Évaluation de la pertinence des passages aux urgences du centre hospitalier de Chambéry des personnes âgées de 75 ans et plus résidant en EHPAD

Élodie Emmanuelle Barnay, Nathalie Cristèle Marques

▶ **To cite this version:**

Élodie Emmanuelle Barnay, Nathalie Cristèle Marques. Évaluation de la pertinence des passages aux urgences du centre hospitalier de Chambéry des personnes âgées de 75 ans et plus résidant en EHPAD. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01163888

HAL Id: dumas-01163888

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01163888

Submitted on 15 Jun 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Joseph Fourier GRENOBLE MEDECINE

SICD1 Bibliothèques de l'UJF et de Grenoble INP

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER
FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2015 N°

ÉVALUATION DE LA PERTINENCE DES PASSAGES AUX URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER DE CHAMBÉRY DES PERSONNES ÂGÉES DE 75 ANS ET PLUS RÉSIDANT EN EHPAD

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE GÉNÉRALE
DIPLÔME D'ÉTAT

Élodie Emmanuelle BARNAY
Née le 6 avril 1987
à Roanne (42 - Loire)

Et

Nathalie Cristèle MARQUES
Née le 8 juin 1984
à Genève (SUISSE)

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE*
Le : 29/05/2015

DEVANT LE JURY COMPOSÉ :
Du Président du jury : Mr le Professeur GAVAZZI Gaëtan
Des Membres du jury :
Mme le Professeur SCOLAN Virginie
Mr le Docteur MAIGNAN Maxime
Mme le Docteur PERRIN-BESSON Sophie

Sous la direction du Docteur LESAGE Patrick

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons adresser nos sincères remerciements à toutes les personnes ayant aidé à la réalisation de cette thèse ou simplement pour le soutien apporté, particulièrement à :

Monsieur le Professeur Gaëtan GAVAZZI,
Pour avoir accepté d'être le Président de jury de notre soutenance, pour son implication et ses conseils avisés dans ce travail, et dans la formation des étudiants en médecine de la faculté de Grenoble. Que cette thèse soit l'expression de notre plus grande estime.

Madame le Professeur Virginie SCOLAN,
Pour avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse, de partager son savoir dans l'évaluation de ce travail et pour le temps consacré à cette soutenance.

Monsieur le Docteur Maxime MAIGNAN,
Pour avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse, de partager son savoir dans l'évaluation de ce travail et pour le temps consacré à cette soutenance.

Madame le Docteur Sophie PERRIN - BESSON,
Pour avoir également accepté de faire partie de notre jury de thèse, de partager son savoir dans l'évaluation de ce travail et pour le temps consacré à cette soutenance.
Pour sa disponibilité singulière.

Monsieur le Docteur Patrick LESAGE,
Pour avoir été à l'initiative de ce travail, pour sa motivation en tant que directeur de thèse, et pour l'excellent terrain de stage que lui et son équipe proposent à la formation de médecine générale.
Que cette thèse soit à la hauteur de la confiance que tu nous as accordée.

Messieurs les Docteurs Elophe DUBIE et Franck TRINCHERO,
Pour l'immense honneur qu'ils nous ont fait de prendre part activement à l'élaboration de cette thèse, en apportant leur expérience, leur savoir et leur « pertinent » avis d'expert. Également pour la qualité de leur enseignement et la chance d'avoir pu travailler à leurs côtés.

Madame Sylvie GROS, statisticienne dans le service du Département d'Information Médicale du Centre Hospitalier de CHAMBERY
Pour son aide précieuse dans l'analyse des résultats et « l'univers des statistiques », sa rapidité incomparable et sa disponibilité coutumière.

REMERCIEMENTS PERSONNELS D'ELODIE :

MERCI

A mes parents, sans qui je n'aurais jamais eu la force d'arriver jusqu'ici ! Pour votre soutien précieux et compréhension dans tous mes projets ! Merci pour tout, et plus encore !

A mes frères et « jolies »-sœur, pour votre soutien et vos encouragements. Pour tous ces joyeux moments de partage… fabuleux & indispensables !

A mamie, pour cette fierté dans chacun de tes regards…

A Raphaël, Célia, et Léon, ces petits rayons de soleil au quotidien !

A Anne-Marie, Marie-Claude, et Yannick pour avoir toujours été là aux moments opportuns avec estime, confiance, compassion et sagesse.

A Madette, Madame Mam, princheche Flo, pour nos amitiés intemporelles, sans frontières…magiques! Pour m'apprécier telle que je suis. Pour votre sincérité, simplicité, compréhension; et pour tous ces moments qu'on partage aussi excitant que ressourçant !

Aux compas*,* toujours dans mon cœur*,* ***aux amis roannais****,* pour ces inoubliables moments partagés. Loin des yeux, mais toujours là !

A Lucie pour avoir le courage de me supporter. Pour toutes ces pages cultes du petit carnet et celles à écrire encore !

A Laurence, Nathalie, et Fred, pour m'avoir transmis autant et si passionnément la Médecine Générale, pour votre confiance et votre complicité avisée!

A tous les séniors, co-internes, co-externes**,** ***et paramédicaux***, pour m'avoir accompagnée, fait partager vos connaissances et fait grandir dans ce métier! Une attention particulière :

Aux *stéphanois(e)s d'adoption* qui ont rendu cet externat convivial et détonant ! Et immanquablement à Gilles & ses 3 drôles de Siam !!!

Aux *cointernes du Princi* : *Tchom', Ramirou, Romain, Alexandru, Pierrou* (tous magiques), et aussi *Sami, Nabil,* les *Sandrine, Mahdi et les autres,* sans qui Chambéry n'aurait pas eu la même saveur, ni la même dose de fous rires… Des amitiés qui sont aussi chaleureuses que précieuses, quelle que soit la distance ! Du fond du cœur : Merci !

A *Clémentine*, pour ta joie de vivre, tes chansons, ton amitié sincère !

A *Claire*, pour cette soif commune d'exotisme et de bonne humeur, aux tribus qu'il reste à découvrir (et à soigner) peut-être côte-à-côte…

A toute *l'équipe de broussards*, cette extraordinaire famille du bout du monde! Pour m'avoir ouvert les bras… et l'esprit sur la médecine kanake & sur la Kanaky, aussi humainement et généreusement !

A la dream-team des C*houchouxxx* *(et tous les autres* qui ont suivi) ! Des pairs & amis sacrés, avec qui la gériatrie était plus que démente !

A tous ceux oubliés qui ont croisé mon chemin en m'aidant à leur manière à le construire !

A toi Nath...pour cette thèse commune embellie par ta détermination et ta perspicacité. Pour tous ces fous rires inoubliables à chaque étape et malgré les difficultés ! Co-interne consciencieuse, coloc' de choc, co-thésarde « au taquet », tu es surtout devenue une amie aussi inouïe qu'indispensable !
(Merci à *Sam*, pour te rendre heureuse et tout le reste aussi !)

Elodie

REMERCIEMENTS PERSONNELS DE NATHALIE :

Mes remerciements….

à mes parents, pour m'avoir laisser le temps de me lancer dans cette première année de médecine, pour m'avoir encourager jusqu'au bout, pour m'avoir donner les atouts pour réussir.

à ma sœur, et sa famille, pour notre complicité,

à Anne-Marie, Tata, et à sa famille de m'avoir tant donné,

à Samuel, pour ce grand bonheur au quotidien,

à mes grands parents, à mon parrain, à toute ma famille,

à Cécile, ma fidèle amie, lf25v,

à Thomas, mon fidèle ami au masculin,

à mon petit filleul, Quentin, à Carine et toute la famille de Strasbourg,

à Clo, Emma, Clarisse et Gaëtan, une belle rencontre toute particulière, riche d'enseignement,

aux amis de Lyon : Marianne, Arnaud, Dinah, Caroline, Margot, Justine et tous les autres,

aux belles rencontres de l'internat à Grenoble et Chambéry : Lucie, Jany, Anaïs, Sandrine, Ariel T. Ariel R. , Pierre A.T. , Madhi,, Samy, Alexandru….

Et à Elodie, pour sa persévérance, sa bonne humeur pour mener ce travail jusqu'à la fin. Merci également pour ses moments d'internat partagés en coloc', en stage, et en bon public pour mes petites fantaisies.

UFR de Médecine de Grenoble

38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL : +33 (0)4 76 63 71 44

DOMAINE DE LA MERCI
FAX : +33 (0)4 76 63 71 70

Université Joseph Fourier GRENOBLE MEDECINE

Doyen de la Faculté : M. le Pr. Jean Paul ROMANET

Année 2014-2015

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	**ALBALADEJO Pierre**	**Anesthésiologie réanimation**
PU-PH	**APTEL Florent**	**Ophtalmologie**
PU-PH	**ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine**	**chirurgie générale**
PU-PH	**BALOSSO Jacques**	**Radiothérapie**
PU-PH	**BARRET Luc**	**Médecine légale et droit de la santé**
PU-PH	**BENHAMOU Pierre Yves**	**Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques**
PU-PH	**BERGER François**	**Biologie cellulaire**
PU-PH	**BETTEGA Georges**	**Chirurgie maxillo-faciale, stomatologie**
MCU-PH	**BIDART-COUTTON Marie**	**Biologie cellulaire**
MCU-PH	**BOISSET Sandrine**	**Agents infectieux**
PU-PH	**BONAZ Bruno**	**Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie**
MCU-PH	**BONNETERRE Vincent**	**Médecine et santé au travail**
PU-PH	**BOSSON Jean-Luc**	**Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication**
MCU-PH	**BOTTARI Serge**	**Biologie cellulaire**
PU-PH	**BOUGEROL Thierry**	**Psychiatrie d'adultes**
PU-PH	**BOUILLET Laurence**	**Médecine interne**
MCU-PH	**BOUZAT Pierre**	**Réanimation**
PU-PH	**BRAMBILLA Christian**	**Pneumologie**
PU-PH	**BRAMBILLA Elisabeth**	**Anatomie et cytologie pathologiques**
MCU-PH	**BRENIER-PINCHART Marie Pierre**	**Parasitologie et mycologie**
PU-PH	**BRICAULT Ivan**	**Radiologie et imagerie médicale**
PU-PH	**BRICHON Pierre-Yves**	**Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire**
MCU-PH	**BRIOT Raphaël**	**Thérapeutique, médecine d'urgence**
PU-PH	**CAHN Jean-Yves**	**Hématologie**
MCU-PH	**CALLANAN-WILSON Mary**	**Hématologie, transfusion**
PU-PH	**CARPENTIER Françoise**	**Thérapeutique, médecine d'urgence**

PU-PH	**CARPENTIER Patrick**	**Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire**
PU-PH	**CESBRON Jean-Yves**	**Immunologie**
PU-PH	**CHABARDES Stephan**	**Neurochirurgie**
PU-PH	**CHABRE Olivier**	**Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques**
PU-PH	**CHAFFANJON Philippe**	**Anatomie**
PU-PH	**CHAVANON Olivier**	**Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire**
PU-PH	**CHIQUET Christophe**	**Ophtalmologie**
PU-PH	**CINQUIN Philippe**	**Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication**
PU-PH	**COHEN Olivier**	**Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication**
PU-PH	**COUTURIER Pascal**	**Gériatrie et biologie du vieillissement**
PU-PH	**CRACOWSKI Jean-Luc**	**Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique**
PU-PH	**DE GAUDEMARIS Régis**	**Médecine et santé au travail**
PU-PH	**DEBILLON Thierry**	**Pédiatrie**
MCU-PH	**DECAENS Thomas**	**Gastro-entérologie, Hépatologie**
PU-PH	**DEMATTEIS Maurice**	**Addictologie**
PU-PH	**DEMONGEOT Jacques**	**Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication**
MCU-PH	**DERANSART Colin**	**Physiologie**
PU-PH	**DESCOTES Jean-Luc**	**Urologie**
MCU-PH	**DETANTE Olivier**	**Neurologie**
MCU-PH	**DIETERICH Klaus**	**Génétique et procréation**
MCU-PH	**DOUTRELEAU Stéphane**	**Physiologie**
MCU-PH	**DUMESTRE-PERARD Chantal**	**Immunologie**
PU-PH	**EPAULARD Olivier**	**Maladies Infectieuses et Tropicales**
PU-PH	**ESTEVE François**	**Biophysique et médecine nucléaire**
MCU-PH	**EYSSERIC Hélène**	**Médecine légale et droit de la santé**
PU-PH	**FAGRET Daniel**	**Biophysique et médecine nucléaire**
PU-PH	**FAUCHERON Jean-Luc**	**chirurgie générale**
MCU-PH	**FAURE Julien**	**Biochimie et biologie moléculaire**
PU-PH	**FERRETTI Gilbert**	**Radiologie et imagerie médicale**
PU-PH	**FEUERSTEIN Claude**	**Physiologie**
PU-PH	**FONTAINE Éric**	**Nutrition**
PU-PH	**FRANCOIS Patrice**	**Epidémiologie, économie de la santé et prévention**
PU-PH	**GARBAN Frédéric**	**Hématologie, transfusion**
PU-PH	**GAUDIN Philippe**	**Rhumatologie**
PU-PH	**GAVAZZI Gaétan**	**Gériatrie et biologie du vieillissement**
PU-PH	**GAY Emmanuel**	**Neurochirurgie**

MCU-PH	**GILLOIS Pierre**	**Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication**
PU-PH	**GODFRAIND Catherine**	**Anatomie et cytologie pathologiques (type clinique)**
MCU-PH	**GRAND Sylvie**	**Radiologie et imagerie médicale**
PU-PH	**GRIFFET Jacques**	**Chirurgie infantile**
MCU-PH	**GUZUN Rita**	**Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique**
PU-PH	**HALIMI Serge**	**Nutrition**
PU-PH	**HENNEBICQ Sylviane**	**Génétique et procréation**
PU-PH	**HOFFMANN Pascale**	**Gynécologie obstétrique**
PU-PH	**HOMMEL Marc**	**Neurologie**
PU-PH	**JOUK Pierre-Simon**	**Génétique**
PU-PH	**JUVIN Robert**	**Rhumatologie**
PU-PH	**KAHANE Philippe**	**Physiologie**
PU-PH	**KRACK Paul**	**Neurologie**
PU-PH	**KRAINIK Alexandre**	**Radiologie et imagerie médicale**
PU-PH	**LABARERE José**	**Epidémiologie ; Eco. de la Santé**
PU-PH	**LANTUEJOUL Sylvie**	**Anatomie et cytologie pathologiques**
MCU-PH	**LAPORTE François**	**Biochimie et biologie moléculaire**
MCU-PH	**LARDY Bernard**	**Biochimie et biologie moléculaire**
MCU-PH	**LARRAT Sylvie**	**Bactériologie, virologie**
MCU-PH	**LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine**	**Physiologie**
PU-PH	**LECCIA Marie-Thérèse**	**Dermato-vénéréologie**
PU-PH	**LEROUX Dominique**	**Génétique**
PU-PH	**LEROY Vincent**	**Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie**
PU-PH	**LETOUBLON Christian**	**chirurgie générale**
PU-PH	**LEVY Patrick**	**Physiologie**
MCU-PH	**LONG Jean-Alexandre**	**Urologie**
PU-PH	**MACHECOURT Jacques**	**Cardiologie**
PU-PH	**MAGNE Jean-Luc**	**Chirurgie vasculaire**
MCU-PH	**MAIGNAN Maxime**	**Thérapeutique, médecine d'urgence**
PU-PH	**MAITRE Anne**	**Médecine et santé au travail**
MCU-PH	**MALLARET Marie-Reine**	**Epidémiologie, économie de la santé et prévention**
MCU-PH	**MARLU Raphaël**	**Hématologie, transfusion**
MCU-PH	**MAUBON Danièle**	**Parasitologie et mycologie**
PU-PH	**MAURIN Max**	**Bactériologie - virologie**
MCU-PH	**MCLEER Anne**	**Cytologie et histologie**
PU-PH	**MERLOZ Philippe**	**Chirurgie orthopédique et traumatologie**

PU-PH	**MORAND Patrice**	**Bactériologie - virologie**
PU-PH	**MOREAU-GAUDRY Alexandre**	**Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication**
PU-PH	**MORO Elena**	**Neurologie**
PU-PH	**MORO-SIBILOT Denis**	**Pneumologie**
MCU-PH	**MOUCHET Patrick**	**Physiologie**
PU-PH	**MOUSSEAU Mireille**	**Cancérologie**
PU-PH	**MOUTET François**	**Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlogie**
MCU-PH	**PACLET Marie-Hélène**	**Biochimie et biologie moléculaire**
PU-PH	**PALOMBI Olivier**	**Anatomie**
PU-PH	**PARK Sophie**	**Hémato - transfusion**
PU-PH	**PASSAGGIA Jean-Guy**	**Anatomie**
PU-PH	**PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François**	**Anesthésiologie réanimation**
MCU-PH	**PAYSANT François**	**Médecine légale et droit de la santé**
MCU-PH	**PELLETIER Laurent**	**Biologie cellulaire**
PU-PH	**PELLOUX Hervé**	**Parasitologie et mycologie**
PU-PH	**PEPIN Jean-Louis**	**Physiologie**
PU-PH	**PERENNOU Dominique**	**Médecine physique et de réadaptation**
PU-PH	**PERNOD Gilles**	**Médecine vasculaire**
PU-PH	**PIOLAT Christian**	**Chirurgie infantile**
PU-PH	**PISON Christophe**	**Pneumologie**
PU-PH	**PLANTAZ Dominique**	**Pédiatrie**
PU-PH	**POLACK Benoît**	**Hématologie**
PU-PH	**POLOSAN Mircea**	**Psychiatrie d'adultes**
PU-PH	**PONS Jean-Claude**	**Gynécologie obstétrique**
PU-PH	**RAMBEAUD Jacques**	**Urologie**
MCU-PH	**RAY Pierre**	**Génétique**
PU-PH	**REYT Émile**	**Oto-rhino-laryngologie**
MCU-PH	**RIALLE Vincent**	**Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication**
PU-PH	**RIGHINI Christian**	**Oto-rhino-laryngologie**
PU-PH	**ROMANET J. Paul**	**Ophtalmologie**
MCU-PH	**ROUSTIT Matthieu**	**Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie**
MCU-PH	**ROUX-BUISSON Nathalie**	**Biochimie, toxicologie et pharmacologie**
PU-PH	**SARAGAGLIA Dominique**	**Chirurgie orthopédique et traumatologie**
MCU-PH	**SATRE Véronique**	**Génétique**
PU-PH	**SAUDOU Frédéric**	**Biologie Cellulaire**
PU-PH	**SCHMERBER Sébastien**	**Oto-rhino-laryngologie**

PU-PH	**SCHWEBEL-CANALI Carole**	**Réanimation médicale**
PU-PH	**SCOLAN Virginie**	**Médecine légale et droit de la santé**
MCU-PH	**SEIGNEURIN Arnaud**	**Epidémiologie, économie de la santé et prévention**
PU-PH	**STAHL Jean-Paul**	**Maladies infectieuses, maladies tropicales**
PU-PH	**STANKE Françoise**	**Pharmacologie fondamentale**
MCU-PH	**STASIA Marie-José**	**Biochimie et biologie moléculaire**
PU-PH	**TAMISIER Renaud**	**Physiologie**
PU-PH	**TONETTI Jérôme**	**Chirurgie orthopédique et traumatologie**
PU-PH	**TOUSSAINT Bertrand**	**Biochimie et biologie moléculaire**
PU-PH	**VANZETTO Gérald**	**Cardiologie**
PU-PH	**VUILLEZ Jean-Philippe**	**Biophysique et médecine nucléaire**
PU-PH	**WEIL Georges**	**Epidémiologie, économie de la santé et prévention**
PU-PH	**ZAOUI Philippe**	**Néphrologie**
PU-PH	**ZARSKI Jean-Pierre**	**Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie**

RESUME

Titre :
Évaluation de la pertinence des passages aux urgences du Centre Hospitalier de Chambéry des personnes âgées de 75 ans et plus, résidant en Établissement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

Objectif :
La fréquentation des services d'urgences par les personnes âgées dépendantes est en constante augmentation. Cette étude a analysé la pertinence des passages aux urgences des personnes âgées de 75 ans et plus, venant d'EHPAD, et a décrit les passages aux urgences inappropriés.

Méthode :
Étude épidémiologique, descriptive, rétrospective, menée de janvier à juin 2014 aux urgences du Centre Hospitalier de Chambéry. L'évaluation de la pertinence a été réalisée selon une grille de critères explicites, la version française de *l'Appropriateness Evaluation Protocol* (AEPf) : distinction des passages aux urgences non pertinents (AEPf-) des passages aux urgences pertinents (AEPf+), puis revue des dossiers des AEPf- par deux experts indépendants.

Résultats :
465 passages aux urgences ont été inclus, 136 (29,2%) étaient AEPf-.
Les AEPf- étaient moins polymédiqués (83% versus 68% ; $p = 0,0003$). Davantage se déroulaient en journée (74% versus 61%, $p = 0,0081$), en semaine (78% versus 68%, $p = 0,0386$). Leur taux d'hospitalisation était moindre (43% versus 77%, $p < 0,001$).
Parmi les 136 AEPf- : 17 étaient justifiés (12,5%), 60 (44%) non justifiés, et 59 (43,5%) faisaient l'objet d'un désaccord entre les experts ($k = 0,16$, $p < 0,0001$). Pour les non justifiés, un avis diagnostique ou thérapeutique était le principal besoin du patient lors de son passage aux urgences. Après revue des dossiers, le taux d'évitabilité était de 13,7% selon l'expert gériatre, et de 24,7% selon l'expert urgentiste.

Conclusion :
Les passages aux urgences des personnes âgées venant d'EHPAD étaient jugés non pertinents dans 29,2% des cas. Les experts ont confirmé que près de la moitié d'entre eux n'auraient pas dû avoir recours aux urgences. Le taux d'évitabilité a été apprécié différemment selon que l'expert soit gériatre (13,7%) ou urgentiste (24,7%).

Mots clés :
Personnes âgées, EHPAD, urgence, pertinence

ABSTRACT

Title:
Appropriateness of emergency department visits in Chambery's hospital, of elderly people from nursing homes.

Introduction:
The attendance of emergency department (ED) by the elderly who are dependent is constantly increasing. This study analyzed the consultation of ED by elderly who are 75 years or older, coming from nursing homes, and described the inappropriate ones.

Method:
Descriptive retrospective epidemiological study conducted from January to June 2014 at the ED of Chambéry Hospital. The assessment of relevance was performed on a grid of explicit criteria with the French version of the Appropriateness Evaluation Protocol (AEPf). The distinction between irrelevant admissions (AEPf-) and the relevant ones (AEPf +) was done and then two experts independently overrode the AEPf-.

Results:
465 admissions were included.136 (29,2%) were AEPf-.
The AEPf- were less polymedicated (83% versus 68%; $p = 0,0003$). Most admissions happened during day time (74% versus 61%, $p = 0,0081$), and on weekdays (78% versus 68%, $p = 0,0386$). Their hospitalization rate was lower (43% versus 77%, $p < 0,001$).
Among 136 AEPf-: 17 were justified (12,5%), 60 (44%) unjustified, and 59 (43,5%) were subject of disagreement between the experts ($k = 0,16$, $p < 0,0001$). For the group of unjustified, a diagnostic or therapeutic advice was the main service needed by the patient at ED. After the override, preventability rate was 13,7% according to the expert geriatrician, versus 24,7% for the emergency physician expert.

Conclusion
The admission of patients from nursing homes were deemed irrelevant in 29,3% of cases. Experts confirm that half of them were not relevant of ED. The preventability rate was assessed differently depending on whether the expert is a geriatrician (13,7%) or an Emergency Physician (24,7%).

Key-words :
nursing homes, appropriateness, emergency département, elderly people

SOMMAIRE

TABLE des ILLUSTRATIONS 14
LISTE DES ABREVIATIONS 15

1. INTRODUCTION 16

2. METHODE 18

3. RESULTATS 22

3.1 Population totale 23
Caractéristiques de la population totale 23

3.2 Taux de non pertinence des passages aux urgences 26
Selon la grille AEPf 26
Selon l'override (revue des dossiers AEPf- par les deux experts) 26

3.3 Passages aux urgences non pertinents (AEPf-) 27
Caractéristiques de la population 27
Modalités des passages aux urgences 27
Diagnostics principaux 27

3.4 Passages aux urgences non pertinents non justifiés par les deux experts (AEPf- non justifiés) 29
Caractéristiques de la population 29
Diagnostics principaux 30
Hospitalisation 32
Raisons des inadéquations des AEPf- non justifiés 33

3.5 Passages aux urgences non pertinents justifiés par les deux experts (AEPf- justifiés) 35

3.6 Passages aux urgences non pertinents discordants (AEPf- discordants) 37

3.7 Analyses univariée et multivariée des AEPf- 38

3.8 Recueil en EHPAD 39

4. DISCUSSION 40

4.1 Choix de la méthode 40
Outil de pertinence AEP 40
AEPf et population gériatrique 40
Choix des experts 41
Critères d'inclusion 42
Recueil rétrospectif 42
Étude monocentrique 43

4.2. Résultats 43
Population totale 43
Taux de non pertinence 44
Passages aux urgences non pertinents 46
Analyse univariée et multivariée 48

4.3. Réflexions d'amélioration 49
Le renforcement de la permanence médicale en EHPAD pour les demandes d'avis urgents potentiellement réalisables en ambulatoire 49
L'anticipation des prises en charge en urgence au sein des EHPAD 51
Les directives anticipées et le projet de fin de vie 51
Le renforcement du lien ville-hôpital 52

5. CONCLUSION 54

6. BIBLIOGRAPHIE 56

7. ANNEXES 62

TABLE des ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Diagramme de répartition des flux 22
Figure 2 : Répartition des décès de la population totale selon le délai entre l'admission et le décès 23
Tableau 1 : Caractéristiques de la population totale, et des sous-groupes AEPf+ et AEPf- 24
Tableau 2 : Caractéristiques des passages aux urgences 25
Figure 3 : Diagnostics principaux des populations totales, AEPf+ et AEPf- 28
Tableau 3 : Caractéristiques de la population des AEPf- non justifiés 29
Figure 4 : Diagnostics principaux des AEPf- non justifiés 30
Figure 5 : Sous-groupes diagnostiques « traumatologie » des AEPf- non justifiés 31
Figure 6 : Sous-groupes diagnostiques « médecine » des AEPf- non justifiés 31
Tableau 4 : Besoins en soins ou en services médicaux des AEPf- non justifiés 33
Tableau 5 : Soin ou service médical responsable des AEPf- non justifiés 33
Tableau 6 : Lieu d'hébergement le plus adapté pour les AEPf- non justifiés 34
Tableau 7 : Raisons à l'origine des AEPf- non justifiés 34
Tableau 8 : Facteurs prédictifs d'AEPf- 39

LISTE DES ABREVIATIONS

ACFA : Arythmie Cardiaque par Fibrillation Auriculaire
AEG : Altération de l'État Général
AEP : *Appropriateness Evaluation Protocol*
AEPf : *Appropriateness Evaluation Protocol*, adapté au modèle français
AEPf- : Passage(s) aux urgences Non Pertinent(s)
AEPf+ : Passage(s) aux urgences Pertinent(s)
AVK : Anti-Vitamine K
BLSE : Béta-lactamases à Spectre Etendu
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EMG : Équipe Mobile de Gériatrie
EXPg : Expert gériatre
EXPu : Expert urgentiste
GIR : Groupe Iso-Ressources
HAS : Haute Autorité de Santé
IDE : Infirmier(s) Diplômée(s) d'État
PAU : Passage(s) Aux Urgences
PC : Perte de Connaissance
SCA : Syndrome Coronarien Aigu
TC : Traumatisme crânien
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
USLD : Unité de Soins de Longue Durée

1. INTRODUCTION

Les personnes âgées de 75 ans et plus représentaient 9,1 % de la population française au 1er janvier 2015 (1), avec une augmentation de 50% en 10 ans. Parmi cette population, environ une personne sur dix résidait en Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) (2), soit 573 600 personnes.

Le nombre de personnes âgées, considérées comme dépendantes, a suivi la même tendance avec une augmentation de 16,5 % du nombre de personnes résidant en EHPAD entre 2007 et 2011 (3,4).

Ce phénomène a notamment été dû à l'augmentation de l'espérance de vie et du niveau de dépendance conduisant ainsi, à l'augmentation du nombre d'EHPAD (4). La population d'EHPAD partiellement ou fortement dépendante (3,4), polypathologique et polymédiquée (5,6) est fragile. Elle est donc plus vulnérable à des maladies aigues et plus à risque à d'éventuels passages aux urgences (7–9).

Selon les recommandations de la dixième conférence de consensus sur la prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences : « le recours au service d'urgences ne doit être décidé, que s'il constitue la filière de soins la plus efficiente pour répondre aux besoins de la personne âgée » (10). De plus, les critères d'âge, de déclins cognitifs ou sensoriels, de dépendance ne doivent pas empêcher des soins appropriés au sein des services des urgences (10). Cependant, des passages aux urgences inappropriés peuvent être dommageables : d'une part pour la santé des personnes âgées avec des risques de complications (tels que la confusion ou le déclin fonctionnel) (11), et d'autre part pour le fonctionnement des services

d’urgence du fait de la spécificité, de la complexité de prise en charge de ces patients (10,12,13).

La prise en charge des personnes âgées d’EHPAD au sein des services d’urgences a été décrite comme complexe en raison d’informations médicales fréquemment manquantes (14,15) empêchant une prise de décision optimale.

Bien que le recours aux urgences des personnes âgées d’EHPAD ait fait l’objet d’études (16–18), la pertinence de leur admission a pourtant été peu étudiée en France. Selon la méthode et le point de vue adopté dans différents pays, le recours aux urgences des personnes âgées venant d’EHPAD était évitable dans 2 à 77% des cas (19).

Cette étude a été initiée devant l’impression subjective d'un nombre inapproprié de passages aux urgences de la population d'EHPAD au centre hospitalier de Chambéry.

L’objectif principal de l’étude était d’évaluer le taux de non pertinence des passages aux urgences du centre hospitalier de Chambéry des personnes âgées de 75 ans et plus résidant en EHPAD, sur une période de 6 mois.

Les objectifs secondaires étaient d’analyser les passages aux urgences non pertinents et de déterminer si une présence infirmière 24h/24 diminuait le risque de passages aux urgences non pertinents.

L’objectif final était d’émettre des propositions d’amélioration du recours aux soins des personnes âgées au sein des EHPAD.

2. METHODE

Il s'agissait d'une étude épidémiologique, descriptive, rétrospective, monocentrique, menée sur six mois consécutifs du 01/01/2014 au 30/06/2014, dans le service des urgences de Chambéry.

Les critères d'inclusion de la population étaient : toute personne âgée de 75 ans et plus provenant d'un EHPAD ou d'une Unité de Soins de Longue Durée (USLD) ayant fait un passage non programmé aux urgences de Chambéry suivi ou non d'une hospitalisation.

Les critères d'exclusion étaient : les personnes âgées de moins de 75 ans ; les patients provenant d'un autre lieu que celui de leur institution ou, ne résidant pas en EHPAD ou USLD ; un résumé de passage aux urgences vide ; un passage aux urgences programmé.

Les patients, qui consultaient au service des urgences plusieurs fois pendant la période d'inclusion, étaient inclus à chaque nouveau passage. L'étude portait donc sur un nombre de passages aux urgences et non sur un nombre de patients.

Pour répondre à l'objectif principal, la méthode utilisée a été *l'Appropriateness Evaluation Protocol adapté au modèle français* (AEPf), décrite (Annexe 1) et recommandée par la Haute autorité de santé (HAS) (20). Il s'agit d'une méthode valide, fiable et reproductible pour juger de la pertinence des admissions non programmées (20–23).

Pour la première étape, une grille des admissions (Annexe 2) a été utilisée de manière concomitante par les auteurs. Elle était basée sur seize critères objectifs : dix

de gravité clinique et six liés aux soins. Elle a distingué les passages aux urgences non pertinents (AEPf-) des passages aux urgences pertinents (AEPf+).

En cas de passage aux urgences pertinent, le critère objectivant la pertinence n'a pas été répertorié.

Au décours de cette étape, un taux initial de passages aux urgences inappropriés ou taux d'évitabilité, a été obtenu.

Pour la seconde étape, les AEPf- ont été soumis à l'avis de deux experts, choisis en fonction de leur spécialité : un urgentiste et un gériatre. Ils ont déterminé de manière indépendante et concurrentielle, si les AEPf- étaient justifiés ou non. Cette étape d'*override* (revue des dossiers des AEPf-) a permis de corriger la surestimation des AEPf-, induite par l'utilisation de la méthode AEP (23–25). Le taux d'évitabilité initial a donc été réajusté après l'avis de chaque expert.

En cas d'AEPf- justifié, les experts ont expliqué leur choix par un libellé libre et écrit. En cas d'AEPf- non justifié, les experts ont utilisé le deuxième volet de la grille AEPf des admissions (Annexe 2) contenant différents critères relatifs aux causes d'inadéquation. Ces causes pouvaient être externes ou internes à l'établissement de santé. Elles étaient principalement liées à l'organisation des soins, aux structures alternatives, à la décision médicale ou à la décision du patient et/ou de sa famille.

En parallèle, des variables épidémiologiques ont été collectées :

- les caractéristiques de chaque patient (identité, antécédents médicaux et thérapeutiques, niveau de dépendance (Groupe Iso-Ressources (GIR), critères de fragilité, projet de fin de vie),
- les caractéristiques de chaque passage aux urgences (modalités de venue, professionnel responsable du passage aux urgences, diagnostic final),

- les caractéristiques de chaque EHPAD (capacité, organisation interne, organisation du personnel).

Le recueil de données a été réalisé à partir du résumé de passage aux urgences du logiciel informatique du service des urgences (URQUAL®) et à partir du dossier patient informatisé du centre hospitalier de Chambéry (CROSSWAY®).

Les caractéristiques de chaque EHPAD ainsi que les données manquantes concernant leurs résidents ont été obtenues par contact téléphonique individuel, avec les dirigeants ou professionnels de santé de chaque institution.

L'ensemble des données de l'étude a été collecté sur le logiciel EXCEL® puis analysé par les logiciels EXCEL® et SAS® 9.1.

Pour les objectifs secondaires, une analyse descriptive des populations (totale, AEPf+, AEPf-, AEPf- non justifiés) a été réalisée. Les populations AEPf+ et AEPf- ont été comparées par une analyse univariée. Une régression logistique a été effectuée pour rechercher un ou plusieurs facteurs de risque de non-pertinence entre ces deux populations.

Les principaux tests utilisés étaient :

- le test de Shapirow-Wilk, qui a donné l'indication d'utilisation du test de Wilcoxon, pour la comparaison des moyennes ;
- le test du Khi² ou en cas d'effectifs théoriques insuffisants le test exact de Fisher, pour la comparaison des proportions ;

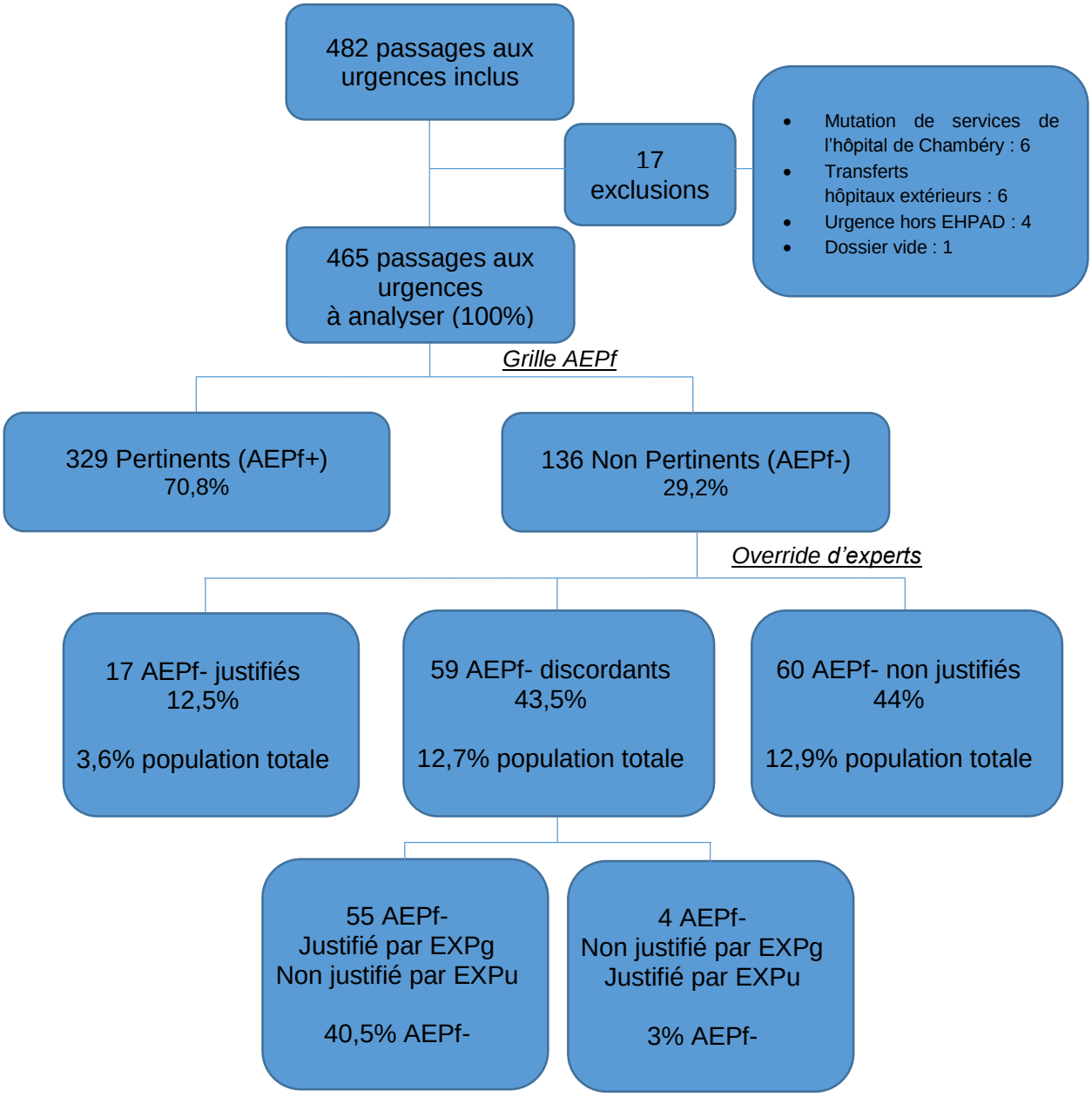
– le test Kappa de Cohen pour mesurer la concordance entre les experts (1 représentant l'accord parfait, 0 le désaccord absolu).

Concernant la population des AEPf- justifiés, une analyse qualitative des justifications libres des experts a été effectuée. Les verbatims de chaque expert ont été codés dans EXCEL® par les deux enquêtrices de façon indépendante. Un consensus sur les thèmes et sous-thèmes abordés par les experts est ressorti de la triangulation des données.

Toutes les autorisations nécessaires à la consultation des dossiers médicaux ont été obtenues via le Département d'informations médicales du centre hospitalier de Chambéry.

3. RESULTATS

Figure 1 : Diagramme de répartition des flux



AEPf- : non pertinent selon la grille AEPf ; *AEPf+* : pertinent selon la grille AEPf ; *EHPAD* : Établissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes ; EXPg : Expert gériatre ; EXPu : Expert urgentiste.

3.1 Population totale

Au total sur six mois, 482 passages aux urgences de personnes âgées de 75 ans et plus venant d'EHPAD ont été inclus (figure 1).

Les 465 passages aux urgences analysés correspondaient à une fréquentation de 2 à 3 patients d'EHPAD par jour. Cela représentait 11,9 % de la population des 75 ans et plus et 2,2% de la population totale du centre hospitalier de Chambéry.

Caractéristiques de la population totale (tableaux 1 et 2)

Un projet de fin de vie était présent dans le résumé de passage aux urgences dans 9% des cas.

Trente-deux pour cent des décès ont eu lieu dans les 24 heures, 28% entre le 4ème et 7ème jour (figure 2). Le délai moyen de survenue du décès était de 10,8 jours (écart type ± 17,1 jours).

Figure 2 : Répartition des décès de la population totale selon le délai entre l'admission et le décès

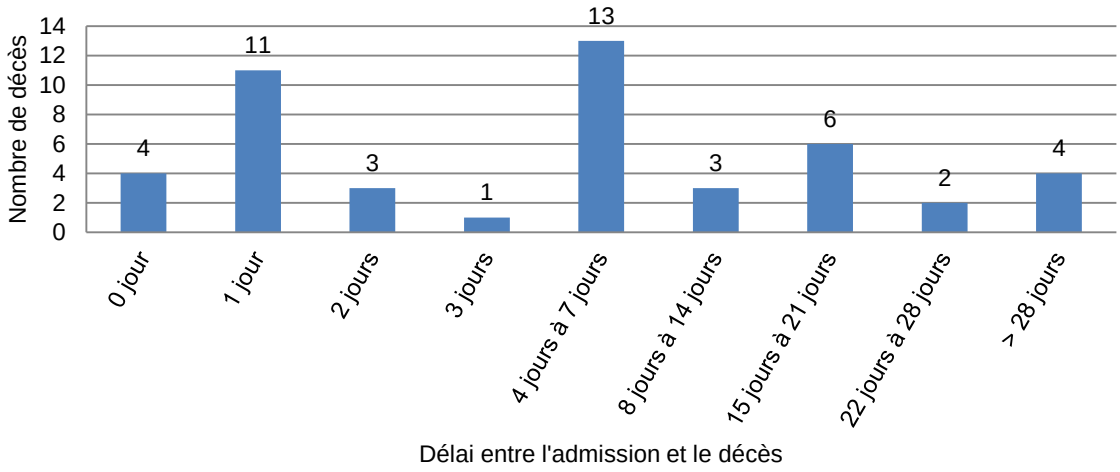


Tableau 1 : Caractéristiques de la population totale, et des sous-groupes AEPf+ et AEPf-

	AEPf+ ***n (%)***	**AEPf-** ***n (%)***	**TOTAL** ***n (%)***
Nombre de PAU	329 (70,8)	136 (29,2)	465 (100)
Age (années)			
moyenne ± écart type	88,7 ± 5,5	89,1 ± 5,4	88.8 ± 5,5
Sexe			
M	101 (31)	38(28)	139 (30)
F	228 (69)	98 (72)	326 (70)
GIR			
1	41 (13)	19 (14)	60 (13)
2	123 (37)	52 (38)	175 (38)
3	64 (19)	25 (18)	89 (19)
4	47 (14)	20 (15)	67 (14)
5	6 (2)	4 (3)	10 (2)
6	2 (1)	2 (2)	4 (1)
NR	46 (14)	14 (10)	60 (13)
Polypathologie			
oui	299 (91)	116 (85)	415 (89)
non	28 (8)	19 (14)	47 (10)
NR	2 (1)	1 (1)	3 (1)
Polymédication (> 4 médicaments)			
oui	273 (83)	92 (68)	365 (79)
non	50 (15)	40 (29)	90 (19)
NR	6 (2)	4(3)	10 (2)
Médicaments			
nombre moyen par jour	7,2 ± 2,8	6,4 ± 3,2	7 ± 3
NR	13 (4)	8 (6)	21 (5)
Antécédents de troubles cognitifs			
oui	201 (61)	95 (70)	296 (64)
non	125 (38)	39 (29)	164 (35)
NR	3 (1)	2 (1)	5 (1)
Antécédents de chutes à répétition			
oui	165 (50)	71 (52)	236 (51)
non	141 (43)	54 (40)	195 (42)
NR	23 (7)	11 (8)	34 (7)
Hospitalisations antérieures			
nombre moyen	4,4 ± 3,8	4,5 ± 3,5	4,4 ± 3,7
Projet de fin de vie			
oui	32 (10)	10 (7)	42 (9)
non	297 (90)	126 (93)	423 (91)
Résidence en EHPAD intra-hospitalier			
oui	36 (11)	24 (18)	60 (13)
non	293 (89)	112 (82)	405 (87)

PAU : Passages Aux Urgences ; GIR : Groupe Iso-Ressources ; NR : Non Renseignée ; EHPAD : Établissement d'Hébergement de Personnes Âgées Dépendantes

Tableau 2 : Caractéristiques des passages aux urgences

	AEPf+ ***n (%)***	**AEPf-** ***n (%)***	**TOTAL** ***n (%)***
Nombre de PAU	329 (70,8)	136 (29,2)	465 (100)
Présence infirmière à l'EHPAD 24h/24			
oui	52 (16)	33 (24)	85 (18)
non	277 (84)	103 (76)	380 (82)
Présence infirmière à l'EHPAD au moment du transfert vers service d'urgence			
oui	247 (75)	114 (84)	361 (78)
non	82 (25)	22 (16)	104 (22)
Profession du responsable du PAU			
aide-soignant	10 (3)	2 (1,5)	12 (3)
infirmier	24 (7,5)	14 (10)	38 (8)
médecin	123 (37,5)	46 (34)	169 (36)
Non Renseigné	172 (52)	74 (54,5)	246 (53)
Transport médicalisé jusqu'aux urgences			
oui	28 (9)	1 (1)	29 (6)
non	301 (91)	135 (99)	436 (94)
Modalités du PAU			
jour (8h00 à 18h30)	202 (61)	101 (74)	303 (65)
nuit (18h30 à 8h00)	127 (39)	35 (26)	162 (35)
semaine	225 (68)	106 (78)	331 (71)
week-end et jours fériés	104 (32)	30 (22)	134 (29)
Hospitalisation			
oui	254 (77)	59 (43)	313 (67)
dont UHCD	84 (33)	16 (27)	100 (32)
non	75 (23)	77 (57)	152 (33)
Durée moyenne d'hospitalisation			
nombre de jours	10 ± 13,4	7,1 ± 7,8	9,4 ± 12,6
Nouveau PAU à J0-J7			
oui	24 (8)	4 (3)	28 (7)
non	261 (92)	129 (97)	390 (93)
Nouveau PAU à J8-J28			
oui	32 (11)	13 (10)	45 (11)
non	253 (89)	120 (90)	371 (89)
Décès			
oui	44 (13)	3 (2)	47 (10)
non	285 (87)	133 (98)	418 (90)
Délai entre le PAU et le décès hospitalier			
nombre de jours			10,8 ± 17,1

PAU : Passage Aux Urgences ; UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée ; EHPAD : Établissement d'Hébergement de Personnes Âgées Dépendantes

3.2 Taux de non pertinence des passages aux urgences

Selon la grille AEPf

Au total, 136 passages aux urgences étaient non pertinents (AEPf-). Le taux de passages aux urgences évitables, ou taux d'évitabilité, était de 29,2%.

Selon l'override (revue des dossiers AEPf- par les deux experts)

Le taux d'évitabilité initial de 29,2% a été corrigé à 24,7% par l'expert urgentiste (115 passages aux urgences non justifiés) et à 13,7% par l'expert gériatre (64 passages aux urgences non justifiés).

Selon les experts, les 136 AEPf- se répartissaient en : (figure1)

- 44% de passages aux urgences non pertinents non justifiés (AEPf- non justifiés) ;
- 12.5% de passages aux urgences non pertinents justifiés (AEPf- justifiés) ;
- 43,5% de passages aux urgences non pertinents, pour lesquels un désaccord de jugement existait entre les experts (AEPf- discordants).

Le test de concordance Kappa de Cohen avec un coefficient de 0,16 ($p < 0,0001$) a montré un désaccord majeur entre les experts.

3.3 Passages aux urgences non pertinents (AEPf-)

Caractéristiques de la population

Cette population était majoritairement polypathologique (85%) avec une moyenne d'âge de 89,1ans (écart-type ± 5,4 ans). Plus de la moitié avaient une autonomie restreinte avec un GIR entre 1 et 2 (tableau 1).

Modalités des passages aux urgences

Trois quarts des AEPf- avaient lieu en semaine et en journée, avec une présence infirmière à l'EHPAD au moment du transfert (tableau 2, Annexe 3).

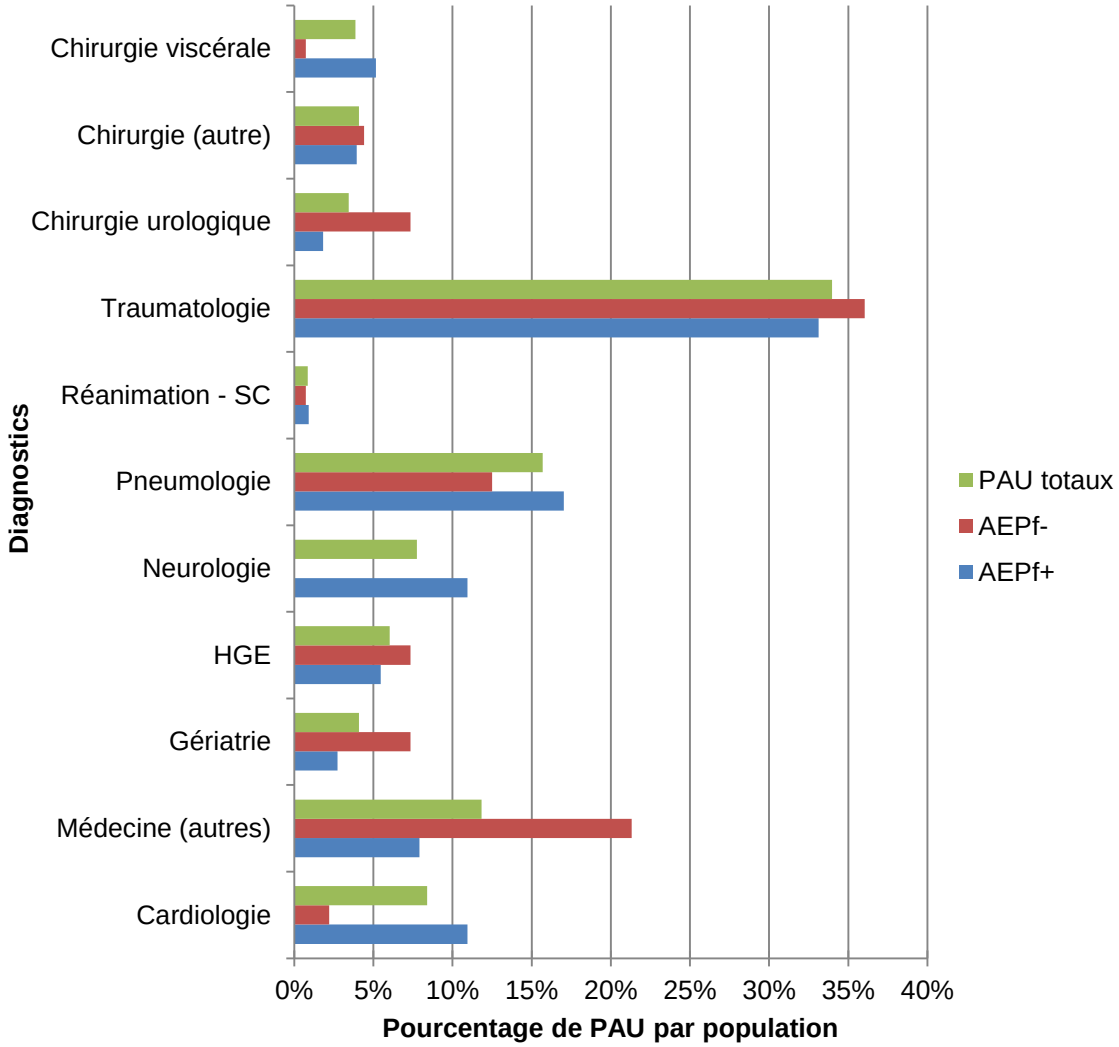
Le professionnel responsable du passage aux urgences était déterminé dans 46 % des cas. Un tiers d'entre eux était adressé par un médecin.

Diagnostics principaux

En fin de prise en charge aux urgences, les diagnostics retenus les plus fréquents étaient : traumatologie (36%), médecine (21%), pneumologie (13%) (figure 3).

Figure 3 : Diagnostics principaux des populations totales, AEPf+ et AEPf-

HGE : Hépato-gastro-entérologie ; PAU : Passages aux urgences ; SC : Soins Continus



3.4 Passages aux urgences non pertinents non justifiés par les deux experts (AEPf- non justifiés)

Caractéristiques de la population

Près de la moitié des AEPf- ont été non justifiés par les experts.

Même si la comparabilité des populations AEPf- et AEPf- non justifiées n'a pas été recherchée, ces populations semblaient avoir des caractéristiques proches (tableau 3).

Tableau 3 : Caractéristiques de la population des AEPf- non justifiés

	AEPf-	**AEPf- non justifiés**
Effectif total, *n (%)*	136 (100)	60 (44)
Moyenne d'âge *(années)*	89,1±5,4	87,6 ± 5
Sexe masculin, *n (%)*	38 (27,9)	23 (38,3)
GIR (*moyenne pondérée)*	2,5	2,2
Polypathologie		
Oui, *n (%)*	116 (85,3)	52 (86,7)
Polymédication (> 4 médicaments)		
Oui, *n (%)*	92 (67,6)	37 (63,8)
Médicaments		
nombre moyen par jour	6,4 ± 3,2	5,9 ± 3,2
Antécédents de troubles cognitifs		
Oui, *n (%)*	95 (69,9)	45 (75)
Antécédents de chutes à répétition		
Oui, *n (%)*	71 (52,2)	38 (70,4)
Hospitalisations antérieures		
nombre moyen	4,5 ± 3,5	5 ± 3,5
Projet de fin de vie		
Oui, *n (%)*	10 (7,3)	4 (6,7)
Résidence en EHPAD intrahospitalier		
Oui, *n (%)*	24 (18)	9 (15)

GIR : Groupe Iso-Ressources ; EHPAD : Établissement d'Hébergement de Personnes Âgées Dépendantes

Modalités des passages aux urgences

La plupart des AEPf- non justifiés ont eu lieu le jour (60%), en semaine (65%), avec une présence infirmière au moment du transfert (72%).

Le professionnel responsable du passage aux urgences a été renseigné dans 28% des cas. Parmi eux, quatre passages aux urgences sur cinq de la population des AEPf- étaient adressés par un médecin. Dans la population des AEPf- provenant d'EHPAD intrahospitalier, le médecin était à l'origine du transfert aux urgences dans 11 AEPf- sur 24, dont 10 en journée la semaine.

Diagnostics principaux

Près de la moitié des AEPf- non justifiés consultait pour un motif traumatologique. Les diagnostics et sous-diagnostics ont été décrits dans les figures 4 à 6.

Figure 4 : Diagnostics principaux des AEPf- non justifiés

HGE : Hépato-gastro-entérologie

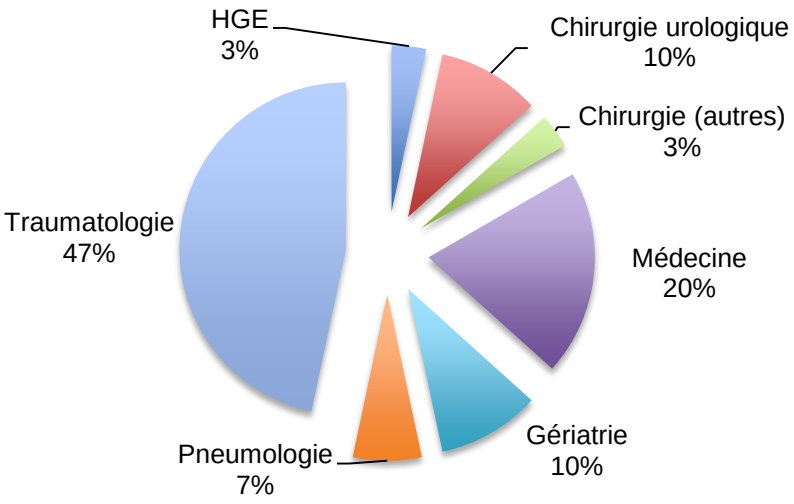


Figure 5 : Sous-groupes diagnostiques « traumatologie » des AEPf- non justifiés

TC : Traumatisme crânien

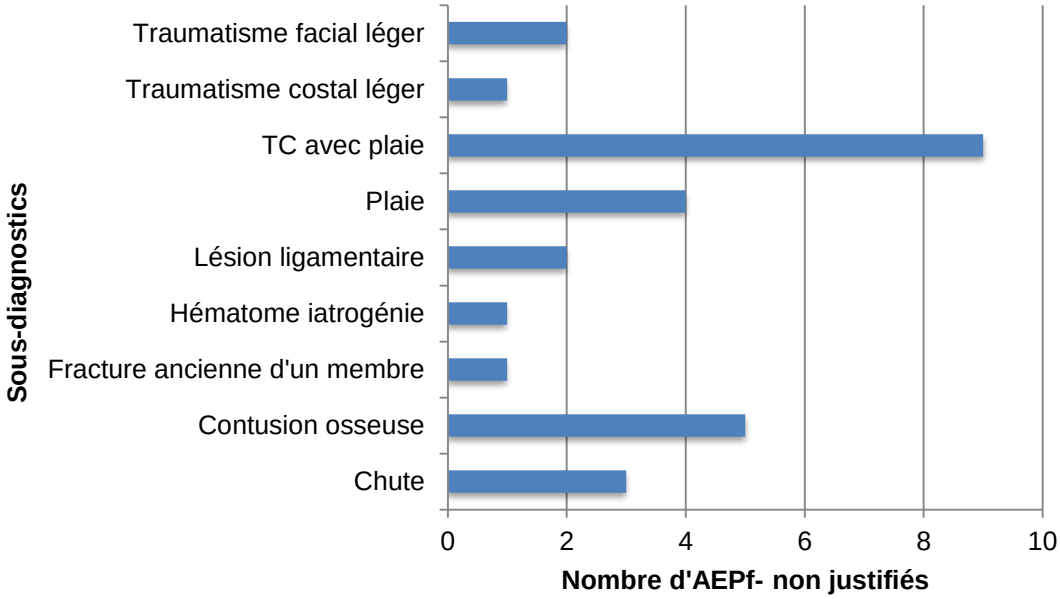
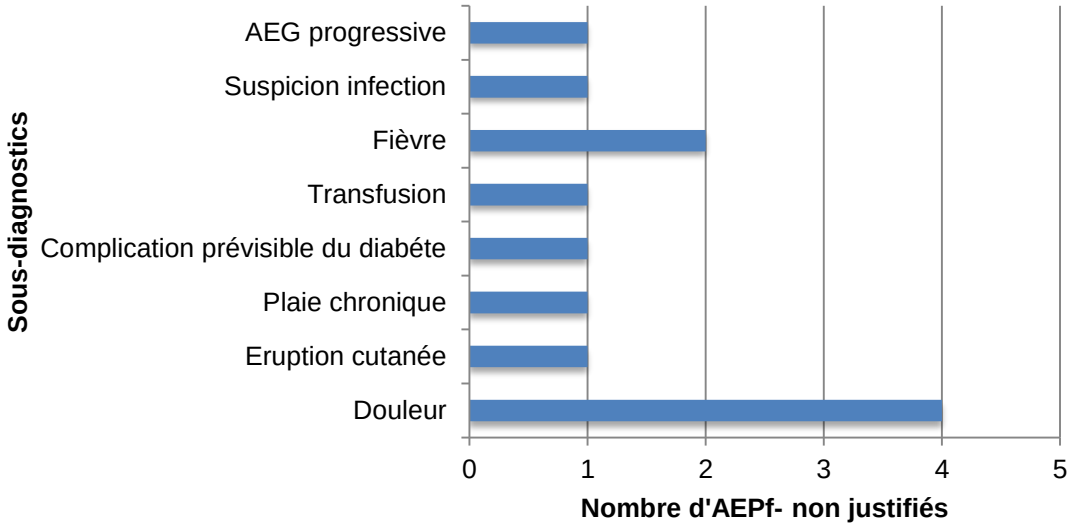


Figure 6 : Sous-groupes diagnostiques « médecine » des AEPf- non justifiés

AEG : Altération de l'état général



Dans le sous-groupe « médecine » (figure 6), un tiers des passages aux urgences concernait une prise en charge de la douleur :

- 1 pour l'antalgie d'un ulcère variqueux ;
- 2 pour des douleurs rhumatismales ;
- 1 pour des effets secondaires d'un traitement opiacé.

Les sous-groupes diagnostiques de « gériatrie » regroupaient des malaises jugés sans gravité chez des personnes âgées avec troubles cognitifs et des prises en charge de chutes à répétition.

Hospitalisation

Douze AEPf- non justifiés (20%) ont été hospitalisés (Annexe 4) : la moitié en UHCD pour une durée maximale de 24 heures, l'autre moitié en services conventionnels.

Pour les 6 admissions en UHCD :

- 3 attendaient une ambulance pour retourner en EHPAD ;
- 3 nécessitaient une surveillance clinique de quelques heures avant un retour.

Pour les 6 passages aux urgences suivis d'une hospitalisation en service conventionnel :

- 1 était admis pour défaut de coordination des soins entre l'EHPAD et le service duquel il venait de sortir ;
- 1 était admis pour adaptation antalgique de soins d'ulcère ;

- 4 étaient nocturnes pour des patients atteints de symptômes depuis plusieurs jours.

Raisons des inadéquations des AEPf- non justifiés

Les tableaux 4, 5 et 6 décrivent les raisons des inadéquations pour chacun des deux experts.

Le tableau 7 décrit la raison principale du passage aux urgences des AEPf- non justifiés par l'expert gériatre (EXPg) et l'expert urgentiste (EXPu).

Tableau 4 : Besoins en soins ou en services médicaux des AEPf- non justifiés

	EXPg	EXPu
Avis diagnostique et/ou thérapeutique nécessaire à la prise de décision	55	54
Procédure diagnostique et/ou thérapeutique nécessaire à la prise de décision	33	51
Surveillance thérapeutique et/ou clinique rapprochée pendant quelques heures	1	14
Aucun soin, ni aucun service	1	0

Tableau 5 : Soin ou service médical responsable des AEPf- non justifiés

	EXPg	EXPu
Avis diagnostique et/ou thérapeutique nécessaire à la prise de décision	57	33
Procédure diagnostique et/ou thérapeutique nécessaire à la prise de décision	1	27
Surveillance thérapeutique et/ou clinique rapprochée pendant quelques heures	1	0
Aucun soin, ni aucun service	1	0
Total	60	60

Tableau 6 : Lieu d'hébergement le plus adapté pour les AEPf- non justifiés

	EXPg	EXPu
Structure d'hébergement non médicalisée	0	1
Structure d'hébergement avec soins médicaux et /ou paramédicaux	0	17
Structure d'hébergement médicalisée	60	39
Hôpital (court séjour)	0	3
Total	60	60

Tableau 7 : Raisons à l'origine des AEPf- non justifiés

	EXPg	EXPu
Organisation des soins avec attente d'un avis diagnostique	1	1
Service relais* indisponible (rendez-vous ou place indisponibles)	1	0
Service relais* inexistant ou inconnu	58	25
Décision médicale avec attente d'un avis d'expert (sénior indisponible)	0	24
Décision médicale avec demande expresse du médecin libéral	0	4
Décision médicale avec attente d'un avis collégial	0	2
Retour à domicile transitoirement impossible	0	1
Données manquantes	0	3
Total	60	60

**services de relais : services de soins de suite, structures d'hébergement adaptées, praticiens et soins ambulatoires rapidement mobilisables*

3.5 Passages aux urgences non pertinents justifiés par les deux experts (AEPf- justifiés)

Dix-sept passages aux urgences non pertinents selon la grille AEPf ont été considérés justifiés (pertinents) par les deux experts, soit 12,5% des AEPf-.

Une analyse qualitative a été réalisée sur les libellés libres des experts, justifiant leur choix (Annexe 5).

Après consensus entre les auteurs, les raisons évoquées par l'expert gériatre (EXPg) et l'expert urgentiste (EXPu) ont pu être regroupées en deux principaux thèmes. Les AEPf- étaient donc justifiés en raison :

- d'une prise en charge hospitalière indispensable ;
- de ressources ambulatoires (médico-sociales) insuffisantes.

Le thème, concernant la nécessité de prise en charge hospitalière, regroupait trois sous-thèmes. Il s'agissait du plus cité au moins cité :

- des urgences thérapeutiques : *« chute, impotence fonctionnelle »* (EXPu), *« prise en charge chirurgicale »* (EXPg), *« analgésie rapide »* (EXPu) ;
- des urgences diagnostiques : *« bilan douleur thoracique urgent »* (EXPg), *« évaluation clinico-biologique, score FINE »* (EXPu) ;
- des prises en charge en deuxième intention et/ou échec de prise en charge ambulatoire : *« adressé par médecin traitant »* (EXPg), *« surveillance du risque infectieux »* (EXPg).

Bien que moins souvent évoqué, le thème définissant une insuffisance de ressources ambulatoires avait toute son importance. Il décrivait à la fois :

- une carence humaine : *« surveillance rapprochée »* (EXPu) ;
- une insuffisance technico-matérielle : *« indication de sondage double courant »* (EXPu).

3.6 Passages aux urgences non pertinents discordants (AEPf- discordants)

Au total, 43,5% des AEPf- ont été jugés différemment par les deux experts et n'ont pu être classés ni dans les AEPf- justifiés ni dans les AEPf- non justifiés. Ces 59 AEPf- ont été nommés « discordants ».

Cinquante-cinq dossiers étaient considérés justifiés par l'expert gériatre, non justifiés par l'expert urgentiste ; et inversement pour les 4 dossiers restants.

Les justifications de chaque expert ont été détaillées dans les annexes (Annexes 6, 7) pour les passages aux urgences justifiés, ainsi que pour les raisons d'inadéquation des passages aux urgences non justifiés.

La recherche d'un facteur de discordance entre les deux experts au sujet des AEPf- non justifiés n'a pas pu aboutir du fait du très faible effectif de population pour l'expert urgentiste (4 passages aux urgences).

3.7 Analyses univariée et multivariée des AEPf-

L'analyse univariée a montré une différence significative entre les populations AEPf+ et AEPf- uniquement pour les variables suivantes :

- *polymédication* et *nombre de médicaments* : la population AEPf- était moins polymédiquée (83% versus 68% ; p = 0,0003) avec un nombre moyen de médicaments par jour moins important (6,4 versus 7,2; p = 0,021) ;
- *jour/nuit*, *semaine/weekend* : davantage d'AEPf- se déroulaient en journée (74% versus 61% pour les AEPf+ ; p = 0,0081*)* et en semaine (78% versus 68% ; p = 0,0386*) ;*
- *hospitalisation :* la population AEPf- était moins hospitalisée, 43 % contre 77% pour les AEPf+ (p < 0,001).

Le *GIR*, les *troubles cognitifs* et les *antécédents de chutes* n'influençaient pas la pertinence des passages aux urgences.

L'analyse multivariée par régression logistique (tableau 8) a été réalisée avec les facteurs de risques connus (*âge, sexe*) et avec les variables pour lesquelles p < 0,20 en analyse univariée (*polymédication > 4 médicaments, polypathologie, antécédents de démence ou de troubles cognitifs, jour/nuit, semaine/weekend, présence infirmière 24h/24 à l'EHPAD* et *présence infirmière au moment du passage aux urgences*). Le risque alpha était défini à 0,05.

Les AEPf- avaient plus de risque de se dérouler le jour, en semaine, pour des patients non polymédiqués ou pour des patients vivant au sein d'un EHPAD avec présence infirmière 24h/24, en comparaison avec les AEPf+.

Tableau 8 : Facteurs prédictifs d'AEPf-

	AEPf+ *n* (%)	AEPf- *n* (%)	*Odds ratio* (IC 95%)	*p*
Polymédication (> 4 médicaments)	273/369 (83)	92/136 (68)	0,391 [0,238-0,642]	0,0002
Jour	202/369 (61)	101/136 (74)	1,907 [1,190-3,055]	0,0002
Semaine	225/369 (68)	106/136 (78)	1,858 [1,116-3,094]	0,0172
Présence infirmière 24h/24	52/369 (16)	33/136 (24)	1,840 [1,097-3,085]	0,0208

3.8 Recueil en EHPAD

Le recueil des caractéristiques des 43 EHPAD est présenté dans les annexes (Annexe 8).

4. DISCUSSION

4.1 Choix de la méthode

Outil de pertinence AEP

L'outil américain AEP a été le plus utilisé et validé mondialement (20,21) pour évaluer la pertinence des admissions hospitalières. Une version française AEPf a été créée puis validée à plusieurs reprises (24,26,27). En 2004, l'HAS a choisi l'AEPf comme méthode d'amélioration de la qualité de soins en établissement de santé (20). D'autres outils d'évaluation de la pertinence des admissions hospitalières existent. Aucune méthode n'a été considérée comme le *gold standard* (25,28). L'AEPf a ainsi été retenu grâce à ses facilités d'utilisation. Sa validité reste cependant discutée par rapport au seul jugement d'experts (28–30).

Une analyse par plusieurs panels d'experts aurait été une alternative valide. Mais l'étude d'un échantillon de presque 500 personnes a été un obstacle à sa réalisation.

AEPf et population gériatrique

L'utilisation de l'AEPf pour une population gériatrique est controversée. Certains ont contesté sa validité du fait d'une surestimation des admissions non pertinentes (23), alors que d'autres l'ont approuvée en raison d'une concordance de 92% avec k = 0,62 avec avis d'experts (31).

Les critères de la grille AEPf se sont révélés dans certaines études trop stricts et mal adaptés au sujet âgé (32–35). Par exemple, l'item 9 du premier volet de l'AEPf correspond à l' « *atteinte des 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 ». L'interprétation du terme « impossibilité » est problématique, car rares sont les sujets âgés répondant au sens strict de cette définition. L'impossibilité totale de bouger serait plus spécifique, si elle était décrite comme une impotence totale ou partielle empêchant la marche ou le fonctionnement d'un membre.

Dans d'autres items, la durée des symptômes et le délai de prise en charge et/ou de surveillance ont aussi été discutés (32) : 5 jours de fièvre chez un sujet âgé sont souvent mal tolérés ; et en pratique des bilans complémentaires sont souvent réalisés avant ce délai.

Afin de limiter ce biais de mesure, certains auteurs (20,32,34) ont proposé l'ajout de critères à visée gériatrique comme *la prise en charge de la douleur et/ou impotence fonctionnelle totale ou partielle d'un membre ou nécessitant une réévaluation rapprochée, les troubles de l'équilibre et/ou chutes à répétition* et encore *l'altération de l'état général ou symptômes multiples sévères.* Bien que les résultats obtenus après relecture aient été encourageants, ces grilles modifiées n'ont pas encore été validées.

De ce fait, en l'absence de grille gériatrique validée, les grilles AEPf « standard » ont été utilisées pour la population d'EHPAD dans ce travail. De plus l'*override* (revue des dossiers) des experts n'a pas pu mettre en évidence de critères spécifiques gériatriques pour une relecture des dossiers.

Choix des experts

La mise en place de panels de plusieurs experts dans chaque spécialité aurait été une méthode plus fiable et plus reproductible, que celle d'un expert représentant seul sa spécialité. Pour des difficultés de réalisation, les expertises ont été faites par un seul expert de chaque spécialité de manière concurrentielle et indépendante.

L'expertise par des médecins de spécialités différentes a donné une vision plus réaliste de la prise en charge des personnes âgées d'EHPAD aux urgences. Les experts ont été sélectionnés sur des critères de disponibilité et de volontariat.

L'ajout de l'*override* a corrigé la surestimation de la population non pertinente induite par les biais de la méthode.

Critères d'inclusion

La grille AEPf des admissions est normalement utilisée pour l'étude des passages aux urgences suivis d'une hospitalisation (20).

La finalité de ce travail était de faire un état des lieux du recours aux urgences de la population d'EHPAD et non de leur hospitalisation secondaire. L'utilisation de la grille AEPf a donc été étendue à tout passage aux urgences, qu'il soit ou non suivi d'une hospitalisation.

Cette extension des critères d'inclusion non validé a été susceptible d'influencer le taux initial de non pertinence.

Recueil rétrospectif

Selon Santos Eggimann, le recueil rétrospectif d'une étude utilisant l'AEP surestimerait les admissions non pertinentes (36) : des taux d'évitabilité dans les revues rétrospectives étaient supérieurs à ceux des revues prospectives pour les admissions jugées par les mêmes experts, à un an d'intervalle. Néanmoins il persistait une bonne concordance entre les jugements réalisés, à un an d'intervalle pour chaque expert.

Ainsi le recueil rétrospectif de cette étude était à l'origine d'une possible surestimation des AEPf-. Ce biais a été induit par :

- les données non renseignées dans le résumé de passage aux urgences (parcours pré-hospitalier) ;
- le recueil des données uniquement sur le dossier informatisé ;
- la difficulté de recueil des informations personnelles du patient auprès des 43 EHPAD (relances multiples, refus, multiplicité des interlocuteurs).

Un recueil prospectif nécessitait d'importants moyens humains, matériels et financiers complexes à réunir pour cette étude.

Étude monocentrique

Les résultats de cette étude ne sont pas représentatifs des autres centres en raison du caractère monocentrique de ce travail, d'autant plus que les résultats obtenus par la méthode AEPf sont spécifiques au lieu étudié.

4.2. Résultats

Population totale

Cette étude a permis d'étudier un échantillon de population d'EHPAD supérieur à ceux des travaux de la littérature. Leurs effectifs dépassaient rarement 100 patients (6,17).

La moyenne d'âge de la population totale était de 88,8 ans (écart-type ± 5,5 ans), légèrement plus élevée que dans la littérature (17,18,32,37). Ceci pouvait s'expliquer par l'augmentation du nombre de personnes âgées et celle de leur espérance de vie (3).

L'échantillon étudié a pu contribuer à ce résultat, puisque cette étude concernait uniquement les 75 ans et plus (près de 80% de la population d'EHPAD) en occultant les plus jeunes. Le reste des caractéristiques démographiques était similaire à celles des autres travaux : population majoritairement féminine (6,18,32,37), polypathologique, polymédiquée avec une grande dépendance (51% de GIR ≤ 2) (4,6,32,37).

Dans cette étude, la pertinence des passages aux urgences n'a pas été influencée par le GIR ni par les troubles cognitifs ni par les antécédents de chutes. Quelques auteurs ont aussi démontré que la dépendance et le déclin cognitif n'étaient pas des facteurs prédictifs d'inadéquation hospitalière (33,34).

Un tiers des décès ont eu lieu dans les 24 premières heures suivant le passage aux urgences. Un projet de fin de vie n'apparaissait que dans 10% des résumés de passage aux urgences. Ce taux a pu être sous-estimé par un recueil rétrospectif.

L'absence de directives anticipées a déjà été décrite dans la littérature (14,15,38).

Taux de non pertinence

Dans les études internationales, le taux de non pertinence des admissions aux urgences variait entre 2 et 77% (19). En France, peu d'études ont été conduites pour étudier la pertinence des passages aux urgences de la population d'EHPAD (6), rares sont celles qui utilisaient l'AEPf (39). D'autres études françaises ont eu recours à l'AEPf pour analyser la population gériatrique. Cependant, elles concernaient soient des personnes âgées d'EHPAD en admission directe au court séjour gériatrique (32), soient des personnes âgées de 80 ans et plus aux urgences (33,34). Le taux de non pertinence variait entre 8,8 et 47,5% avant avis d'expert, et entre 7,7 et 17,5% après avis d'expert.

Dans cette étude, le taux initial de passages aux urgences non pertinents était de 29,2%. Le taux d'évitabilité a été réajusté par l'avis des experts. Ces taux étaient similaires à ceux d'une étude récente (24% pour l'expert urgentiste, 14% pour l'expert gériatre (6)). Cette dernière utilisait une méthode d'évaluation de la pertinence, basée sur un jugement d'experts. Un premier expert urgentiste statuait sur chaque dossier de patients d'EHPAD admis aux urgences ; puis l'expert gériatre faisait une relecture des dossiers, qui avaient été jugés non pertinents.

Dans ce travail, le désaccord entre experts a été en partie créé par un jugement différent pour les passages aux urgences adressés par un médecin. Alors que le gériatre les a considérés comme pertinents, l'urgentiste les a systématiquement remis en question. Ce constat suscitait une divergence d'opinion sur les possibilités de prise en charge en urgence des personnes âgées au sein des institutions. L'expert gériatre avait peut-être une meilleure connaissance de la filière gériatrique, des réseaux et moyens disponibles en ambulatoire. Il se fiait peut-être directement à l'expertise du médecin adressant le patient, qui ne pouvait pas répondre à la demande de soin en raison de ses propres limites d'organisation.

La différence de connaissances de la population gériatrique (tableaux cliniques atypiques, difficulté de communication (34)) a également pu favoriser cet écart.

Passages aux urgences non pertinents

Carence médicale

Les passages aux urgences non pertinents non justifiés se sont déroulés en journée, en semaine, lors d'une présence infirmière au moment du transfert, sans pic de fréquentation le weekend ou la nuit (tableaux 2 et 3). Ces données étaient conformes à celles de la littérature (9,14,37).

La majorité des passages aux urgences non pertinents non justifiés a nécessité un avis diagnostique et/ou thérapeutique associé ou non à une procédure de soins et/ou de diagnostic (tableaux 4 et 5).

Pour les motifs médicaux, certains AEPf- auraient pu bénéficier dans l'idéal d'un avis spécialisé ambulatoire (plaie chronique d'évolution défavorable) ou d'hospitalisation programmée en service de médecine (symptômes subaigus : altération de l'état général, fièvre depuis plusieurs jours, transfusion).

Les motifs traumatologiques ont concerné la moitié des AEPf- non justifiés. Certaines pathologies auraient pu être en théorie prises en charge en ambulatoire (sutures cutanées simples, chutes sans gravité, traumatismes bénins).

Bien que les sutures cutanées aient déjà été considérées comme inadéquates (6), il n'est actuellement pas possible de les pratiquer par défaut de matériel et de présence médicale (17).

Ces résultats ont soulevé des interrogations, puisque l'accès à un avis ou une consultation médicale en horaires ouvrables était théoriquement possible. N'étant pas présent physiquement à l'EHPAD, le médecin généraliste ou le médecin coordonnateur n'a pas réussi à assurer ou à programmer les demandes urgentes, qui auraient pu être prises en charge en ambulatoire, théoriquement. Le médecin

coordonnateur est autorisé à assurer les soins urgents pour tout patient en cas indisponibilité ou absence du médecin traitant du patient (41).

L'augmentation de la charge de travail du médecin généraliste en activité libérale, en raison de la baisse des effectifs médicaux (42), et la difficulté de quitter le cabinet inopinément (43) étaient peut-être à l'origine de cette carence.

Devant cette population d'EHPAD de plus en plus dépendante et l'augmentation du nombre de structures, certains auteurs ont évoqué la possibilité de créer une « spécialisation » du médecin intervenant en EHPAD voire d'un poste de gériatre salarié prescripteur (44–46). D'autres suggéraient l'augmentation du temps de présence du médecin coordonnateur favorisant l'obtention d'un avis médical pour chaque patient en situation d'urgence avant un éventuel transfert (47).

De plus, le profil libéral du médecin généraliste a été décrit à plusieurs reprises en inadéquation avec le profil institutionnel des EHPAD (43,48). Des difficultés de coordination autour du patient ont été signalées par les équipes soignantes. Elles concernaient: les échanges insuffisants entre l'équipe de l'EHPAD et le médecin traitant (43,48) (transmissions, signalement de son arrivée et de son départ de l'EHPAD, participations aux réunions annuelles), les problèmes de traçabilité des actes (mise à jour des prescriptions) et la difficulté à joindre le médecin traitant (48).

Défaut de permanence infirmière et d'ambulances

Par ailleurs, certains AEPf- non justifiés ont été hospitalisés en UHCD alors qu'ils ne nécessitaient pas de soins. En effet, le retour en EHPAD des patients était impossible en raison de l'absence de permanence d'ambulances la nuit.

D'autres requéraient une surveillance de quelques heures et une réévaluation avant un retour en EHPAD. Cette surveillance est actuellement irréalisable en EHPAD, faute

de personnel infirmier notamment la nuit. Ceci est en accord avec l'avis de l'expert gériatre. Ce dernier pensait que l'hébergement médicalisé avec présence infirmière 24h/24 était le lieu le plus adapté pour les AEPf-. Ainsi, il semblerait que la présence infirmière 24h/24 pourrait être utile afin de pouvoir assurer une continuité des soins pour les patients d'EHPAD la nécessitant, par exemple dans le cadre de soins palliatifs (49). Cette présence continue permettrait peut-être de réduire les passages aux urgences notamment nocturnes. Toutefois, la généralisation d'une présence infirmière 24h/24 aurait un coût élevé.

L'une des raisons responsables des passages aux urgences était l'inexistence d'un service relais selon l'expert gériatre. Aucune structure ne semblait pouvoir accueillir ces patients pour une surveillance rapprochée temporaire ou pour certains soins spécifiques. La création d'unités d'hospitalisation de jour ou/et de semaine gériatrique paraitrait adaptée pour répondre à ce besoin.

Analyse univariée et multivariée

Les résultats obtenus de l'analyse univariée ont montré une différence sur certaines variables : les passages aux urgences non pertinents (AEPf-) concernaient des sujets moins polymédiqués et moins hospitalisés. Ce constat a laissé supposer que la pertinence des passages aux urgences peut être influencée par l'importance du traitement du patient d'EHPAD et à priori sur la lourdeur de ses antécédents. La moindre hospitalisation de la population des AEPf- est en accord avec le fait qu'un passage aux urgences non pertinent ne soit pas suivi d'une hospitalisation.

Ces résultats significatifs étaient issus d'un échantillon de population surestimé en raison des biais de la méthode. Ils restent donc à confirmer.

Concernant la régression logistique multivariée, les variables *jour* et *semaine* sont ressorties comme des facteurs de risque de non pertinence et la variable *polymédication* comme un facteur limitant de non pertinence.

Bien que différente entre les deux populations en analyse univariée, la variable *hospitalisation* n'est pas ressortie comme facteur de risque en analyse multivariée. Aucune justification n'a pu être déterminée.

A l'inverse, la variable *présence infirmière 24h/24* a été décrite comme facteur de risque de non pertinence en régression logistique multivariée, alors qu'elle n'était pas différente entre les deux populations en analyse univariée.

Les EHPAD avec présence infirmière 24h/24 sont tous des EHPAD intra-hospitaliers avec un médecin référent. Il paraît donc aussi difficile d'obtenir un avis médical en hospitalier qu'en ambulatoire. En effet le gériatre n'est pas présent physiquement quotidiennement en EHPAD.

4.3. Réflexions d'amélioration

Les réflexions suivantes ont pour but de réduire les passages aux urgences inappropriés. Elles sont spécifiques du lieu de l'étude et elles impliquent des modifications de l'ensemble des professionnels de santé hospitaliers et de ville (20).

Les principaux axes d'action envisagés sont :

<u>Le renforcement de la permanence médicale en EHPAD pour les demandes d'avis urgents potentiellement réalisables en ambulatoire</u>

Les médecins généralistes ne semblent pas pouvoir pallier à eux-seuls à la prise en charge des soins urgents. Le renforcement d'une collaboration ville-hôpital et

des accords avec des structures telles que SOS médecins, quand elles existent, permettrait de mieux répondre à cette demande de soins.

Une étude anglaise a montré qu'une visite par un médecin avant le transfert aux urgences a réduit de 43% les admissions et de 45% les décès hospitaliers (47). A l'opposé, la mise en place d'une maison médicale de garde a augmenté le nombre de passages aux urgences des patients d'EHPAD (50). En effet, les gardes médicales postées empêchaient les visites en EHPAD.

Pour pallier à la carence médicale, un accord entre EHPAD et SOS Médecins pourrait être convenu pour la réalisation des gestes de sutures ou d'évaluation médicale en cas de chute ou de traumatisme, lors de l'indisponibilité du médecin traitant ou du médecin coordonnateur.

La mise en place d'une astreinte téléphonique gériatrique officielle est actuellement envisagée par le centre hospitalier de Chambéry. Elle pourrait être à disposition des médecins généralistes et des médecins coordonnateurs pour des conseils et une aide à la programmation des hospitalisations directes en semi-urgence (transfusions notamment). De plus, des plages de consultations gériatriques d'urgence devraient être créées dans le cadre de la prise en charge des troubles comportementaux aigus principalement.

En France, certains dispositifs ont prouvé une diminution des passages aux urgences grâce à une régulation téléphonique entre des gériatres hospitaliers et les médecins de garde en EHPAD (51).

Par ailleurs, une convention entre les EHPAD et l'Hospitalisation À Domicile (HAD) permettrait de renforcer la possibilité de soins infirmiers plus complexes sur une courte durée et de limiter ainsi certaines hospitalisations (antibiothérapie, antalgie) (52).

Enfin, la création d'un système d'astreinte ou de garde d'ambulances permettrait les retours nocturnes de patients en EHPAD.

L'anticipation des prises en charge en urgence au sein des EHPAD

Afin de limiter les transferts de cette population fragile, les équipes soignantes devraient être formées aux spécificités gériatriques (symptomatologie, connaissances de la filière gériatrique).

Pour toutes les EHPAD, il devrait être renforcé :

- l'élaboration et l'utilisation de protocoles selon les symptômes adaptés aux compétences de chaque professionnel de santé (médecin, infirmier, aide-soignant),
- la formation infirmière et aide-soignante pour l'évaluation du patient en urgence en fonction de leurs champs de compétences,
- l'obligation, déjà requise pour les EHPAD, de transmission du dossier de liaison d'urgence, lors des transferts aux urgences (53),
- la création d'un dossier médical personnalisé commun entre l'EHPAD et l'hôpital de rattachement pour le partage des données médicales, avec une réactualisation régulière nécessaire.

Les directives anticipées et le projet de fin de vie

Dans cette étude, un décès sur trois a eu lieu dans les 24 premières heures d'hospitalisation, et deux sur trois dans la première semaine. Les directives anticipées n'ont été renseignées dans le résumé de passages aux urgences que pour 10% de la population totale. Or, un projet de vie individualisé est déjà obligatoire pour tout patient résidant en EHPAD.

Le projet de fin de vie de tout patient d'EHPAD devrait faire partie des informations médicales attendues ou obligatoires lors d'un passage aux urgences. En effet le choix d'une réanimation ou d'une absence d'acharnement thérapeutique ne devrait pas incomber à un médecin ne connaissant pas le patient (10).

Le renforcement du lien ville - hôpital

Il est important de renforcer la qualité de prise en charge des patients en amont de l'urgence. Dans certaines villes, l'intervention d'équipes mobiles de gériatrie au sein des institutions (54,55) a permis de limiter les passages aux urgences. Cependant, des équipes mobiles de gériatrie extrahospitalières ne permettraient pas de répondre aux sollicitations en urgence ; l'urgence ne faisant pas partie de leurs missions.

Enfin, des téléconsultations gériatriques en EHPAD ont amélioré la coordination des soins sans avoir, pour autant, d'impact sur les passages aux urgences (56). Le développement de la télémédecine est peut-être une autre solution envisageable afin de faciliter l'obtention d'avis spécialisé rapidement en EHPAD.

Cette étude a donné un reflet de la situation sanitaire des patients d'EHPAD. Au final, plus de trois passages aux urgences de personne âgée d'EHPAD sur quatre ont été appropriés. Le recours aux urgences de cette population n'est donc pas aussi inadapté que présumé.

Toutefois lorsqu'il était non pertinent, le passage aux urgences était souvent lié à une carence médicale. L'autre raison évoquée par les experts était le manque de moyens nécessaires pour assurer les soins urgents pouvant être pris en charge en ambulatoire.

Des réflexions sur les possibilités d'améliorations ont ainsi été proposées pour optimiser les soins ambulatoires au sein des EHPAD. Elles portaient sur le renforcement du lien ville-hôpital et l'adaptation du rôle du médecin généraliste et de celui du médecin coordonnateur.

Malgré le caractère monocentrique et les biais de cette étude, les résultats doivent encourager les initiatives visant à améliorer la coordination des secteurs médico-social et sanitaire et à favoriser l'obtention de moyens supplémentaires. À l'échelle locale, ces dernières auront un effet limité ; elles devront s'associer à un plan de restructuration de l'offre de soins dans les EHPAD au niveau national.

5. CONCLUSION

THÈSE SOUTENUE PAR : Elodie BARNAY et Nathalie MARQUES

TITRE : ÉVALUATION DE LA PERTINENCE DES PASSAGES AUX URGENCES,DU CENTRE HOSPITALIER DE CHAMBÉRY,DES PERSONNES ÂGÉES DE 75 ANS ET PLUS, RÉSIDANT EN EHPAD

CONCLUSION :

La fréquentation des services d'urgences par les personnes âgées dépendantes est en constante augmentation. Sachant que toute venue inappropriée aux urgences peut être délétère chez la personne âgée, il paraissait important d'étudier la pertinence des passages aux urgences de cette population.

Cette étude, descriptive et rétrospective, a évalué la pertinence des passages aux urgences des personnes âgées de 75ans et plus, résidant en EHPAD, sur six mois.

L'outil permettant de juger la pertinence était la version française de *l'Appropriateness Evaluation Protocol* (AEPf). Ses grilles de critères explicites ont distingué les passages aux urgences non pertinents (AEPf-) des passages aux urgences pertinents (AEPf+). Puis un *override* (revue des dossiers) des AEPf-, réalisé par deux experts indépendants, a permis de corriger le taux d'évitabilité initial.

Selon l'AEPf, 29,2% des passages aux urgences étaient non pertinents (AEPf). Après l'*override*, le taux d'évitabilité pour l'expert urgentiste était de 24.7%, et pour l'expert gériatre de 13,7%. La discordance entre les deux experts était majeure et significative.

Près de la moitié des AEPf- ont été non justifiés par les deux experts. Ces passages aux urgences ont eu lieu aux heures ouvrables, en semaine, lors d'une présence infirmière. Ils ont été adressés pour un avis diagnostique ou thérapeutique.

Contrairement aux présomptions initiales, plus de quatre passages aux urgences de personne âgée d'EHPAD sur cinq ont été appropriés dans cette étude. La plupart des passages aux urgences inappropriés étaient liés à une carence médicale. Ce constat a souligné le défaut de permanence de soins en EHPAD, même aux horaires ouvrables. Selon l'expert gériatre, le médecin responsable du

passage aux urgences ne semblait pas avoir tous les moyens nécessaires pour assurer les soins urgents, pouvant être pris en charge en ambulatoire.

Face aux difficultés de prise en charge de cette population, des améliorations ont été proposées pour optimiser les soins. Elles ont porté sur le renforcement du lien ville – hôpital et l'adaptation du rôle du médecin généraliste et celui du médecin coordonnateur, pierres angulaires dans l'organisation des soins de la population d'EHPAD.

Cette étude adonné un reflet de la situation sanitaire des patients d'EHPAD, avec des propositions d'améliorations, à l'échelle locale. Ces dernières auront un effet limité sans association à un plan de restructuration de l'offre de soins dans ces institutions.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER.

GRENOBLE, le 12/05/2015

LE DOYEN DE LA FACULTÉ

Professeur J.P. ROMANET

LE PRÉSIDENT DE THÈSE

CHU de Grenoble
Pôle Pluridisciplinaire de Médecine
Médecine Gériatrique
Professeur Gaétan GAVAZZI
RPPS 10003456224

Professeur G. GAVAZZI

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Bellamy V, Beaumel C. Bilan démographique 2014 : des décès moins nombreux. INSEE [Internet]. 2015 Jan;(1532).
   Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1532/ip1532.pdf

2. INSEE. Recensement de la population totale de France métropolitaine par sexe et âge en 2011 - exploitation principale. INSEE; 2011.

3. Prevot J. Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. DREES [Internet]. 2009 août;(699).
   Disponible sur : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er699.pdf

4. Volant S. Les résidents des établissements pour personnes âgées en 2011. DREES [Internet]. 2014 février;(877).
   Disponible sur : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er877.pdf

5. Girio-Fragkoulakis C, Gardner C, Cross S, Mason S, Walters S. Assessing the impact older people from care homes place on the emergency services. Eur J Emerg Med Off J Eur Soc Emerg Med. 2011 Apr;18(2):81–5.

6. Perrin Besson S. Le recours au service d'urgence médecine, chirurgie du CHU de Grenoble de la population d'EHPAD [Mémoire de capacité de Gériatrie]. [Grenoble]: Faculté de Médecine, Université Joseph Fourier; 2013.

7. Sirois M-J, Émond M, Ouellet M-C, Perry J, Daoust R, Morin J, et al. Cumulative incidence of functional decline after minor injuries in previously independent older Canadian individuals in the emergency department. J Am Geriatr Soc. 2013 Oct;61(10):1661–8.

8. Ingarfield SL, Finn JC, Jacobs IG, Gibson NP, Holman CDJ, Jelinek GA, et al. Use of emergency departments by older people from residential care: a population based study. Age Ageing. 2009 May;38(3):314–8.

9. Wang HE, Shah MN, Allman RM, Kilgore M. Emergency Department Visits by Nursing Home Residents in the United States. J Am Geriatr Soc. 2011 Oct;59(10):1864–72.

10. Société Francophone de Médecine d'Urgence. 10e conférence de consensus : Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux Urgences. Texte long. 5 Déc 2003. 2004;17(3-c2):183–201.

11. Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. JAMA. 1996 Mar 20;275(11):852–7.

12. Hwang U, Morrison RS. The Geriatric Emergency Department : THE GERIATRIC EMERGENCY DEPARTMENT. J Am Geriatr Soc. 2007 Nov;55(11):1873–6.

13. American College of Emergency Physicians, American Geriatrics Society, Emergency Nurses Association, Society for Academic Emergency Medicine, Geriatric Emergency Department Guidelines Task Force. Geriatric emergency department guidelines. Ann Emerg Med. 2014 May;63(5):e7–25.

14. Jones JS, Dwyer PR, White LJ, Firman R. Patient transfer from nursing home to emergency department: outcomes and policy implications. Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med. 1997 Sep;4(9):908–15.

15. Carter L, Skinner J, Robinson S. Patients from care homes who attend the emergency department: could they be managed differently. Emerg Med J EMJ. 2009 Apr;26(4):259–62.

16. Faye M, ORULIM "Observatoire Régional des Urgences du Limousin." Filière de soins gériatriques : le flux des personnes âgées de 75 ans ou plus en provenance des EHPAD, ayant recours aux services des urgences en Limousin. ORULIM; 2011 Juillet.

17. Kurtzemann I. Prise en charge des urgences en EHPAD : proposition d'amélioration par le médecin coordinateur. [Faculté de Médecine Cochin- Port Royal]: Université René Descartes Paris V; 2007.

18. Schwebel G, Manciaux M-A, Baumann C. Recours au service d'accueil des urgences des personnes âgées en provenance des établissements d'hébergement. Rev Gériatrie. 2005 Oct;30(8).

19. Renom-Guiteras A, Uhrenfeldt L, Meyer G, Mann E. Assessment tools for determining appropriateness of admission to acute care of persons transferred from long-term care facilities : a systematic review. BMC Geriatr. 2014;14:80.

20. Haute Autorité de Santé (H.A.S.). Service évaluation des pratiques. St Denis La Plaine. FRA. Revue des Pertinence des Soins : application aux admissions et aux journées d'hospitalisation. St Denis La Plaine: HAS; 2014 Nov p. 91.

21. SANESCO - DHOS. Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières - Lot 1 : Mesure des inadéquations - Rapport final. Ministère de la Santé et des Sports; 2011 Juillet.

22. Lorenzo S, Lang T, Pastor R, Tampieri A, Santos-Eggimann B, Smith H, et al. Reliability study of the European appropriateness evaluation protocol. Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care ISQua. 1999 Oct;11(5):419–24.

23. Morin J, Durand PJ. Validation de l'échelle "Appropriateness Evaluation Protocol (AEP)" en gériatrie et dans les disciplines médicales [Thèse de Médecine Générale]. LAVAL; 1999.

24. Davido A, Nicoulet I, Levy A, Lang T. Appropriateness of admission in an emergency department : reliability of assessment and causes of failure. Qual Assur Health Care Off J Int Soc Qual Assur Health Care ISQA. 1991;3(4):227–34.

25. Smeets PM, Verheggen FW, Pop P, Panis LJ, Carpay JJ. Assessing the necessity of hospital stay by means of the appropriateness evaluation protocol: how strong is the evidence to proceed ? Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care ISQua. 2000 Dec;12(6):483–93.

26. Robain M, Lang T, Fontaine A, Logerot H, Monnet E, Six P, et al. Reliability and validity of the French version of the first part of the Appropriateness Evaluation Protocol (AEPf) : pertinent criteria of hospitalization stay. Rev Dépidémiologie Santé Publique. 1999 Apr;47(2):139–49.

27. Lombard I, Lahmek P, Diène E, Monnet E, Logerot H, Levy Soussan M, et al. Cause of non-pertinent hospital stays: interobserver concordance using the French version of the Appropriateness Evaluation Protocol. Rev Dépidémiologie Santé Publique. 2001 Sep;49(4):367–75.

28. Kalant N, Berlinguet M, Diodati JG, Dragatakis L, Marcotte F. How valid are utilization review tools in assessing appropriate use of acute care beds ? CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 2000 Jun 27;162(13):1809–13.

29. Peiró S, Meneu R, Lorenzo S, Restuccia JD. Assessing the necessity of hospital stay by means of the appropriateness evaluation protocol : a different perspective. Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care ISQua. 2001 Aug;13(4):341–3, author reply 345–6.

30. Strumwasser I, Paranjpe NV, Ronis DL, Share D, Sell LJ. Reliability and validity of utilization review criteria. Appropriateness Evaluation Protocol, Standardized Medreview Instrument, and Intensity-Severity-Discharge criteria. Med Care. 1990 Feb;28(2):95–111.

31. Tsang P, Severs MP. A study of appropriateness of acute geriatric admissions and an assessment of the Appropriateness Evaluation Protocol. J R Coll Physicians Lond. 1995 Aug;29(4):311–4.

32. Abdoulhadi D, Chevalet P. Etude de la pertinence des admissions directes en Court Séjour Gériatrique des patients résidant en EHPAD [Thèse de Médecine Générale]. [Nantes]: Nantes; 2014.

33. Menand E, Somme D. Evaluation de la pertinence des admissions en urgence des personnes âgées de plus de 80 ans dans 8 CHU français [Thèse de Médecine Générale]. [Rennes]: Rennes 1 - UEB; 2013.

34. Begaudeau A, Legeard E. Pertinence des admissions des Personnes Agées de 80 ans et plus aux urgences du CHU de Nantes [Thèse de Médecine Générale]. Nantes; 2011.

35. Fournier D, Lesage P, Carpentier F. Evaluation de la pertinence des hospitalisations aux urgences du centre hospitalier de CHAMBERY [Thèse de Médecine Générale]. [Grenoble]: Grenoble; 2012.

36. Santos-Eggimann B, Sidler M, Schopfer D, Blanc T. Comparing results of concurrent and retrospective designs in a hospital utilization review. Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care ISQua. 1997 Apr;9(2):115–20.

37. Rolland Y, Andrieu S, Hein C, Vellas B. Les flux d'entrée et de sorties des résidents des EHPAD en France : résultats de l'étude PLEIAD. Rev Gériatrie. 2012 Sep;37(7):543–8.

38. Arendts G, Howard K. The interface between residential aged care and the emergency department : a systematic review. Age Ageing. 2010 May;39(3):306–12.

39. Brillet B. Recours aux urgences pour les résidents d'EHPAD : pertinence et voies d'amélioration [Mémoire de Diplôme Inter-Universitaire Médecin Coordonnateur d'EHPAD]. Université René Descartes Paris V;

40. McNamara RM, Rousseau E, Sanders AB. Geriatric emergency medicine: a survey of practicing emergency physicians. Ann Emerg Med. 1992 Jul;21(7):796–801.

41. Code de l'action sociale et des familles Article D312-158 • Modifié par Décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011 - art. 2. Code de l'action sociale et des familles, 2011-1047.

42. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 de nouvelles projections nationales et régionales. DREES [Internet]. 2009 février;(679). Disponible sur: http://www.centre.paps.sante.fr/fileadmin/CENTRE/PAPS/Choix_du_mode_d_exercice/Besoins_offres_de_sante_et_politique_regionale_de_sante/Etude_DREES_2030.pdf

43. Luez J-M. Quelle place pour le Médecin Traitant dans l'EHPAD ? Analyse des problématiques actuelles et futures [Diplôme Inter-Universitaire de Médecin Coordonnateur d'EHPAD]. [Lille]: Université de Médecine; 2010.

44. Katz PR, Karuza J, Intrator O, Mor V. Nursing home physician specialists : a response to the workforce crisis in long-term care. Ann Intern Med. 2009 Mar 17;150(6):411–3.

45. Ouslander JG, Lamb G, Perloe M, Givens JH, Kluge L, Rutland T, et al. Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents : frequency, causes, and costs: [see editorial comments by Drs. Jean F. Wyman and William R. Hazzard, pp 760-761]. J Am Geriatr Soc. 2010 Apr;58(4):627–35.

46. Flety-Develay I. 13ème mission du médecin coordonnateur d'EHPAD : la prescription dans les situations d'urgence = Source de conflits avec le Médecin Traitant ? Etat des lieux à la RDAS [Diplôme Inter-Universitaire Médecin Coordonnateur d'EHPAD]. [Faculté Cochin-Port Royal]: Université René Descartes Paris V; 2011.

47. Evans G. Factors influencing emergency hospital admissions from nursing and residential homes : positive results from a practice-based audit. J Eval Clin Pract. 2011 Dec;17(6):1045–9.

48. Baroiller Ciesielski V, Do Trinh Q. Guide d'accueil du médecin traitant intervenant en EHPAD : mise en place et évaluation [Mémoire de Diplôme Inter-Universitaire Médecin Coordonnateur d'EHPAD]. [Faculté Cochin-Port Royal]: Université René Descartes-Paris V; 2012.

49. Pialoux T, Amblard-Manhes E. Soins palliatifs en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : état des lieux, problématiques et perspectives. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. 2013 Dec;12(6):298–304.

50. Meuree A. La permanence des soins dans les EHPAD du coeur d'Hérault.(Une étude prospective). [Montpellier]: Faculté de médecine; 2012.

51. Bohyn E, Guillemaud A-M, Laniece I, Lapertot M, Gavazzi G, Couturier P. Prise en charge des “situations complexes” chez les personnes âgées de 75 ans et plus, vues à leur domicile par SOS Médecins Grenoble et susceptibles de nécessiter une hospitalisation [Thèse de Médecine Générale]. Claude Bernard - Lyon 1; 2009.

52. Dourthe C. Quelle place pour l’hospitalisation à domicile en établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ? Rev Gériatrie. 2014 Nov;39(9):573–4.

53. Circulaire interministérielle DGS/DHOS/DGAS/DSC/DGT/DUS/UAR no 2009-127 du 11 mai 2009 relative aux nouvelles dispositions contenues dans la version 2009 du plan national canicule et à l’organisation de la permanence des soins propres à la période estivale. mai, 2009.

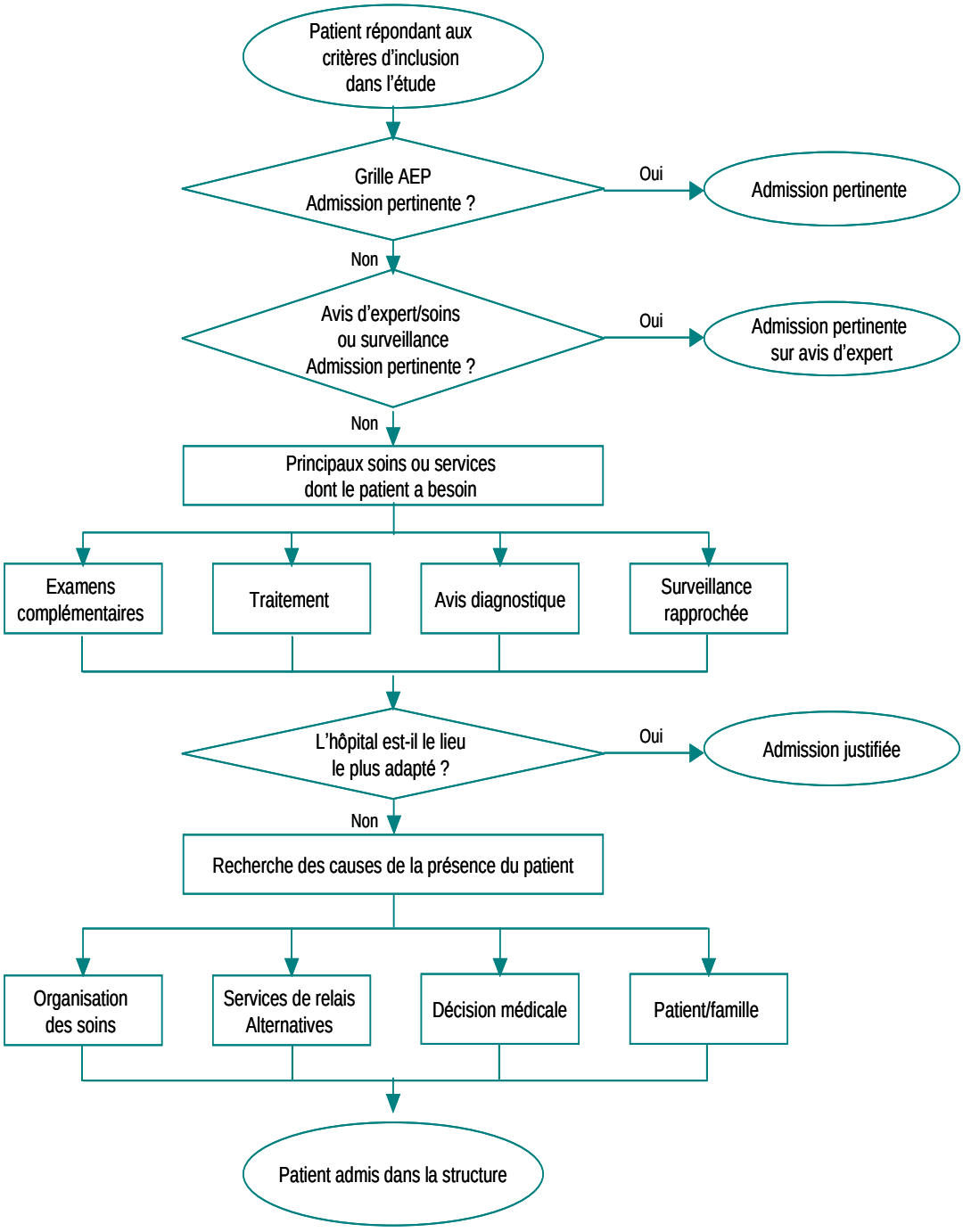
54. Kim B-A, Castel-Kremer E, Azzaoui-Cuzon S, Comte B. Equipe Mobile de Gériatrie : mise en place d’une ligne téléphonique pour améliorer l’interface ville-hôpital. Paris, France; 2010.

55. Decelle G, Creton H. Equipe mobile de gériatrie intervenant en EHPAD : enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes du bassin de santé d’Annecy [Thèse de Médecine Générale]. [Grenoble]: Université Joseph Fourier; 2011.

56. Devès MB, Mactoux V, Ledieu P, Dumont E, Boucaumont A, Bohatier J. Evaluation après quatre mois d’un programme de coordination gérontologique (Cogert). Paris, France; 2013.

7. ANNEXES

- **ANNEXE 1** : Représentation graphique de l'AEPf des admissions



- **ANNEXE 2** : Grilles d'évaluation de l'AEPf des admissions

I. Grilles AEPf des admissions d'après Davido, 1991 (12)

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

A - Critères de sévérité clinique		
1	Coma, inconscience ou désorientation d'installation récente	❑
2	Pouls < 50/min ou > 140/min	❑
3	Pression artérielle systolique (mmHg) < 90 ou > 200, diastolique < 60 ou > 120	❑
4	Cécité ou surdité brutale	❑
5	Perte brutale de la motricité d'une partie du corps	❑
6	Fièvre persistante > 38,5° sous le bras ou 39° rectale depuis plus de 5 jours	❑
7	Syndrome hémorragique	❑
8	Troubles électrolytiques ou des gaz du sang graves : Na < 123 ou > 156 mEq/l, K < 2,5 ou > 6,0 mEq/l, HCO3 < 20 ou > 36 mEq/l (sans qu'existe de cause de chronicité), pH < 7,30 ou > 7,45	❑
9	Atteinte de fonctions essentielles de façon brutale (impossibilité de bouger, de manger, de respirer et d'uriner) à l'exception d'une manifestation chronique sans fait nouveau.	❑
10	Ischémie aiguë à l'ECG	❑

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

Admission pertinente = 1	
Admission non pertinente = 2	

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

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

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

_ _ _ _

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

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

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

D - Quel lieu d'hébergement serait le mieux adapté pour prendre en charge le patient aujourd'hui (jour de l'admission) compte tenu de son état de santé, de sa situation socio-économiques et familiale ? (une seule réponse possible)

1. Le domicile :

1.1 sans aide

1.2 avec aide non médicale (ménagère…)

1.3 avec aide médicale ou paramédicale (soins infirmiers « légers » et/ou une surveillance médicale non spécialisée occasionnelle pendant la journée)

1.4 avec aide médicale ou paramédicale soutenue (soins infirmiers « lourds » et/ou une surveillance médicale régulière, nuit et WE compris)

2. Une structure d'hébergement :

2.1 non médicalisée de proximité (ex. hôtel proche de l'hôpital)

2.2 non médicalisée pouvant être éloignée de l'hôpital

2.3 avec soins médicaux et/ou paramédicaux (aide à la vie quotidienne, soins infirmiers, kinésithérapie)

2.4 médicalisée

3. L'hôpital (établissement de court séjour)

Réponse	/__/__/

E - Quelle est la raison principale expliquant l'admission ? (une seule réponse possible)	
➔ *L'hôpital n'est pas le lieu le mieux adapté* (vous n'avez pas répondu 3 à la question D) **1. Organisation des soins** 1.1 Attente d'un avis diagnostique ou thérapeutique au sein de cette structure 1.2 Attente d'un avis d'expert (ressource externe aux urgences) 1.3 Attente d'une procédure diagnostique ou thérapeutique au sein de cette structure 1.4 Attente d'une procédure diagnostique ou thérapeutique dans une autre structure 1.5 Manque de personnel aux urgences pour une surveillance rapprochée d'un patient pendant plusieurs heures **2. Service de relais** 2.1 Indisponible (places ou rendez-vous non disponibles) 2.2 Inaccessible (isolement géographique, situation socio-économique du patient) 2.3 Inexistant ou inconnu **3. Décision médicale** 3.1 Attente d'avis d'expert (senior indisponible) 3.2 Demande expresse du médecin de ville 3.3 Attente d'un avis collégial (concertation avec les services cliniques et médico-techniques) **4. Raisons liées au patient ou à sa famille** 4.1 Risque de non-observance des prescriptions (traitement, examens…) 4.2 Décision du patient et/ou sa famille 4.3 Retour à domicile transitoirement impossible (heure tardive, week-end) compte tenu du contexte social ou de l'âge.	
Réponse	/__/__/

- **ANNEXE 3**: Caractéristiques des populations

Figure 3-1 : Répartition des admissions aux urgences selon les jours de la semaine
PAU : passages aux urgences

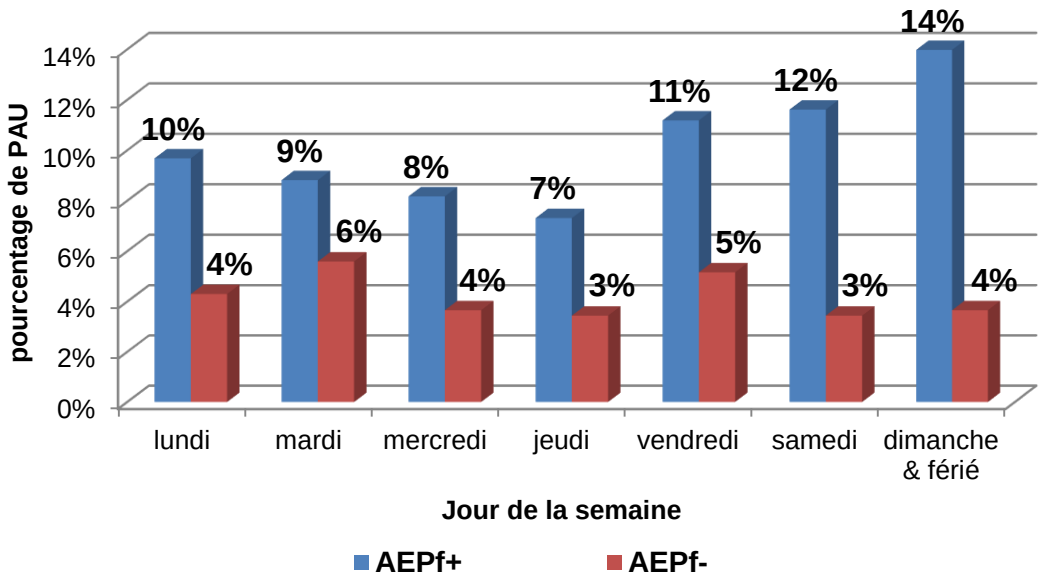
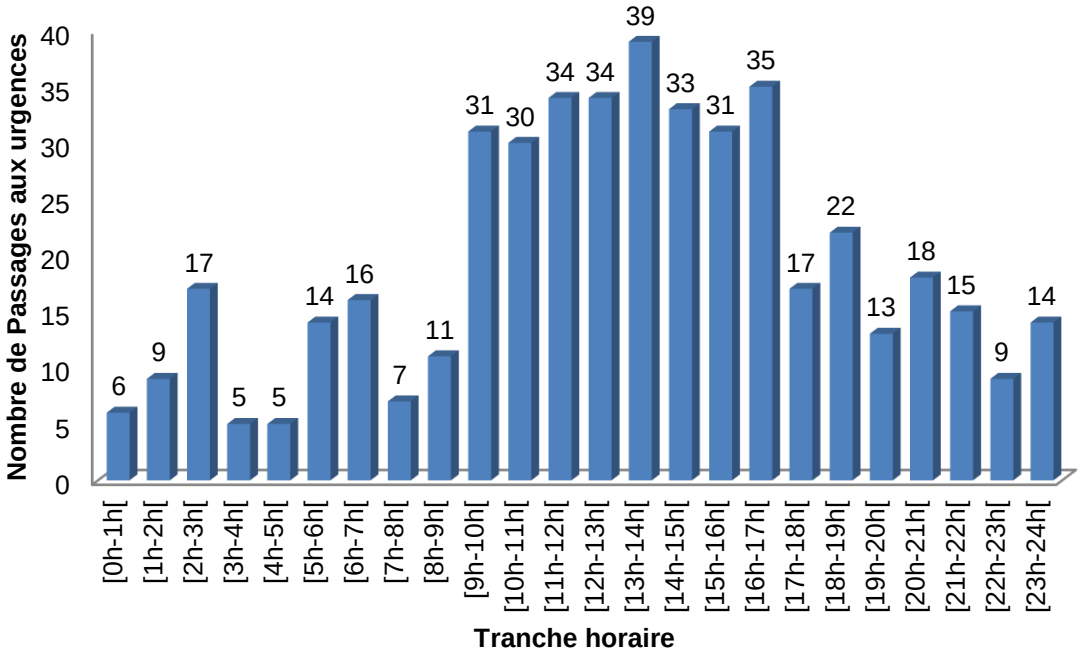


Figure 3-2 : Répartition des passages aux urgences de la population totale, par tranche horaire sur 24 heures, sur 6 mois



- **ANNEXE 4** *: Détails des AEPF- non justifiés hospitalisés*

N° inclusion	Age (années)	GIR	Présence IDE au moment de l'admission	Personnel responsable du PAU	Heure	Motif de recours	Diagnostic en fin de prise en charge aux urgences	Motif d'hospitalisation	Hospitalisation	Durée de séjour (PMSI)	Décès
18	79	1	non	NR	02h05	Dyspnée fébrile depuis plusieurs jours	Pneumopathie gauche	Oxygéno-requérance	H	3	non
19	84	2	non	NR	23h14	AEG, encombrement bronchique	Bronchopathie, contexte de cachexie sur cancer métastatique / démence modérée	Soins de confort	H	6	oui
54	91	2	oui	Médecin	16h32	Demande d'avis urologique sur SAD arrachée : consultation prévue le lendemain	Pas de rétention aigue d'urine	Attente consultation programmée en urologie	H / UHCD	1	non
81	84	2	oui	Médecin	15h42	chute traumatisme membre supérieur sur hémiplégie droite	Contusion épaule droite	Retour impossible en EHPAD	H / UHCD	1	non
112	88	1	oui	NR	17h54	Hypotension /marbrures	Suspicion sepsis chez un patient grabataire, démence avancée, soins de confort convenu avec famille, médecin traitant.	Remplissage vasculaire + début d'antibiothérapie	H / UHCD	1	non
115	91	2	non	Médecin	22h34	Ulcère variqueux douloureux	Ulcère douloureux	Adaptation de l'antalgique pour soins d'ulcère	H	3	non

N° inclusion	Age (années)	GIR	Présence IDE au moment de l'admission	Personnel responsable du PAU	Heure	Motif de recours	Diagnostic en fin de prise en charge aux urgences	Motif d'hospitalisation	Hospitalisation	Durée de séjour (PMSI)	Décès
						sous patch morphinique, famille demandeuse					
144	85	2	oui	NR	12h04	Chute + traumatisme costal	Traumatisme costal sans fracture	Retour impossible en EHPAD	H / UHCD	1	non
146	83	3	oui	Médecin	13h32	Fièvre	Toux fébrile sans gravité <24h. Pyélonéphrite récente	Surveillance	H	2	non
158	88	2	oui	IDE	02h04	Fièvre depuis plusieurs jours	Probable arthrite microcristalline du poignet	Surveillance	H	4	non
181	91	5	non	NR	00h58	Epistaxis sous AVK	Epistaxis sans surdosage AVK, cédant à la compression nasale bidigitale	Retour impossible en EHPAD	H / UHCD	1	non
220	87	4	oui	NR	15h15	Chute traumatisme hanche gauche sur clou gamma	Contusion hanche gauche	Surveillance - réévaluation antalgique après palier 2	H / UHCD	1	non
403	88	2	oui	NR	18h43	Refus de sortie hospitalisation par EHPAD (refus isolement BLSE), arrachement de SAD	Ré-hospitalisation en urologie pour prostatite à BLSE + désondage	Erreur organisationnelle de la sortie d'hospitalisation	H	5	non

AEG : Altération de l'état général ; AVK : Anti-Vitamine K ; BLSE : Béta-lactamases à Spectre Etendu ; EHPAD : Établissements d'Hébergement de Personnes Âgées Dépendante H : Hospitalisation en service conventionnel ; SAD : Sonde A Demeure ; UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

- **ANNEXE 5:** Justifications des experts concernant les AEPf- justifiés (AEPf- j)

Numéro d'inclusion	AEPf- / AEPf+	EXPg	EXPg	EXPu	EXPu
37	AEPf-	AEPf- j	Bilan douleur thoracique urgent	AEPf- j	Adressé SOS médecin pour suspicion de SCA
58	AEPf-	AEPf- j	Fracture => nécessite PEC hospitalière	AEPf- j	Chute, impotence fonctionnelle totale => analgésie, radiologie, avis orthopédique
63	AEPf-	AEPf- j	Accident de la Voie Publique	AEPf- j	Chute sur voie publique, impotence fonctionnelle totale
71	AEPf-	AEPf- j	Adressé SOS Médecin	AEPf- j	Indication sondage double courant
121	AEPf-	AEPf- j	Fracture chez Sujet âgé grabataire	AEPf- j	Fracture, impotence fonctionnelle totale
176	AEPf-	AEPf- j	PEC chirurgicale	AEPf- j	Impotence fonctionnelle totale, fracture
193	AEPf-	AEPf- j	Facture => plâtre	AEPf- j	Impotence fonctionnelle totale, fracture
206	AEPf-	AEPf- j	PEC chirurgicale	AEPf- j	Fracture, impotence fonctionnelle totale
243	AEPf-	AEPf- j	Fracture	AEPf- j	Radiologie +/- TDM, avis orthopédique
263	AEPf-	AEPf- j	Fracture	AEPf- j	Analgésie rapide, radiologie, avis orthopédique
271	AEPf-	AEPf- j	Adressé par médecin	AEPf- j	Analgésie, biologie, orientation selon diagnostic, surveillance
281	AEPf-	AEPf- j	Fracture	AEPf- j	Analgésie, radiologie, avis orthopédique, immobilisation
352	AEPf-	AEPf- j	Fracture	AEPf- j	Analgésie, radiologie, avis orthopédique
358	AEPf-	AEPf- j	Adressé par médecin	AEPf- j	Evaluation clinico-biologique, score FINE
359	AEPf-	AEPf- j	Fracture	AEPf- j	Analgésie, radiologie, avis orthopédique
394	AEPf-	AEPf- j	Surveillance risque infectieux	AEPf- j	Avis médical, biologie +/-imagerie, surveillance
404	AEPf-	AEPf- j	Fracture	AEPf- j	Analgésie, radiologie, avis orthopédique

EXPg : expert gériatre ; EXPu : expert urgentiste ; SCA : Syndrome Coronarien Aigu ; PEC : Prise En Charge

***ANNEXE* 6 :** Détails des raisons d'inadéquation des AEPf- discordants

Tableau 6-1 : Besoins en soins ou services médicaux des AEPf- discordants

EXPg	Soins et services dont a besoin le patient au moment du passage aux urgences	EXPu
4	Avis diagnostique et/ou thérapeutique nécessaire à la prise de décision	52
2	Procédure diagnostique et/ou thérapeutique nécessaire à la prise de décision	52
0	Surveillance thérapeutique ou clinique rapprochée pendant quelques heures	19
0	Éducation sanitaire	0
0	Soutien psychologique	0
0	Aucun soin, ni aucun service	1
4	**Totaux**	55

Tableau 6-2 : Soin ou service médical responsable des AEPf- discordants

EXPg	Principal soin ou service responsable du passage aux urgences	EXPu
4	Avis diagnostique et/ou thérapeutique nécessaire à la prise de décision	29
0	Procédure diagnostique et/ou thérapeutique nécessaire à la prise de décision	25
0	Surveillance thérapeutique ou clinique rapprochée pendant quelques heures	0
0	Éducation sanitaire	0
0	Soutien psychologique	0
0	Aucun soin, ni aucun service	1
4	**Totaux**	55

Tableau 6-3 : Lieu d'hébergement le plus adapté pour les patients AEPf- non justifiés

EXPg	Lieu d'hébergement le plus adapté le jour du passage aux urgences	EXPu
0	Hôpital	17
0	Domicile avec aide médicale ou paramédicale	3
0	Structure d'hébergement non médicalisée de proximité	0
0	Structure d'hébergement non médicalisée pouvant être éloignée de l'hôpital	0
0	Structure d'hébergement avec soins médicaux et/ou paramédicaux	10
4	Structure d'hébergement médicalisée	25
4	**Totaux**	55

Tableau 6-4 : Raisons à l'origine des AEPf- non justifiés

EXPg	Raison principale expliquant le passage aux urgences (lorsque l'hôpital n'est pas le lieu le plus adapté)	EXPu
0	Organisation des soins (attente d'un avis diagnostique +/- thérapeutique)	2
4	Service relais* inexistant	20
0	Décision médicale avec attente d'un avis d'expert (indisponibilité)	4
0	Décision médicale à la demande expresse du médecin de ville	9
0	Décision médicale avec attente d'un avis collégial	3
0	Raisons liées au patient ou à sa famille	0
4	**Totaux**	38

EXPg : Expert gériatre ; EXPu : Expert urgentiste.
** Services de relais : services de soins de suite, structures d'hébergement adaptées, praticiens et soins ambulatoires rapidement mobilisables*

ANNEXE 7 : Justifications de l'expert gériatre concernant les 55 AEPf- justifiés pour lui, non justifiés (NJ) pour l'expert urgentiste

Numéro d'inclusion	AEPf+ / AEPf-	Diagnostic	EXPu	EXPg
17	AEPf-	Dyspnée	NJ	Résistance des premiers antibiotiques, gaz du sang à contrôler
20	AEPf-	Fugue	NJ	Fugue / à part
50	AEPf-	Vomissements + diarrhées	NJ	Fragilité clinico-biologique, évolution péjorative en ambulatoire
69	AEPf-	Douleur poignet gauche	NJ	Fracture => plâtre
77	AEPf-	Hématome invalidant du mollet	NJ	Prise en charge chirurgicale
104	AEPf-	Plaie purulente douloureuse de hallux valgus	NJ	Adressé par Médecin
106	AEPf-	Douleur poignet droit depuis 4 j	NJ	Fracture => plâtre
107	AEPf-	Tachycardie sinusale	NJ	Adressé par Médecin
108	AEPf-	Traumatisme du doigt il y a 3 semaines	NJ	Adressé par Médecin
113	AEPf-	Céphalées + pneumopathie	NJ	Adressé SOS Médecin
114	AEPf-	Chute et douleurs rachidiennes	NJ	Facteurs de gravité + pronostic engagé
125	AEPf-	Agitation post Traumatisme crânien	NJ	Crise psycho-comportementale nécessitant hospitalisation
129	AEPf-	Douleurs abdominales + AEG	NJ	Adressé par Médecin
137	AEPf-	AEG + hypoglycémie	NJ	Adressé par Médecin
151	AEPf-	Pneumopathie	NJ	Adressé par Médecin
155	AEPf-	Signes fonctionnels urinaires+ déficit sphinctérien	NJ	Adressé SOS Médecin
182	AEPf-	Hématome Membre Inférieur Gauche + anémie sur surdosage AVK	NJ	Soins impossibles en EHPAD

Numéro d'inclusion	AEPf+ / AEPf-	Diagnostic	EXPu	EXPg
192	AEPf-	Transfusion	NJ	Transfusion impossible en EHPAD
205	AEPf-	Chute + plaie délabrante sourcil gauche	NJ	Confusion à bilanter
217	AEPf-	Désaturation fébrile	NJ	Fragilité + Récidive syndrome infectieux
225	AEPf-	Lombalgies invalidantes	NJ	Adressé par Médecin
242	AEPf-	Dyspnée fébrile désaturante dans contexte palliatif	NJ	Facteur de gravité
250	AEPf-	Dyspnée non fébrile post bronchite	NJ	Nécessité d'une prise en charge hospitalière
254	AEPf-	Altération de l'état général + hypotension	NJ	Adressé par Médecin
277	AEPf-	Dyspnée	NJ	Adressé par Médecin
309	AEPf-	Découverte ACFA	NJ	Adressé par Médecin
313	AEPf-	Altération de l'état général + bilan hépatique anormal	NJ	Adressé par Médecin
319	AEPf-	Fracture Membre Inférieur gauche	NJ	Fracture
324	AEPf-	Douleurs abdominales fébriles	NJ	Adressé par Médecin
328	AEPf-	Décompensation cardiaque	NJ	Adressé par Médecin
332	AEPf-	Vomissements + diarrhées	NJ	Fragilité diabète
339	AEPf-	Dysurie + hydrocèle testicule droit	NJ	Prise en charge urologique
346	AEPf-	Désaturation + encombrement bronchique	NJ	Adressé par Médecin
347	AEPf-	TC sans PC + traumatisme lombaire	NJ	Fracture tassement
361	AEPf-	Traumatisme genou droit	NJ	Hyperalgie => accès à la pharmacopée hospitalière
363	AEPf-	Epistaxis	NJ	Transfusion impossible en EHPAD
364	AEPf-	Douleurs abdominales fébriles + asthénie	NJ	Surveillance : risque choc septique
370	AEPf-	Fièvre sur plaie inguinale gauche	NJ	Fragilité + Risques de complications

Numéro d'inclusion	AEPf+ / AEPf-	Diagnostic	EXPu	EXPg
382	AEPf-	Traumatisme épaule droite hyperalgique	NJ	Adressé par Médecin
386	AEPf-	Gonalgie Gauche	NJ	Adressé par Médecin
393	AEPf-	Érysipèle d'évolution défavorable	NJ	Évolution péjorative plaie
397	AEPf-	Rétention aigue d'urines	NJ	Prise en charge urologique
400	AEPf-	Epanchement genou	NJ	Adressé par Médecin
407	AEPf-	Douleur épaule	NJ	Adressé par Médecin
417	AEPf-	Dyspnée	NJ	Adressé par Médecin
418	AEPf-	Chute sous AVK + fièvre	NJ	Adressé par Médecin
425	AEPf-	Hématémèse + mélaena	NJ	Adressé par Médecin
431	AEPf-	Dyspnée + fausse route	NJ	Critères de gravité
433	AEPf-	Syndrome subocclusif	NJ	Adressé par Médecin
447	AEPf-	Pneumopathie/ épanchement pleural?	NJ	Adressé par Médecin
450	AEPf-	Épistaxis sous AVK	NJ	Fragilité clinique, biologie, méchage
456	AEPf-	Fièvre + troubles de la vigilance	NJ	Facteurs de gravité
458	AEPf-	Chute à répétition + trouble de la marche	NJ	Prise en charge hospitalière
459	AEPf-	Lombalgies aigues + asthénie	NJ	Douleur + Tassement + Perte autonomie
464	AEPf-	Insuffisance rénale aigue sur Insuffisance rénale chronique	NJ	Insuffisance rénale aigue

EXPg : expert gériatre ; EXPu : expert urgentiste ; AEG : Altération de l'Etat Général ; TC : Traumatisme crânien ; PC : Perte de Connaissance ; ACFA : Arythmie Cardiaque par Fibrillation Auriculaire.

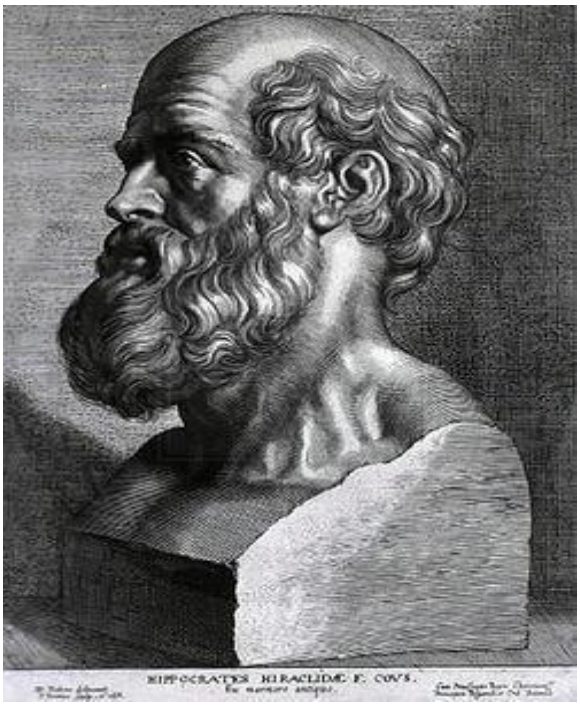
- **ANNEXE 8** : Caractéristiques des EHPAD du secteur de Chambéry

Nom EHPAD	Nombre total de patients	IDE la nuit	IDE le WE	Horaires IDE	Protocole d'urgence	appel C15 systématique	secteur SOS médecin
Agélia - CHAMBERY	98	non: 2 AS + 1 ASH/7patients unité fermée	oui	6h30 - 20h45	NR	non	oui
Albert Carron - YENNE	83, dont 2 d'hébergement temporaire, 12 de psychogériatrie	1 AS + 1 ASH	oui	6h30 - 21h	NR	oui	non
Brachet - AIX LES BAINS	68	astreinte de 21h - 6h30	oui	6h30 - 21h	oui	interne de garde	non
Félix Pignal - BRISON SAINT INNOCENT	35	non : 1 AS + 1 ASH	oui	6h30 - 21h	oui	non (gériatre d'astreinte ou médecin de garde du CH)	non
Floréal - FRONTENEX	37	non : 1 AS + 1 ASH	oui	semaine : 6h30-20h30 WE : 6h30-12h30 / 17h-20h30	oui	journée : non nuit:oui	NR
Foyer Notre Dame - LES MARCHES	90	non : 2 AS + 1 ASH	non	7h - 19h	oui	journée : non nuit/WE: oui	NR
La Cerisaie - CH CHAMBERY	120	oui	oui	24h/24	interne de garde	si urgence vitale	non
La Montferine - BARBY	43	non : AS	oui	semaine : 7h - 19h WE: 7h-13h/17h-19h	oui	journée : non nuit/WE: oui	oui
La Quiétude - PONT DE BEAUVOISIN	26	non : 1 AS	oui / astreinte	7h30 - 16h30	oui	oui	NR
La Ramée - ALLEVARD	50	non : 1 AS + 1 ASH	oui	6h30 - 21h30	oui + appel médecin coordonateur si urgence	non	non

Lac d'Aiguebellette - NOVALAISE	63	non : 1 AS + 1 ASH	oui / en discontinu	semaine : 6h45 - 21h WE: 10h de présence	NR	semaine : non nuit/WE: oui	NR
Le Cézalet dessus et Le Cézalet dessous - CH CHAMBERY	135	oui	oui	24h/24	interne de garde	si urgence vitale	non
Le Clos fleuri - AITON	22	1 AS	non	NR	oui	journée : non nuit : oui	non
Le Clos Saint Joseph - JACOB BELLECOMBETTE	79	non : 1 AS + 1 ASH	oui	7h - 19h	oui	non	oui
Le Doyenné Fontaine Saint Martin - CHAMBERY	86	non : 1 AS + 1 ASH	oui	7h30 - 20h30	chute uniquement	semaine : non nuit/WE: oui	oui
L'Éclaircie - LA MOTTE SERVOLEX	83	non : 2 AS	oui	6h45 - 20h15	oui	semaine : non nuit/WE: oui	oui
Les Augustines - PONT DE BEAUVOISIN	79, dont 12 de psychogériatrie	non : 1 AS + 1 ASH	oui / en discontinu	semaine : 8h - 20h WE: 7h30-12h30 / 17h-19h	oui + appel médecin	oui	non
Les Belles Saisons - AIGUEBELLE	72	non : 1 AS + 1 ASH ou 2 AS	oui / en discontinu	semaine : 6h30-20h45 WE : 7h-13h/17h-20h	non	semaine : non nuit/WE: oui	non
Les Berges de L'Hyères - CH CHAMBERY	85	oui	oui	24h/24	interne de garde	si urgence vitale	non
Les Blés d'or - SAINT BALDOPH	84, dont 4 d'hébergement temporaire	non : 1 AS + 1 ASH	oui	6h30 - 20h45	oui	non	oui
Les Cascades - SAINT VINCENT DE MERCUZE	100, dont 32 de psychogériatrie	non : 4 AS	oui / astreinte	NR	oui	semaine : non nuit/WE: oui	non
Les Charmilles - CHAMBERY	19	non: 1 AS	oui	7h - 15h	non	non	oui
Les Clématis - CHAMBERY	85, dont 3 d'hébergement temporaire, 24 de	non: 2 AS + 1 Agent	oui	7h - 21h	oui, pas si urgence vitale	non	oui

	psychogériatrie						
Les Curtines - LA ROCHETTE	60	non : 2 AS	oui	6h30 - 21h	oui	non + si palliatif (directive anticipée signée)	non
Les Floralies - SAINT GENIX SUR GUIERS	64	non : 1 AS + 1 ASH	non	6h45 - 19h45	oui	semaine : non nuit/WE: oui	non
Les Glycines - COGNIN	6	non : 1 AS	oui / discontinu	semaine : 7h - 20h WE: 7h-12h30/17h-20h	oui mais non adaptée à équipe soignante	non	oui
Les Grillons - AIX LES BAINS	87, dont 25 de psychogériatrie	non : 2 AS + 1 ASH	oui L-D:	6h50 - 21h10	non	oui	NR
Les Jardins de Marlioz - AIX LES BAINS	80 + 6 places de jour	non : 1 AS + 1 ASH	oui	7h - 19h30	oui	non	NR
Les Terrasses de Reinach - LA MOTTE SERVOLEX	78	non : 1 AS + 1 ASH	oui	6h45 - 21h15	oui	oui	oui
Les Tilleuls - ENTRE DEUX GUIERS	50	non : 2 AS	oui	6h30 - 21h	non	oui	NR
Lucien Avocat - BEAUFORT SUR DORON	52	non: 2 AS	oui	6h30 - 19h	non, en cours	oui, après 21h	non
Maurice Perrier - LE CHATELARD	26	non uniquement d'astreinte, mais 1 AS présente	oui / discontinu	semaine : 6h45-18h30 WE: 6h45-12h30 / 17h-18h30	non	non	non
Michel Dubettier - SAINT PIERRE D'ALBIGNY	63, dont 22 de psychogériatrie	non : 2 AS	oui	6h30 - 18h30	oui	non, médecin d'astreinte 20h-8h	non
Plein Soleil - LHUIS	66	non : 1 AS + 1 ASH ou 2 ASH	oui	semaine : 7h15-19h30 WE: 7h15 - 15h	oui	oui	non
Résidence Béatrice - LES ECHELLES	40	non : 1 AS + 1 ASH	oui / discontinu	semaine : 7h - 20h45 WE:	non	journée : non nuit : oui	non

				7h30-12h30 / 13h30-18h30			
Résidence du Parc - COGNIN	50, dont 8 de psychogériatrie	non : 1 AS + 1 Agent	oui / discontinu	semaine : 7h - 20h WE: 7h-12h30/17h-20h	oui mais non adaptée à équipe soignante	non	oui
Saint Antoine - MONTMELIAN	171, répartis dans 5 secteurs de 20 à 46 lits	oui : 1 IDE + 5 AS (1 AS/service)	oui	24h/24	oui	non	NR
Saint Benoit - CHAMBERY	83	non : 1 AS + 1 ASH (+ 1 ASH 20h-24h)	oui	semaine : 6h45 - 21h WE: 6h45 - 20h30	chute uniquement	journée : non nuit : oui	oui
Saint Michel - BOURG SAINT MAURICE	69 + 1 d'hébergement temporaire	non : 2 AS	oui	NR	oui	non	non
Tiers Temps - AIX LES BAINS	54	non	non	7h-13h / 15h-19h	non	oui	non
USLD la Martinière - SAINT LAURENT DU PONT	76	uniquement à l'USLD	oui	6h30 - 21h	oui	non	non
USLD La Vanoise - CH CHAMBERY	30	oui	oui	24h/24	interne de garde	si urgence vitale	non
USLD l'Arcalod - CH CHAMBERY	30	oui	oui	24h/24	interne de garde	si urgence vitale	non



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

AUTEURS : NOM : BARNAY PRENOM : Elodie
MARQUES Nathalie

Thèse de Médecine – UJF Grenoble 2015

Date de Soutenance : 29 mai 2015

Jury : Pr Gavazzi.G (Président), Pr Scolan V., Dr Maignan M., Dr Perrin Besson S.

Directeur : Dr Lesage P.

TITRE

Évaluation de la pertinence des passages aux urgences du Centre Hospitalier de Chambéry, des personnes âgées de 75 ans et plus, résidant en Établissement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

RESUME

Objectif :
La fréquentation des services d'urgences par les personnes âgées dépendantes est en constante augmentation. Cette étude a analysé la pertinence des passages aux urgences des personnes âgées de 75 ans et plus, venant d'EHPAD, et a décrit les passages aux urgences inappropriés.

Méthode :
Étude épidémiologique, descriptive, rétrospective, menée de janvier à juin 2014, aux urgences du Centre Hospitalier de Chambéry. L'évaluation de la pertinence a été réalisée selon une grille de critères explicites, la version française de *l'Appropriateness Evaluation Protocol* (AEPf) : distinction des passages aux urgences non pertinents (AEPf-) des passages aux urgences pertinents (AEPf+), puis revue des dossiers des AEPf- par deux experts indépendants.

Résultats :
465 passages aux urgences ont été inclus, 136 (29,2%) étaient AEPf-.
Les AEPf- étaient moins polymédiqués (83% versus 68% ; $p = 0,0003$). Davantage se déroulaient en journée (74% versus 61%, $p = 0,0081$), et en semaine (78% versus 68%, $p = 0,0386$). Leur taux d'hospitalisation était moindre (43% versus 77%, $p < 0,001$).
Parmi les 136 AEPf- : 17 étaient justifiés (12,5%), 60 (44%) non justifiés, et 59 (43,5%) faisaient l'objet d'un désaccord entre les experts (k = 0,16, $p < 0,0001$). Pour les non justifiés, un avis diagnostique ou thérapeutique était le principal besoin du patient, lors de son passage aux urgences. Après revue des dossiers, le taux d'évitabilité était de 13,7% selon l'expert gériatre, et de 24,7% selon l'expert urgentiste.

Conclusion :
Les passages aux urgences des personnes âgées venant d'EHPAD étaient jugés non pertinents dans 29,2% des cas. Les experts ont confirmé que près de la moitié d'entre eux n'auraient pas dû avoir recours aux urgences. Le taux d'évitabilité a été apprécié différemment selon que l'expert soit gériatre (13,7%) ou urgentiste (24,7%).

Mots clés : Personnes âgées, EHPAD, urgence, pertinence