonique préalable vers :

- ☐ SOS médecins
- ☐ SAMU
- ☐ Filière gériatrique
- ☐ Aucun contact téléphonique
- ☐ Autre :

7. Le dossier du patient a-t-il été fourni aux urgences ?

- ☐ Non
- ☐ Oui

Si oui :

- le dossier comprend-il les antécédents médicaux ?
 - Oui
 - Non
 - Le traitement est-il renseigné ?
 - Oui
 - Non
 - Le document fourni est-il informatique ?
 - Oui
 - Non
 - Est-ce qu'un courrier médical a été rédigé ?
 - Oui
 - Non
8. Le patient a-t-il été accompagné ?
- Oui
 - Non

IV- Suivi

1. établissement d'accueil lors de l'hospitalisation :
 - CHU
 - Hôpital périphérique
 - Clinique privée
 - Autre :
2. service d'accueil :
 -
3. durée de l'hospitalisation :
4. devenir après l'hospitalisation :
 - retour en EHPAD
 - Service de soins de suite
 - Entrée en soins de longue durée
 - Retour à domicile
 - Décès
 - Autre :

5. Conclusions de l'hospitalisation :

-
-

Commentaires :

Avez-vous constaté un dysfonctionnement éventuel ?

Annexe 2

Echelle d'évaluation des co-morbidités associées (Cumulative illness rating scale)

Chaque appareil est évalué de la manière suivante	
0 = Absent	Absence de lésion de l'organe et/ou de l'appareil.
1 = Léger	L'anomalie ne retentit pas avec l'activité normale ; un traitement n'est pas prescrit ; le pronostic est bon (exemple : lésions dermatologiques, hernie, hémorroïdes...).
2 = Modéré	L'anomalie retentit sur l'activité normale ; un traitement est nécessaire ; le pronostic est bon (exemples : lithiase urinaire, diabète, fracture...).
3 = Sévère	La pathologie entraîne une gêne dans la vie quotidienne ; un traitement est nécessaire de manière rapide ; le pronostic peut être engagé (exemples : cancer, emphysème pulmonaire, insuffisance cardiaque...).
4 = Très sévère	La pathologie met en jeu le pronostic vital ; un traitement en urgence est indispensable ou n'est pas disponible (exemple : infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, hémorragie digestive, embolie pulmonaire).
a.	Cardiaque.
b.	Hypertension artérielle (le score se fonde sur la sévérité, le retentissement sur les organes cibles est coté séparément).
c.	Vasculaire.
d.	Hématologie (sang, cellules sanguines, moelle sanguine, rate, ganglions).
e.	Appareil respiratoire (sous le larynx).
f.	Tête et cou (yeux, oreilles, nez, pharynx, larynx).
g.	Appareil digestif supérieur (œsophage, estomac, duodénum, voies bilio-pancréatiques).
h.	Appareil digestif bas (intestins, hernies).
i.	Hépatique.
j.	Rénale.
k.	Appareil uro-génital (uretères, vessie, urètre, prostate, appareil génital).
l.	Dermatologique et ostéo-articulaire (muscles, os, peau).
m.	Neurologique (cerveau, moelle épinière, nerfs, hors démence).
n.	Endocrino-métabolique (diabète, infections diffuses, intoxication).
o.	Psychiatrique/comportemental (démence, dépression, anxiété, agitation, psychose).

NOM : LE FUR-MUSQUER

PRENOM : ELOISE

Titre de thèse :

Modalités d'hospitalisation en urgences des sujets âgés hébergés en établissements pour personnes âgées dépendantes.

RESUME

Objectif : L'objectif de cette étude est de préciser les conditions pratiques de décision et de réalisation d'un départ en urgence d'un EHPAD vers un établissement de santé.

Sujets et méthode : Il s'agit d'une étude longitudinale prospective et descriptive des hospitalisations en urgences des sujets âgés en EHPAD sur une durée de six mois (allant du 01 Janvier au 30 Juin 2010). L'étude repose sur la participation de onze EHPAD et de huit médecins coordonnateurs.

Résultats : Les patients hospitalisés en urgence sont âgés (plus de 85 ans), pour plus de 80% des cas ce sont des femmes, veuves et dépendantes (en moyenne GIR 3). Les motifs principaux de recours en urgence sont les chutes dans près d'un tiers des cas et les motifs cardio-pulmonaires (environ 27% des cas). L'alerte est donnée principalement par les infirmières et les aides soignantes (1/3 des cas chacune). C'est le médecin traitant qui prend la décision d'hospitalisation en urgence dans près de la moitié des cas. Après leur passage en hospitalisation, plus de 85% des résidents reviennent directement dans leur établissement d'origine et 10% décèdent pendant leur séjour hospitalier.

Conclusion : Les modalités d'hospitalisation en urgence des résidents d'EHPAD peuvent être améliorées. Les EHPAD font partie intégrante de la filière gériatrique.

MOTS CLES

Hospitalisation ; urgences ; EHPAD ; modalités de transfert.