



**HAL**  
open science

**Les transferts aux urgences des patients venant  
d'EHPAD : étude descriptive durant trois mois aux  
urgences du centre hospitalier universitaire de  
Saint-André à Bordeaux**

Agathe Jacquot

► **To cite this version:**

Agathe Jacquot. Les transferts aux urgences des patients venant d'EHPAD : étude descriptive durant trois mois aux urgences du centre hospitalier universitaire de Saint-André à Bordeaux. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01679123

**HAL Id: dumas-01679123**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01679123>**

Submitted on 9 Jan 2018

**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 de Bordeaux  
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017

N° 221

Thèse pour l'obtention du

**DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
**Par JACQUOT Agathe**

Née le 12 juin 1986 à Châtenay-Malabry

Le 20 décembre 2017

Titre de la thèse :

**Les transferts aux urgences des patients venant d'EHPAD :  
étude descriptive durant trois mois aux urgences du centre  
hospitalier universitaire de Saint-André à Bordeaux**

Directeur de thèse :

**Madame le Docteur FAURE Isabelle**

Jury

Monsieur le Professeur BONNET Fabrice  
Madame le Professeur SALLES Nathalie  
Monsieur le Professeur CASTERA Philippe  
Madame le Docteur DELNIEPPE Florence  
Madame le Docteur FAURE Isabelle

Président  
Rapporteur  
Juge  
Juge  
Directeur

# REMERCIEMENTS

---

**A Monsieur le Professeur Fabrice Bonnet, Chef de service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses, Saint-André Bordeaux**

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté la présidence de ma thèse et de juger aujourd'hui ce travail. Je vous en remercie. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

**A Madame le Professeur Nathalie Salles, Chef du pôle Gériatrie Clinique, Responsable de l'Unité de Médecine Gériatrique2, Xavier Arnozan Bordeaux**

Je vous remercie d'avoir accepté d'être rapporteur, de m'avoir conseillée et de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

**A Monsieur le Professeur Philippe Castera, Médecin Généraliste, Maître de conférences associé, DMG Bordeaux.**

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury. Soyez assuré de ma reconnaissance pour l'intérêt que vous portez à ce travail.

**A Madame le Docteur Florence Delnieppe, Médecin Généraliste, Benquet.**

Je te remercie chaleureusement d'avoir si simplement accepté de participer à ce jury, de m'avoir fait confiance et de m'accompagner jusqu'ici.

**A Madame le Docteur Isabelle Faure, Chef de service de l'unité des Urgences et de Permanence d'Accès aux Soins de Santé, Saint-André Bordeaux.**

Je te remercie infiniment de m'avoir associée à ce projet, de m'avoir accordée ton temps si précieux pour m'avoir si bien guidée tout au long du travail, merci aussi pour ta patience et ton soutien. J'ai beaucoup appris à tes côtés, trouve ici toute ma gratitude et tout mon respect.

**A Madame le Docteur Adrienne Reix, Médecin Urgentiste, Saint-André Bordeaux.**

Je te remercie pour la relecture de ce travail avec ton œil éthique, merci pour ta réflexion et pour tes conseils.

### **A toute l'équipe des Urgences de Saint André**

Je vous remercie pour votre travail au quotidien; de m'avoir aidée dans le recueil de données qui s'est ajouté à toutes vos missions déjà bien nombreuses. Sans cela je n'aurais pu aboutir. Je vous en suis très reconnaissante. Merci à Eva pour ses corrections de l'anglais.

### **A toutes les équipes des EHPAD**

Merci pour l'aide que vous m'avez apportée dans ce travail. Merci pour votre dévouement auprès des patients et pour toute l'humanité que vous y mettez.

**A tous nos patients âgés**, vous êtes à l'initiative et au cœur de ce travail, je suis ravie qu'il puisse vous aider.

**Du Pileu à la Vallée d'Ossau**, merci à toutes mes terres d'accueil. Au KB, au Lot et Garonne, à Bordeaux, au Pays Basque, au Béarn, toutes vos cultures et tous vos paysages m'enrichissent chaque jour.

### **A mes parents,**

Chère Maman, merci pour ton amour inconditionnel, ton dévouement pendant toutes ces longues années d'études. Merci pour ton exemple et d'avoir contribué à faire de moi une femme libre, éduquée et indépendante.

Cher Papa, merci pour ta philosophie de la vie, ton goût partagé pour les évasions. Tout cela me pousse chaque jour dans le perso comme dans le pro.

**A tous mes cointernes**, je vous remercie d'avoir appris à vos côtés et d'avoir tout partagé le temps d'un semestre ou plus.

Je pense spécialement à vous Audrey, Camille, Naiké et Nico pour notre famille du premier semestre et notre amitié d'aujourd'hui.

**A Sandrine et à Flo**, merci de m'avoir tenue par la main lors de mes premiers pas et de m'avoir toujours encouragée. Merci pour notre amitié, toujours prête à être célébrée.

**A Elo**, pour notre fidèle et indéfectible amitié et pour tout le reste...

**A Audrey**, merci pour notre rencontre, pour tous les rayons de soleil d'ici et du bout du monde.

**A mes amis depuis l'externat**, je pense à vous Delphine et Tom.

**A Arnaud et Hélène**, malgré la distance je sais que vous êtes là depuis l'enfance, je vous remercie pour tout.

**A tous ceux** dont j'ai croisé le chemin et avec qui j'ai plaisir à passer de bons moments.

**A toi, Jean-Baptiste**, merci pour ce que tu es et de me supporter. Ton optimisme, ta patience, ton humour. Merci pour notre amour et de rendre la vie si douce à tes côtés.

# SOMMAIRE

---

REMERCIEMENTS.....	2
SOMMAIRE.....	4
LISTE DES ABREVIATIONS.....	7
LISTE DES ILLUSTRATIONS.....	8
INTRODUCTION.....	9
PREREQUIS.....	10
I Les Etablissements d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes .....	10
II Les résidents en EHPAD.....	11
2.1 Démographie et caractéristiques générales.....	11
2.2 Pathologies de la personne âgée en EHPAD.....	12
2.3 Médication des résidents en EHPAD et iatrogénie.....	13
III Les intervenants dans la prise en charge des résidents en EHPAD.....	13
3.1 Ressources humaines en EHPAD.....	13
3.2 Médecin traitant, médecin généraliste libéral.....	13
3.3 Médecin coordonnateur de l’EHPAD.....	14
3.4 Equipe mobile de soins palliatifs (EMSP).....	14
3.5 Equipe d’Hospitalisation à Domicile (HAD).....	15
3.6 SOS médecin.....	15
3.7 Médecin du SAMU/SMUR.....	16
IV Les transferts aux urgences et les hospitalisations des résidents d’EHPAD.....	17
4.1 Fréquence des transferts aux urgences et des hospitalisations des résidents.....	17
4.2 Conséquences des transferts aux urgences et des hospitalisations des résidents.....	18
4.3 Les difficultés des services d’urgences dans la prise en charge des personnes âgées.....	18
4.4 Prévenir les hospitalisations en urgence des résidents.....	19
V Le dossier de transfert aux urgences.....	19
5.1 Nécessité du dossier de transfert.....	19
5.1.1 Le manque d’information lors des transferts.....	19
5.1.2 Les formulaires de transfert.....	20
5.2 Le dossier de liaison d’urgence en France.....	21
5.2.1 Textes législatifs et réglementation.....	21
5.2.2 Déploiement du DLU .....	22
VI Les soins palliatifs et la fin de vie en EHPAD.....	23
6.1 La fin de vie en EHPAD.....	23
6.2 Les textes législatifs.....	23
6.3 L’organisation de la démarche de soins palliatifs en EHPAD.....	24
6.3.1 Recueil des directives anticipées.....	24
6.3.2 Désignation de la personne de confiance.....	25
6.3.3 Rédaction des prescriptions anticipées personnalisées.....	26

6.3.4 Les programmes de développement des soins palliatifs.....	26
6.4 Les hospitalisations en fin de vie.....	27
VII Etude aux Urgences Saint André (USA) à Bordeaux : démarche éthique.....	28
VIII Problématique.....	30
MATERIEL ET METHODE.....	31
I Objectifs de l'étude.....	31
1.1 Objectif principal.....	31
1.2 Objectifs secondaires.....	31
II Type d'étude.....	31
III Lieu d'étude.....	31
3.1 Présentation du CHU de Bordeaux.....	31
3.2 Le service d'Urgences de Saint André.....	32
IV Période de l'étude.....	32
V Population de l'étude.....	33
5.1 Critères d'inclusion.....	33
5.2 Critères d'exclusion.....	33
VI Protocole.....	33
6.1 Le recueil des données.....	33
6.1.1 La fiche de recueil.....	33
6.1.2 Les appels téléphoniques.....	35
6.2 Sélection et formation des enquêteurs.....	35
6.3 Analyse des données.....	35
VII Règles éthiques et réglementation.....	35
RESULTATS.....	36
I Logigramme de l'étude.....	36
1.1 Les admissions aux urgences.....	36
1.2 Présence et contenu du dossier de transfert à l'admission.....	37
II Modalités de transfert des résidents aux urgences.....	39
2.1 Distribution journalière et horaire des admissions.....	39
2.2 Décision médicale du transfert.....	41
2.3 Motif d'admission.....	42
2.4 Présence d'un médecin à l'EHPAD au moment du transfert.....	43
2.5 Présence du personnel soignant à l'EHPAD au moment du transfert.....	44
III Aux urgences : caractéristiques des patients et prise en charge.....	45
3.1 Caractéristiques générales des patients.....	45
3.2 Caractéristiques cliniques des patients.....	46
3.3 Défaillances cliniques.....	47
3.4 Diagnostics retenus.....	48
3.5 Traitement instauré.....	48
3.6 Orientation des patients.....	49
IV Démarche éthique aux urgences.....	50
4.1 Décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques.....	50
4.2 Instauration de soins de confort.....	51
4.3 Décès.....	52

V	Eléments de pertinence du transfert.....	53
5.1	Pertinence du transfert selon l'équipe des urgences.....	53
5.2	Transferts non pertinents aux urgences.....	54
5.3	Nombre de jours d'hospitalisation.....	55
5.4	Réadmissions et hospitalisations multiples.....	56
DISCUSSION.....		57
I	Limites de l'étude.....	57
II	Interprétation des résultats et revue de la littérature.....	59
2.1	Présence et contenu du dossier de transfert .....	59
2.2	Les modalités de transfert aux urgences.....	65
2.3	Aux urgences : les caractéristiques des patients et la prise en charge.....	69
2.4	Démarche éthique aux urgences.....	72
2.5	Evaluation de la pertinence.....	76
III	Champs de mise en œuvre et perspectives.....	81
3.1	Les interventions ciblées pour réduire les hospitalisations des résidents en EHPAD.....	81
3.2	Les conditions pour une efficacité des interventions ciblées en EHPAD.....	81
3.3	Les interventions réalisées en Aquitaine.....	82
3.3.1	L'aide à la prescription pour anticiper les troubles respiratoires en fin de vie.....	82
3.3.2	La modification du Dossier de Liaison d'Urgence.....	83
CONCLUSION.....		84
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....		85
ANNEXES.....		92
SERMENT D'HIPPOCRATE.....		113
RESUME.....		114

# LISTE DES ABBREVIATIONS

---

AMUF : Association des Médecins Urgentistes de France  
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie  
AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressources  
ARS : Agence Régionale de Santé  
AS : Aide-Soignant(e)  
CNSA : Conseil Nationale de Sécurité pour l'Autonomie  
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins  
DLU : Dossier de Liaison d'Urgence  
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation des Statistiques  
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante  
EGS : Evaluation Gérontologique Standardisée  
EMG : Equipe Mobile de Gériatrie  
ETP : Equivalent Temps Plein  
FFAMCO : Fédération Française des Associations de Médecins Coordonnateurs en EHPAD  
GIR : Groupe Iso Ressource  
GMP : Gir Moyen Pondéré  
HAD : Hospitalisation à domicile  
HAS : Haute Autorité de Santé  
HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie  
IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat  
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales  
LAT : Limitation ou Arrêt des Thérapeutiques  
LISP : Lits Identifiés de Soins Palliatifs  
MT : Médecin Traitant  
NH : Nursing Home (équivalent d'EHPAD)  
ONFV : Organisation Nationale de la Fin de Vie  
PMP : Pathos Moyen Pondéré  
SAU : Service d'Accueil des Urgences  
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente  
SFGG : Société Française de Gérontologie  
SFMU : Société Française de Médecine d'Urgences  
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation  
SP : Soins Palliatifs  
SU : Service d'Urgences  
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé



# LISTE DES ILLUSTRATIONS

---

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Logigramme de l'étude

Figure 2 : Présence des dossiers de transfert à l'admission aux urgences

Figure 3 : Proportion par items des informations dans le dossier de transfert

Figure 4 : Répartition des admissions en fonction de la permanence des soins

Figure 5 : Répartition des admissions en fonction du jour de la semaine

Figure 6 : Répartition des admissions en fonction de l'heure d'arrivée

Figure 7 : Répartition des patients en fonction du médecin ayant pris la décision du transfert aux urgences

Figure 8 : Répartition des dossiers en fonction des motifs d'admission

Figure 9 : Répartition des patients en fonction du médecin présent à l'EHPAD au moment du transfert aux urgences

Figure 10 : Répartition des patients en fonction du type de personnel de l'EHPAD présent au moment du transfert aux urgences

Figure 11 : Répartition des patients suivant la présence d'au moins une défaillance d'organe

Figure 12 : Répartition des patients en fonction du diagnostic principal retenu aux urgences

Figure 13 : Répartition des patients en fonction de leur devenir après la prise en charge aux urgences

Figure 14 : Répartition des patients en fonction de la décision de LATA aux urgences

Figure 15 : Répartition des patients suivant le type de soins de confort instauré aux urgences

Figure 16 : Répartition des patients décédés en fonction du lieu de décès

Figure 17 : Répartition des dossiers suivant l'évaluation de la pertinence du transfert aux urgences par l'équipe des urgences

Figure 18 : Diagramme de Venn présentant les patients partagés entre les groupes « non défaillants » et « présence IDE » à l'EHPAD

Figure 19 : Diagramme de Venn montrant les patients partagés entre les groupes « non défaillants », avec une « présence IDE » et « hospitalisés ou non ».

Figure 20 : Répartition des patients hospitalisés en fonction nombre de jours d'hospitalisation

Figure 21 : Répartition des patients suivant qu'ils aient été admis aux urgences dans l'année passée

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques générales des patients venant d'EHPAD à l'admission aux urgences

Tableau 2 : Caractéristiques cliniques des patients venant d'EHPAD à l'admission aux urgences

# INTRODUCTION

---

En France en 2013, 24% de la population avait plus de 60 ans contre 16% en 1950 et 9% des personnes âgées avait plus de 75 ans contre 3,8% en 1950. Ce chiffre est en constante progression. L'INSEE estime qu'en 2050, un tiers de la population aura plus de 60 ans. La population, devenant de plus en plus âgée, a donc souvent recours aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Une étude, menée en 2012 dans le service des Urgences de Saint André (USA) à Bordeaux a décrit les patients pour lesquels une décision de limitation thérapeutique a été décidée. Elle rapporte que 50 % d'entre eux venaient des EHPAD. 52% de ces résidents d'EHPAD sont décédés et que 54% des décès sont survenus dans les 48 premières heures suivant l'admission aux urgences. Les résultats, ont également mis en évidence le peu de recueil des directives anticipées, la faible mention de la personne de confiance manquante dans environ la moitié des dossiers, le peu de consignes sur le type d'intervention médicale en cas de mise en jeu du pronostic vital, le peu de prescriptions anticipées et l'absence de référents médicaux et familiaux rendant peu collégiale les décisions de limitation thérapeutique.

Ainsi les urgentistes sont confrontés à prendre en charge des personnes âgées et dépendantes, à décider de limitation thérapeutique et à gérer des situations de fins de vie dans un lieu peu adapté à la prise en charge des sujets âgés et sans les éléments nécessaires notamment éthiques permettant de les y aider.

Les EHPAD sont médicalisés, ils sont donc plus accessibles à la mise en place de protocoles de prévention et de prise en charge pour améliorer la qualité des soins de leurs résidents et ainsi réduire leur transfert aux urgences ou de l'optimiser quand il n'est pas évitable.

Voici pourquoi ce travail s'est porté sur l'étude des transferts aux urgences des résidents en EHPAD et plus particulièrement sur l'analyse de leur dossier de transfert.

# PREREQUIS

---

## I LES ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) regroupent l'ensemble des établissements médico-sociaux ou de santé qui accueillent les personnes âgées de façon permanente, temporaire, de jour ou de nuit. On distingue trois types d'établissements pour personnes âgées : les maisons de retraite, les foyers logements et les unités de soins de longue durée des hôpitaux.

Les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont des structures médicalisées ayant pour vocation à accueillir des personnes âgées ayant une dépendance physique ou psychique. Ce statut, créé en 2002, correspond à « des maisons de retraite médicalisées ». Ils ont signé une convention tripartite avec le Conseil Général et l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui précise les conditions de fonctionnement sur le plan financier, dans une logique de médicalisation et d'amélioration de la qualité.

En France, au 31 décembre 2013, on comptait 6 865 EHPAD ce qui représente 572 042 places. La capacité moyenne est de 83 places (1).

En Nouvelle Aquitaine, au 1<sup>er</sup> janvier 2014, il y avait 65534 lits en EHPAD (2).

43% de ces établissements appartiennent au secteur public, 31% viennent du secteur privé à but non lucratif et 26% font partie du secteur privé commercial (1).

Selon le code de l'action sociale et des familles (3) :

- Cet hébergement peut se faire à temps complet ou partiel, de manière permanente ou temporaire.
- Ils proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés, des actions de prévention et d'éducation à la santé et apporte une aide à la vie quotidienne. Ils mettent en place avec la personne accueillie un projet d'accompagnement personnalisé comprenant un projet de soin et un projet de vie.
- Ils doivent fournir un minimum de prestation comme l'accueil hôtelier, la restauration, le blanchissage, l'animation et vie sociale ainsi que l'administration générale.
- Les EHPAD disposent d'une équipe pluridisciplinaire comprenant un médecin coordonnateur, un infirmier diplômé d'état (IDE), des aides-soignants (AS), des aides médico-psychologiques, des accompagnants éducatifs et sociaux, et des personnels psychoéducatifs.

Pour y être accueilli il faut être âgé de plus de 60 ans (sauf dérogation) et être dépendant et/ou en perte d'autonomie. Certains établissements sont spécialisés dans l'accueil des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, d'autres sont généralistes.

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

La loi du 24 janvier 1997 tendant à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance et, confortée par la loi du 20 juillet 2001 relative à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), prévoit un outil d'évaluation de la dépendance : la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressource) qui permet un classement des sujets en 6 groupes iso ressource, GIR (5) (Annexe 1).

Les termes d'autonomie et de dépendance ne sont pas opposés, car l'autonomie se réfère au libre arbitre alors que la dépendance est définie par le besoin d'aide. L'autonomie est la capacité à se gouverner soi-même, elle présuppose la capacité de jugement c'est-à-dire prévoir et choisir. Les deux notions se complètent (4).

Dans ces conditions le maintien au domicile peut être difficile motivant ainsi l'institutionnalisation.

## **II LES RESIDENTS EN EHPAD**

### **2.1 Démographie et caractéristiques générales des résidents en EHPAD**

Environ 10% des 75 ans ou plus et près de 23% des 85 ans ou plus résident en EHPAD (1).

L'âge moyen est de 85,8 ans (1)(6). Entre 2011 et 2015, la population en institution a vieilli. Fin 2015, la moitié des personnes âgées vivant en établissement ont plus de 87 ans et 5 mois, soit un an de plus qu'en 2011 (7).

Les trois quarts des résidents en EHPAD sont des femmes âgées en moyenne de 86 ans (1)(6). La surreprésentation des femmes s'accroît au fur et à mesure de l'avancée en âge des résidents et elles sont plus souvent sans conjoint que les hommes (91% vs 75%) (7).

54,5% des résidents sont très dépendants (GIR 1 ou 2), 32,9% dépendants (GIR 3 et 4) et 12,6% non dépendants (GIR 5 et 6) (1)(6). Le niveau moyen de dépendance continu de s'accroître entre 2011 et 2015 : en 2011, 81% des résidents étaient classés en catégorie de GIR 1 à 4, ils sont 83% en 2015 (7).

## 2.2 Pathologies de la personne âgée en EHPAD

La fréquence des maladies s'accroissant avec le vieillissement, une majorité des personnes âgées se trouvent atteintes de plusieurs pathologies et notamment celles vivant en EHPAD.

Fin 2011, la quasi-totalité des résidents des EHPAD sont atteints par au moins une pathologie chronique stabilisée. Au total les résidents d'EHPAD cumulent en moyenne 7,9 pathologies (1).

91% des résidents souffrent d'affections neuropsychiatriques. Elles rassemblent les syndromes démentiels (dont la maladie d'Alzheimer) (49%), l'état dépressif (40%) et les troubles chroniques du comportement (35%) (8).

79% des résidents sont atteints d'au moins une affection cardiovasculaire. Parmi elles, on retrouve en première place l'hypertension artérielle (60%). Au deuxième rang des affections cardiovasculaires se place l'insuffisance cardiaque qui concerne 24% des résidents en EHPAD. Les troubles du rythme cardiaque et les coronaropathies sont retrouvés respectivement à 26 et 18% des résidents (8).

57% des résidents en EHPAD sont atteints d'affection gastro-entérologiques (8).

55 % des résidents sont touchés par les maladies ostéoarticulaires. Parmi eux, 20% ont une pathologie de la hanche, 18% une pathologie vertébro-discale et 12% une polyarthrite (8).

Il est à noter que 42 % des résidents ont des troubles de la marche.

Les affections uro-néphrologiques atteignent 48% des résidents d'EHPAD. L'incontinence urinaire est la plus représentée en touchant 40,8 % des résidents. Vient ensuite l'insuffisance rénale qui concerne 10% d'entre eux (8).

35% des résidents présentent une affection endocrinienne. 15% sont atteints par le diabète.

22% des résidents ont un état grabataire et 2 % sont dans un état terminal soit en fin de vie.

Les affections bronchopulmonaires sont présentes chez 19% des résidents en EHPAD, soit près de deux résidents sur dix.

19 % souffrent d'affection de la peau. 7,8 % des résidents présentent des escarres et des ulcères.

10% des résidents sont touchés par des pathologies infectieuses.

En outre, 23% des résidents sont atteints par d'autres pathologies, parmi elles l'anémie qui touche 12% des résidents et les états cancéreux qui représentent 10% des résidents.

De plus, il est à souligner que les prévalences de certaines de ces différentes affections dépendent des groupes GIR. En effet, la prévalence des syndromes démentiels est plus élevée dans les groupes GIR les plus dépendants. De même l'incontinence concerne 70 % des GIR1. Au contraire les affections cardiovasculaires et les affections ostéo-articulaire varient peu selon le degré de dépendance (8).

## **2.3 Médication des résidents en EHPAD et iatrogénie**

Les résidents poly pathologiques sont poly médicamentés : la prise quotidienne est de sept molécules par personne âgée en moyenne (9).

Les principales classes thérapeutiques utilisées en EHPAD sont : les antidépresseurs (32%), les anxiolytiques (27%), les hypnotiques (22%), les neuroleptiques (15%) et les régulateurs de l'humeur (3%) (9).

L'usage des médicaments comporte cependant des risques soit en lien avec leur effet propre soit à cause du contexte et des modalités de leur utilisation. Les personnes âgées sont plus exposées aux événements indésirables associés aux médicaments du fait des changements physiologiques qui accompagnent le vieillissement normal et de la présence de plusieurs pathologies. La poly médication multiplie les interactions médicamenteuses et les effets indésirables qui peuvent eux-mêmes générer de nouvelles prescriptions...(9).

Chaque intervenant, soignant auprès des résidents d'EHPAD, a donc un rôle dans la démarche thérapeutique.

## **III LES INTERVENANTS DANS LA PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS EN EHPAD**

### **3.1 Ressources humaines en EHPAD**

Le temps soignant des aides-soignantes, les aides médico-psychologiques et les infirmiers (IDE) est à 29 équivalents temps plein (ETP) pour 100 résidents (10).

Les EHPAD ne disposent pas de poste infirmier de nuit, sauf exception. La nuit, le personnel ne se compose en général que de deux agents, une aide médico-psychologique ou un(e) AS et un agent non qualifié (10).

Le temps médical se compose du médecin coordonnateur, médecin salarié et pharmacien si la pharmacie est à usage interne. Le temps paramédical est composé du kinésithérapeute et ergothérapeute. Ces deux temps restent limités (10).

### **3.2 Le médecin traitant, médecin généraliste libéral**

Le médecin traitant est un interlocuteur incontournable pour les personnes âgées en institutions et leurs proches.

La grande majorité des médecins généralistes libéraux suit des patients résidents en EHPAD : en moyenne 17 sur 3 établissements. Ils remplissent d'ailleurs la partie médicale du dossier unique de demande d'admission en EHPAD (11).

Les modalités d'exercice ne sont pas si particulières au regard de sa pratique habituelle si ce n'est la participation à une réunion annuelle de la commission gériatrique (12).

### **3.3 Le médecin coordonnateur de l'EHPAD**

Ils sont 5000 à 6000 praticiens en France, soit 0,55 ETP pour 100 résidents. En Aquitaine, ils couvrent 0,56 ETP pour 100 résidents (13).

Ils devraient tous être titulaires d'un DESC de gériatrie ou d'une capacité de gériatrie ou d'un diplôme de médecin coordonnateur ou d'une attestation de formation continue. Ils n'ont donc pas obligatoirement de diplôme spécifique de gériatrie, et dans la grande majorité, ce sont des médecins généralistes installés (14).

La fonction du médecin coordonnateur est apparue avec la loi du 24 janvier 1997 relative à la prestation spécifique dépendance modifiée par le décret du 2 septembre 2011 du code de l'action sociale et des familles qui définit clairement ses 13 missions (15).

Il élabore le projet général de soin, il donne son avis sur les admissions des résidents, il préside la commission de coordination gériatrique, il évalue et valide l'état de dépendance des résidents, il veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, il contribue à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions des médicaments, il contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation des professionnels de santé, il élabore un dossier type de soins, il établit un rapport annuel d'activité médical, il participe à la mise en œuvre des conventions entre établissements de santé, il collabore aux réseaux gérontologiques coordonnés, il identifie les risques éventuels pour la santé publique et il réalise des prescriptions médicales pour les résidents sans se substituer au médecin traitant (15).

La durée moyenne d'exercice des coordonnateurs est courte. Ils avancent souvent plusieurs difficultés dans leurs missions : relations difficiles avec les libéraux intervenant en EHPAD, absence d'information sur les malades, absence ou inaccessibilité du dossier médical et impossibilité de remplir leurs tâches (14).

### **3.4 L'Equipe Mobile de Soins Palliatifs**

Il existe 426 équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) en France dont 25 en Aquitaine (16).

Elles étaient 344 en 2008. Elles se sont développées suite au programme des soins palliatifs 2008-2012 qui décrivait les soins palliatifs dans les structures médico-social comme quasi balbutiants et proposait dans sa sixième mesure de rendre effective l'intervention des EMSP dans les EHPAD et de diffuser la culture palliative (17).

Elle a une activité intra, inter et extra hospitalière.

Cette équipe intervient à la demande du patient, de sa famille ou de l'équipe soignante qui en fait la demande. Elle est pluridisciplinaire et comporte des médecins spécialisé en soins palliatifs, des infirmières, des psychologues et des bénévoles. Elle ne se substitue pas à l'équipe référente, elle ne dispense donc pas directement des soins mais elle assiste les professionnels et travaille en collaboration avec eux (16).

Ses missions concernent : la prise en charge globale du patient et de son entourage familial, la prise en charge de la douleur et des autres symptômes, l'accompagnement psychologiques et psychosocial, le rapprochement, le retour et le maintien au domicile, la sensibilisation aux soins palliatifs et à la réflexion éthique. Elle développe les soins, le soutien, la formation et la recherche dans le domaine des soins palliatifs (16).

### **3.5 L'équipe d'Hospitalisation A Domicile**

Le premier établissement de santé d'hospitalisation à domicile (HAD) a été créé en France en 1957, reconnu légalement en 1970, mais il faudra attendre 2007 pour qu'ils puissent intervenir au sein des EHPAD (18).

De plus, l'intervention était soumise, jusqu'en décembre 2016, à des limitations d'indications (seuls 9 sur 20 des modes de prises en charge pouvaient être assurés) qui constituaient un frein au développement de l'HAD dans ce secteur. Ces restrictions rendaient en outre les critères d'admission en HAD peu lisibles par les prescripteurs et professionnels des EHPAD. Depuis, les fédérations signataires de convention de partenariat pour le développement de l'HAD en EHPAD se félicitent de cette mesure qui représente une alternative à l'hospitalisation traditionnelle (18).

Aujourd'hui, il y a 122 HAD en France dont 29 intervenants en Nouvelle-Aquitaine et 6 en Gironde (16).

Elle est prescrite par le médecin traitant ou par un médecin hospitalier, l'admission est prononcée par le médecin coordonnateur de l'HAD après évaluation de l'état de santé et du domicile. Elle assure au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux, continus et coordonnés (18).

L'activité en EHPAD est en forte croissance. Elle ne représentait que 5% des journées totales d'HAD en 2015, elle progresse de près de 20% entre 2011 et 2016 (18).

En Aquitaine, 4,2% des journées d'HAD sont réalisées en EHPAD en 2013 et 6,2% en 2015 soit en gironde 23 patients par jour/100 000hab (18).

### **3.6 SOS médecin**

C'est le premier acteur de la permanence des soins ambulatoires pour 60% de la population en France avec sa présence 24h sur 24, 365 jours sur 365 dans les zones urbaines et périurbaines des villes de grande et moyenne importance, recevant 4 millions d'appels par an (19).

La permanence des soins ambulatoires est une mission de service public qui vise à répondre aux besoins de soins non programmés aux horaires de fermeture des cabinets médicaux (20).

Créée en 1966, SOS médecin est une association d'un millier de médecins libéraux répartis dans 62 centres en France (19).



Ils interviennent sur la Communauté Urbaine de Bordeaux (CUB) et les communes environnantes ce qui représente presque 80 communes, soit plus de 900 000 personnes, soit 2/3 des habitants de la Gironde.

Leur omniprésence sur le terrain est un facteur déterminant pour les possibilités de maintien au domicile des personnes présentant des pathologies invalidantes. De nombreux EHPAD ont signé une convention avec une association SOS médecin pour assurer la permanence des soins de leur établissement (21).

Ils se déplacent après appel direct au standard de SOS médecin ou après régulation d'un appel passé au centre 15, par le patient ou sa famille, ainsi qu'un membre du personnel de l'EHPAD en l'absence de médecin sur place.

### **3.7 Le Médecin du SAMU/SMUR**

Le médecin du SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) est un médecin urgentiste qui s'occupe de la régulation des appels téléphoniques d'urgence, il peut décider du transfert dans un service d'urgences d'un résident après appel du 15 par le personnel de l'EHPAD ou du médecin traitant et/ou coordonnateur de l'EHPAD (21).

Le médecin du SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) est également un urgentiste intervenant après appel du centre 15 pour un motif jugé « urgence vitale » soit par le personnel de l'EHPAD soit par le médecin traitant ou coordonnateur présent à l'EHPAD. Il se déplace à l'EHPAD sur régulation du médecin du SAMU (21).

Il faut savoir qu'aucun des textes n'impose une organisation de la continuité des soins en EHPAD. Cette organisation, quand elle existe, s'établit donc sur la base du volontariat des médecins traitants et doit être coordonnée par le médecin coordonnateur. A défaut, ce sont souvent les systèmes de la permanence des soins, associations de médecins urgentistes libéraux ou le SAMU-centre15 qui sont sollicités pour répondre aux besoins de soins non programmés en EHPAD (21).

## IV LES TRANSFERTS AUX URGENCES ET LES HOSPITALISATIONS DES RESIDENTS D'EHPAD

### 4.1 Fréquence des transferts aux urgences et des hospitalisations des résidents

Les hospitalisations des personnes âgées sont fréquentes. Au moins un résident en EHPAD sur cinq s'est rendu aux urgences en 2011 en France et 70% des sorties de l'EHPAD sont liées à des hospitalisations, c'est ce que révèlent les résultats de l'enquête PLEIAD, citée dans le rapport de HCAAM en 2011 (22).

De plus, les résidents d'EHPAD représentent 16 à 38% de l'ensemble des patients ayant recours aux urgences en France (23)(24)(25), contre seulement 2% aux Etats-Unis (EU) (26). Ceci peut s'expliquer par des différences dans l'organisation de la permanence des soins et des différences en termes de moyens matériels et humains.

52% des hospitalisations des résidents d'EHPAD se font via les urgences. Ce taux d'hospitalisation avec passage aux urgences des personnes âgées est considéré comme un marqueur du « déficit d'organisation des soins » qui n'intègre pas leur spécificité (fragilité, poly pathologie, dépendance). En moyenne, 22,9% des séjours hospitaliers sont précédés d'un passage par les urgences pour les personnes de 70 ans et plus (15).

Les transferts des résidents des nursing homes (NH) vers les services d'urgences (SU) sont fréquents : 25% des résidents au moins une fois par an et 10% deux fois ou plus (27).

Cette constatation permet de formuler l'hypothèse selon laquelle la médicalisation de ces établissements est insuffisante au regard des problématiques médicales soulevées (24). Bien que le diagnostic médical soit déjà posé en EHPAD, le manque de personnel paramédical notamment infirmier, oblige le médecin traitant à envisager une hospitalisation aux urgences, en dépit des risques encourus par le patient (28).

De plus l'étude IQUARE révèle que la multi morbidité est associée à un risque accru d'hospitalisation : les résidents ayant plus de deux pathologies physiques et mentales ont un taux d'hospitalisation deux fois plus élevé que les résidents n'ayant qu'une pathologie physique ou mentale(29). Toutefois, le risque d'hospitalisation de ceux ayant une ou plusieurs pathologies physiques associées à une ou plusieurs pathologies mentales est inférieur au risque présenté par les résidents ayant uniquement une ou des pathologies physiques (30).

Le taux d'hospitalisation multiple est défini à partir des réhospitalisations du même patient à 30 jours qui sont en général dues au même problème de santé. Ce taux est considéré comme un indice « de sortie trop précoce ou de traitement inabouti ». Il croît plus rapidement autour de 70 ans et continue d'augmenter jusqu'à au moins 80 ans.

La durée moyenne de séjour est plus élevée, deux fois plus longue pour les 85 ans et plus, que pour les moins de 65 ans (15). Elle est un marqueur des « difficultés dans le parcours du patient » au sein et en aval de l'hôpital (22).

## **4.2 Conséquences des transferts aux urgences et des hospitalisations des résidents**

Les hospitalisations des personnes âgées fragiles sont sources d'effets délétères immédiats ou différés. L'enquête de gérontologie de Toulouse sur les résidents de 300 EHPAD en juin 2010 note une augmentation après hospitalisation de trois indicateurs de fragilité : chutes (+5%), dénutrition (+14%) et contention (+23%) (31).

L'hospitalisation est source de déstabilisation physique et psychique (32)(33), elle accroît la fragilité et la dépendance des personnes âgées et augmente leur perte définitive d'autonomie (34). Ainsi, 31,6% des résidents ne récupère pas leur état antérieur après une hospitalisation (35). Cette perte d'autonomie peut être le fait de la pathologie aiguë ayant motivé le transfert mais aussi les conséquences d'un défaut de prise en charge globale et personnalisée au cours de l'hospitalisation (36).

## **4.3 Les difficultés des services d'urgences dans la prise en charge des personnes âgées**

La prise en charge des personnes âgées aux urgences est complexe. Son retentissement peut être néfaste pour le patient.

L'organisation des soins aux urgences ne prend pas suffisamment en compte les besoins des personnes âgées fragiles. Le délai d'attente et le temps de consultation est plus long que la moyenne des autres patients (33)(34)(28)(37)(38) et ce d'autant plus que l'hospitalisation n'est pas justifiée. Le patient présente plus de risque d'être mal orienté faute de prise en charge gériatrique spécifique initiale (25).

La prise en charge des personnes âgées implique une mobilisation importante des ressources au sein des SU (39). Le temps passé au chevet est majoré, les examens complémentaires plus fréquents, l'orientation plus complexe et chronophage.

Ceci a donc un retentissement sur le fonctionnement du système de santé. Cette situation est insatisfaisante pour le résident, son entourage, les médecins urgentistes et les médecins traitants (40)(41). Elle contribue à l'engorgement des SU et retentit sur la prise en charge des autres patients (42).

## 4.4 Prévenir les hospitalisations en urgences des résidents

Prévenir les transferts aux SU doit être un objectif majeur de la prise en charge des personnes âgées (43).

Le projet pilote PAERPA 2013 est une expérimentation qui a pour but d'accroître la pertinence et la qualité des soins aux personnes âgées en risque de perte d'autonomie et aux résidents en EHPAD. Il a dans ses objectifs de réduire le nombre d'hospitalisations complètes, de limiter leur durée aux stricts besoins sanitaires et de réduire le passage des personnes âgées aux urgences. Son cahier des charges cible 4 facteurs majeurs : les problèmes liés aux médicaments, la dénutrition, la dépression et les chutes. Il s'appuie sur 4 outils de coordination : le plan personnalisé de santé pour une meilleure coordination des soins en ville, le document de sortie, le volet de synthèse médicale et le dossier de liaison d'urgence (44).

Dans son travail sur la prise en charge des urgences en EHPAD, le Dr Kurtzmann propose 3 axes afin de prévenir les hospitalisations en urgences des résidents et de limiter leur retentissement : anticiper et limiter les hospitalisations en urgences, organiser le transfert dans les meilleures conditions, améliorer la prévention des hospitalisations (40).

Les hospitalisations directement en service de gériatrie peuvent être favorisées. A Bordeaux, une permanence téléphonique de jour (9h-19h) est assurée par des gériatres seniors du pôle de gériatrie clinique du CHU Bordeaux, pour des avis, conseils ou demandes d'hospitalisations ou de consultations. Un numéro a été dédié et diffusé dans le journal de l'URPS.

## V LE DOSSIER DE TRANSFERT AUX URGENCES

### 5.1 Nécessité du dossier de transfert

#### 5.1.1 Le manque d'information lors des transferts

La revue de KB Pearson 2013 (45) concernant le transfert des résidents de NH vers les hôpitaux montrent que :

- Les informations essentielles sont souvent absentes lors du transfert des résidents vers les SU
- Ces problèmes de communication sont un des obstacles les plus cités à une bonne qualité de soins aux patients
- Des outils tels que les formulaires et/ou check list de transfert améliorent la communication lors des transferts et aident à améliorer la qualité des soins aux patients
- Ces transferts sont coûteux sur le plan financier et sont source de iatrogénie physique et émotionnelle pour les patients âgés des NH.

Les patients des NH transférés aux SU, pour la plupart en ambulance, arrivent avec des informations insuffisantes, 90% arrivent avec des informations incomplètes ou incohérentes,

10% sans informations. Les médecins des SU considèrent qu'environ 50% de ces informations sont très importantes pour la prise en charge des résidents (45).

Le manque d'information lors de ces transferts est de 85,5% (46).

L'insuffisance d'information peut avoir des conséquences néfastes pour la prise en charge du résident en SU et lors de son retour en NH. Elle peut avoir différents impacts comme des hospitalisations complètes qui auraient pu être évitées, l'incapacité des soignants de la NH à fournir les informations adéquates à la famille du résident ou le non-respect des souhaits des patients en matière de soins (47). Elle augmente le temps de séjour moyen en SU (48).

Le manque de données informatives contenues dans les lettres d'admission incite à proposer l'utilisation d'un courrier type pour toutes les personnes âgées de plus de 75ans admises aux urgences (49).

### **5.1.2 Les formulaires de transfert**

Plusieurs études recommandent l'utilisation de formulaires de transfert standardisés comme moyen d'amélioration de cette communication, et par conséquent de la sécurité et de la qualité des soins aux patients en SU.

La simple utilisation d'un formulaire de transfert permet de réduire de façon limitée le manque d'informations : 74,9% contre 93,5% en l'absence de formulaire (46).

L'utilisation d'un formulaire de transfert court, soit une page et 11 items, améliore la qualité des informations transmises. Ainsi après introduction de ce type de formulaire dans les NH, le « pourcentage de transfert avec succès » (9 items remplis sur 11) augmente significativement de 19,3% et le nombre d'items remplis augmente de façon significative de 0,8 item. 3 items (nom, date de naissance et nom de l'EHPAD) sont toujours remplis avec ou sans formulaire, cependant le remplissage du statut palliatif et des états de base mental et fonctionnel est significativement amélioré par la présence du formulaire (50).

Lors de leur introduction dans les NH, on constate que ces formulaires courts restent peu utilisés, beaucoup de renseignements ne sont en effet pas mentionnés, et dans la plupart des cas la raison exacte du transfert elle-même reste manquante ou peu claire (27).

Ces formulaires courts sont utilisés en moyenne dans 31,9% des cas, de façon très variable entre NH ; de quasiment pas à systématiquement. Lorsqu'ils sont utilisés, ils sont correctement complétés à 95,6% (10,7 items en moyenne). En comparant les informations transmises avec et sans formulaire, on constate une augmentation du « pourcentage de transferts avec succès » de 26,2% et un nombre moyen d'items remplis de plus de 1,8 items (50).

La fréquence des transferts en SU des résidents en EHPAD, la fréquence de leur troubles cognitifs, la complexité des prises en charge, rendent nécessaire la généralisation de l'utilisation du dossier de liaison aux urgences (51).

## 5.2 Le Dossier de Liaison d'Urgence en France

### 5.2.1 Textes législatifs et réglementation

Le dossier de liaison d'urgence (DLU) dans les établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes a été créé **le 13 mai 2008 par la circulaire interministérielle relative aux nouvelles dispositions contenues dans la version 2008 du plan national canicule** et précisant les actions à mettre en œuvre au niveau local pour détecter, prévenir et lutter contre les conséquences sanitaires d'une canicule (52).

La circulaire précise « qu'afin de disposer d'un document synthétique sur la prise en charge médicale et paramédicale de chaque résident et de rendre plus efficace l'action de tout médecin intervenant en urgence dans l'établissement, une fiche type de liaison va être prochainement diffusée par la direction générale des affaires sociales (DGAS). Le médecin coordonnateur de l'EHPAD veillera à la mise à jour régulière de cette fiche de liaison par le médecin traitant ».

**Le 29 mai 2008, la DGAS diffuse un DLU.** Ce document a été élaboré en concertation avec le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) de France, l'Association des Médecins Urgentistes de France (AMUF) et la Fédération Française des associations de Médecins Coordonnateurs en EHPAD (FFAMCO) (53).

Il synthétise les informations indispensables à un diagnostic précis et à une prise en charge adaptée. Il est renseigné pour tous les résidents hébergés et fait l'objet d'une actualisation si nécessaire.

Il ne constitue pas une fiche de liaison qui est un document rempli en urgence par le personnel soignant au moment d'une hospitalisation.

Le médecin coordonnateur veille à la mise à jour de ce DLU par le médecin traitant.

**La circulaire interministérielle du 2 avril 2010 relative à l'application du plan canicule 2010** précise que les EHPAD se trouvent dans l'une des deux situations suivantes (54) :

- Ceux dans lesquels le dossier médical de chaque résident est mis en place, informatisé ou non, tenu à jour par le médecin traitant et accessible y compris la nuit pour un médecin intervenant en urgence. Pour ces établissements, il n'y a pas besoin de DLU.
- Ceux qui n'ont pas encore de dossier médical pour tous les résidents, ou dont le dossier type est en cours d'élaboration, ou non ou mal renseigné par le médecin traitant, ou les EHPAD dans lesquels le dossier n'est pas accessible, notamment la nuit, par un médecin intervenant en urgence. Pour ces établissements, le DLU est obligatoire.

**La circulaire DGOS du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'accidents vasculaire cérébral** reprend le guide méthodologique DGOS pour l'organisation des filières AVC de décembre 2011 qui propose un DLU modifié pour les EHPAD. Dans ce document, la société française de médecine d'urgence (SFMU) et la société française de gériatrie et gériatrie (SFGG) « proposent que ce DLU devienne le document de liaison d'urgence quel que soit le motif d'appel au SAMU-centre 15

ou lorsque le patient est adressé aux urgences ». Il est précisé que le DLU doit être accessible 24h/24 à tout médecin intervenant en urgence dans un EHPAD (55).

Le DLU version 2012, contrairement aux préconisations de la circulaire de 2008, intègre donc les items de la fiche de transfert de l'EHPAD complétée lors de l'urgence et un document de retour du service des urgences. Il est présenté en Annexe 2.

### **5.2.2 Déploiement du DLU en France**

Fin 2009, sur les 5170 EHPAD des 77 départements qui ont transmis un état d'avancement sur la mise en place du DLU : 69,3% des EHPAD ont des dossiers accessibles 24h/24 à un médecin intervenant en urgence, seuls 30,6% ont mis en place un DLU et 9,7% sont en train de le mettre en place (54).

Les résultats sont très variables selon les départements et les régions. En Aquitaine 282 EHPAD ont répondu à l'enquête, 57% d'entre eux ont un dossier accessible 24h sur 24 et 19% d'entre eux ont mis en place le DLU. Un tableau récapitulatif des données régionales est présenté en Annexe 3.

Une équipe française d'Angers a élaboré et analysé en 2010 l'utilité d'une fiche de transmissions médicales standardisée pour l'admission des patients en phase terminale aux urgences. Cette fiche est intitulée « SAMU Urgences Pallia 53 ». 97% des médecins interrogés estimaient que ce type de transmissions médicales était important. 91% des médecins interrogés jugeait qu'elle pouvait permettre une meilleure prise en charge du patient et qu'elle pouvait être utile au médecin qui se déplace au domicile ou qui accueille le patient en cas de transfert. Le bilan a un an de la mise en place s'avérant positif, un outil similaire s'est élaboré dans le département voisin (56).

## VI LES SOINS PALLIATIFS ET LA FIN DE VIE EN EHPAD

### 6.1 La fin de vie en EHPAD

La fin de vie est devenue, au fil des années, un enjeu de plus en plus important pour les EHPAD : 90 000 personnes âgées y décèdent chaque année. 59% d'entre eux relèveraient de soins palliatifs mais n'y ont pas accès (13).

Dans son étude sur la fin de vie en EHPAD en 2013, l'Observatoire national de la fin de vie mentionne un taux de décès de 25% des résidents soit environ 20 décès par établissement et par an. Les trois quart de ces décès surviennent au sein même de l'établissement. Dans la très grande majorité des cas (87%), ces résidents décèdent de façon non-soudaine, c'est-à-dire à la suite d'une période au cours de laquelle un accompagnement de la fin de vie a pu être mis en place (13).

L'EHPAD est devenu le dernier lieu de vie ou un « lieu de fin de vie ».

Cependant, en Aquitaine en 2013, 25% des médecins coordonnateurs n'avaient aucune formation en soins palliatifs et seuls 8% des médecins traitants bénéficiaient d'actions de sensibilisation à la fin de vie (13).

La fin de vie de ces résidents nécessite donc un accompagnement spécifique et les soignants sont souvent confrontés à la mort. Initier et développer une culture de soins palliatifs dans les EHPAD est inévitable.

### 6.2 Les textes législatifs

**La circulaire Laroque du 26 aout 1986** relative aux soins et à l'accompagnement des malades en phases terminales précise les modalités de l'organisation et les caractéristiques des unités de soins palliatifs (57).

**Le rapport Delbecq de janvier 1993** fait des constats et émet des propositions sur l'organisation afin de conduire une réflexion sur les soins palliatifs et les malades en fin de vie (58).

**La loi 99-477 du 4 juin 1999** garantit l'accès aux soins palliatifs pour tous en le présentant comme un droit (59).

**La loi 2002-303 du 4 mars 2002, Loi Kouchner**, relative aux droits des malades et à la qualité du système santé fait référence au soulagement de la douleur en précisant que « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager la douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée... ». Cette loi introduit également la notion de personne de confiance (60).

**La loi 2005-370 du 22 avril 2005, Loi Leonetti**, relative aux droits des malades et à la fin de vie clarifie et renforce les dispositions existantes sur l'obstination déraisonnable et l'obligation de dispenser des soins palliatifs, sur la procédure d'arrêt ou de limitation de traitement du malade en fin de vie, sur la collégialité de la décision de l'arrêt de traitement du malade



inconscient, sur la procédure d'interruption ou refus de traitement, sur le respect par le médecin de la volonté du malade en fin de vie et sur la désignation de la personne de confiance. Cette loi instaure la notion des directives anticipées relative à la fin de vie (61).

**Le décret 2006-122 du 6 février 2006** impose aux établissements médicaux sociaux d'hébergement un projet de soins palliatifs dans le projet de soins (62).

**Le décret du 5 janvier 2016** crée le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie (63).

**La loi 2016-87 du 2 février 2016, Loi Léonetti Claeys**, crée de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Elle pose le principe selon lequel « toute personne a droit à une fin de vie digne et apaisée. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté ». Elle tend au développement des soins palliatifs en y inscrivant la garantie de leur accès sur « l'ensemble du territoire ». Elle clarifie la mise en œuvre de la sédation profonde. Elle encadre une nouvelle rédaction des directives anticipées et redéfinit la personne de confiance (64).

### **6.3 L'organisation de la démarche de soins palliatifs en EHPAD**

Selon la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs depuis 1996, les soins palliatifs sont définis comme étant « des soins actifs délivrés par une équipe multidisciplinaire, dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche. »

Bénéficiaire de soins palliatifs en EHPAD est un droit pour les résidents et un devoir pour les soignants, c'est une nécessité qui demande une volonté, des connaissances, un savoir être, une éthique, une équipe et un travail interdisciplinaire et en réseau.

#### **6.3.1 Recueil des directives anticipées**

Les directives anticipées indiquent les souhaits concernant les traitements et les soins de la personne relatifs à la fin de vie dans l'éventualité où elle deviendrait inapte à communiquer ou à prendre des décisions par elle-même. Il s'agit d'un document écrit. Le patient rédige ses souhaits et peut exprimer son refus concernant certains examens ou traitements spécifiques. Ce document doit être signé et il est alors gardé par le patient et transmis au médecin traitant. Il doit suivre le résident en particulier lors d'hospitalisations. Les directives anticipées sont révocables à tout moment et doivent être établis moins de trois ans avant l'état d'inconscience. En situation de fin de vie, l'avis des directives anticipées sont prioritaires sur l'avis de la personne de confiance. Dans tous les cas, les directives anticipées sont des indices pour le médecin dans le cas de décisions médicales importantes, mais en dernier ressort le médecin reste le décideur (65).

Ces directives ont été mises en place par la loi Leonetti de 2005, elles sont en fait très méconnues. Ainsi en 2009, seulement 2,5% des français avaient rédigé des directives anticipées.

Suite à la loi du 2 février 2016, des modifications ont été apportées dans le sens d'une meilleure prise en compte de l'anticipation de la volonté du malade en fin de vie (64) :

- Elles peuvent prévoir à l'avance les conditions « de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'actes médicaux ».
- Elles sont maintenant révisables et non plus simplement révocables, à tout moment et par tout moyen.
- Elles sont désormais valables sans limitation de durée.
- Elles sont opposables à l'égard du médecin. Elles s'imposent au médecin pour toutes décisions à l'exception de deux situations, en cas d'urgences vitales et si elles apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

L'expertise sur les modalités de gestion des directives anticipées de fin de vie (66) précise que ces directives sont conservées dans un registre national et que le futur dossier médical partagé prévu dans la loi de modernisation du système de santé devienne le lieu de conservation des directives anticipées.

Des modèles d'aide à la rédaction sont proposés par la Haute Autorité de Santé (HAS) et disponibles en ligne (67).

### **6.3.2 Désignation de la personne de confiance**

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance. C'est un droit et non une obligation. Toute personne de l'entourage en qui le patient a confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission peut l'être. Elle peut être désignée à tout moment (68).

Elle a une mission d'accompagnement dans le cas où le patient peut exprimer sa volonté, elle le soutient dans son cheminement personnel, elle l'assiste sans le remplacer, elle prend connaissance des éléments du dossier médical en sa présence. Elle a un devoir de confidentialité (68).

Si le patient ne peut plus exprimer sa volonté elle a alors un rôle de référent auprès de l'équipe médicale. Elle est consultée en priorité pour l'instauration, poursuite ou arrêt de traitements. Elle exprime ce que le patient aurait souhaité, elle témoigne de ses souhaits, volontés et convictions en matière de santé (68).

Elle n'est pas nécessairement la personne à prévenir s'il se passe quelque chose (hospitalisation, décès...). Elle peut être un parent, un proche ou le médecin traitant (68).

La désignation se fait par écrit, sur papier libre ou en utilisant le formulaire dédié présenté en Annexe 4. La personne de confiance doit cosigner le document la désignant. Elle peut être révoquée à tout moment en le précisant par écrit ou oralement devant deux témoins qui le stipuleront par écrit (68).

Les professionnels de santé doivent être informés du choix. Il est donc recommandé que le document soit intégré dans le dossier médical, mais il peut être conservé par le patient (68).

La loi du 2 février 2016 renforce également le rôle de la personne de confiance (64) :

- Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage de la famille ou des proches.
- Sa désignation n'est plus seulement révocable mais révisable à tout moment.
- Une personne sous tutelle est maintenant autorisée à désigner une personne de confiance.

Cette nouvelle loi codifie la hiérarchie des différents éléments permettant la recherche de la volonté de la personne hors d'état d'exprimer sa volonté. Ainsi, priment les directives anticipées, à défaut le témoignage de la personne de confiance ou, à défaut le témoignage de la famille ou des proches (64).

### **6.3.3 Rédaction de prescriptions anticipées personnalisées :**

Il s'agit de prescriptions médicales personnalisées, rédigées à l'avance, dans le but de supprimer le plus rapidement possible les effets pénibles de symptômes au moment où ils se produisent, et révisables à tout moment. L'intérêt de telles prescriptions n'est plus à démontrer dans le domaine de la douleur mais les autres situations de détresse en sont une indication en soins palliatifs : la dyspnée, l'encombrement bronchique, les râles agoniques, les hémorragies, la confusion ou l'agitation, l'anxiété ou l'angoisse, les troubles de la déglutition, les crises d'épilepsie, les vomissements, la diarrhée, la constipation, la rétention aigue d'urine... (69).

La loi prévoit que l'infirmier peut procéder à l'introduction d'un traitement en l'absence du médecin quand celui-ci a écrit, au préalable, un protocole détaillé et nominatif à un patient. La prescription doit être détaillée en dose, en mode d'introduction et d'adaptation ainsi que de rythme de dispensation (70).

Pour chaque patient les complications attendues sont bien sur différentes. Il ne s'agit donc pas de tout prévoir mais d'envisager le plus probable.

### **6.3.4 Les programmes de développement des soins palliatifs**

Le programme de développement des soins palliatifs 2008-2012 intègre 4 mesures sur 18 concernant les EHPAD (17)

- Rendre effective l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs et diffuser la culture palliative.
- Expérimenter la présence d'infirmières de nuit formées aux soins palliatifs et garantir la prise en charge en soins palliatifs des personnes en fin de vie.
- Mettre en œuvre des actions de formation Mobiquel pour les personnels.
- Faciliter la prise en charge en hébergement temporaire de personnes âgées en soins palliatifs pour soulager les aidants et les proches.

Le bilan de ce programme est en demi-teinte (71). Le développement des SP est « encore balbutiant ». Les EHPAD sont décrits comme étant « le plus grand centre, mais improvisé, de SP » (72).

Depuis, un nouveau plan national « soins palliatifs 2015-2018 » s'articule autour de 4 axes (73) :

- Informer le patient de ses droits et le placer au cœur des décisions qui le concernent
- Développer les prises en charge au domicile
- Accroître les compétences des professionnels et des acteurs concernés
- Réduire les inégalités d'accès aux SP

#### **6.4 Les hospitalisations en fin de vie**

Aux EU, 50% des hospitalisations des résidents dans leur dernière année de vie ont rétrospectivement été jugées potentiellement évitables (74).

En France, 1 résident sur 4 décède à l'hôpital. Parmi ceux qui décèdent au sein de leur EHPAD, 23% ont été hospitalisés au moins une fois en urgence au cours des deux dernières semaines qui ont précédé leur décès (13).

Ces chiffres seraient le résultat d'un manque d'accès aux soins palliatifs. En France, 25% des EHPAD n'ont de lien avec aucune équipe de soins palliatifs (13).

En région Aquitaine, même s'il semble exister une bonne utilisation des réseaux de soins palliatifs (82% des EHPAD ont une convention avec une équipe mobile ou un réseau de soins palliatifs), 75% des EHPAD n'ont jamais transférés de résidents en unité de soins palliatifs (13).

## VII ETUDE AUX URGENCES DE SAINT-ANDRE (USA) A BORDEAUX : DEMARCHE ETHIQUE

En 2012, les patients de plus de 75 ans représentaient 26% des passages aux USA et leur taux d'hospitalisation atteignait 84%. Aussi, ce service des urgences compte 0,3% de décès soit 200 décès annuel.

C'est dans ce contexte de prise en charge de patients de plus en plus âgés, de plus en plus dépendants et avec de plus en plus de comorbidités que l'équipe soignante doit gérer des situations de défaillances aiguës d'organes où la réanimation lourde et les soins invasifs semblent inappropriés et où la question du bénéfice attendu et la qualité de vie espérée du patient se retrouve au cœur des soins.

En 2011, ce service a donc posé un cadre éthique basé sur le refus d'une obstination déraisonnable, le renfort des droits des patients (consentement libre et éclairé, directives anticipées et choix de la personne de confiance), la collégialité et la transparence du processus décisionnel en cas de limitation ou d'arrêt thérapeutique. L'équipe médicale a donc intégré à son dossier patient un outil informatisé appelé « démarche éthique ».

Les situations cliniques concernées par cette démarche éthique :

- les patients présentant une défaillance profonde d'une fonction vitale ayant comme conséquence l'absence de récupération d'une autonomie des fonctions vitales ou une qualité de vie déraisonnable.
- les affections aiguës intercurrentes survenant chez un patient à la qualité de vie dramatiquement limitée, porteur d'une pathologie chronique évolutive, au pronostic vital à court terme défavorable en termes d'espérance de vie, d'accentuation de la dépendance et d'aggravation de la qualité de vie future
- les patients en situation palliative porteur d'une pathologie chronique évolutive souvent néoplasique, adressés par leur médecin traitant ou une structure de soins de suite ou de long séjour, parfois sous la pression de l'entourage, pour valider que le patient est bien au-dessus de toute ressource thérapeutique.
- les patients conscients, informés, aptes à consentir et qui demandent eux-mêmes la limitation ou l'arrêt d'un traitement actif de leur défaillance d'organe.

Par limitation thérapeutique il est entendu la limitation de réalisation de soins de réanimation (intubation, ventilation mécanique, réanimation cardiopulmonaire, drogue vasoactive, épuration extra rénale). Le transfert du patient en réanimation est donc limité. Cela implique également l'abstention de soin invasif chirurgical ou endoscopique, le cas échéant.

La limitation n'est pas pour autant un abandon de soin. Les traitements curatifs et de confort sont applicables dans les services de médecine et au domicile du patient. Les affections aiguës totalement ou partiellement réversibles doivent être traitées même si la qualité de vie antérieure était réduite comme par exemple la déshydratation, les infections aiguës, les maladies thromboemboliques, les occlusions fonctionnelles etc... Les soins palliatifs sont poursuivis; il s'agit de traiter l'anxiété, la douleur, la dyspnée et l'agitation.

La limitation des thérapies se décide de façon collégiale si la mort apparaît imminente ou en fonction de l'évolution.

En pratique, les comorbidités, l'autonomie actuelle, l'histoire médicale, les défaillances actuelles sont recueillis auprès du patient qui exprime alors sa volonté ou a émis des directives anticipées. Puis le médecin prenant en charge ce patient cherche à recueillir l'avis du médecin traitant et des spécialistes impliqués dans le parcours de soins du patient. De même, le médecin urgentiste s'entretient avec la famille, l'entourage et la personne de confiance de son patient. Ainsi il contacte le médecin réanimateur et c'est cette réflexion pluridisciplinaire qui amène à une limitation ou à une abstention thérapeutique.

Deux pages du dossier informatisé ont donc été insérées dans le logiciel DXCare, elles sont présentées en Annexe 5.

L'équipe a rencontré plusieurs difficultés pour l'utilisation de cet outil. En effet, concernant la volonté du patient celle-ci était difficile à récupérer, les directives anticipées n'étant pas clairement recueillis que ce soit au domicile ou en EHPAD. Le deuxième problème est celui de la collégialité qui suppose une connaissance identique du dossier médical du patient par plusieurs médecins. Et enfin, la place qui est réellement donnée au patient quand, par exemple, il explique le souhait de prolonger sa vie alors que cela paraît déraisonnable pour l'équipe médicale ou inversement quand il demande l'euthanasie. Ceci met en évidence la nécessité d'une réflexion interdisciplinaire et de l'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs.

En 2012, une étude a donc été menée sur les patients des USA ayant nécessité une démarche éthique. Il s'agissait de caractériser ces patients afin d'anticiper leurs besoins et d'optimiser leur prise en charge.

263 patients ont eu un dossier de démarche éthique avec décision de limitation thérapeutique aux urgences. Il ressort de cette étude que 58% des patients étaient âgés de 85 à 95ans et que 131 patients venaient des EHPAD. 58 % d'entre eux avait pour motif d'entrée une cause respiratoire, et 65% était dément-grabataire. Parmi eux, il y a eu 62 décès soit environ 52%. 54% des décès sont survenus dans les 48 premières heures suivant l'admission aux urgences.

Les résultats de cette étude ont également mis en évidence le peu de recueil des directives anticipées, la faible mention de la personne de confiance manquante dans environ la moitié des dossiers, le peu de consignes sur le type d'intervention médicale en cas de mise en jeu du pronostic vital, le peu de prescriptions anticipées et l'absence de référents médicaux et familiaux rendant peu collégiale les décisions de limitation thérapeutique.

Au vu de ces résultats, il semblait légitime de réaliser une nouvelle étude se focalisant sur les résidents d'EHPAD.

## VIII PROBLEMATIQUE

Nous avons décidé d'entreprendre un travail sur l'admission aux urgences concernant cette fois ci les patients résidant en EHPAD.

De plus en plus d'équipes s'intéressent et étudient les résidents des EHPAD, leur parcours de soins et leurs hospitalisations. Mais peu d'études ont analysé leurs admissions aux urgences et encore moins les informations présentes dans le dossier de transfert.

Nous faisons ici l'hypothèse que les informations contenues dans le dossier de transfert ne sont pas suffisantes pour une prise en charge optimale aux urgences et que des propositions pour favoriser le recueil et le transfert de ces informations doivent être renforcées.

Notre objectif principal est donc de décrire ces transferts aux urgences des résidents d'EHPAD.

Nos objectifs secondaires sont multiples. Nous essayerons de tirer des pistes pour savoir si les informations transmises dans le dossier de transfert permettent une prise en charge optimale aux urgences notamment pour y pratiquer une démarche éthique. Nous tenterons d'optimiser ce dossier de liaison d'urgence pour améliorer la prise en charge aux urgences. Nous voudrions tirer des éléments permettant d'évaluer la pertinence et ainsi de savoir si des transferts sont évitables. Et enfin, nous souhaitons émettre des propositions permettant de limiter les transferts des résidents aux urgences.

# MATERIEL ET METHODE

---

## I OBJECTIFS DE L'ETUDE

### 1.1 Objectif principal

L'objectif principal était d'étudier les transferts aux urgences des patients vivant en EHPAD.

### 1.2 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de l'étude étaient :

- de tirer des pistes pour savoir si les informations transmises dans ce dossier permettent une prise en charge optimale aux urgences notamment pour y pratiquer une démarche éthique.
- d'optimiser le dossier de liaison d'urgence pour améliorer la prise en charge aux urgences.
- de tirer des éléments permettant d'évaluer la pertinence des transferts et ainsi de savoir si certains sont évitables.
- d'émettre des propositions permettant de limiter les transferts des résidents aux urgences.

## II TYPE D'ETUDE

Nous avons mené une étude longitudinale, prospective et descriptive.

## III LIEU D'ETUDE

Nous avons mené notre étude au sein du Services des Urgences Adultes de Saint André à Bordeaux.

### 3.1 Présentation du centre hospitalier universitaire de Bordeaux

Le CHU de Bordeaux se situe dans les premiers rangs des CHU de France.

Il comprend trois structures hospitalières réparties au sein de la communauté urbaine : Haut Lévéque, Pellegrin et Saint André. En 2014, il représente 3132 lits.



Le site de Saint André, fondé au 14<sup>e</sup> siècle, est le plus ancien des sites du CHU. Il se trouve au centre-ville et abrite, en 2014, 439 lits répartis en :

- Deux services de chirurgie : générale et gynécologique
- Dix services de médecine (trois services de médecine interne, un service de cardiologie, un service de cancérologie, un service d'accompagnement et de soins palliatifs, un service d'hépatogastro-entérologie, un service de dermatologie, un service de gériatrie aigüe, un service de médecine physique et de réadaptation).
- Un service d'Urgences et de réanimation médicale

### **3.2 Le service d'urgences de Saint André**

Le service d'accueil des urgences est constitué d'un secteur de 10 lits et d'une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) comprenant également 10 lits : 6 lits standards, 2 lits de dégrisement et 2 lits pour la prise en charge des patients agités. Un service d'hospitalisation des urgences situé à l'étage est composé de 15 lits.

Le service d'accueil des urgences prend en charge, pour la plus grande majorité, des patients résidant à Bordeaux ou dans la Communauté Urbaine de Bordeaux mais la zone de recrutement s'étend à toute la Gironde. Seuls les patients âgés de plus de 15 ans et 3 mois peuvent y être pris en charge. A l'admission de chaque patient, l'infirmière d'accueil et l'agent administratif établissent une fiche administrative.

Le bilan d'activité 2013 montre que le service des urgences de Saint André a enregistré 20432 passages soit une augmentation de 5,87 % par rapport à 2012. 61,2% des patients admis ont été hospitalisés.

Le personnel des urgences comprend chaque jour :

- Deux praticiens hospitaliers urgentistes la journée et un la nuit
- Deux internes en médecine la journée et deux la nuit
- Trois externes la journée et trois également la nuit
- Une cadre de santé la journée
- Neuf infirmiers la journée et quatre la nuit
- Un brancardier en journée.

## **IV PERIODE DE L'ETUDE**

Notre étude s'est déroulée du 5 février au 5 mai 2014, soit une période de 3 mois consécutifs, dans les conditions habituelles de pratique.

## V POPULATION DE L'ETUDE

### 5.1 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Etre hébergé en EHPAD
- Avoir été transféré pour un motif médical et admis aux urgences Saint André dans la période du recueil

### 5.2 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Ne pas être hébergé en EHPAD
- Etre transféré aux urgences sans motif médical
- Etre transféré aux urgences dans le cadre d'une hospitalisation programmée

## VI PROTOCOLE

Il consistait en l'analyse des modalités du transfert, du dossier de transfert, des caractéristiques des patients et de leur prise en charge aux urgences.

Tous les dossiers de transfert ont donc été récupérés.

### 6.1 Le recueil des données

Le recueil des données s'est effectué en trois temps. Dans un premier temps par les enquêteurs, puis par moi-même pour récupérer les informations manquantes, en réétudiant le dossier informatisé d'abord puis en rappelant les EHPAD.

#### 6.1.1 La fiche de recueil

Une fiche de recueil intitulée « patients résidant en EHPAD » a été créée. Il s'agissait d'un document papier, imprimé recto-verso, attribué pour chaque patient inclus à son admission aux urgences. Elle est présentée en Annexe 6.

Elle comportait un emplacement en haut à gauche pour y coller l'étiquette patient précisant le nom, prénom, sexe, date de naissance/âge du patient.

La date d'admission ainsi que l'heure d'arrivée était précisées de façon manuscrite.

L'enquêteur devait remplir cette fiche à partir des informations présentes dans le dossier qui accompagnait le patient à son admission. Un système de case à cocher et de choix multiples étaient proposés pour faciliter le recueil.

Ont été relevés les éléments suivants

- Le motif d'entrée (respiratoire, cardiologique, abdominal, neuro/psy, sepsis, autres)
- Le personnel de l'EHPAD présent au moment du transfert (médecin, IDE, AS)
- La décision du transfert (15 par téléphone, médecin traitant, coordonnateur EHPAD, SOS médecin, SAMU)
- La présence d'un dossier de transfert (Dossier de liaison d'Urgences, autre dossier, rien)
- La notion de passage aux urgences dans l'année passée (oui/non)
- Les antécédents du patient (démence, néoplasie, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, neurologique, autre)
- Le score GIR (1, 2, 3, 4, 5, 6)
- Le traitement, le changement de traitement récent, le traitement de soins de confort à l'EHPAD (morphiniques, hypnovel (midazolam), scopolamine, autre, non). Nous appelons traitements soins de confort les traitements médicamenteux fréquemment retrouvés dans le cadre de soins palliatifs pour traiter la douleur (sauf pallier I), la détresse respiratoire, l'anxiété...
- La réflexion éthique à l'EHPAD (directives anticipées du patient O/N, désignation de la personne de confiance O/N, soins palliatifs O/N, prescriptions anticipées O/N)
- L'état clinique à l'arrivée (trouble de la vigilance O/N, saturation, FC, TA, Température, encombrement O/N, polypnée O/N)
- La présence ou non d'une défaillance d'organe définit par la présence au moins d'une hypotension systolique <8mmHg, d'une tachycardie >100bpm, d'une fièvre >38,5, d'une désaturation <90% associée à une polypnée, prise en charge chirurgicale en urgence, un trouble de vigilance récent.
- Les thérapeutiques entreprises (O2, antibiotiques IV, aérosols, hydratation IV, Lasilix IV, réanimation, gestes invasifs, réduction rythme, autres, aucun)
- La décision de limitation ou d'arrêt des thérapies aux urgences O/N
- L'introduction de soins de confort (morphiniques, hypnovel (midazolam), scopolamine, autres, non)
- Le diagnostic retenu
- La pertinence du transfert O/N
- L'orientation du patient (retour EHPAD, hospitalisation, si hospitalisation : urgences/UHCD ou autres services)
- Le décès (aux urgences O/N, lors de l'hospitalisation O/N)
- La durée d'hospitalisation totale

A la fin de cette fiche de recueil, il était précisé que les commentaires manuscrits en dehors des cases à cocher pouvaient être faits.

### **6.1.2 Les appels téléphoniques**

Chaque semaine nous relevions les fiches remplies aux urgences. Si des items n'étaient pas renseignés, nous recherchions les informations manquantes dans le dossier médical informatisé (logiciel DXCare des urgences). Pour celles qui n'y figuraient pas, un appel téléphonique était alors passé au personnel de l'EHPAD d'où provenait le patient afin de récupérer les informations nécessaires.

## **6.2 Sélection et formation des enquêteurs**

Tous les membres de l'équipe médicale et paramédicale étaient des enquêteurs et avaient pour mission de remplir la fiche recueil. Ils étaient externes, internes, médecins, infirmiers et aides-soignants ; ils ont été informés avant le début de l'étude de son but, des modalités et de l'organisation pratique mise en place.

## **6.3 Analyse des données**

Les données étaient retranscrites sur support informatique grâce aux logiciels Excel® et Word® (Microsoft Office 2013).

L'analyse statistique a été réalisée à partir des fonctions du logiciel Excel®.

Les variables qualitatives ont été décrites en termes de fréquence de présence. Les variables quantitatives ont été décrites en termes de moyenne, écart-type et valeurs extrêmes.

## **VII REGLES ETHIQUES ET REGLEMENTATION**

Le personnel médical a préalablement été informé du but et du début de l'étude.

Une information claire a été apportée lors des appels téléphoniques aux EHPAD ainsi qu'une explication brève de notre travail de thèse.

Le secret médical a été respecté pour garantir les intérêts légitimes des patients.

# RESULTATS

---

## I LOGIGRAMME DE L'ETUDE

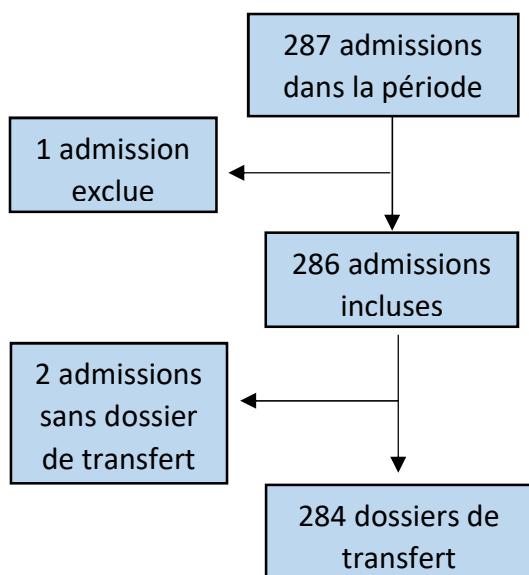


Figure 1 : Logigramme de l'étude

### 1.1 Les admissions aux urgences

Dans la période du recueil, il y eu 287 admissions de patients venant d'EHPAD aux urgences de Saint André à Bordeaux. Ceci correspond à 5% du nombre total d'admissions sur cette période et à 19,7 % des patients de plus de 75 ans admis dans ce service des urgences sur cette même période.

Une admission a été exclue de l'étude car elle ne relevait pas d'une décision médicale, il s'agissait d'un patient ayant fugué et retrouvé sur la voie publique; 286 admissions ont donc été incluses.

Ces 286 admissions correspondent en réalité à 238 patients car il y a eu des hospitalisations multiples aux urgences : 21 patients ont été admis deux fois et 2 patients ont été admis trois fois dans la période du recueil.

Pour des raisons de simplification, par la suite, on parlera indifféremment du nombre d'admissions ou du nombre de patients.

## 1.2 Présence et contenu du dossier de transfert à l'admission

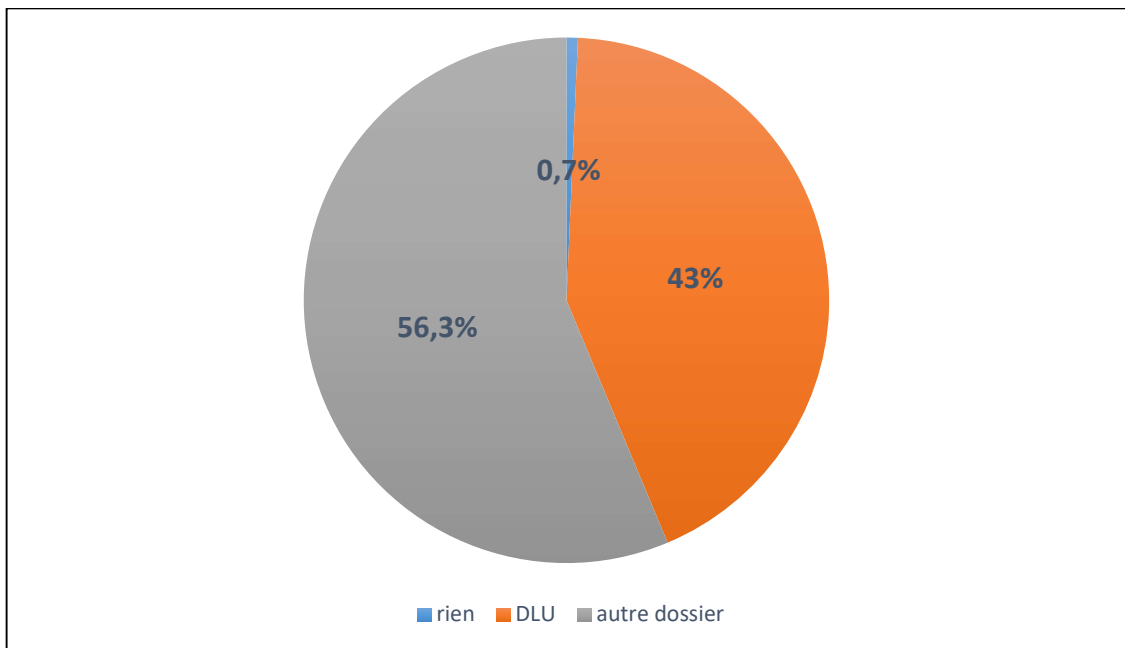


Figure 2: Présence des dossiers de transfert à l'admission aux urgences (n=286).

Le nombre de dossiers de transfert est de 284 sur 286 admissions ce qui correspond 99,3% des cas.

2 patients ne présentaient aucun dossier à l'admission, 123 patients avaient un DLU standardisé et 161 patients avaient un autre dossier de transfert.

Par « autre dossier », il s'agissait de dossier de demande d'admission en EHPAD, de synthèse administrative, d'un courrier manuscrit de l'IDE ou du médecin, d'une fiche de transfert SOS médecin, d'informations médicales en vue d'une hospitalisation, d'une dernière ordonnance, d'une fiche d'identification, d'un dernier courrier hospitalier, d'une fiche de liaison, d'un dossier résident, d'un dossier médico-social de liaison ou encore d'une fiche de liaison soins...

Les résultats sur le contenu du dossier de transfert sont présentés dans la figure 3 ci-après.

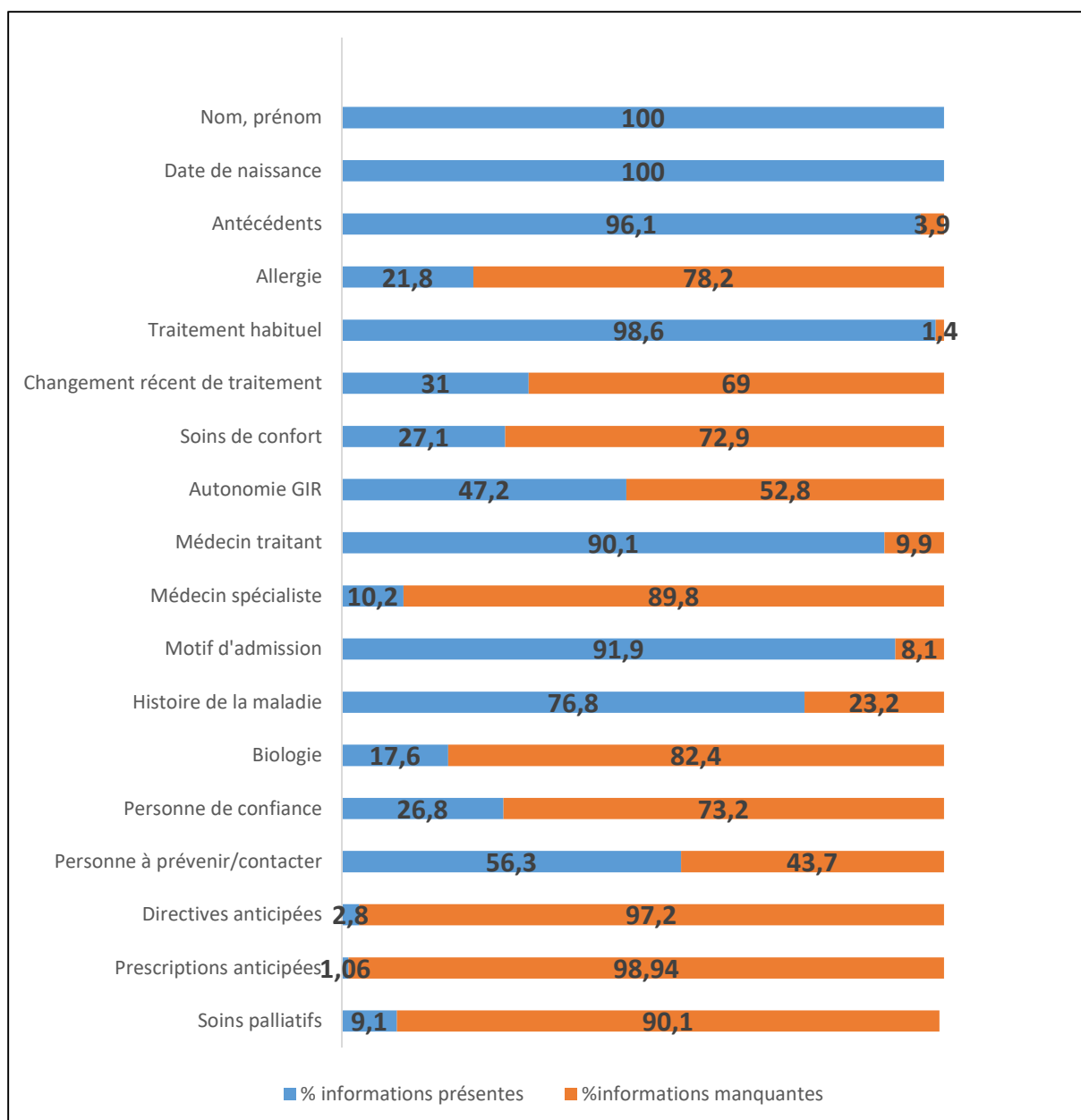


Figure 3: Proportion des informations contenues dans les dossiers de transfert par items (n=284).

La quasi-totalité des dossiers transmis contenait l'identité, les antécédents et le traitement habituel du patient.

1 à 9% des dossiers contenaient les directives anticipées, les prescriptions anticipées personnalisées ou la notion de soins palliatifs.

La suite des résultats prend en compte toutes les données, à savoir celles présentes dans le dossier de transfert, celles du dossier informatisé des urgences et celles récupérées ensuite par les appels téléphoniques aux EHPAD.

## II MODALITES DE TRANSFERT DES RESIDENTS AUX URGENCES

### 2.1 Distribution journalière et horaire des admissions

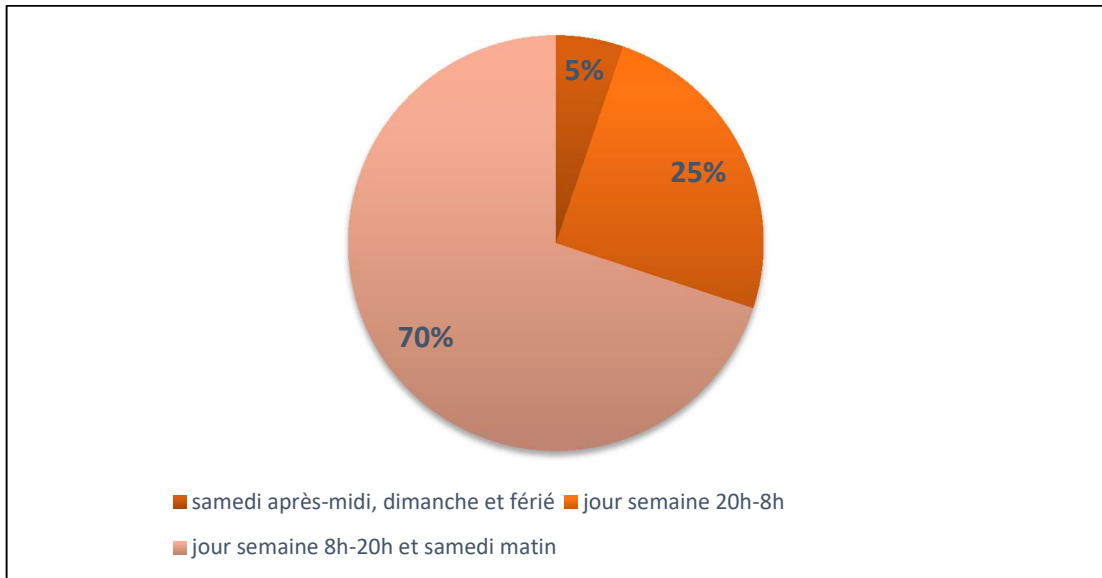


Figure 4 : Répartition des admissions en fonction de la permanence des soins (n=286) (matin : 8h-12h, après-midi : 12h-20h).

Pour rappel, la permanence des soins correspond à la période de fermeture des cabinets médicaux et donc à la période dite « de garde ». Dans cette figure, il s'agit donc des parties les plus foncées.

200 patients ont été admis en dehors de cette permanence de soins, c'est-à-dire en journée de semaine ou le samedi matin. 86 patients ont été admis pendant la période des soins.



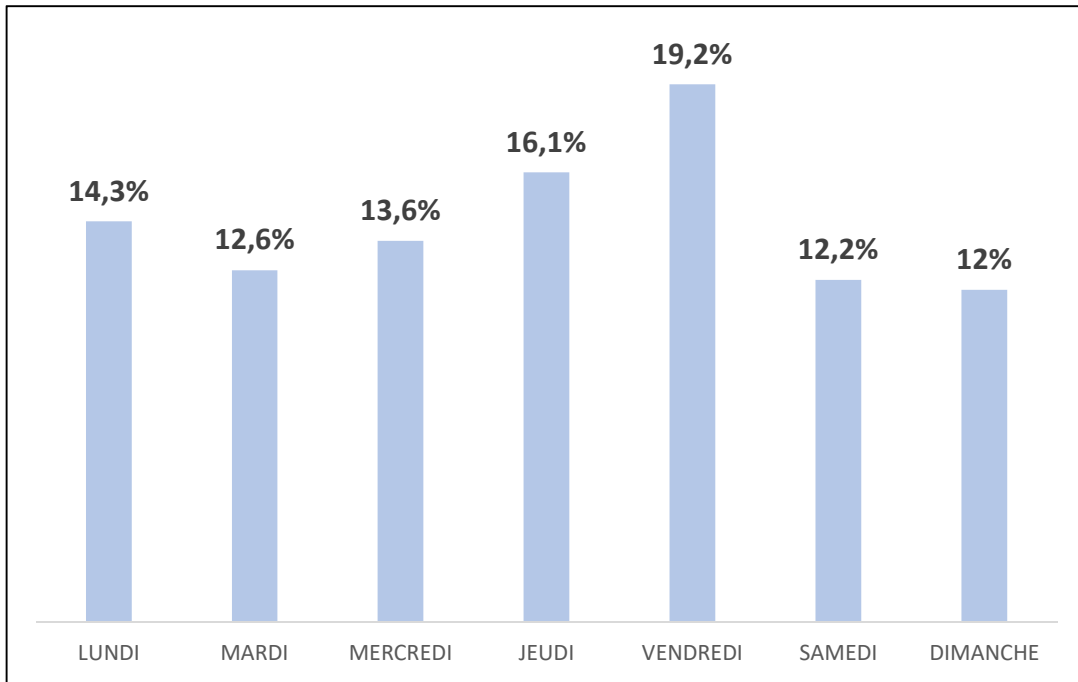


Figure 5 : Répartition des admissions en fonction du jour de la semaine (n=286).

Avec 55 patients admis, le vendredi est le pic de fréquence. A l'inverse, 36 patients ont été admis un mardi. 69 patients ont été admis durant les week-ends.

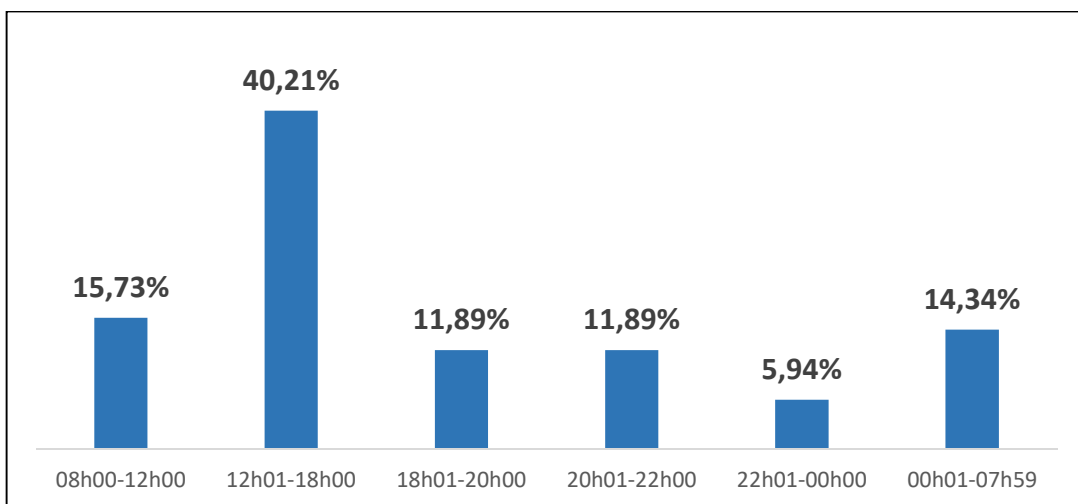


Figure 6 : Répartition des admissions en fonction de l'heure d'admission (n=286).

45 patients ont été admis entre 8h et midi, 115 patients ont été admis entre midi et 18h et 85 patients entre 18h et minuit. 41 patients sont arrivés de nuit, entre minuit et 8h.

## 2.2 Décision médicale du transfert

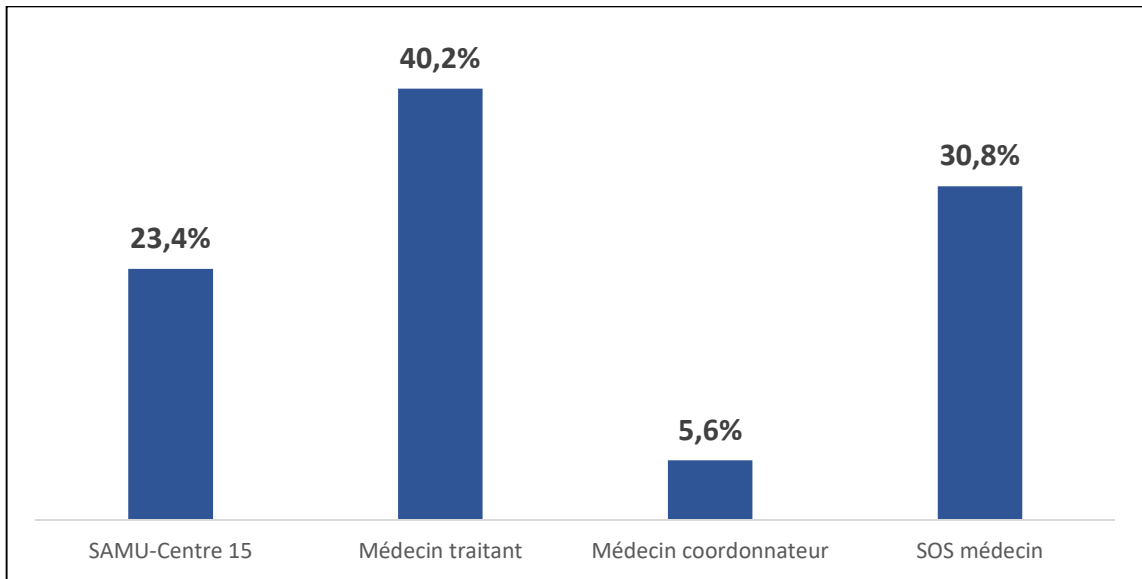


Figure 7: Répartition des patients en fonction du médecin ayant pris la décision du transfert aux urgences (n=286).

115 patients ont été transférés aux urgences par décision du médecin traitant, 88 patients par l'avis d'un médecin d'SOS médecin, 67 patients après contact du SAMU-Centre 15 et 16 patients par décision du médecin coordonnateur.

3,14% des patients ont nécessité l'intervention du SMUR.

### 2.3 Motif d'admission

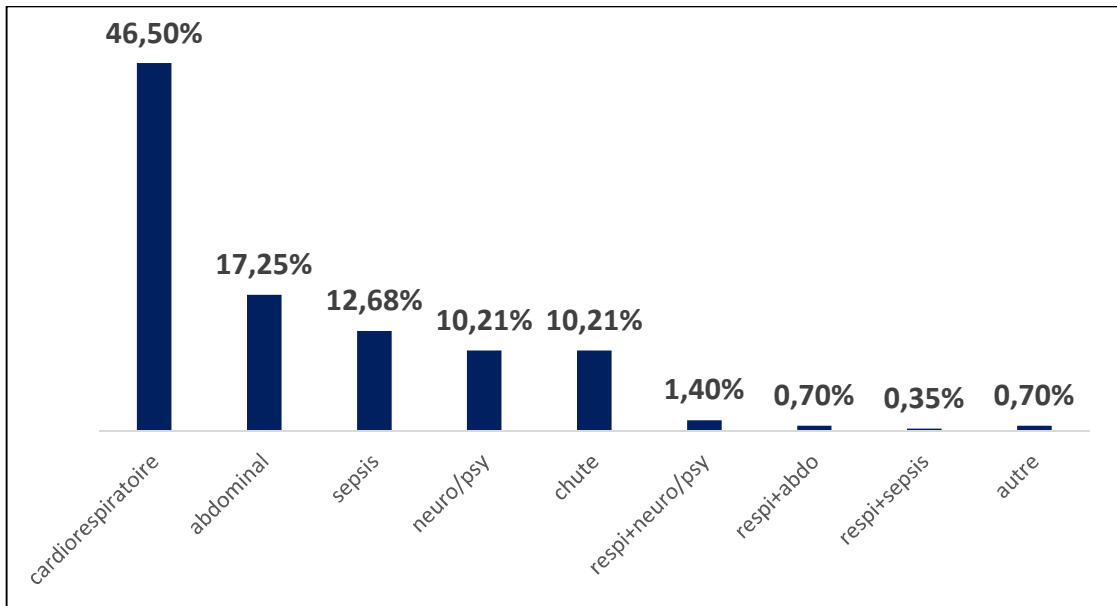


Figure 8 : Répartition des dossiers en fonction du motif d'admission (n=284).

132 patients ont été admis pour un motif d'ordre cardiorespiratoire, 49 patients pour un motif de type abdominal et 36 patients pour un sepsis. 29 patients ont été transférés pour un problème d'ordre neuro/psychologique et 29 autres patients suite à une chute.

2 patients ont été admis pour un autre motif qui était d'ordre endocrinologique ou hématologique pur.

## 2.4 Présence d'un médecin à l'EHPAD au moment du transfert

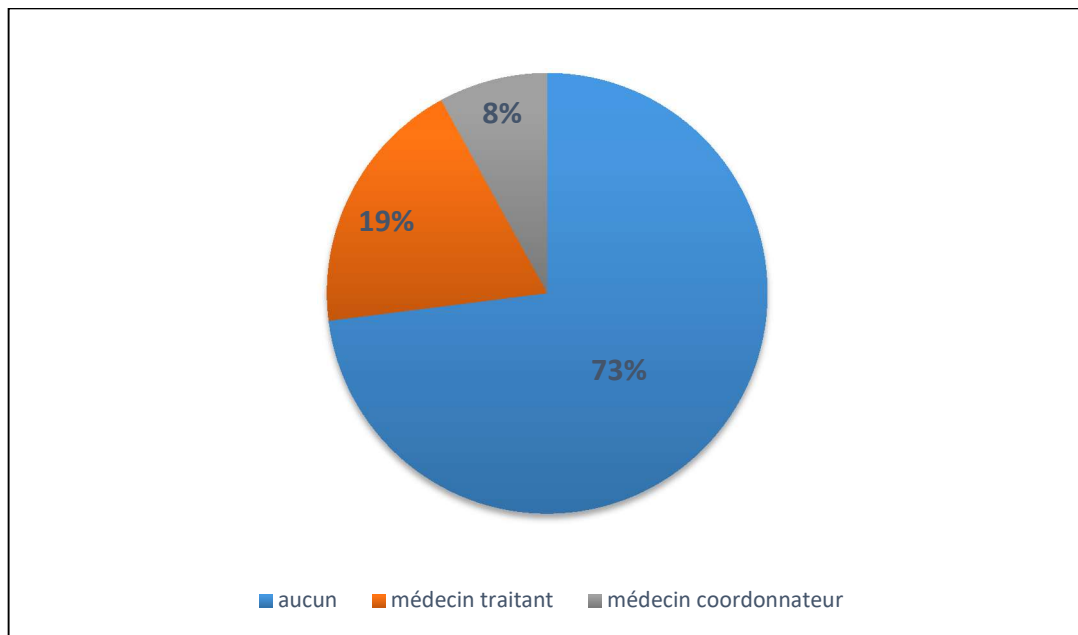


Figure 9: Répartition des patients en fonction du type de médecin présent à l'EHPAD au moment du transfert aux urgences (n=286).

Pour 209 patients, aucun médecin n'était présent au moment du transfert aux urgences. Pour 54 patients, le médecin traitant était présent au moment du transfert et pour 23 patients le médecin coordonnateur de l'EHPAD était présent au moment du transfert.

## 2.5 Personnel soignant de l'EHPAD présent au moment du transfert

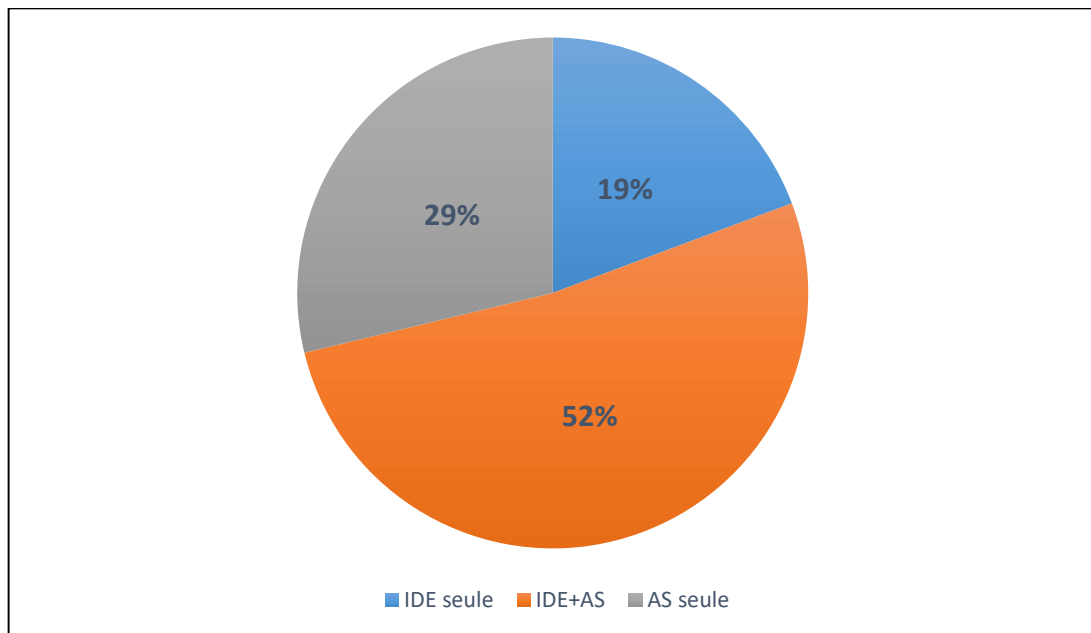


Figure 10: Répartition des patients en fonction du type de personnel de l'EHPAD présent au moment du transfert aux urgences (n=286).

Pour 149 patients, un(e) infirmier(e) ainsi qu'un(e) aide-soignant(e) étaient présent(e)s au moment du transfert. Pour 83 patients, une AS seule était présente au moment du transfert et pour 54 patients, une IDE seule était présente.

### III AUX URGENCES : CARACTERISTIQUES DES PATIENTS ET PRISE EN CHARGE

#### 3.1 Caractéristiques générales des patients

Tableau 1: Caractéristiques générales des patients des EHPAD à l'admission aux urgences (N=286).

	n	%
<b>Sexe</b>		
femme	182	63,6
homme	104	36,4
<b>Age</b>		
<75ans	12	4,2
75-85 ans	71	24,83
86-95 ans	184	64,33
>95 ans	19	6,64
<b>Antécédents</b>		
aucun	2	0,7
un	115	40,2
multiple	169	59,1
<b>Autonomie</b>		
GIR 1	50	17,48
GIR2	109	38,11
GIR 3	78	27,27
GIR 4	32	11,19
GIR 5	10	3,5
GIR 6	7	2,45

L'âge des patients était compris entre 61 et 103 ans. La moyenne d'âge était de 87,7ans avec un écart type de 7,04 ans.

Le GIR moyen est situé entre le GIR 2 et le GIR 3.

Sur la totalité :

- 59 patients soit 20,6% du total sont concernés par une néoplasie.
- 134 patients (46,8%) sont insuffisants cardiaques et 44 d'entre eux soit 15,38% sont insuffisants respiratoires.
- La démence est présente dans les antécédents de 158 patients soit 55,38% des patients en sont atteints. Les autres affections neurologiques touchent 81 patients (28,32%).
- 46 patients, soit 16,1% du total, comportent également un autre antécédent notable (insuffisance rénale sévère, ...)

### 3.2 Caractéristiques cliniques des patients

Tableau 2: Caractéristiques cliniques des patients des EHPAD à l'admission aux urgences (N=286).

	n	%
<b>Fréquence cardiaque (bpm)</b>		
<60	15	5,24
60-100	206	72,03
>100	60	20,98
inconnue	5	1,75
<b>Tension artérielle systolique (mmHg)</b>		
<80	9	3,15
80-140	176	61,54
140-160	54	18,88
>160	43	15,03
inconnue	4	1,4
<b>Température (°C)</b>		
<35	3	1,05
35-38	235	82,17
>38	27	9,44
inconnue	21	7,34
<b>Saturation en O2 (%)</b>		
<90		
sous O2	11	3,85
air ambiant	25	8,74
≥90		
sous O2	58	20,28
air ambiant	175	61,19
inconnue	17	5,94
<b>Etat respiratoire</b>		
polypnée	31	10,84
engorgement	27	9,44
engorgement+polypnée	44	15,38
rien	174	60,84
inconnu	10	3,5
<b>Trouble de la vigilance</b>		
oui	63	22
non	223	78

### 3.3 Défaillance clinique

A l'aide de ces caractéristiques cliniques, ont été repérés les patients avec une défaillance d'organe présentés dans la figure 11 ci-après. Pour rappel, la défaillance d'organe était définie par la présence d'au moins une hypotension systolique < 8 mmHg, d'une tachycardie > 100 bpm, d'une fièvre > 38,5°C, d'une désaturation < 90% associée à une polypnée, ou d'une prise en charge chirurgicale en urgence, ou d'un trouble de la vigilance récent.

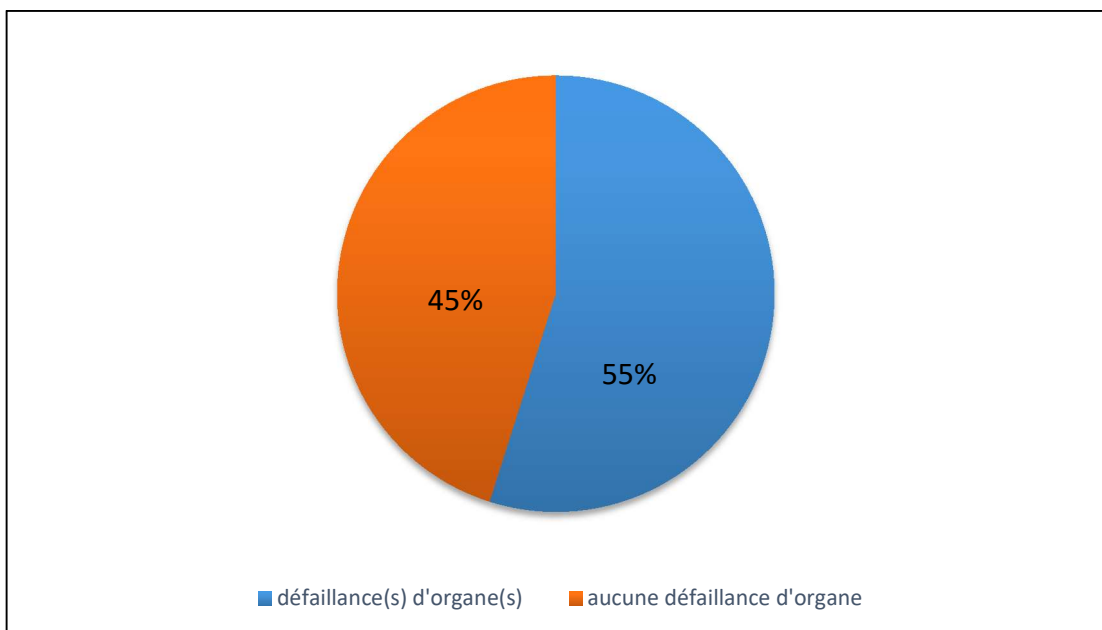


Figure 11: Répartition des patients suivant la présence d'au moins une défaillance d'organe (n=286).

129 patients ne présentaient aucune défaillance d'organe à l'arrivée aux urgences.



### 3.4 Diagnostic retenu

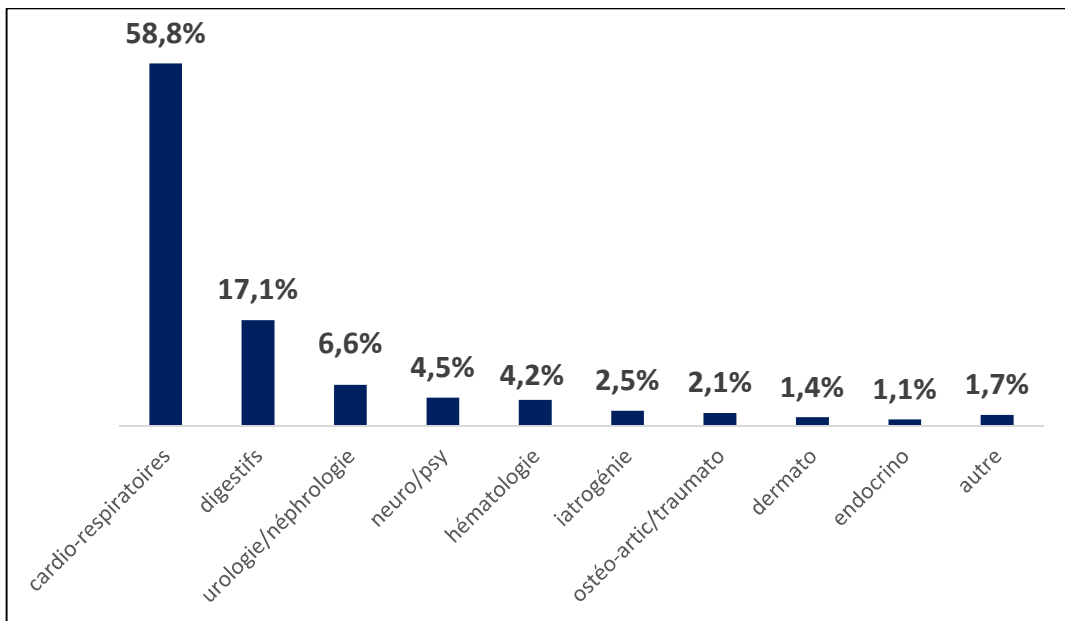


Figure 12: Répartition des patients en fonction du diagnostic principal retenu aux urgences (n=286).

Pour 168 patients, un diagnostic d'ordre cardiorespiratoire a été retenu aux urgences. Pour 49 patients, il était d'ordre digestif et pour 19 patients, uro-néphrologique.

### 3.5 Traitement instauré

115 patients soit 40,2% ont été mis sous oxygène que ce soit aux lunettes ou au masque.

Des antibiotiques ont été administrés à 126 patients soit 44% des patients.

46 patients ont reçu des aérosols soit 16% des patients.

70 patients (24,5%) ont bénéficié d'un traitement par furosémide par voie intraveineuse.

2 patients (0,7%) ont nécessité des soins de réanimation.

7 patients (2,45%) ont eu un geste invasif (chirurgie, endoscopie).

Une réduction du rythme cardiaque a concerné 3 patients soit 1% des patients.

### 3.6 Orientation des patients

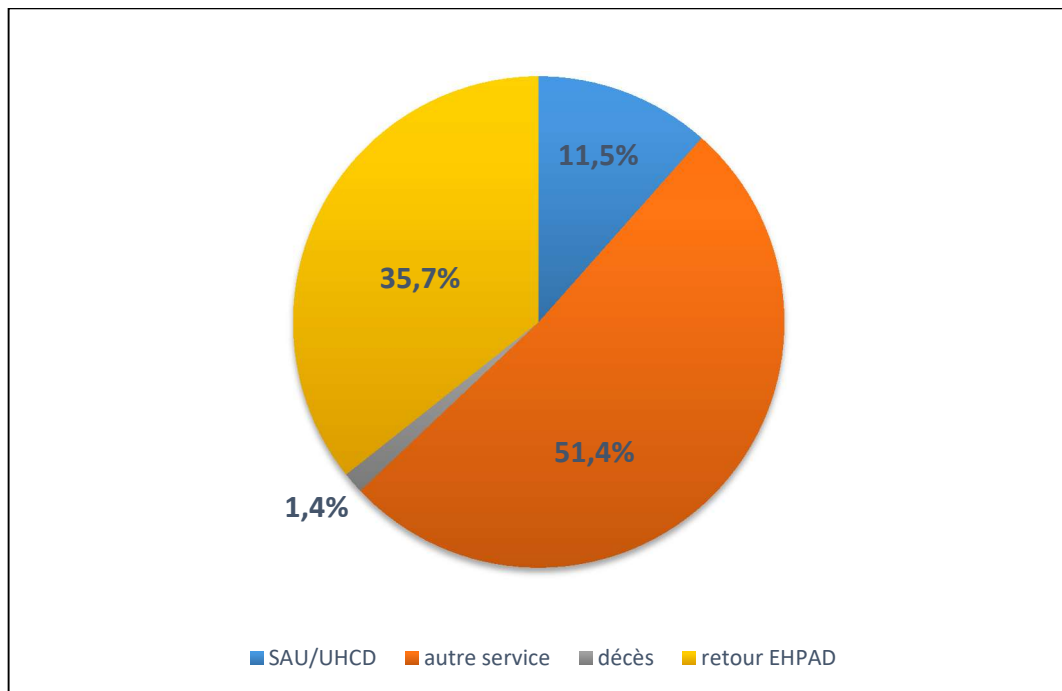


Figure 13: Répartition des patients en fonction de leur devenir après la prise en charge aux urgences (n=286).

102 patients retournent à l'EHPAD.

147 patients sont hospitalisés dans un service d'hospitalisation conventionnelle.

33 patients sont hospitalisés aux urgences ou à l'UHCD.

4 patients sont décédés aux urgences.

## IV DEMARCHE ETHIQUE AUX URGENCES

### 4.1 Décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques

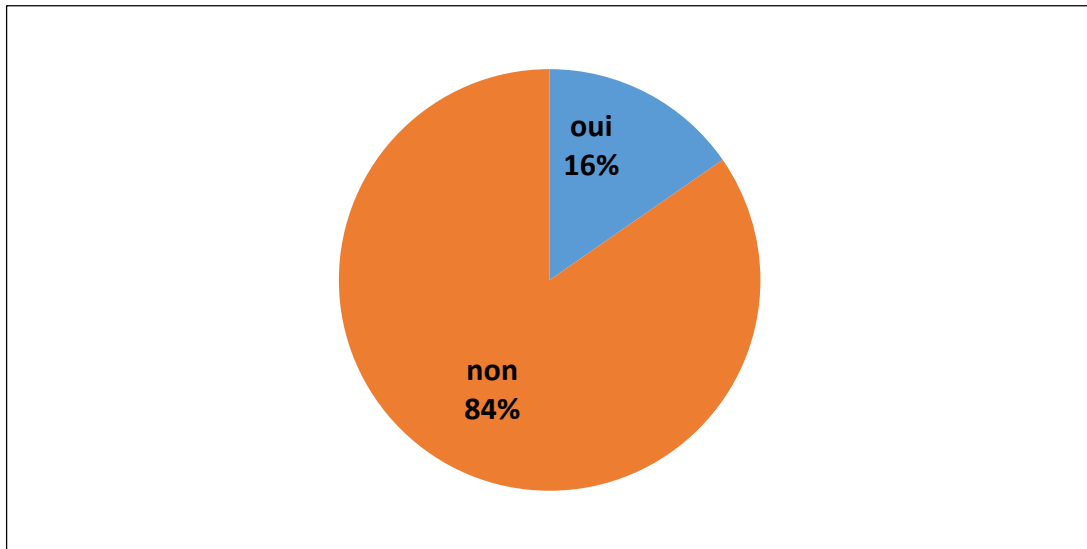


Figure 14: Répartition des patients en fonction de la décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques aux urgences (n=286).

46 patients ont bénéficié d'une décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques aux urgences.

## 4.2 Instauration soins de confort

32 patients soit 11,2% du total ont bénéficié de soins de confort instauré aux urgences.

Les types de soins de confort reçu par ces patients sont représentés dans la figure 15 ci-après.

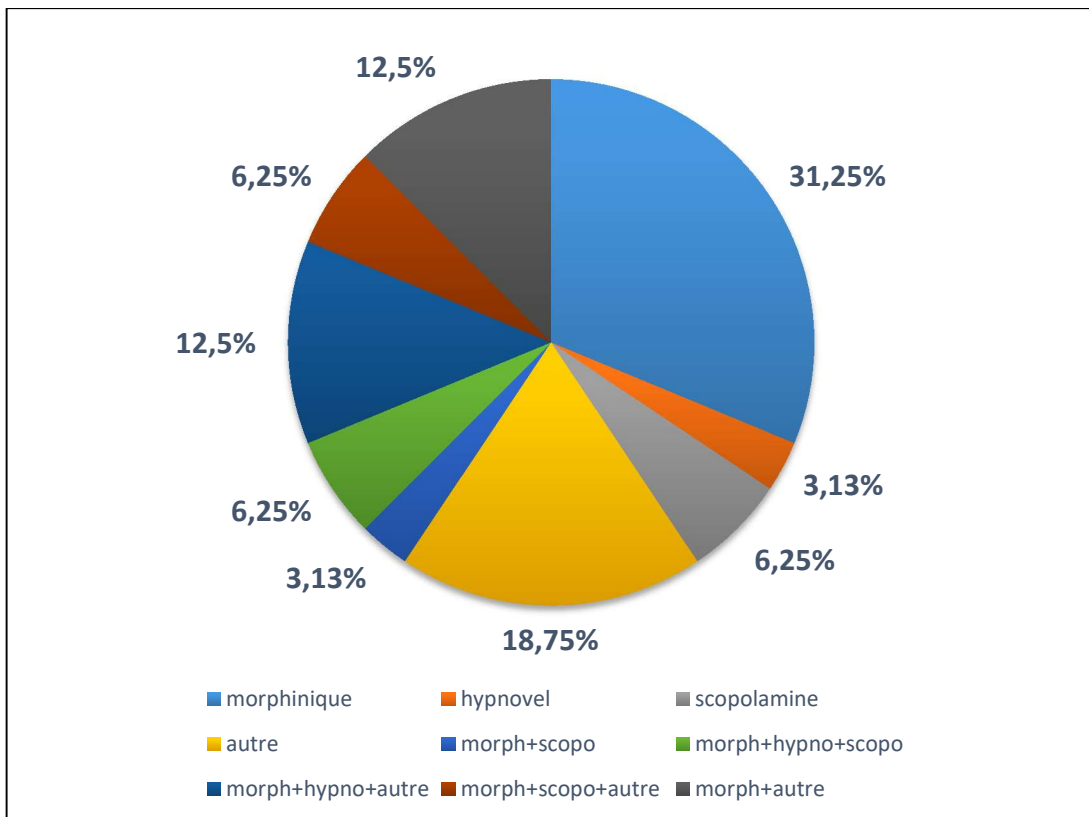


Figure 15: Répartition des patients suivant le type de traitement de soins de confort instaurés aux urgences (n=32).

10 patients ont reçu un morphinique seul, 1 patient a eu de l'hypnovel (midazolam) seul, 2 patients ont eu de la scopolamine seule.

6 patients ont eu un autre traitement de confort, c'est-à-dire un autre anxiolytique...

13 patients ont bénéficié d'un traitement associant un morphinique à de la scopolamine ou de l'hypnovel (midazolam) ou un autre traitement.

### 4.3 Décès

23 décès ont eu lieu dans la période de recueil ce qui représente 8,4% des patients.

Les décès sont survenus entre 28 minutes et 27 jours après l'admission aux urgences.

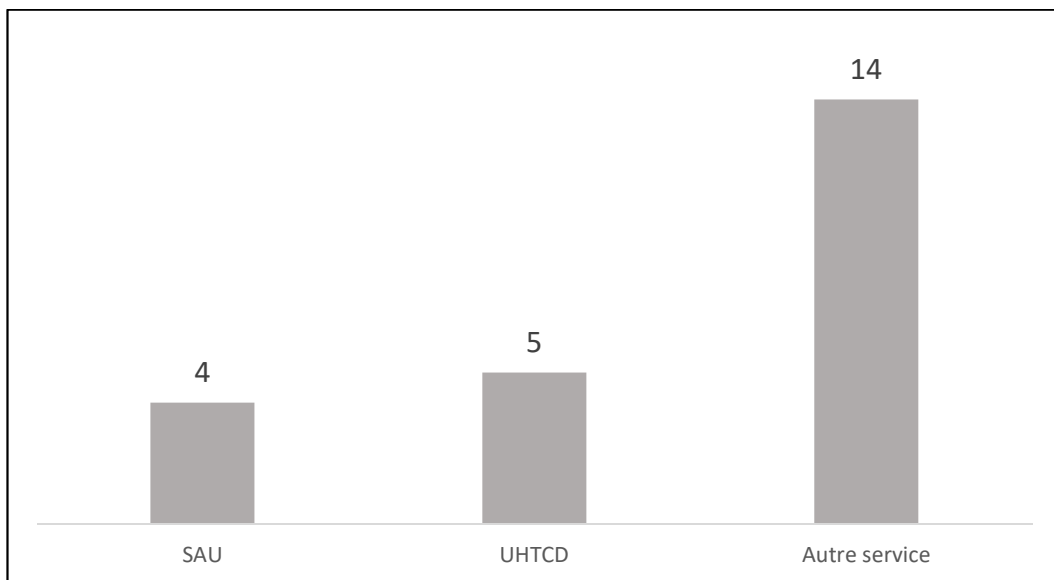


Figure 16: Répartition des patients décédés en fonction du lieu de décès (n=23).

Plus d'un tiers des décès (39%) ont eu lieu dans le service d'hospitalisation des urgences.

## V ELEMENTS DE PERTINENCE DU TRANSFERT

### 5.1 Pertinence du transfert du patient selon l'équipe des urgences

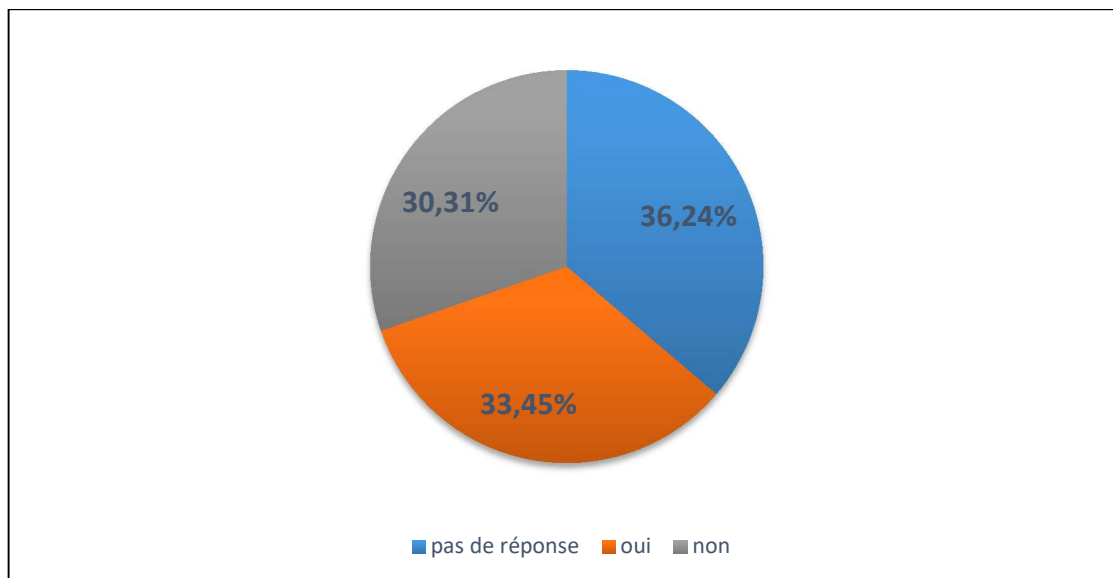


Figure 17: Répartition des dossiers suivant l'évaluation sur la pertinence du transfert aux urgences par l'équipe des urgences (n=284).

86 transferts ont été jugés non pertinents par l'équipe des urgences.  
L'équipe ne s'est pas prononcée sur la pertinence de 103 transferts.

## 5.2 Transferts non pertinents aux urgences

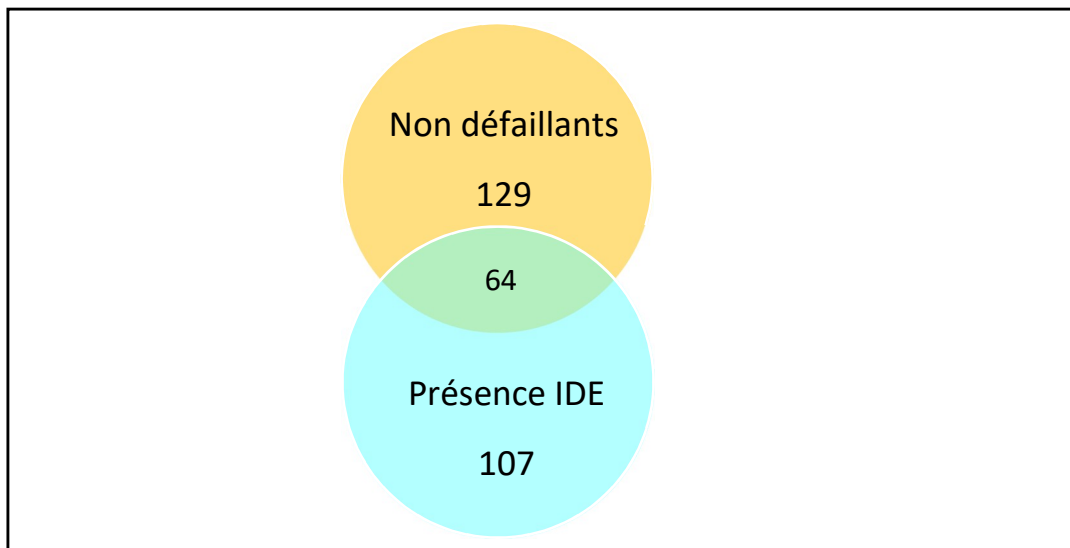


Figure 18: Diagramme de Venn présentant le nombre de patients partagés entre les groupes « non défailants » et « présence IDE » à l'EHPAD.

64 patients (22,4%) étaient non défailants à l'arrivée aux urgences et avaient une IDE à l'EHPAD au moment du transfert.

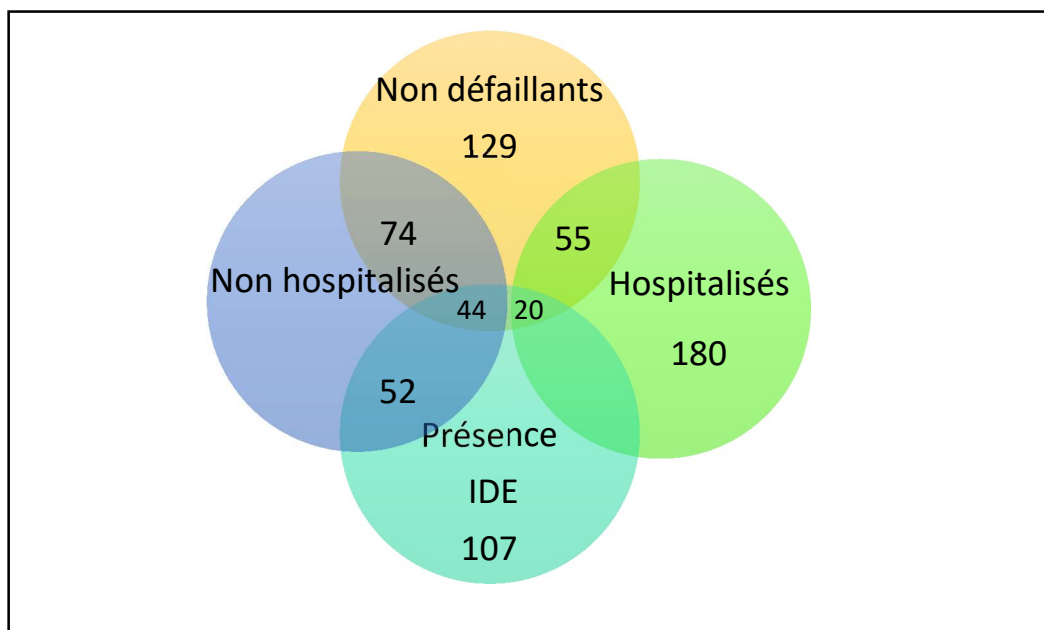


Figure 19: Diagramme de Venn montrant le nombre de patients partagés entre les groupes « non défailants », avec une « présence d'IDE » à l'EHPAD et « hospitalisés ou non » (n=286).

44 résidents (15,4% du total) étaient non défailants, avaient une IDE au moment du transfert et n'ont pas été hospitalisés.

20 patients sur les 180 hospitalisés (11%) étaient non défailants et avaient une IDE au moment du transfert.

### 5.3 Nombre de jours d'hospitalisation

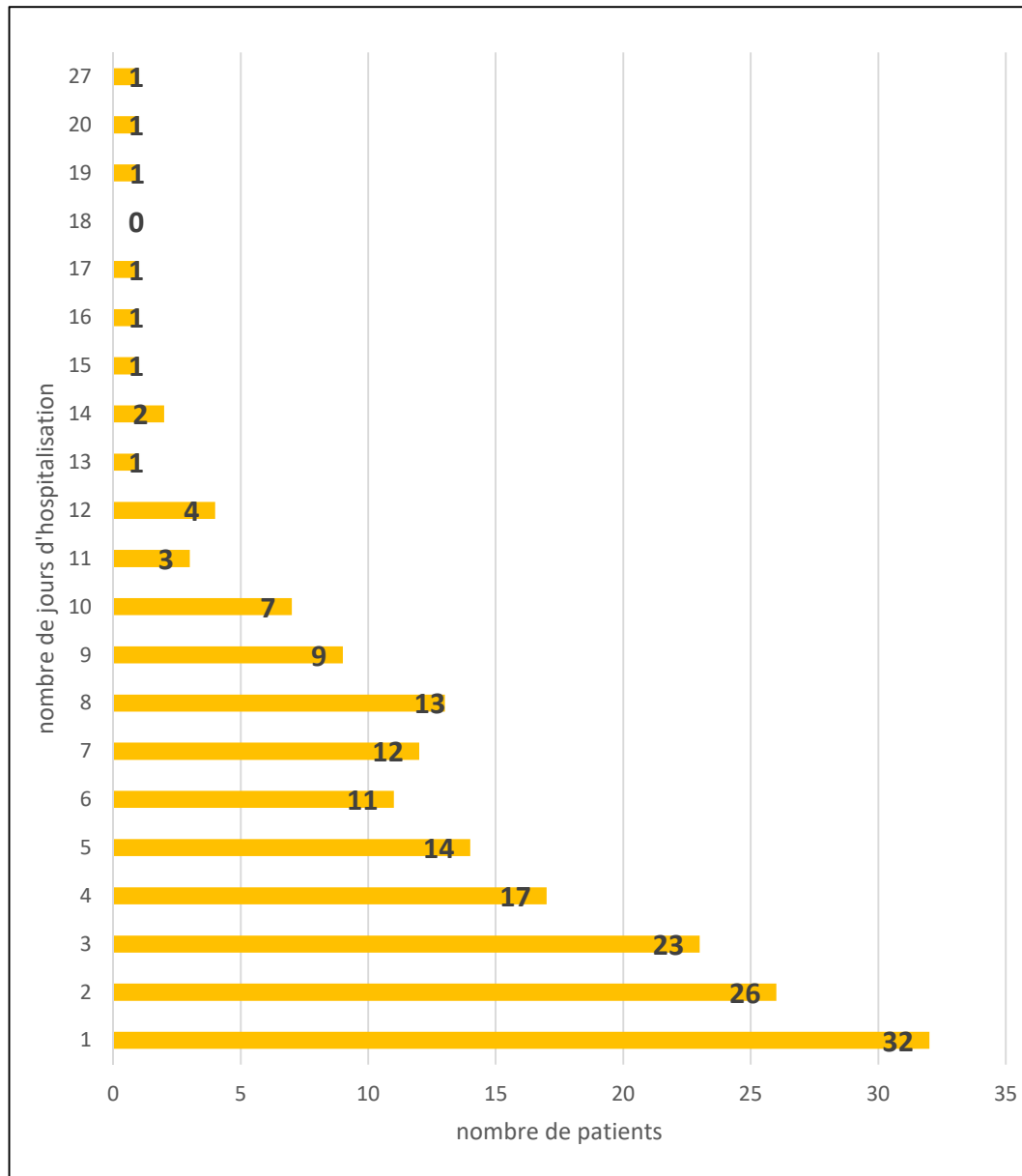


Figure 20: Répartition des patients hospitalisés en fonction du nombre de jours d'hospitalisation (n=180)

Les courtes hospitalisations (1 à 3 jours) ont concerné 81 patients soit 45% des patients hospitalisés.

Le nombre de jours d'hospitalisation cumulés total (SAU+UHCD+autres hospitalisations) est de 932 jours.

Le nombre de jours d'hospitalisation aux urgences (SAU+UHCD) cumulés est de 34 jours

La durée moyenne d'hospitalisation totale est de 5,2 jours.

La durée moyenne d'hospitalisation en dehors de celles au SAU et à l'UHTCD est de 6,1 jours.

Les 20 patients non défaillants pour lesquels une IDE est présente à l'EHPAD au moment du transfert cumulent 77 jours d'hospitalisation.



## 5.4 Réadmissions et hospitalisations multiples

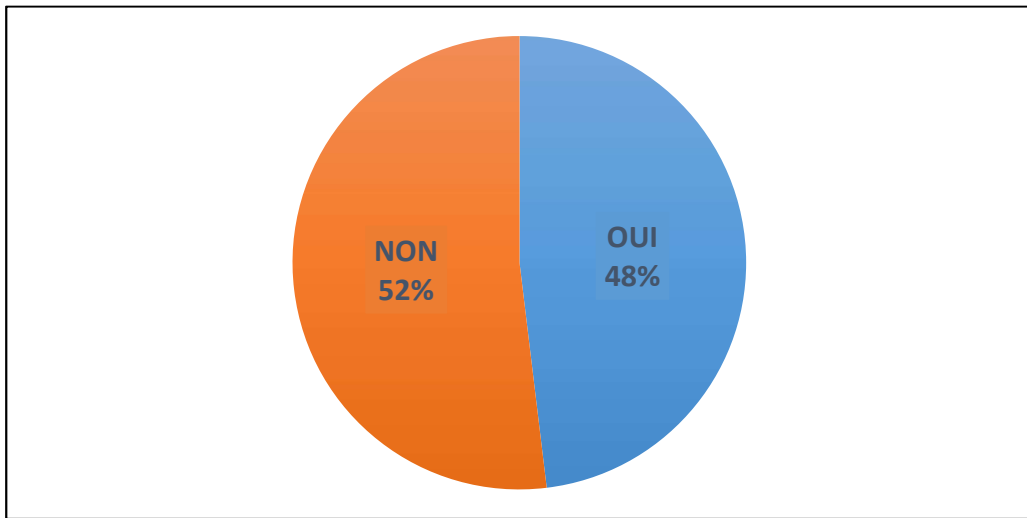


Figure 21: Répartition des patients suivant qu'ils aient été admis dans un service d'urgences dans l'année passée (n=286).

138 patients ont été admis dans un service d'urgence dans l'année précédente.

Les hospitalisations multiples concernent 23 des 238 patients (9,7%): 21 résidents sont admis à deux reprises et 2 sont admis à trois reprises.

Le délai moyen entre les deux premières admissions est de 21,6 jours.

Le délai entre la deuxième et la troisième admission est de 2 jours pour l'un et 10 jours pour l'autre.

Le délai moyen total de réadmission dans la période de l'étude est de 19,5 jours.

# DISCUSSION

---

## I LES LIMITES DE L'ETUDE

### 1.1 Les résidents et la saison

Le nombre de résidents n'est probablement pas homogène suivant la saison. Les motifs d'hospitalisations sont peut-être différents en période hivernale dues au contexte épidémique. En outre, il est possible que le nombre de lits hospitaliers disponibles soit plus faible qu'en été, augmentant ainsi le nombre de résidents admis aux urgences et non hospitalisés.

### 1.2 Le repérage de la population éligible

L'inclusion des patients n'étant pas informatisée, il est possible que dans l'étude, des résidents n'aient pas été inclus par un manque de repérage. En effet, ce repérage est effectué à partir des adresses fournies à l'admission, dépendant de l'inscription par la secrétaire.

### 1.3 La fiche de recueil

Un des problèmes soulevés est celui du mode de recueil de données. La fiche de recueil présentait de nombreux items tous n'étaient donc pas forcément renseignés par l'enquêteurs en temps réel et nous obligeait à rechercher les informations a posteriori. En outre, elle était parfois oubliée voir égarée et nécessitait alors d'être complétée secondairement. Un temps plus important que prévu initialement, pour un travail plus fastidieux, a donc été consacré au recueil des données.

### 1.4 Le Turn over du personnel

Le turn over du personnel soignant aux urgences a certainement eu un impact sur le recueil des données sur la fiche de recueil. Il est plus difficile de réaliser une formation efficace lorsque le personnel soignant varie régulièrement. En effet, la formation réalisée auprès de l'équipe n'a pu tenir complètement compte du renouvellement des équipes de soins.

Le turn over a lieu également dans les équipes de soins en EHPAD, ceci a donc aussi été un biais. La personne ayant adressé ou étant présente lors du transfert du patient aux urgences

variant en fonction du turn over, la prise en charge médicale peut donc différer pour un même EHPAD, notamment si l'EHPAD fait appel à des intérimaires qui ne connaissent ni les lieux ni les résidents.

### **1.5 L'effectif important d'enquêteurs**

Ainsi le nombre de personne ayant pu remplir les fiches recueils fut important ce qui fait poser la question de l'implication de chacun dans le recueil d'informations pertinentes et exactes. Peut-être aurait-il fallu former un groupe restreint d'enquêteurs dont nous nous serions assuré au préalable qu'au moins un d'entre eux, à tour de rôle, pouvait être présent.

### **1.6 Les appels téléphoniques aux EHPAD**

Le fait d'avoir passé des appels téléphoniques dans un second temps aux EHPAD pour récupérer des informations manquantes à la fiche recueil est un biais en soi. La personne ainsi contactée n'a pas été préalablement formée à l'étude et un doute peut être porté sur la véracité de l'information communiquée.

## II INTERPRETATION DES RESULTATS ET REVUE DE LA LITTERATURE

Pour faciliter la lecture, les principaux résultats ont été repris dans des encadrés colorés.

### 2.1 Présence et contenu du dossier de transfert aux urgences

- La quasi-totalité des patients résidents en EHPAD admis aux urgences avaient un dossier de transfert
- Contenu du dossier :
  - Identification patient : 100%
  - Antécédents/Allergie : 96%/22%
  - Traitements habituel/changement/confort : 99%/31%/27%
  - GIR : 47%
  - Médecin traitant/spécialiste : 90%/10%
  - Motif d'admission : 92%
  - Histoire de la maladie : 77%
  - Examen : 18%
  - Réflexion éthique : Personne de confiance/à contacter : 27%/56%
  - Directives anticipées : 2,8%
  - Prescriptions anticipées : 1,06%

Seuls deux patients sont arrivés sans aucun dossier.

Ces résultats sont comparables à ceux retrouvés dans la littérature : le dossier médical est transmis dans 87,7% des cas dans l'étude de Le Fur Musquer et al. (75) et 10% des patients sont transférés sans aucun document (76).

Ces résultats sont donc encourageants. Pour rappel, l'utilité du dossier de transfert n'est plus à prouver :

- Pearson KB et al. affirment en 2013 que les formulaires de transfert facilitent les échanges d'informations utiles, facilitent les soins adaptés en services d'urgences et réduisent les hospitalisations évitables (45).
- Les interventions multifacettes de type INTERACT II qui associent des formulaires de transfert, des outils d'aide à la décision dans les situations d'urgences pour les soignants en EHPAD, la formation des équipes et la création de relations entre EHPAD et SU, permettent de réduire les hospitalisations non programmées de près d'un quart dans les EHPAD qui se sont le plus engagés (77).
- Une revue de la littérature menée par LaMantia et al. montre qu'un document standardisé accompagnant le patient au moment du transfert aux urgences est une aide pour faire lien entre les maisons de retraite et les établissements sanitaires d'accueil (78).

Nous tenons à repréciser ici que l'étude portait sur l'analyse de tous dossiers accompagnant le patient à son admission aux urgences sans distinction de forme et indépendamment du nom qu'il portait ; l'intérêt étant de recueillir les informations transmises par celui-ci et non d'en évaluer le type. Cependant, il est à noter que l'HAS a, en 2015, publié une note méthodologique et de synthèse documentaire concernant le DLU, elle conclut à une utilisation systématique du DLU en EHPAD pour améliorer les échanges entre EHPAD et SU et tenter de réduire les hospitalisations des résidents (51)(79).

Dans notre étude ce DLU standardisé représentait 43% des dossiers présents. Pourtant, l'enquête de l'ONFV 2013 mentionne que 89% des EHPAD en Aquitaine disposent du DLU (13). Cette différence renforce les dispositions de l'HAS quant à la réduction des hospitalisations des résidents.

Si la présence du dossier de transfert est satisfaisante dans notre étude, celle-ci montrait cependant le manque d'information dans son contenu. Cwinn et al. en 2009 et Jones et al. ont aussi montré que lors du transfert d'un résident en SU il existe un manque d'information dans environ 9 cas sur 10 (46). Depuis, le travail de thèse de Vellard-Hammelin AC montre que la quasi-totalité des résidents sont transférés avec un DLU dont le contenu correspond globalement aux recommandations faites par les auteurs de la Conférence de consensus relative à la prise en charge de la personne de plus de 75 ans aux urgences (identité, lieu de vie, motifs de recours, circonstance de survenue, antécédents, traitements, intervenants du suivi) (80)(81).

Les médecins des SU considèrent qu'environ 50% de ces informations manquantes sont très importantes pour la prise en charge des résidents.

Les problèmes de communication d'informations en particuliers incomplètes lors des transferts ont un impact sur la qualité et la sécurité des soins en SU (45). L'insuffisance d'information a des conséquences néfastes pour la prise en charge du résident en SU ; elle augmente le temps de séjour moyen aux urgences.

### **Identification du patient**

Tous les dossiers de transfert recueillis dans notre étude mentionnaient les éléments administratifs courants relatifs aux patients qu'ils accompagnent. En effet, le nom, prénom et date de naissance inscrits sur le dossier concordaient avec le patient admis.

Les données de la littérature montrent que les erreurs sur l'identité du patient sont fréquentes. Elles concerneraient, l'orthographe du nom (25%), le changement de nom marital (21%) et la date de naissance (15%) (82).

L'identification du patient est un élément fondamental de la sécurité des soins.

## **Antécédents**

Nous retrouvons plus fréquemment les renseignements concernant les antécédents que ce qui est rapporté dans l'étude de Le Fur Musquer où le dossier médical comprend les antécédents médicaux dans 87,4% des cas (75).

Les patients d'EHPAD sont comorbides ; pour rappel, ils cumulent 8 pathologies. Il est donc primordial que l'urgentiste puisse avoir connaissance de chacune d'entre elles pour optimiser sa prise en charge.

Néanmoins cet excellent taux ne présage pas de l'actualisation des données. En effet, il n'a pas été possible de savoir ici si la liste des antécédents présents avait été mise à jour récemment, ce qui a naturellement une grande importance.

## **Allergie**

Le statut du patient par rapport aux allergies n'est que très peu mentionné.

Le fait de noter des signes absents prend pourtant autant d'importance que de noter ceux qui existent. Il sécurise la prescription (83).

## **Traitements**

L'ordonnance d'un patient résident en EHPAD transféré aux urgences comprend en moyenne sept médicaments. Et 25% des résidents ont eu un changement dans leur traitement moins de 15 jours avant l'hospitalisation (75).

De plus, 20% des hospitalisations des personnes âgées de plus de 80 ans sont liées à un médicament et donc a un effet iatrogène. Le taux de prescriptions inappropriées serait de 15 à 45% selon les études.

Les interventions sur le médicament en EHPAD, le plus souvent multifacettes, n'ont pas donné la preuve de leur efficacité, elles semblent insuffisantes pour démontrer leur impact significatif sur la santé des résidents et sur les hospitalisations non programmées (84)(85). Cependant, certaines permettent de réduire le nombre de prescriptions inappropriées (86).

Dans la note méthodologique et de synthèse « comment réduire les hospitalisations non programmées en EHPAD » publiée en juillet 2015, l'HAS préconise de réduire les médicaments inappropriés en mettant en place un politique de gestion du risque s'articulant autour de l'amélioration de l'usage, la sécurisation du circuit, l'encouragement des actions alternatives et complémentaires et l'optimisation du système informatique (79).

Le transfert de tous les traitements est capital pour la prise en charge du patient aux urgences. Dans notre étude, il était plutôt bien réalisé concernant le traitement habituel mais les changements n'étaient précisés que dans moins d'un tiers des dossiers, ce qui pose là encore le problème de l'actualisation des données à l'EHPAD.

Quant aux soins de confort, sa présence n'atteignait pas la moitié des dossiers. En prenant en compte que l'ordonnance d'un résident en EHPAD comporte en moyenne 7 médicaments, il est difficile d'imaginer qu'aucun n'est prévu pour son confort. Certes, les antalgiques de pallier I (paracétamol...) sont fréquemment prescrits aux personnes âgées en EHPAD, cependant, 37 % étant en soins palliatifs, des traitements de confort plus adaptés doivent être prescrits de façon anticipée.

L'enquête REHPA stipule que 39,4% des résidents bénéficient d'un traitement antalgique (43), elle n'en précise cependant pas le pallier.

### **Autonomie**

La notification du GIR auquel appartient le patient était présent dans seulement 47,1% des dossiers de notre étude. Dans la littérature, le manque d'information concerne les activités de la vie quotidienne (AVQ) dans 53% des cas, les informations sur la mobilité dans 47,7% des cas et l'état mental et fonctionnel de base dans 36,5% des cas (46).

La présence du score GIR est essentielle dans le dossier médical de transfert pour la prise en charge aux urgences. Il permet d'adapter le niveau de soins à apporter aux patients. En effet, pour ce qui est de la décision de démarche éthique aux urgences, le GIR est primordialement pris en compte.

Le GIR est évolutif dans le temps. L'APA en établissement en dépend, il est normalement réévalué tous les 2 ans à l'EHPAD. Or, cette date d'actualisation n'est pas précisée dans le dossier de transfert. Le GIR d'un patient aux urgences et lors de pathologies aiguës n'étant pas représentatif du GIR habituel, les données récentes doivent être transmises.

### **Nom des médecins**

Le nom du médecin traitant du patient était largement renseigné dans les dossiers de notre étude, ce qui était très satisfaisant. En effet, Il est le médecin référent du patient à l'EHPAD.

Il permet à l'urgentiste de prendre rapidement son avis dans le cadre de décisions collégiales et de l'informer de l'admission, du diagnostic et des mesures de retour à l'EHPAD à la sortie de son patient.

Il était plus difficile de retrouver celui des médecins spécialistes. Pourtant, ils sont également impliqués dans la décision collégiale. Leurs avis spécialisés aident à évaluer le niveau de traitement à réaliser aux urgences.

### **Motif d'admission et anamnèse**

Nous avons été très étonnés par le manque d'information quant au motif d'admission dans notre étude. Mais, dans la littérature, même si les éléments les plus fréquemment décrits sont le motif d'admission (99%) et les circonstances de survenue (68%) (49), ce manque

d'information concernant la raison même du transfert est décrit dans 19,9% des cas (46) et l'évaluation du contexte ne sont trouvés que dans moins de 20% des lettres (49).

En pratique, il arrive que le médecin décidant du transfert du patients-résident prévienne par téléphone le médecin urgentiste de l'arrivée de son patient et donc du motif, de l'histoire récente et de son état clinique. Un contact téléphonique est pris avant l'hospitalisation dans 24,4% des cas (75). Il se peut qu'il se dispense alors ou qu'il ne puisse pas rédiger (s'il n'est pas au chevet du patient) de courrier mentionnant le motif et l'histoire récente de la maladie. Notre étude ne recensait exclusivement que les informations écrites du dossier de transfert.

Si elle n'est pas clairement exprimée, la raison du transfert peut se faire alors comprendre par l'histoire de la maladie, si celle-ci est présente car bien souvent ces deux éléments vont de pair. A l'inverse, des motifs d'admission n'étaient alors pas suivi d'anamnèse ce qui pose le problème de l'évolution clinique récente non connue des urgentistes. Ils ne seraient alors pas aidés dans leur démarche diagnostique. Cela retarderait alors la mise en place d'un traitement adapté et allongerait le temps de prise en charge totale du patient.

### **Examens biologiques récents**

La connaissance de résultats d'examen est importante. Elle optimise la prise en charge diagnostique et thérapeutique et l'accélère. Elle évite de reproduire des examens déjà effectués, d'autant qu'ils peuvent être désagréables pour le patient et laborieux pour les soignants.

Lors de leur passage en SU, 70% des résidents ont des examens sanguins, 50% des radiographies et 50% un électrocardiogramme (27) et Ouslander JG. rapporte parmi les motifs d'envoi aux urgences l'impossibilité d'avoir recours à des examens biologiques (87).

En l'absence de résultats d'examen dans le dossier de transfert, nous ne pouvons donc savoir si les patients en ont eu mais que ceux-ci ne sont pas communiqués au moment du transfert ou s'ils sont adressés pour possiblement en avoir. Dans le premier cas, du temps sera alors investi par les urgentistes pour les récupérer, dans le second cas l'évaluation aux urgences suivra son cours.

### **Réflexion éthique**

Le recueil de la personne de confiance rentre peu à peu dans les habitudes de pratique quand on parle de personnes âgées en EHPAD. C'est une des raisons qui peut expliquer que cet item concernant la réflexion éthique est le plus renseigné. Cependant elle ne s'applique encore qu'aux patients en fin de vie. Sa procédure est règlementée. Mais notre étude montrait qu'encore peu de dossiers de transfert comportaient cette information. Néanmoins, on peut supposer qu'il existe une confusion entre la personne à prévenir ou à contacter et la personne de confiance réellement désignée.



Ce n'était que trop rarement que les dossiers de transfert contenaient les directives anticipées du patient. De même, dans la littérature, les directives anticipées manquent dans 46,4% des cas (46).

Le dossier de liaison comme il est fait actuellement ne prévoit pas systématiquement d'y ajouter cette information. Là encore, nous ne pouvons savoir si son recueil a été fait mais qu'il n'est pas transmis ou s'il n'y en a pas. Cependant, dans un mémoire de DIU de médecin coordonnateur ayant pour objectif de savoir si les directives anticipées sont recueillies en EHPAD de la même façon que dans la population générale, les auteurs retrouvent que le taux de recueil des directives anticipées en EHPAD est de seulement 4,8% dans l'année et que 29% des EHPAD ne demandent pas les directives anticipées. Pour eux, il ne faut pas y voir un désintérêt des EHPAD car beaucoup ont une réflexion en cours sur le sujet (88).

Le recueil des directives anticipées doit être proposé à tous les patients d'EHPAD et intégrer au DLU car on observe une diminution modérée des hospitalisations en présence de directives anticipées (89).

L'HAS précise qu'il est nécessaire de repérer précocement les résidents atteints de troubles cognitifs afin de leur permettre de rédiger des directives anticipées et nommer une personne de confiance ou à défaut de pouvoir informer le médecin traitant de leurs préférences en matière de fin de vie (79).

Dans son étude sur les pratiques des limitations thérapeutiques aux urgences et le ressenti des médecins, le Dr Douplat décrit les problèmes d'accessibilité aux directives anticipées et même à la personne de confiance (90).

De même, les prescriptions anticipées n'étaient prévues et transmises dans le dossier que pour 3 patients de notre étude. Et les données des patients clairement identifiés en soins palliatifs ne représentaient que 9% des transferts.

Toutes ces données reflètent le manque d'anticipation des soins palliatifs des résidents et de ses conséquences néfastes en termes de qualité de soins.

En conclusion, le dossier est majoritairement présent lors des transferts ce qui souligne une bonne mise en œuvre du protocole de transfert vers l'hôpital. Néanmoins, son contenu est insuffisant. Lorsqu'il s'agit d'un simple manque de transfert d'informations existantes à l'EHPAD, nous pouvons dire que le problème est d'ordre logistique pouvant être solutionné par le DMP par exemple. Nous ne le détaillerons cependant pas ici. Il resterait cependant encore le souci de l'actualisation des données. Si ces informations n'existent pas, il s'agit d'un problème de recueil et donc de pratique à l'EHPAD. Quoiqu'il en soit, logistique, pratique du recueil ou actualisation des données sont perfectibles en EHPAD.

Pour aider à l'amélioration de ses mesures en EHPAD, les professionnels de santé de Bordeaux se sont regroupés en équipe pluridisciplinaire composée de médecins coordonnateurs

d'EHPAD, médecins traitants, médecins de la permanence des soins, médecins de LISP, médecin de l'EMSP, médecins du réseau de soins palliatifs, médecins d'HAD, médecins gériatres, médecin urgentistes et IDE coordonnateur. Ils ont ensemble élaboré une modification du DLU en vue de le perfectionner. Ce nouveau DLU est présenté en Annexe 7.

Désormais en Gironde :

- les éléments socio-démographiques doivent préciser outre les renseignements habituels, la date de création du DLU et de sa dernière mise à jour, mais également la distinction entre la personne de confiance et le référent de l'entourage ainsi que la notification d'une éventuelle protection juridique.
- une fiche « urgence » au moment du transfert demande de stipuler si la famille est prévenue de l'hospitalisation, la personne demandant l'hospitalisation, les paramètres vitaux, le problème actuel motivant le transfert en détaillant sa nature et son ancienneté, ainsi que les modifications récentes du traitement et les derniers examens biologiques.
- l'accent est porté sur le score GIR et sa date d'évaluation, les antécédents et la présence ou non d'allergie.

## 2.2 Les modalités du transfert aux urgences

### Moment du transfert

- 70% des admissions en journée de jours ouvrés
- Pic de fréquence le vendredi

La répartition des admissions dans le temps était comparable avec les données de la littérature : les hospitalisations en urgences en provenance des EHPAD ont lieu majoritairement en semaine (72,3% contre 27,7% le weekend), plus souvent le jour, notamment l'après-midi et (34,5% le matin et 41,2% l'après-midi), que la nuit (22,7%) (75)(91)(92).

Les études existantes décrivent un pic de fréquence le mardi (75)(23). Elles l'expliquent par un rebond d'activité des consultations après la période d'accalmie du week-end. De notre côté, nous observons une plus grande fréquentation en fin (35% entre la jeudi et le vendredi) et en début de semaine (14,3% le lundi). Une baisse d'activité le weekend et en milieu de semaine (respectivement 24% et 26,6%) était constatée. La distribution sur la semaine n'était donc pas linéaire : on observait également des rebonds après des accalmies et inversement.

Ainsi les transferts ont été réalisés pour la plupart en dehors des périodes de permanence de soins assurées par le médecin de garde et autres structures d'urgences. Ceci peut alors laisser supposer un recours possible au médecin à l'EHPAD, l'accès à un plateau technique envisageable en ville et les soins réalisables par une infirmière présente.

Cependant, on peut aussi analyser ces données avec le même raisonnement que pour les admissions plus fréquentes le vendredi aux urgences. En effet, par anticipation du manque de personnel et donc de surveillance médicale la nuit, les patients sont adressés le jour ; ce serait paradoxalement une forme d'anticipation.

### Décision du transfert

Décision du transfert aux urgences :

- 40% par le médecin traitant
- 31% par SOS médecin
- 23% par le SAMU

Cette triade est également retrouvée dans une étude où les transferts par le médecin traitant et par SOS médecin représentent chacun 31,5%, quant à ceux réalisés par décision du SAMU ils représentent 3,6% des transferts (40).

Le Fur-Musquer et al. retrouvent à 46,2% la décision du MT et à 35,3% celle des services d'urgences (SOS, SAMU,...) (75).

Le médecin généraliste est initiateur des transferts aux urgences dans 27,8 à 46,2%, et le médecin coordonnateur dans 2,5% à 12% des cas (40)(75)(92)(93).

Dans notre étude la part des décisions de transfert par les services d'urgences (SOS et SAMU...) est plus importante que celles rapportées. Le manque d'information du dossier médical concernant une potentielle prise en charge à adopter à l'EHPAD en cas d'aggravation, le manque de réflexion éthique en est probablement la cause. SOS médecin et médecin du SAMU se retrouveraient alors dans la même situation face à la décision de transfert que les urgentistes face à l'hospitalisation.

Il est étonnant que le médecin traitant soit l'acteur principal de ces transferts. On peut donc penser que ce n'est pas la cause d'un manque de connaissance du patient mais plutôt un manque d'anticipation de leur évolution clinique. Le médecin traitant se retrouve donc dans la même situation que ces confrères de garde.

Cependant, le fait que le médecin traitant soit le premier à adresser ses patients d'EHPAD aux urgences reflète l'organisation des EHPAD en France. En effet, en dehors de l'urgence, le médecin coordonnateur n'est pas cliniquement responsable des résidents. Le médecin traitant intervient sur requête et les infirmières doivent prendre rapidement des décisions en cas d'urgences. Les EHPAD ne sont pas des installations hospitalières mais des lieux de vie médicalisés. Finalement nos résultats sont cohérents avec les autres études sur les personnes âgées quelque soit leur lieu de vie (domicile propre ou institution) qui retrouvent qu'elles sont principalement adressées dans un service d'urgences par leur médecin traitant (39).

Deux travaux donnent des pistes pour comprendre pourquoi les médecins transfèrent leurs patients d'EHPAD aux urgences (80)(41). Il y est souligné que les médecins généralistes

manquent de temps et qu'ils ont des difficultés à organiser les hospitalisations. Ils invoquent des difficultés à joindre un médecin hospitalier qui permettrait d'obtenir l'accord pour une hospitalisation directe ou un avis permettant de différer ou annuler l'hospitalisation.

A Bordeaux, ces difficultés ont été prises en compte et une ligne téléphonique directe avec un gériatre sénior du CHU a été mise en place de 9h à 19h pour permettre au médecin traitant d'avoir des conseils ou obtenir une hospitalisation directe en service gériatrique.

A Toulouse, un hôpital de jour a été spécifiquement dédié aux résidents d'EHPAD. Il propose un bilan médical avec avis spécialisé et des examens paramédicaux avec un délai de prise en charge court. L'attente des soignants d'EHPAD est préalablement discutée par téléphone. L'objectif est d'intervenir en amont de la décompensation aigue.

La revue systématique de Graveholt 2014 montre que soit une équipe mobile de gériatrie (un infirmier et un médecin) pour les évaluations gériatriques, la revue des médicaments, la formation et le soutien des équipes, soit un gériatre assurant les visites régulières ou sur appel fournissant ainsi au NH des services qui seraient autrement fournis par une hospitalisation permettent de réduire les hospitalisations des résidents (94)(79).

Dans notre étude, il aurait été intéressant de rechercher qui a donné l'alerte et déclenché ainsi la décision médicale. L'alerte est donnée par les infirmières et les aides-soignantes dans respectivement 46,2 et 39,5% des cas (75). D'autre part on peut supposer que le médecin traitant par manque de temps n'est pas en mesure d'organiser lui-même ces hospitalisations (80). Il délèguerait alors cette tâche à l'équipe soignante.

En EHPAD, la présence d'un médecin n'est pas permanente, les infirmières et AS ont donc un grand rôle à jouer dans la décision du transfert aux urgences.

### **Motif du transfert**

Le motif d'admission aux urgences était:

- Cardiorespiratoire : 46,5%
- Abdominal : 17%
- Sepsis : 12,7%
- Chute : 10%

Les résultats de notre étude étaient comparables aux données de la littérature, selon lesquelles :

- Dans 18,5 à 34% des cas, les causes cardiorespiratoires étaient le principal motif de recours aux urgences des résidents en EHPAD (24)(36)(37)(40)(75).
- La dyspnée est le motif d'admission de 30,4% des patients résidant en EHPAD (95).
- Dans un tiers des cas ce sont les chutes (75).

La littérature ne fournit pas de preuve quant à des interventions capables de réduire les hospitalisations liées aux chutes. Cependant, certaines interventions ont une tendance à réduire le taux de chutes (96). En ce sens, l’HAS recommande donc un bilan multifactoriel et pluridisciplinaire du risque de chute à l’admission puis tous les ans et à chaque évènement intercurrent, la supplémentation vitaminique et la favorisation du développement de l’activité physique (79).

### **Présence d’un médecin à l’EHPAD**

- Aucun médecin présent dans 73% des cas des transferts

Parmi les causes d’hospitalisations évitables, il est rapporté la disponibilité des médecins (87).

Le Fur Musquer déclare que dans un quart des cas la décision de transfert est prise par avis téléphonique (75). Ceci dénote d’un manque croissant de disponibilité des médecins dans les EHPAD.

La présence du médecin coordonnateur est un facteur limitant les hospitalisations (80).

Ceci laisse sous-entendre que l’augmentation du temps de présence d’un médecin à l’EHPAD réduirait les transferts des résidents aux urgences.

### **Présence du personnel à l’EHPAD**

- Dans 71% des cas un infirmier(e) était présent(e)

En 2013, 81 à 85% des EHPAD ne disposaient ni d’infirmière la nuit ni d’astreinte téléphonique (13) (97). Et des études tendent à affirmer que l’augmentation du personnel soignant en EHPAD est un gage d’une meilleure prise en charge.

Nous nous attendions donc à un bien moindre taux concernant la présence d’une infirmière au moment du transfert. Cependant, ce chiffre ne veut pas dire que dans 71% du temps il y a une infirmière dans les EHPAD. Nous pouvons donc également penser que le transfert est décidé au moment où l’infirmière est encore présente, ce qui facilite son organisation, et en prévention d’une dégradation éventuelle du patient en l’absence de celle-ci.

D’après l’étude de l’Observatoire national de la fin de vie sur la fin de vie des personnes âgées, la présence d’infirmier(e) de nuit permettrait d’éviter 18 000 hospitalisations de résidents en fin de vie chaque année (13).

## 2.3 Aux urgences : les caractéristiques des patients et la prise en charge

### Caractéristiques générales

- 64% de femmes
- Age moyen : 87,7 ans
- 59,1% des patients étaient polypathologiques
- 55,4 % des patients présentaient une démence
- 82,9% des patients étaient GIR 1 à 3

Notre population est comparable à celle rapportée dans la littérature :

- l'âge moyen s'étend de 81,6 à 87,4 ans (75)(76)(93)(98).
- les hommes représentent 18,3 à 35% des patients hospitalisés (75)(93)(98)(99).
- 37 à 46% des patients ont des troubles cognitifs dans leurs antécédents et 2/3 ont des troubles cognitifs aigus ou chroniques lors du passage en SU (27).
- Les résidents hospitalisés sont dépendants (en moyen GIR 3) (75). 40% est GIR 2 (80).

La majorité de notre population était des femmes, ce qui peut s'expliquer par une espérance de vie des femmes plus élevée que celle des hommes en France. L'autre explication (possiblement liée à la première) est qu'il y a plus de femmes que d'hommes en EHPAD. Cependant ce sex ratio est similaire à celui retrouvé dans la population générale pour la tranche d'âge de 85 ans (100).

Ceci illustre bien la fragilité de la personne âgée et donc de sa prise en charge complexe.

### Caractéristiques cliniques

- 45% des patients sans défaillance d'organe à l'admission

Les données de notre étude concernant les paramètres vitaux montraient un état clinique des patients relativement plus stable sur le plan hémodynamique que ce qu'il était attendu. En effet, les patients étaient majoritairement normotendus et normocardes.

Notre étude ne relevait cependant pas les paramètres vitaux transmis dans le dossier (dans l'hypothèse où ils se seraient améliorés entre temps ou qu'ils soient mal relevés en EHPAD, ce qui argumenterait pour justifier de la différence) ; ils en sont d'ailleurs absents dans 37,6% (46).

De même, les troubles respiratoires étaient réellement constatés à l'examen clinique à l'admission pour 35,66% des patients alors que 43,21% des patients étaient admis pour dyspnée. Ce qui soulève un manque de connaissance des signes respiratoires et de surveillance à l'EHPAD.

## Diagnostic retenu

Le diagnostic retenu était d'ordre :

- Cardiorespiratoire : 59%
- Digestif : 17%
- Uro-néphrologique : 7%

La cause cardiorespiratoire était le premier diagnostic retenu aux urgences. Cependant, nous en diagnostiquons plus que dans les autres études où un tiers des hospitalisations non programmées des résidents d'EHPAD sont dues à des complications cardiorespiratoires et les pneumopathies sont une cause fréquente d'hospitalisation de ces patients (75).

Ceci peut s'expliquer par un biais de recrutement. En effet, le SAU de Saint André a une activité à orientation cardio-pneumologique majorée.

Les causes cardiovasculaires et respiratoires dont principalement les décompensations cardiaques et les douleurs thoraciques, les pneumopathies et les bronchites, représentent 43% des causes d'hospitalisations potentiellement évitables (87). Une autre étude montre que 5 causes (pneumonie, décompensation cardiaque, infection urinaire, déshydratation et traumatisme) sont responsables de plus de 80% des hospitalisations potentiellement évitables (74).

Il existe, bien entendu, une part incompressible d'hospitalisations depuis les EHPAD secondaires à des situations relevant exclusivement d'une prise en charge hospitalière. Le travail de prévention a pour but de réduire autant que possible les hospitalisations évitables.

L'état clinique du patient à son arrivée aux urgences et les diagnostics retenus montrent qu'il est donc nécessaire d'insister sur la surveillance des paramètres vitaux et sur la formation des signes respiratoires en EHPAD.

Un moyen tel que la télémédecine permettrait d'avoir un avis médical sans avoir à transférer le patient aux urgences. 4 types d'actes de télémédecine sont susceptibles d'être réalisés en EHPAD : la téléconsultation et la télé-expertise, pour un avis diagnostique et/ou thérapeutique, la télésurveillance et la téléassistance médicale (79)(101).

Selon l'enquête EHPAD de l'ARS Aquitaine en mars 2013, les demandes des EHPAD concernant la télémédecine sont de 12% en cardiologie et que les téléconsultations effectivement réalisées sur ce territoire et pour cette spécialité sont de 9% (102).

De plus, l'HAS recommande de promouvoir dans un but de prévention, la vaccination antipneumococcique, les mesures d'hygiène et des protocoles de traitements des infections respiratoires basses (79).

## Traitement instauré

- Oxygène : 40,2%, aérosols : 16%
- Antibiotiques : 44%
- Diurétiques IV : 24,5%
- Geste invasif : 2,45%
- Réduction du rythme : 1%

Lors de leur passage en SU, une grande proportion de résidents reçoit des médicaments, 40% par voie parentérale et 15% par voie orale (27). Dans notre étude, une grande partie des patients a bénéficié aux urgences d'un traitement à visée respiratoire.

Le traitement en NH des infections respiratoires basses réduit de 12% les hospitalisations dues aux infections respiratoires basses et de 19% les hospitalisations pour pneumonies. Il diminue également la durée moyenne de séjour, la mortalité et le coût (35)(94).

De plus, les résidents et leur famille préfèrent que ces soins se fassent à la résidence plutôt qu'à l'hôpital (103).

Ceci accentue la nécessité de formation du personnel sur la prise en charge précoce des symptômes d'ordre cardiorespiratoire et la mise en place de protocoles médicamenteux réalisables en EHPAD.

## Orientation

Orientation des patients :

- Retour à l'EHPAD : 35,7%
- Hospitalisation dans un service : 51,4%
- UHCD : 11,5%

Les résidents retournent dans leur structure sans être hospitalisés dans 52 à 56% des cas (76)(104).

Nous nous plaçons donc un peu en dessous des données littéraires. Ceci pourrait se justifier par la plus forte fréquence de diagnostics d'ordre cardiorespiratoire, ainsi une plus grande partie de patients pourrait nécessiter une surveillance en courte hospitalisation à l'UHCD.



## 2.4 Démarche éthique aux urgences

Nous nous intéressons ici à la démarche éthique car, comme nous l'avons constaté dans notre étude du dossier de transfert, les éléments relatifs à la réflexion éthique et aux vœux du patient pour sa fin de vie étaient quasi absents des dossiers de transfert, risquant ainsi de pratiquer un acharnement thérapeutique aux urgences. L'anticipation et la continuité de la prise en charge des résidents en EHPAD sont essentielles.

### Réflexion éthique

- Personne de confiance/à contacter : 27%/56%
- Directives anticipées : 2,8%
- Prescriptions anticipées : 1,06%
- Soins palliatifs : 9%

Le nouveau DLU créé en Gironde par l'équipe de Bordeaux (Annexe 4) prévoit que :

- les directives anticipées établies doivent être jointes en copie avec mention de la date de rédaction
- les prescriptions anticipées personnalisées y soient ajoutées
- les participants à cette réflexion doivent y être listés

### Limitation ou arrêt des thérapeutiques et situations de fin de vie

- Soins de confort : 11%      type : 30% de morphinique
- Décision LAT : 16%
- Décès : 8%

Suivant l'ONFV en 2013, 42% des résidents d'EHPAD en Aquitaine sont concernés par une décision de limitation ou d'arrêt des traitements (13). Cela correspond à l'application de l'une des mesures phares de la loi Léonetti.

Dans un autre travail, une décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques est prise dans 78,8% des décès aux urgences (105) et dans 50% cette décision est prise par un seul médecin (106). Il y a donc peu de collégialité pour une pratique fréquente aux urgences.

Aux urgences de l'hôpital Saint André à Bordeaux les limitations thérapeutiques sont fréquentes mais la décision est collégiale, le dispositif de démarche éthique ayant renforcé le cadre décisionnel.

Néanmoins, dans l'ignorance de l'état antérieur du malade, l'urgentiste administre dans plus d'un tiers des cas un traitement agressif qui se révèle a posteriori inadapté (107).

Les informations et la mise à jour du dossier de transfert sont donc essentielles pour garantir les soins adaptés aux urgences. Ainsi, dorénavant, il a été décidé à Bordeaux de faire apparaître dans le nouveau DLU le niveau d'intervention médicale à respecter par les intervenants. Ce niveau d'intervention fait partie d'un projet d'accompagnement personnalisé du patient, il s'aide de la maladie principale, des comorbidités associées, de l'évaluation des risques de décompensation aiguë et, bien entendu, des directives anticipées. Plusieurs auteurs AngloSaxons parlent « d'advance care planning » ou de « scale of care levels » (108)(109). Le bénéfice de telles mesures a été prouvé en termes de qualité de vie, d'amélioration des symptômes d'inconfort et de baisse des taux d'hospitalisation en phase terminale (110).

Il y a 4 niveaux d'intervention dont un seul peut être coché :

- Maximum curatif : transfert aux urgences, soins intensifs et réanimation envisageable
- Prise en charge d'un épisode aiguë potentiellement réversible : transfert aux urgences envisageable mais pas de réanimation invasive
- Prise en charge palliative symptomatique : soins de confort et transfert aux urgences à éviter
- Prise en charge palliative terminale : soins de confort sans transfert aux urgences

Les morphiniques sont d'ailleurs les principaux soins de confort administrés aux urgences. Dans les 15 jours avant leur décès, 58% des résidents d'Aquitaine ont reçu des antalgiques de palier 3 laissant à penser que la lutte contre la douleur a progressé. Une semaine avant le décès, les médecins coordonnateurs estiment que 27% des résidents d'Aquitaine seraient dans un « réel inconfort physique » mais que, pour 80 % des résidents, la douleur serait « très bien soulagée » (13). Cette même étude montre également que dans les 24h avant le décès, 7% des résidents d'Aquitaine souffrent de douleur « très intenses » et que 29% des résidents reçoivent un traitement à visée sédatif à l'EHPAD (13).

Dans la littérature, 8% des patients des patients décèdent après une hospitalisation et 5% meurent en SU (75)(27).

Dans notre étude il y eu 9 décès de résidents survenus aux urgences ou à l'UHCD (39% des décès), comme les 8 000 résidents qui décèdent chaque année en France dans les heures qui suivent leur admission aux urgences (13).

Rousseau et al estiment à 8,9 jours la durée de séjour des résidents décédés au cours de leur hospitalisation (91).

Cependant, le protocole de notre étude ne nous permettait pas d'identifier les résidents dans une situation de fin de vie. Pourtant, dans la littérature, il est décrit qu'il est fait recours au SU dans les 15 derniers jours de vie dans 18 à 33% des cas (17)(111).

D'autre part, l'âge moyen ayant été de 87,7ans les deux sexes confondus dans notre étude et l'âge d'entrée en EHPAD étant de 84 ans avec une durée de résidence de 2 ans et demi, en moyenne, cela peut faire émettre l'hypothèse que nos patients admis étaient probablement et majoritairement dans leur dernière année de vie.

Ces hospitalisations en fin de vie sont à éviter autant que possible. Elles ne sont pas souhaitables, d'une part pour les résidents et leurs familles pour qui les circonstances du décès peuvent être considérées comme du «mal mourir et d'autre part pour l'équipe des SU qui se trouvent devant des situations difficiles, à gérer le décès d'un patient.

80% des patients souhaitent finir leur vie chez eux alors que seulement 27% sont décédés à domicile en 2010 (112).

Les motifs de ces transferts sont le plus souvent les symptômes d'inconfort et les signes de décompensation en fin de vie, mais ces transferts sont également motivés par le sentiment d'impuissance et la peur des soignants en EHPAD à être confrontés à une décompensation rapidement évolutive ou aux signes d'agonie (37)(13)(111).

La littérature montre que le développement des soins palliatifs en NH est efficace pour réduire les hospitalisations inappropriées des résidents en fin de vie. On observe une diminution modérée des hospitalisations en présence de directives anticipées (35)(89).

Le développement des soins palliatifs en EHPAD est un enjeu majeur en termes de qualité de vie, de qualité de soins des résidents et de satisfaction de leur famille. De plus, ils permettent de réduire le nombre et la durée des hospitalisations inappropriées des résidents en fin de vie et en particulier ceux avec une démence évoluée (35)(89)(94)(110).

La RS Robinson 2013 reprend 4 études sur les interventions visant à augmenter les soins palliatifs et les soins de support aux résidents atteints de troubles cognitifs ou de démences en NH : trois études montrent une amélioration de la documentation des préférences des patients, deux études montrent une réduction significative des hospitalisations et une troisième montre une amélioration de l'utilisation des soins palliatifs (113).

La formation en soins palliatifs des médecins traitants et des médecins coordonnateurs est donc indispensable, pour renforcer leurs compétences afin qu'ils puissent accompagner au mieux ces patients vers une fin de vie paisible dans leur lieu de vie habituel.

L'article TéléPallia 2015 décrit un modèle de télémédecine porté par une EMSP ; il a pour but d'étendre et de compléter l'action de l'EMSP. Ces auteurs considèrent que ce système permet de maintenir le résident dans son lieu de vie, si ceci est souhaité et possible, en évitant les hospitalisations itératives non indispensables et les transferts vers les services des urgences en fin de vie (114).

En pratique, l'HAS recommande aux EHPAD de réaliser des entretiens ciblés par un soignant formé avec les patients et les familles et en informer le médecin traitant, de se concerter collégalement pour les patients relevant de soins palliatifs et qui ne sont plus en état d'exprimer leur volonté, de rédiger un compte rendu sur les préférences des patients, les préconisations, les soins de supports et les éventuelles limitations thérapeutiques. Elle propose également de nommer et former des référents, de diffuser la culture des soins palliatifs du travail en équipe pluridisciplinaire. Ils doivent également créer des liens avec la filière des soins palliatifs (USP, LISP, service gériatrique, EMSP...) et assurer la continuité des soins avec une permanence médicale, une régulation, une astreinte ou une HAD pour les patients complexes (89). L'HAS a publié en juin 2016 une fiche points clés intitulée « Comment

favoriser le maintien au domicile des patients adultes relevant de soins palliatifs ? » qui détaille tous ces points de l'organisation des soins palliatifs (112).

Afin de concrétiser ce développement des soins palliatifs en EHPAD, à Bordeaux, les professionnels de santé ont élaborés ensemble, en 2015, en collaboration avec l'association de soins palliatifs régionale PalliAquitaine, l'URPS Médecins Libéraux Aquitaine et l'ARS Aquitaine un document d'aide à la prescription pour anticiper les troubles respiratoires des personnes âgées en fin de vie. Ce document disponible en ligne sur les sites de chaque collaborant :

[http://palliaquitaine.org/palliaquitaine/documents/2015\\_09\\_anticiper\\_les\\_troubles\\_respiratoires.pdf](http://palliaquitaine.org/palliaquitaine/documents/2015_09_anticiper_les_troubles_respiratoires.pdf)

Il a pour but de proposer une conduite à tenir devant des symptômes respiratoires aigus en fin de vie en EHPAD ou à domicile et ainsi de diminuer les admissions aux urgences. Il s'adresse essentiellement aux médecins généralistes et aux médecins coordonnateurs d'EHPAD.

Ce document s'intéresse donc aux symptômes de dyspnée, de polypnée et d'encombrement aigue, et aux symptômes intenses de la détresse respiratoire. Il les définit, décrit pour chacun les objectifs du plan de soins et les principes de traitements non médicamenteux et médicamenteux.

La prise en charge des troubles respiratoires en fin de vie repose sur l'anticipation des symptômes, leur survenue nécessitant un traitement adéquate en urgence.

En premier lieu, le médecin doit identifier les personnes en phase palliative symptomatique et terminale pouvant alors être concernées par ces propositions. Ensuite, le médecin doit expliquer, à la personne malade dans la mesure du possible, à son entourage et à l'équipe soignante, la prise en charge envisagée, afin de les informer et d'obtenir leur adhésion. Enfin, il peut rédiger des prescriptions anticipées personnalisées qui permettront de soulager d'éventuels symptômes d'inconfort.

## 2.5 Evaluation de la pertinence

### Une population pouvant être prise en charge à l'EHPAD ?

Les résultats de notre étude retrouvaient principalement :

- une population fragile
- des admissions majoritairement de jour et en semaine donc en dehors de la permanence des soins assurée par la garde
- des motifs de recours et les diagnostics aux urgences étaient cardiorespiratoires
- que les patients étaient cliniquement stables
- que la plupart des soins pratiqués aux urgences étaient réalisables à l'EHPAD
- qu'une IDE était fréquemment présente à l'EHPAD au moment du transfert
- que plus d'un tiers des patients n'étaient pas hospitalisés
- qu'une partie des patients étaient dans une situation de fin de vie et sont décédés peu après leur transfert aux urgences

Ce constat soulève alors la question majeure de la pertinence de ces transferts. Nous tentons ici d'en comprendre les tenants et les aboutissants et de trouver quelques pistes de réponse.

- 30% des transferts aux urgences jugés non pertinents par l'équipe
- 22,4% des transferts aux urgences étaient évitables
- 11% des hospitalisations étaient inappropriées

Dans notre étude, nous avons souhaité recueillir l'avis de l'équipe des urgences quant à la pertinence du transfert des patients. Il s'agissait d'une évaluation subjective et le taux de réponse était faible: pour plus d'un tiers des transferts l'équipe ne s'est pas prononcée. Ce qui laisse suggérer la difficulté voire l'impossibilité à y répondre. En effet, on peut penser que le manque d'information contenu dans le dossier de transfert ne permet pas à l'urgentiste d'avoir toutes les données nécessaires afin d'évaluer correctement la pertinence d'un transfert.

Il est à souligner que 30% des transferts ont été jugés non pertinents par l'équipe des urgences.

Dans la littérature, la pertinence du transfert aux urgences est décrite. Les hospitalisations dites inappropriées donc évitables concerneraient 19 à 67% des hospitalisations des sujets âgés en institution selon les études (87). L'amélioration des modalités de décision éviterait donc les hospitalisations inadéquates (40).

Il existe un outil de référence pour évaluer la pertinence d'une admission aux urgences et d'une hospitalisation: la grille AEPf (Appropriateness Evaluation Protocol France) validée en 2004 par l'HAS (115).

Celle de Davido a été créée en 1991 et permet l'évaluation des admissions. Elle comprend 16 critères divisés en deux parties : 10 critères liés à l'état de sévérité clinique et 6 critères liés à la délivrance de soins (115). Elle est présentée en Annexe 8.

Celle de Lang permet l'évaluation des journées d'hospitalisation. Elle comprend une grille de critères explicites et une série de questions. Les critères sont au nombre de 24 divisés en 3 parties : 10 items se réfèrent aux soins médicaux validés, 6 items décrivent les soins infirmiers, 8 items sont liés à l'état clinique du patient (115).

L'admission ou la journée d'hospitalisation est jugée pertinente si l'un des critères de la grille est présent. Si aucun critère n'est présent, un expert peut néanmoins la déclarer pertinente, c'est la notion « over ride » ou « avis d'expert ». Il s'agit de situations médicales particulières ne nécessitant pas d'intervention médicale mais devant lesquelles le médecin ne peut prévoir l'évolution à très court terme. L'expert doit clairement expliquer la raison de l'utilisation de « l'avis d'expert » (115).

Cet outil a bien entendu ses limites et dérives comme par exemple l'inadéquation avec certaines spécialités, la mise en avant de déficits structurels, l'utilisation non définie de ses résultats, l'adhésion des professionnels impliqués ou encore l'inflation des actes non utiles (115).

Il est important de préciser ici que nous avons constaté, en effectuant notre recherche bibliographique, que dans certains articles les termes d' « hospitalisation » et d' « admission aux urgences » se confondaient. En effet, certains articles utilisent le mot « hospitalisation » indifféremment pour désigner l'admission aux urgences suivi ou non d'un séjour hospitalier tandis qu'en réalité l'hospitalisation est un séjour hospitalier incluant au moins une nuit entière passée à l'hôpital. Cela est pourtant d'une grande importance puisque les études de l'une ou de l'autre ont un impact sur l'organisation des soins dans un secteur donné. Les taux d'hospitalisation et d'admission évitables sont reconnus comme étant un indicateur de la qualité des soins primaires.

Peu d'études dans la littérature internationale ont porté sur l'évaluation de la pertinence des admissions aux urgences des résidents d'EHPAD (26) (35)(116)(117) et, à notre connaissance, une seule a été menée en France, en Bourgogne, 10 mois avant le début de notre recueil : Manckoundia et al. ont utilisé cette grille AEPf et ont décrit que 18,1% des admissions aux urgences des résidents d'EHPAD étaient considérées comme inappropriées (93).

Une autre étude française avait, cependant avant eux, analysé la pertinence conjointe des admissions et des hospitalisations des résidents d'EHPAD (30). La littérature rapporte que le taux d'admissions ou d'hospitalisations inappropriées s'étend de 15% à 67% (117)(77)(89)(118).

A notre tour, nous nous sommes aidés a posteriori des critères de la grille AEPf pour comprendre et trouver des pistes pour savoir si les transferts aux urgences des patients résidents en EHPAD étaient justifiés et si des hospitalisations auraient pu alors être évitées.

Ceci nous a donc menés à une analyse d'un sous-groupe de patients. L'intérêt était de connaître la proportion de patients sans défaillance clinique pour lesquels une IDE était présente à l'EHPAD au moment du transfert puis de croiser ce groupe avec le critère « hospitalisation ».

Suivant nos résultats, les patients sans défaillance clinique pour lesquels une IDE est présente au moment du transfert représenteraient 22,4% (n=64) des résidents admis. 44 d'entre eux soit 15,4% des résidents n'ont, de surcroît, pas été hospitalisés ce qui appuie le fait que leur transfert était non justifié. Ce chiffre est comparable au 18,1% de l'équipe de Manckoundia (93). De plus, ce résultat est probablement sous-estimé car 7% (n=20) des patients ont été hospitalisés alors qu'ils n'étaient pas défaillants cliniquement et qu'il y avait une IDE dans leur EHPAD au moment du transfert.

En outre, indépendamment du traitement qu'ils ont pu recevoir aux urgences (qui n'a pas été un critère pris en compte dans l'analyse) il semblerait, qu'une fois qu'ils aient été admis aux urgences, des patients dont le transfert ne serait pas justifié, soient tout de même hospitalisés pour y bénéficier des soins réalisables à l'EHPAD. On peut dire alors qu'une admission inappropriée aux urgences peut provoquer une hospitalisation elle-même non justifiée dans un service. La prise de décision du retour à l'EHPAD par l'urgentiste serait, elle aussi, influencée et mériterait donc d'être évaluée.

Manckoundia et al. précisent que la moitié des cas d'admissions jugées inappropriées aurait pu être gérée par le médecin généraliste, pour poser le diagnostic ou prescrire le traitement, qu'un quart aurait pu être géré par le service d'HAD, que 21% auraient pu être hospitalisé directement et que pour 3,9% il n'y avait pas de motif médical justifiant une admission. Les auteurs font émerger plusieurs facteurs pouvant favoriser les admissions inappropriées : être une femme, l'absence d'avis gériatrique, en cas de transport non médicalisé et dans les EHPAD publics. Cependant, l'âge et le GIR des résidents ou encore l'éloignement de l'EHPAD d'un service médical spécialisé n'augmenterait pas le risque d'admissions inappropriées (93).

Parmi les causes d'hospitalisation évitables Ouslander rapport le recours à un avis médical ou encore l'impossibilité à poser une perfusion (87).

Des propositions ont été faites pour réduire les admissions inappropriées : renforcer la continuité et la permanence des soins, étendre les missions du médecin coordonnateur en lui donnant un rôle de médecin gériatre, organiser et promouvoir les admissions directes, renforcer la coordination entre les EHPAD et l'hôpital référent le plus proche, faciliter l'accès rapide aux consultations gériatriques, généraliser le niveau de soins des EHPAD et améliorer la formation du personnels en EHPAD (93)(118).

Les preuves ne sont pas très claires quant à la diminution des hospitalisations par l'augmentation des services de soins auxiliaires dans les NH (injections intraveineuses, soins

respiratoires, radiologie, examens biologiques...). Les résultats sont divergents, probablement corrélés avec le type de patient, la technicité des services proposés et la capacité de les proposer à la bonne personne et au bon moment (89).

Cependant, une augmentation des « soins primaires » (la réalisation d'une série de soins facilement réalisables en NH) réduirait de 31% les transferts en SU et de 69% les transferts en SU sans hospitalisation (35). Cela nécessite à l'EHPAD de mettre à disposition des services des professionnels de santé une convention avec les services de soins, l'achat de dispositifs médicaux et qu'il s'organise pour permettre le bon soin/service, au bon moment et au bon patient (79).

Dans la littérature, la diminution des hospitalisations par l'augmentation du temps de médecin en NH n'est pas prouvée et les résultats sur l'augmentation du temps infirmier sont contradictoires (89). L'HAS préconise donc une réflexion quant à l'augmentation du temps soignant en fonction d'objectifs déterminés et elle précise que les organisations, les formations et les plannings soignants doivent être adaptés à ces objectifs (79).

En France, l'ONFV décrit que la présence nocturne d'une IDE permettrait de diminuer de 32% le taux de décès aux urgences des résidents en fin de vie en limitant leur transfert. Il permettrait également de diminuer de 37% le taux d'hospitalisation au cours de deux dernières semaines de vie des résidents qui décèdent de façon non soudaine, soit l'équivalent de 18 000 hospitalisations (13).

### **Une consommation de ressources qui a un coût**

- 48% des patients ont été admis dans l'année précédente à l'inclusion
- 9,7% d'hospitalisations multiples
- 932 jours d'hospitalisation cumulés
- Durée moyenne d'hospitalisation : 6,1 jours
- 8% des jours d'hospitalisation étaient inappropriées

Nos résultats étaient comparables à ceux décrits dans la littérature. Celle-ci relate que :

- 70% des résidents sont hospitalisés après leur passage en SU (27).
- 30% des patients ont déjà été hospitalisés dans les 3 mois précédant l'inclusion (36).
- 31% % des patients admis reviendront au moins une fois dans l'année (33). (Néanmoins, le chiffres de cette étude concerne les personnes âgées dans leur globalité et ne sont donc pas focalisés sur les résidents en EHPAD admis aux urgences.)
- 8% ont été hospitalisés à au moins deux reprises durant la période d'inclusion (36).
- 21,5% des patients sont concernés par une hospitalisation multiple (75).
- La durée moyenne d'hospitalisation est de 6,4jours majorée à 8,9 jours si elle ne prend pas en compte les hospitalisations de 24h (75).



Lors des réhospitalisations, les mêmes motifs d'admission que lors du premier passage sont majoritairement retrouvés, mais s'y ajoute en plus la décompensation de la plupart des critères de fragilités (27).

Cette prise en charge est donc couteuse sur le plan humain et, nous ne l'avons pas encore abordé jusque-ici, financier. Elle prend en compte le transport du résident, la mobilisation des ressources aux urgences et le cout d'une hospitalisation.

A titre informatif :

- La littérature décrit que le transfert EHPAD –Urgences s'effectue de 50 à 94% en ambulance
- Tarif ambulance de la Sécurité Sociale 2013 (119) :
  - forfait départemental : 51,30€
  - forfait agglomération : 57,37€
  - prise en charge : 64,30 €
  - valorisation trajet : 2,5 à 7€ jusqu'au 19<sup>e</sup> km puis 2,19€ par kilomètre
- Tarif journalier hospitalisation médecine (120) : 1 233€, nuit supplémentaire : 368€

Notre analyse de sous-groupe a permis de retrouver que les admissions non pertinentes et potentiellement évitables durant notre période de recueil ont conduit à 77 jours d'hospitalisation cumulés. C'est-à-dire que 7% des patients ont provoqué 8% des hospitalisations. Un calcul rapide peut donner un ordre de grandeur des frais minimum engagés pour ces hospitalisations :

$$20 \times (1,3 + 64,3) + 77 \times 1233 + 75 \times 368 = \mathbf{124\ 853\ euros}$$

Sans oublier que, pendant l'hospitalisation d'un résident, les frais d'hébergement à l'EHPAD se poursuivent, même s'ils décroissent à partir du 4<sup>e</sup> jour, en fonction du forfait hospitalier (11).

Aux EU, les hospitalisations potentiellement évitables des résidents en fin de vie coûte 1 milliard de dollars annuels (74).

En France, les dépenses de l'assurance maladie liées aux hospitalisations des résidents d'EHPAD représentent 1,7 milliard d'euros par an (22).

L'intérêt économique de limiter ces transferts non justifiés est donc réel et non négligeable. Il serait peut-être plus judicieux de mettre plus de moyens (matériels et humains) dans des mesures d'interventions directes en EHPAD.

Afin d'éviter les réadmissions et hospitalisations multiples, le DLU prévoit une fiche de retour d'hospitalisation. Cette fiche fait également partie du nouveau DLU mis en place en Gironde. Elle informe des coordonnées du médecin ayant pris en charge le patient, des diagnostics retenus, d'une éventuelle démarche éthique entreprise et des traitements de sortie détaillants ceux poursuivis, arrêtés ou nouvellement instaurés. Elle prévoit un espace pour noter les informations concernant des examens ou des consultations prévues et elle reprend une évaluation des soins techniques infirmiers de retour.

### **III CHAMPS DE MISE EN ŒUVRE ET PERSPECTIVES**

#### **3.1 Les interventions ciblées pour réduire les hospitalisations des résidents en EHPAD**

Sont repris ici les points clés de l'HAS publiés en juillet 2015 dans la note méthodologique et de synthèse pour une politique de réduction des hospitalisations non programmées potentiellement évitables ou inappropriées des résidents en EHPAD, sans perte de chance pour les patients qui auraient besoin d'être hospitalisés (79).

Elle recommande donc en EHPAD :

**La réduction des médicaments inappropriés**

**La prévention des chutes**

**La prévention et traitement des pneumopathies**

**L'augmentation des services de soins auxiliaires**

**Le développement des soins palliatifs**

**La planification anticipée des soins chez les résidents avec des troubles cognitifs**

**La réalisation d'actes de télémédecine**

**Le recours à une expertise gériatrique**

**Une réflexion sur l'augmentation du personnel soignant**

**La systématisation du DLU et l'amélioration des échanges d'informations entre EHPAD et urgences**

#### **3.2 Les conditions pour une efficacité de ces interventions**

Les interventions pour réduire les hospitalisations inappropriées ou potentiellement évitables ne sont que rarement appliquées en EHPAD. La simple diffusion de recommandation de bonnes pratiques ne suffit pas à modifier les pratiques.

Ceci dépend fortement de la motivation des établissements à s'engager dans ces interventions et de la motivation des équipes à les mettre en place de façon effective et pérenne.

Pour être efficace, ces interventions doivent pouvoir s'appuyer sur un certain nombre de prérequis :

- Une permanence des soins
- Une coordination efficace des soins
- Un travail en équipe pluri-professionnelle
- Une optimisation des plannings des soignants et l'organisation de la continuité des soins au sein de l'EHPAD
- La formation et l'augmentation en compétence des équipes

- L'information et la participation des médecins traitants et des autres professionnels libéraux, en s'aidant de la commission de coordination gériatrique
- L'information des résidents et des familles, avec l'aide du conseil de vie sociale
- Le renforcement des ressources externes à l'EHPAD, par des partenariats avec une HAD, une EMG, des réseaux de santé, la filière gériatrique, la filière de SP, la permanence des soins et le SAMU-centre 15, selon les ressources du territoire.

Une démarche d'amélioration continue de la qualité autour d'une politique de réduction des hospitalisations non programmées des résidents de l'EHPAD doit être mise en place.

A la première lecture, toutes ces mesures peuvent tenir du bon sens mais le soutien du directeur d'établissement est essentiel pour dégager les moyens humains, organisationnels et matériels nécessaires à la réalisation et au maintien de ces politiques. En effet, il faut souhaiter que les EHPAD, dont la grande majorité appartient à de grands groupes financiers tournés vers la rentabilité, jouent le jeu et se donnent les moyens de suivre ces recommandations à la fois pour le bien des patients et celui du système de soins.

Un pilotage et une coordination conjointe avec le directeur, le médecin coordonnateur, et l'infirmier coordonnateur sont un gage de réussite.

### **3.3 Les interventions ciblées réalisées en Aquitaine**

#### **3.3.1 L'aide à la prescription pour anticiper les troubles respiratoires des personnes âgées en fin de vie**

Comme cité un peu plus haut, ce document a été créé en 2015 à Bordeaux. Il s'adresse essentiellement aux médecins généralistes et aux médecins coordonnateurs d'EHPAD.

Il propose donc une conduite à tenir devant des symptômes respiratoires aigus en fin de vie en EHPAD ou à domicile. Il s'intéresse aux symptômes de dyspnée, de polypnée et d'encombrement aigu, et aux symptômes intenses de la détresse respiratoire. Il les définit, décrit pour chacun les objectifs du plan de soins et les principes de traitements non médicamenteux et médicamenteux.

Son utilisation est donc à promulguer, il est en ce sens disponible par tous en ligne et notamment sur le réseau de partage dédié aux formations « appren-toile » de l'université de Bordeaux.

Son impact sur la diminution attendue des admissions aux urgences sera à évaluer. Un travail de thèse est actuellement en cours et analyse l'utilisation en EHPAD de ce document d'aide à la prescription. Nous espérons qu'il objectivera son intérêt dans la qualité de la prise en charge en EHPAD et son impact sur la diminution des transferts aux urgences des résidents.

### 3.3.2 La modification du Dossier de Liaison d'Urgence (Annexe 7)

Comme nous avons pu le mentionner à différents moments de notre discussion, ce nouveau dossier comprend, comparativement à celui existant, plusieurs précisions.

Il s'articule en 6 points :

1. Les éléments socio-démographiques
2. Une fiche « urgence » au moment du transfert
3. Les données médicales du patient
4. Le projet d'accompagnement personnalisé :
  - La présence des directives anticipées
  - Le niveau d'intervention médicale
  - Les prescriptions anticipées personnalisées
  - Les participants à la réflexion
5. L'évaluation des soins techniques infirmiers
6. La fiche de retour d'hospitalisation

Depuis notre étude, bien que le nombre de patients venant d'EHPAD ne semble pas avoir diminué, il paraîtrait qu'il y ait une nette amélioration qu'en à la qualité, remplissage et actualisation, des données contenues dans le DLU transmis aux urgences. En effet, aujourd'hui, les urgentistes de l'hôpital Saint André à Bordeaux rapportent notamment une augmentation des directives anticipées présentes dans le dossier. Ceci est encourageant et nécessiterait une nouvelle étude pour objectiver ce ressenti et discuter de nouveaux résultats.

# CONCLUSION

---

Les personnes âgées résidant en EHPAD constituent une part importante de la population admise aux urgences.

Notre étude a montré que le dossier de transfert était bien présent à l'admission de ces patients aux urgences mais elle a confirmé que des informations essentielles à la prise en charge n'étaient pas transmises et donc possiblement non recueillies ou non mises à jour à l'EHPAD.

Ces informations concernent majoritairement des éléments caractéristiques du patient et de la réflexion éthique notamment les directives anticipées et les prescriptions anticipées personnalisées, rendant difficile l'évaluation correcte du niveau d'intervention médicale réalisable en service d'urgences.

L'étude confirme que l'acteur principal dans la décision leur transfert est le médecin traitant. Nous avons montré qu'un groupe de patients étaient cliniquement stables à leur admission, qu'une infirmière était présente à l'EHPAD au moment de leur transfert et qu'ils n'avaient pas été hospitalisés. Cette constatation a soulevé la question de la pertinence des transferts aux urgences des patients d'EHPAD que nous savons fragiles et dépendants et dont l'hospitalisation doit être évitée.

De notre étude, nous avons pu tirer des suggestions afin de mieux prévenir et anticiper les transferts aux urgences et les hospitalisations des résidents d'EHPAD : améliorer la communication et la traçabilité des décisions médicales, établir un plan de soins personnalisés, renforcer les soins palliatifs en EHPAD, aider à la prévention et à la prise en charge des symptômes cardiorespiratoires et renforcer la filière gériatrique pour éviter autant que possible aux résidents de transiter par les urgences.

De nouveaux travaux, basés sur l'évaluation de la pertinence des admissions aux urgences seraient intéressants pour étudier le bénéfice des mesures proposées sur la réduction des transferts et des hospitalisations des résidents d'EHPAD.

# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

1. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Les soins en EHPAD en 2013 : le financement de la médicalisation et le bilan des coupes PATHOS. Paris: CNSA; 2014
2. INSEE. [En ligne] (Consulté le 20/10/17). Disponible sur internet : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012690>
3. Code de l'action sociale et des familles. [En ligne] (Consulté le 20/10/17) Disponibilité sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000032597026&cidTexte=LEGITEXT000006074069>
4. Corpus de gériatrie. Autonomie et Dépendance. [En ligne] (Consulté le 20/10/17) Disponibilité sur internet : [http://www.chups.jussieu.fr/polys/geriatrie/tome1/08\\_dependance.pdf](http://www.chups.jussieu.fr/polys/geriatrie/tome1/08_dependance.pdf)
5. Loi du 24 janvier 1997. Loi du 20 juillet 2001. [En ligne] (consulté le 04/12/17) Disponibilité sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000747703>  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000406361>
6. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Volland S. L'offre en établissement pour personnes âgées en 2011. Etudes et Résultats 2014;877.
7. Muller M. 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. DREES 2017;1015.
8. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Makdessi Y, Pradines N. En EHPAD les patients les plus dépendants souffrent d'avantage de pathologies aiguës. Etudes et Résultats 2016;989.
9. Verger P. La politique du médicament en EHPAD. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé; 2013.
10. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Les soins en EHPAD en 2012 : le financement de la médicalisation et le bilan des coupes PATHOS. Paris: CNSA; 2013.
11. Pour les personnes âgées. [En ligne] (consulté le 20/10/2017) Disponibilité sur internet : [www.pourlespersonnesagees.gouv.fr](http://www.pourlespersonnesagees.gouv.fr)
12. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Intervention des médecins traitant en EHPAD. CNOM avril 2013.
13. Office national de la fin de vie. Fin de vie des personnes âgées. ONFV 2013.
14. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Vieillesse longévité et assurance maladie. Paris: HCAAM;2010
15. Inspection générales des affaires sociales. Fouquet A, Tregoat JJ, Sitruk. L'impact des modes d'organisations sur la prise en charge du grand âge. Rapport de synthèse. Paris:IGAS;2011.
16. Société française d'accompagnement et de soins palliatifs. Annuaire national de soins palliatifs et des associations de bénévoles d'accompagnement de la SFAP. Aout 2017.
17. Programme de développement de soins palliatifs 2008-2012. [En ligne] (consulté le 04/12/2017) Disponibilité sur internet : <http://www.sfap.org/system/files/plan-dev-sp-2008-2012.pdf>

18. Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile. [En ligne] (Consulté le 20/10/17) Disponibilité sur internet : <https://www.fnehad.fr/quest-ce-que-lhad/>
19. Sos médecins France. [En ligne] (consulté le 20/10/17) Disponibilité sur internet : <http://www.sosmedecins-france.fr/index.php/actualite/actualites/1-actualite/166-sos-medecins-au-cur-de-la-permanence-de-soins-en-france>
20. ARS Nouvelle Aquitaine. Permanence de soins ambulatoires. [En ligne] (consulté le 04/12/2017) Disponibilité sur internet : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/permanence-des-soins-ambulatoires-0>
21. Samu-urgences de France, Organisation de la médecine d'urgence en France, un défi pour l'avenir. Livre Blanc 2015.
22. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Assurance maladie et perte d'autonomie. Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées. Paris:HCAAM;23 juin 2011.
23. Fanello S, Moutel L, Houssin L et al. Analyse des personnes âgées de 75 ans et plus par le service d'admission des urgences d'un grand hôpital. *Santé publique* 1999;11:465-482.
24. Schwebel G, Manciaux M, Baumann C. Recours au service d'accueil des urgences des personnes âgées en provenance d'établissement d'hébergement. *Rev Gériatrie*. 2005;29:547-56.
25. Petitot C, Chapuis F, Touzet F, Fournier G, Bonnefoy M. Passage inapproprié des personnes âgées aux urgences médicales d'un établissement hospitalier universitaire : une enquête prospective. *Rev Gériatrie*. 2008;33 :761-9.
26. Wang HE, Shah MN, Allman RM, Kilgore M. Emergency department visits by nursing homes residents in the United States. *J Am Geriatr Soc* 2011;59:1864-1872.
27. Terrel KM, Miller DK. Critical review of transitional care between nursing homes and emergency departments. *Ann Long Term Care* 2007;15(2):33-8.
28. Meyer S, Verger P, Peyrichou S, Bertin A, Dantoine T. Une solution dans la prise en charge des résidents en EHPAD en situation d'urgence paramédicale : L'unité de recours et de soins gériatriques du CHU de Limoges. *Rev Gériatrie*. 2011;36(4):215-20.
29. IQUARE [En ligne] (Consulté le 20/10/2017) Disponibilité sur internet : <https://orsmip.org/iquare-une-demarche-damelioration-de-la-prise-en-charge-des-residents-en-ehpad-de-midi-pyrenees/>
30. de Souto Barreto P, Lapeyre-Mestre M, Vellas B, Rolland Y. Multimorbidity type, hospitalizations and emergency department visits among nursing home residents: a preliminary study. *J Nutr Health Aging*. 2014;18:705-9
31. Roland Y. Nos aînés fragilisés en maison de retraite médicalisée : une vie de mouvement... Etude épidémiologique descriptive en EHPAD. Toulouse : Toulouse Gérontopôle;2010.
32. Rolland Y, Andrieu S, Vellas B. Les flux d'entrée et de sortie des résidents des EHPAD en France : résultats de l'étude PLEIAD. *Rev Gériatrie*. 2012;37(7):543-8.
33. Malerba G. Les passages itératifs des personnes âgées aux urgences. *Urgences*. 2009. p.1011-7.
34. Bas P. Plan solidarité - Grand âge. 27 juin 2006.
35. Arendts G, Howard K. the interface between residential aged care and the emergency department : a systematic review. *Age Ageing*. 2010;39(3):306-12.
36. Delabrière I, Delzenne E, Gaxatte C, Puisieux F. Retour en EHPAD après une hospitalisation : modalités et qualité des transmissions. *Presse Médicale*. 2014;43(1):1-7.

37. Drunat O, Roucou Y. Filières de soins hospitaliers et sujets âgés : expérience du centre hospitalier de Lagny Marne La Vallée. Rev Gériatrie 1994;19 :297-307.
38. Boisguerin B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences : une santé fragile nécessitant une prise en charge plus longue. DREES n°1008. Mars 2017.
39. Lazarovici C, Somme D, Carrasco V, Baubeau D, Saint-Jean O. Caractéristiques, consommation de ressources des usagers des services d'urgences de plus de 75 ans en France. Résultats d'une enquête nationale. Presse Médicale. 2006;35(12):1804-10.
40. Kurtzman I. Prise en charge des urgences en EHPAD, proposition d'amélioration par le médecin coordonnateur [Mémoire de DIU de médecin coordonnateur d'EHPAD]. René Descartes- Paris V ; 2007.
41. Maire A. Pertinence des hospitalisations via le service des urgences chez les patients de plus de 75 ans. [Thèse de médecine générale]. Paris VII Denis Diderot; 2013.
42. Godot C, Gimbert V. Vivre ensemble plus longtemps : enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française. Centre d'analyse stratégique. La documentation française;2010.
43. Rolland Y, Hermabessières S, Abellan van Kan G, Gérard S, Guyonnet-Gillette S, Vellas B. Description des résidents d'EHPA : données de l'enquête menée par le réseau REHPA. Cah Année Gérontologique. 2009;1(1):35-41.
44. Ministère des solidarités et de la santé. Le dispositif PAERPA. [En ligne] (Consulté le 03/12/2017) Disponibilité sur internet : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
45. Pearson KB, Coburn AF, Flex Monitoring Team. Emergency transfers of the elderly from nursing facilities to critical access hospitals : opportunities for improving patient safety and quality. 2013.
46. Cwinn MA, Forster AJ, Cwinn AA, Hebert G, Calder L, Stiell IG. Prevalence of information gaps for seniors transferred from nursing homes to the emergency department. CJEM 2009;11(5):462-71.
47. Terrel KM, Miller DK. Challenges in transitional care between nursing homes and emergency departments. J Am Med Dir Assoc 2006;7(8);499-505.
48. Stiell A, Forster AJ, Stiell IG, van Valraven C. Prevalence of information gaps in the emergency department and the effect on patient outcomes. CMAJ 2003;169(10):1023-8.
49. Viallon A, Akarzouz D, Leveques Y, Garcia F et al. Qualité de la lettre d'admission des patients âgés admis aux urgences. Journal européen des urgences. Vol20 n°15 mai 2007.
50. Terrel KM, Brizendine EJ, Bean WF, Giles BK, Davidson JR, Evers S, et al. An extended care facility-to-emergency department transfert form improves communication. Acad Emerg Med 2005;12(2) :114-8.
51. HAS. Note méthodologique et synthèse documentaire. DLU : dossier de liaison d'urgence. Juin 2015.
52. Ministère de l'intérieur de l'Outre-Mer et des Collectivités territoriales, ministère du Travail des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité, ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative. Circulaire interministérielle N°DGS/DHOS/DGAS/DDSC/DGT/DUS/UAR/2008/156 du 13 mai 2008 relative aux nouvelles dispositions contenues dans la version 2008 du plan national canicule et précisant les actions à mettre en œuvre au niveau local pour détecter prévenir et lutter contre les conséquences sanitaires d'une canicule. Paris: DGS;2008.
53. SAMU de France, Association des médecins urgentistes de France, Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en EHPAD. Dossier de liaison d'urgences [En ligne] 2008.



54. Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, ministère de la Santé et des Sports. Circulaire DGSC n°2010-93 du 2 avril 2010 relative à l'application du plan canicule 2010. Bulletin officiel Santé protection sociale 2010 ; 2010/6 :2014-249.
55. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Direction Générale de l'offre de soins. Circulaire DGOS/R4/R3/PF3 n°2012-106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC). Bulletin officiel Santé protection sociale solidarité 2012;2012/4 :153-98.
56. Pechard M, Tanguy M, Le Blanc Briot M-T, Boré F, intérêt d'une fiche de liaison en situation d'urgences de patients en soins palliatifs. J med pal 2012.
57. Ministère des affaires sociales et de l'emploi. Direction générale de la santé. Circulaire DGS/3D n°1986-du 26 aout 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale. Bulletin officiel 1986.
58. Les soins palliatifs et l'accompagnement des personnes en fin de vie. Rapport Delbecq 1993.
59. Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. Journal officiel 1999;10juin(0132).
60. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, Loi Kouchner, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel 2002;5mars(4118).
61. Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Journal officiel 2005;23avril(0095).
62. Décret 2006-122 relatif au contenu du projet d'établissement ou de service social ou médico-social en matière de soins palliatifs. Journal officiel 2006(1977).
63. Décret n°2016-5 du 5 janvier 2016 portant création du Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie. Journal officiel 2016;6janvier(0004).
64. Loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits aux malades et aux personnes en fin de vie. Journal officiel 2016;3février(0028).
65. Article 7 décret 2006 119 relatif au directives anticipées. Journal officiel 2006(1973).
66. Vienne P, Laffont JY. Rapport d'expertise sur les directives anticipées. IGAS rapport n°2015-111R. Bibliothèque des rapports publics. La documentation française. Mars 2016.
67. HAS. Modèle de rédaction des directives anticipées. [En ligne] (consulté le 04/12 /2017) Disponibilité sur internet : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-12/modele\\_de\\_redaction\\_des\\_directives\\_anticipees.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-12/modele_de_redaction_des_directives_anticipees.pdf)
68. HAS. La personne de confiance. Avril 2016.
69. Schwald. Les urgences en soins palliatifs et la fin de vie au domicile. Prise en charge pluridisciplinaire. Formation ASPER, 2007.
70. Les prescriptions anticipées personnalisées dans les soins palliatifs. [En ligne] (consulté le 04/12/2017) Disponibilité sur internet : <https://blog.gerontologique.fr/2014/11/16/les-prescriptions-anticipees-personnalisees-dans-les-soins-palliatifs/>
71. Pialoux T, Goyard J, Hermet R. Soins palliatifs en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : état des lieux, problématiques et perspectives. Journal of Nursing Education and Practice. Janv 2013.
72. Rapport Sicard. [En ligne] (consulté le 04/12/2017) Disponibilité sur internet : [http://www.spfv.fr/sites/default/files/file/Palli@press\\_012013.pdf](http://www.spfv.fr/sites/default/files/file/Palli@press_012013.pdf)

73. Ministère des solidarités et de la santé. Plan national « soins palliatifs 2015-2018 » pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie. [En ligne] (consultés le 04/12/2017) Disponibilité sur internet : <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/findevie/ameliorer-la-fin-de-vie-en-france/article/le-plan-national-soins-palliatifs-2015-2018>
74. Xing J, Mukamel D, Temkin-Greener H. Hospitalizations among nursing homes residents in the last year of life : nursing home characteristics and variation in potentially avoidable hospitalizations. *J Am Geriatr Soc*. 2013 Nov; 61(11): 10.1111
75. Le Fur-Musquer E, Delamarre-Damier F, Decker L, Le Strat A, Lebatard A, Manigold V et al. Modalités d'hospitalisation en urgences des sujets âgés hébergés en établissements pour personnes âgées dépendantes. *Gériatrie Psychol Neuropsychiat Vieil*. 2011;9(4):409-15.
76. Jones J, Dwyer P, White L, Firman R. Patient transfer from nursing homes to emergency department : outcomes and policy implications. *Acad Emerg Med*. 1997;4(9):908-15.
77. Ouslander JG, Lamb G, Trappen R, Herndon L, Diaz S, Roos BA, et al. Interventions to reduce hospitalizations from nursing homes : evaluation to the INTERACT II collaborative quality improvement project. *J Am Geriatr Soc* 2011;59(4) :745-53.
78. LaMantia M, Scheunemann L, Viera A et al. Interventions to improve transitional care between nursing home and hospitals : a systematic review. *JAGS* 2010;58:777-782.
79. HAS. Note méthodologique et de synthèse documentaire. Comment réduire les hospitalisations non programmées en EHPAD. Juillet 2015.
80. Vellard-Hamelin AC [Thèse Médecine Générale] Description du parcours de soins et des hospitalisations des résidents en EHPAD. Paris Diderot-Paris VII, 2015.
81. Société Francophone de Médecine d'Urgence. 10<sup>e</sup> Conférence de Consensus-Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences- Texte long. 5 décembre 2003; Strasbourg.
82. Quenon JL. Maitrise du risque d'erreur d'identité en milieu hospitalier. 2008
83. Toutes les combinaisons pour renseigner une allergie. [En ligne]. [consulté le 20/10/17]. [http://mediclickstudio.fr/site/tuto/tuto\\_html/allergie.html](http://mediclickstudio.fr/site/tuto/tuto_html/allergie.html)
84. Alldred DP, Raynor DK, Hughes C, Barber N, Chen TF, Spoor P. Interventions to optimise prescribing for older people in care homes. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2 :CD009095.
85. Wallenstedts SM, Kindblom JM, Nylén K, Samuelsson O, Strandell A. Medication reviews for nursing home residents to reduce mortality and hospitalization : systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol* 2014;78(3) :488-97.
86. Spinewine A, Fialova D, Byme S. The role of the pharmacist in optimizing pharmacotherapy in older people. *Drugs Aging* 2012;29(6) :495-510.
87. Ouslander G, Lamb G, Perloe M, et al. Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents : frequency, causes and cost. *JAGS* 2010;58:627-635.
88. Hamel C, Pirotte C. Comment les EHPAD ont-ils mis en œuvre les directives anticipées ? [mémoire DU médecin coordonnateur] 2014.
89. Grabowski DC, Stewart KA, Broderick SM, Coots LA. Predictors of nursing homes hospitalization : a review of the literature. *Med Care Res Rev* 2008;65(1):3-39.
90. Douplat M. La fin de vie aux urgences : les limitations et arrêt des thérapeutiques actives. Congrès SFAR, Marseille, 2011.

91. Rousseau C, Cattenoz C, Le Guen A, Delarue N. Décès en EHPAD ou à l'hôpital : analyse des facteurs intervenants dans la décision d'hospitalisation des résidents, 2012.
92. Giovanni E, Analyse descriptive des facteurs intervenant dans la décision du transfert des patients venant d'EHPAD aux urgences du CHU de Toulouse. [thèse d'exercice médecine générale]Univ Toulousell-Paul Sabatier, 2013.
93. Manckoundia P, Menu D, Turcu A, Honnart D, Rossignol S, Alixant JC et al. Analysis of inappropriate admissions of residents of medicalized nursing homes study in Burgundy. *J Am Med Dir Assoc.* 2016 Jul1;17(7):671
94. Graveholt b, Forsetlund L, Jamtvedt G, Reducing hospital admissions from nursing homes: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2014;14 :36.
95. Rémont L. Analyse des patients provenant d'EHPAD et adressés aux urgences : analyse multicentrique sur le Nord Pas de Calais. [thèse médecine générale] Univ-lille2, 2015.
96. Cameron ID, Gillespie LD, Robertson MC, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, et al. Interventions for preventing falls in older people in care facilities ans hospitals. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12 :CD005465.
97. Conseil national de l'Ordre des médecins. [En ligne]. [consulté le 20/10/17] <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquetepds2014.pdf>
98. Saliba D, Kingston R, Buchanan J et al. Appropriateness of the decision to transfer nursing facility residents to the hospital. *JAGS* 2000;48:154-163.
99. Durif N. Motifs d'hospitalisations en unités de gériatrie aiguë des personnes âgées vivant en EHPAD par leurs médecins généralistes. [thèse d'exercice de médecine générale]. Poitiers, 2008.
100. Pyramide des âges au 1<sup>er</sup> janvier 2015. France métropolitaine : INSEE ; 2015.
101. DGOS. Guide méthodologique pour l'élaboration des contrats et des conventions en télémédecine. 2012.
102. Agence régionale de santé Aquitaine. Résultat de l'enquête sur les besoins en télémédecine en EHPAD Mars 2013. Bordeaux : ARS Aquitaine;2013.
103. Chan Carusone SB, Walter SD, Brazil K, Loeb MB. Pneumonia and lower respiratory infections in nursing home residents : predictors of hospitalization and mortality. *J Am Geriatr Soc* 2007;55(3) :414-9.
104. Nagaratnam N, Gayagay Jr, G. Validation of the cumulative illness rating scale in hospitalized nonagenarians. *Arch Gerontol Geriatr* 2007;44:29-36.
105. Leconte P, Amelineau M, Trewick D. Décès survenus dans un service d'accueil et d'urgence. *La Presse Médicale* 2005;34:566-8.
106. Grange C et al. Accompagnement de la fin de vie aux urgences. *Revue internationale de soins palliatifs,* 2012;27:85-90.
107. Tardy B, Venet C, Zeni F, Berthet O, Viallon A, Lemaire F, Bertrand JC. Death of terminally ill patients on a stretcher in the emergency department : a french specialty ? *Intensive care med* 2002;28 :1625-8
108. Lorenz KA, Rosenfeld K, Wenger N. Quality indicators for palliative and end of life care in vulnerable elders. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:318-26
109. Vanpee D, Swine C. Scale of levels of care versus DNR orders. *J Med Ethics* 2004;30:351-352

110. Hall S, Kolliakou A, Petkova H, Froggatt K, Higginson IJ. Interventions for improving palliative care for older people living in nursing care homes. *Cochrane Database Syst Rev* 2011 ;(3) :CD007132.
111. Morin L. Fin de vie en EHPAD. *Rev Geriatr* 2014.
112. HAS. Comment favoriser le maintien à domicile des patients adultes en fin de vie. 2016.
113. Robinson L, Dickinson C, Rousseau N, Beyer f, Clark A, Hughes J, et al. A systematic review of the effectiveness of advance care planning interventions for people with cognitive impairment and dementia. *Age Ageing* 2012;41(2) :263-9.
114. Lemaire A. Télépallia : modéliser l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs en Ehpad via la télémédecine. *Technologie Hospitalière* 2015;749 :57-61.
115. HAS. Revue de pertinence des soins. Novembre 2004.
116. Terrell KM, Miller DK. Strategies to improve care transitions between nursing home and emergency departments. *J Am Med Dir Assoc* 2011;12:602-605.
117. Jensen PM, Fraser F, Shankandass K, et al. Are long term care resident referred appropriately to hospital emergency department ? *Can Fam Physician* 2009;55:500-505.
118. Ouslander JG, Berenson RA. Reducing unnecessary hospitalizations of nursing home residents. *N Eng J Med* 2011;365:1165-1167.
119. Ambulances : les tarifs conventionnels. [En ligne] (consultée le 20/10/17) Disponibilité sur internet : <https://www.ameli.fr/transporteur-sanitaire/exercice-professionnel/facturation/tarifs/ambulances-tarifs-conventionnels>
120. Guide de la tarification 2017. [En ligne] (consulté le 20/10/17) Disponibilité sur internet : <https://www.chu-bordeaux.fr/CHU-de-Bordeaux/Publications-l%C3%A9gales/Guide-de-la-tarification/Guide-de-la-tarification-2017.pdf/>

# ANNEXES

---

## Annexe 1 : Grille des valeurs GIR

Groupes Iso-Ressources	Degrés de dépendance et aide adéquate
GIR 1	Fonctions intellectuelles et motrices gravement altérées : Individu en fin de vie, ou immobilisé dans un lit ou dans un fauteuil et dont les facultés mentales sont très atteintes.  ➤ Nécessite une présence constante car la personne est totalement dépendante.
GIR 2	Fonctions intellectuelles <u>ou</u> motrices sérieusement altérées : Individu immobilisé mais dont les facultés intellectuelle sont intactes, ou individu pouvant se déplacer mais dont les facultés mentales sont atteintes.  ➤ Nécessite la présence d'une tierce personne quasi constante.
GIR 3	Fonctions motrices altérées : Individu qui ne peut effectuer certains gestes de la vie quotidiennes (se laver, se lever, s'habiller, se coucher...) mais qui a conservé toutes ses facultés mentales.  ➤ Nécessite une aide partielle mais quotidienne pour les gestes de la vie quotidienne.
GIR 4	Fonctions motrice légèrement altérées : Individus pouvant effectuer les gestes de la vie quotidienne mais qui ne peut pas se déplacer seul, ou, individu qui peut se déplacer seul mais qui ne peut effectuer certains gestes.  ➤ Nécessite une aide partielle et éventuellement quotidienne selon les cas.
GIR 5	Fonctions motrice occasionnellement diminuées : Individus ayant occasionnellement les fonctions motrices diminuées.  ➤ Nécessite une aide occasionnelle uniquement pour certains gestes.
GIR 6	Personnes autonomes

## Annexe 2 : Dossier de Liaison d'Urgence HAS



### Document de liaison d'urgence



Date de dernière mise à jour :

<b>Résident</b> Nom d'usage, prénom ..... Nom de naissance ..... Date de naissance : .....	
<b>Ehpad</b> (nom, adresse, tél., fax, e-mail)	<b>Contact 24 h/24 h en Ehpad</b> Tél. : .....
<b>Référent de l'entourage</b> Nom, prénom : ..... Lien de parenté : ..... Tél. : .....	<b>Médecin traitant</b> (nom, tél., e-mail, adresse)
<b>Protection juridique</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Sauvegarde <input type="checkbox"/> Nom du mandataire judiciaire : ..... Tél. : .....	<b>Établissement de santé de préférence</b> <sup>(1)</sup> (nom, tél., adresse)
<b>Pathologies en cours/antécédents personnels/allergies</b>	
<b>Soins palliatifs</b> <input type="checkbox"/> En soins palliatifs <sup>(2)</sup> <input type="checkbox"/> Directives anticipées <input type="checkbox"/> Personne de confiance Nom, tél. : ..... Lien de parenté : .....	<b>État psychique</b> <input type="checkbox"/> Peut alerter <input type="checkbox"/> Orienté <input type="checkbox"/> Désorienté <input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Opposant <input type="checkbox"/> Risque suicidaire <b>Handicaps / Déficits</b> <input type="checkbox"/> Visuel <input type="checkbox"/> Auditif <input type="checkbox"/> Langage
<b>Gestion des risques</b> <input type="checkbox"/> BMR <sup>(3)</sup> Mois/année <input type="checkbox"/> Vaccin tétanos ..... <input type="checkbox"/> Vaccin grippe ..... <input type="checkbox"/> Vaccin pneumocoque .....	<b>Déplacement/transferts :</b> <input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Déambulation <input type="checkbox"/> Fugue <input type="checkbox"/> Contention <b>Autres :</b> <input type="checkbox"/> Risque d'escarre <input type="checkbox"/> Risque de fausses routes

1) Établissement de soins de préférence : pour le patient ou sa famille en cas d'hospitalisation non programmée

2) « En soins palliatifs » : les soins palliatifs sont à privilégier selon l'avis du médecin traitant et inscrits dans le dossier médical

3) BMR : portage par le patient d'une bactérie multirésistante

Juin 2015

## Commentaires

### CHECK-LIST des documents annexés au DLU

- Attestation de la carte Vitale
- Attestation de mutuelle
- Photocopie de la carte d'identité
- Grille AGGIR (la plus récente)
- Photocopie des directives anticipées
- Photocopies des ordonnances en cours
- Tableau d'administration des médicaments
- Résultats récents de biologie (1 à 3 mois) avec clairance de la créatinine et INR (si AVK)
- Compte rendu de la dernière hospitalisation

*(Au besoin)*

- Fiche BMR (bactérie multirésistante)
- Fiche ou carnet de suivi des soins (glycémie, pansements, perfusion, ventilation, nutrition, etc.)
- Carnet de suivi du pacemaker ou du défibrillateur implantable
- Carte de groupe sanguin (si à jour)
- Liste des capacités en soins<sup>(4)</sup> de l'Ehpad

4) Capacité en soins de l'Ehpad : ressources médicales et soignantes, injections et perfusion IV, nutrition entérale, oxygénothérapie, soins palliatifs, autres soins techniques, PUI, protocoles de soins, etc.

**DOCUMENT DE TRANSFERT DE L'EHPAD vers le service des urgences (SU)**

Rempli par (nom, prénom, fonction) :

Date/Heure :

**Résident**

Nom d'usage, prénom.....

**Motif de transfert en service des urgences**

**Constantes du patient**

Pouls                      Tension artérielle (max/min)                      Température                      Poids récent

.....                      .....                      .....                      .....

Conscient et éveillé                       Éveillable                       Non éveillable

Douleur récente  
Localisation.....

Date et heure de la dernière prise du traitement habituel .....

Date et heure du dernier repas .....

**Personnes informées du transfert au service des urgences**

« le 15 »

SU

Médecin traitant

Entourage

Nom : .....

**Commentaires**

**Liste des prothèses et objets personnels**

Lunettes

Prothèses dentaires

haut     bas

Prothèses auditives

droite     gauche

Autres dispositifs ou objets personnels

.....

**Aller (Ehpad)**

**Retour (SU)**



DOCUMENT DE RETOUR DU SERVICE DES URGENCES vers l'Ehpad

Rempli par (nom, prénom, fonction) :

Date/Heure :

Résident

Nom d'usage, prénom.....

Hôpital : .....

Service : .....

Tél./Fax : .....

E-mail : .....

Médecin du SU qui a validé la sortie :

Nom, prénom : .....

Fonction : .....

Tél. : .....

Personnes prévenues du retour en Ehpad :

Ehpad

Entourage

Nom : .....

Courrier au médecin traitant

Documents en annexe :

Ordonnances de sortie

Copie du dossier des urgences

Liste des prothèses et objets complétée au verso

Diagnostic ou RPU (résumé du passage aux urgences)

Prescriptions : modification ou arrêt des traitements habituels, examens ou consultations programmés (lieu, date et heure)

Juin 2015

### Annexe 3 : Déploiement du DLU par région.

Régions	Nombre Ehpad qui ont répondu à l'enquête	% dossiers accessibles 24 h /24	% DLU mise en place
Aquitaine	282	57	19
Bourgogne	195	86	23
Bretagne	296	64	17
Centre	243	62	42
Corse	<b>19</b>	<b>79</b>	<b>100</b>
Franche-Comté	108	93	32
Ile-de-France	457	71	48
Limousin	99	62	31
Lorraine	238	37	47
Midi-Pyrénées	289	89	25
Basse-Normandie	<b>168</b>	<b>49</b>	<b>6</b>
Haute-Normandie	114	59	22
PACA	378	56	24
Pays de la Loire	343	63	33
Picardie	160	69	59
Poitou-Charentes	212	99	20
Rhône-Alpes	549	88	25
<b>France métropolitaine</b>	<b>5 170</b>	<b>69</b>	<b>31</b>

## Annexe 4 : Formulaire de désignation de la personne de confiance

### Formulaire de désignation de la personne de confiance

(au sens de l'article L.1111-6 du Code de santé publique)

**Je soussigné(e) nom, prénoms, date et lieu de naissance**

\_\_\_\_\_

*nomme la personne de confiance suivante*

Nom, prénoms : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone privé : \_\_\_\_\_ professionnel : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

→ Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : oui  non

→ Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui  non

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature

Signature de la personne de confiance

## CAS PARTICULIER

### Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance

Deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

#### Témoin 1 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms : \_\_\_\_\_

Qualité (lien avec la personne) : \_\_\_\_\_

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M \_\_\_\_\_

→ que M \_\_\_\_\_ lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui  non

→ que M \_\_\_\_\_ lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées :  
oui  non

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature

#### Témoin 2 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms : \_\_\_\_\_

Qualité (lien avec la personne) : \_\_\_\_\_

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M \_\_\_\_\_

→ que M \_\_\_\_\_ lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui  non

→ que M \_\_\_\_\_ lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées :  
oui  non

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature

Formulaire désignation de la personne de confiance remis à :

NOM	Prénom	Qualité (médecin, famille, amis...)	Adresse	Téléphone

# Annexe 5 : Démarche éthique aux Urgences Saint-André de Bordeaux

**DXCare** CHU BORDEAUX - SA Urgences - Docteur Adrienne REIX

Portail du CHU - Wind...

DXCare

Fonctions Transversales Mon Patient Imprimer Adres Fonctions Mon Environnement Ma Connexion Paramétrage

0110472920 - STRICANE ODETTE - F - 86 ans

13020990175 - 1026 - 08/10/2013 - \_\_/\_\_/\_\_ - (SA Urgences)

Date de naissance : 12/07/1927  
 Nom de naissance : PLUSSON  
 Taille :  
 Surface :  
 Poids :  
 I.M.C. :

CETTE DÉMARCHE A ÉTÉ EFFECTUÉE À UNE DATE DONNÉE, ELLE EST RÉVISABLE À TOUT MOMENT

Recueil médical Questionnaire

<p><b>Nature du questionnaire</b></p> <p>Date d'entrée: 08/10/2013</p> <p>Histoire de la maladie</p> <p><b>Détailleur(s) actuelle(s)</b></p> <p>Détailleur(s) actuelle(s)</p> <p><b>Affections chroniques grévant le pronostic</b></p> <p>Que dit le médecin traitant</p> <p>Que dit le médecin spécialiste habituel</p> <p>Médecin(s) consultant(s) extérieur(s)</p>	<p><b>Autonomie</b> 0.Rien 0.5.Partielle 1.Autonomie totale</p> <p>Transfert, marche</p> <p>Contenance</p> <p>Alimentation</p> <p>Soins corporels</p> <p><b>Contexte social (condition de vie, famille)</b></p> <p>Contexte social</p> <p><b>Que dit le patient</b></p> <p>Maintenant</p> <p>Directives anticipées</p> <p>Lesquelles? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p><b>Personnes extérieures</b></p> <p>Personne de Confiance: Mr. ou Mme.</p> <p>Entourage: Mr ou Mme</p>
<p><b>COLLEGALITE</b></p> <p>Vus et informés le</p> <p>Date: 08/10/2013</p> <p><b>Décision</b></p> <p><input type="checkbox"/> Limitation  <input type="checkbox"/> Pas de limitation  <input type="checkbox"/> Arrêt</p> <p>Autres décisions</p>	<p><b>Famille : Mr ou Mme</b></p> <p><b>Geste invasif</b> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p>Réanimation si aggravation <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p>Si décès, référent à contacter la nuit <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p>Soins de confort</p>

FR

mardi 8 octobre 2013 11:18:20

11:18

13020966046 - 1026 - 01/10/2013 - \_\_/\_\_/\_\_ - (SA Urgences)

0102810173 - CLUZEAU ARLETTE - F - 95 ans

Date de naissance : 13/05/1918  
Nom de naissance : MIRAMBEAU  
Taille :  
Poids :  
Surface :  
I.M.C :

Déplacements Pancarte Résultats 02- MEDICALE Recueil médical Questionnaire

**Soins (de confort) mis en place**

J= 01/10/2013

Soins de bouche:

Évaluation de la douleur:

-Patient conscient / communiquant =  
ENS repos =  
ENS Nursing =

-Patient inconscient / non communiquant =  
EOC repos =  
EOC nursing =

-Traitement mis en place:

Dyspnée  
 O2  
 Morphine  
 Titration morphine + hypnovel

Encombrement  
 Réduction des apports  
 Scopoline  
 Furacemide  
 Aspirations  
 Kiné  
 A jeun  
 Mise à plat

Traitement de l'amié

Infection?

Localisation:

Antibiothérapie  
 Instauration  
 Poursuite  
 Limitation (pas de nouvelle molécule)  
 Arrêt

Traitement de l'hyperglycémie

Tarset  
 Dernières selles < 3 jours  
 Fécaldite au TR  
 Absence de fécaldite au TR

Globe vésical  
 Prévention TYP

Autre problème aigu?

Monitoring  
 Aucun  
 SpO2  
 TA  
 Autres

Si monitoring autre,

Transfusion  
 Cuid globulaire  
 Plaquettes  
 Albumine

Hydratation  
 Instauration  
 Poursuite  
 Limitation  
 Arrêt

Nutrition  
 Limitation  
 Arrêt  
 Entérale  
 Parentérale

Examens complémentaires:  
PAP  
 Oui  Non  
 Oui  Non

## Annexe 6 : Fiche de recueil patients

Etiquette du patient

### FICHE de RECUEIL

#### PATIENTS RESIDANT en EHPAD

Date :

Heure d'arrivée :

Jour : lundi au vendredi  Sam/dim/jour férié

**Motif d'admission** : respiratoire       cardiologique       abdominal   
neuro/psy       sepsis       chute       autre(s) :

#### Personnel de l'EHPAD présent au moment du transfert :

Médecin traitant       Médecin coordonnateur       Aucun médecin   
IDE       AS

#### Décision du transfert:

15 par téléphone       médecin traitant       coordinateur EHPAD       SOS médecin   
SAMU

**Dossier de transfert** : Dossier de Liaison d' Urgences       date dernière mise à jour :  
autre dossier       rien

**Passage aux urgences dans l'année passée** : Saint André : oui       non       motif (si oui):  
Autres urgences : oui       non

motif (si oui) :

**Comorbidités du patient** : démence       néoplasie       insuf cardiaque       insuf   
respiratoire      neurologique       autre

**Score GIR** :    1     2     3     4     5     6

**Traitement** :      oui       non

Changements récents :    oui       non

Soins de confort : morphiniques       hypnovel (midazolam)   
Scopolamine       autre       aucun



**Réflexion éthique à l'EHPAD** : Directives Anticipées du patient : oui  non

Désignation Personne de Confiance : oui  non

Soins palliatifs identifiés : oui  non

Prescriptions Anticipées : oui  non

**Etat clinique à l'arrivée** : Trouble de la vigilance : oui  non

Saturation % : FC bpm : TA mmHg :  
T°C :

Encombrement : oui  non  Polypnée : oui  non

**Défaillance d'au moins un organe** : oui  non

**Thérapeuthiques entreprises** : O2  antibio IV  Aérosols  lasilix (furosémide) IV

Réanimation  gestes invasifs  réduction rythme

autres :

Aucun

**Décision de LAT aux urgences** : oui  non

**Introduction des soins de confort** : morphiniques  hypnovel  scopolamine   
autres  non

**Diagnostic final** :

**Pertinence du transfert** : oui  non

**Orientation** : retour EHPAD  hospitalisation

Si hospitalisation : urgences/ UHCD  autres services

**Décès** :

aux urgences : oui  non

à l'UHCD : oui  non

décès lors de l'hospitalisation : oui  non

**Durée d'hospitalisation totale** :

Vous pouvez faire des commentaires hors case of course !

## Annexe 7 : Dossier de Liaison d'Urgence modifié en Gironde

# DOSSIER DE LIAISON D'URGENCE

(= informations minimales renseignées sur ce formulaire papier ou éditées à partir du dossier informatique, devant être à jour et accessibles 24h/24 par tout membre de l'équipe, afin de pouvoir délivrer les soins plus adaptés en situation d'urgence)

**Accessible H24 par tout personnel de l'établissement**

### 1. ÉLÉMENTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Date création du DLU :

Date de dernière mise à jour :

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Numéro Sécurité sociale :

Date de naissance :

Établissement d'hébergement :

Adresse :

Tél :

Médecin coordonnateur :

Infirmière coordinatrice :

Tel. pour contact 24h/24 :

Médecin traitant :

Tél :

Médecins spécialistes

Établissement de santé de proximité :

Adresse :

Personne de confiance désignée par écrit :

Nom :

Tél :

Coordonnées d'un référent de l'entourage : Lien (de parenté) :

Nom :

Tél :

Protection juridique :  NON  Oui  EN COURS

Nom du Tuteur/Curateur/Mandataire :

Tel :

## **2. FICHE « URGENCES » AU MOMENT DU TRANSFERT**

**Famille prévenue de l'hospitalisation :**  OUI  NON

**Hospitalisation à la demande de :**

**Nom :** Suite à Régulation SAMU :  OUI  NON

**Qualité :** Tel :

**Paramètres vitaux actuels disponibles :**

Conscience	Fréquence respiratoire	Glycémie capillaire
Pouls	Saturation en	
Pression artérielle	Oxygène	

**Problème actuel motivant l'hospitalisation** (nature et ancienneté des symptômes, heure supposée du début des symptômes notamment chute ou douleur thoracique) :

**Traitement actuel détaillé** (édition de la feuille de traitement ou à défaut photocopie ordonnance)

**Préciser les modifications récentes de traitement**

**Derniers examens biologiques** (photocopie des résultats) :

## **3. DONNEES MEDICALES**

**Date de l'évaluation :**

**GIR :**

**Poids :**

**Taille :**

**Pathologies chroniques évolutives:**

**Antécédents personnels :**

**Médicaux :**

**Psychiatriques :**

**Chirurgicaux :**

**Allergie :**  OUI (préciser laquelle)  NON

**Dernière hospitalisation:**

Date :

Lieu

Motif

#### **4. PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE**

Directives anticipées datant de moins de 3 ans :  Oui  Non  
SI OUI DATE DE REDACTION : \_\_\_\_\_ + ANNEXER UNE COPIE

Date réunion pluridisciplinaire :

##### **Aide à la décision du niveau d'intervention médicale**

###### **Critères de décision**

Maladie principale :

Co-morbidités associées :

Risques de décompensation aiguë identifiés : (fausses routes, dyspnée, douleur, troubles de la conscience...)

###### **Niveaux d'intervention (cocher un des niveaux) :**

- Niveau d'intervention maximal curatif : transfert aux urgences, soins intensif et réanimation envisageables
- Prise en charge d'un épisode aigu potentiellement réversible, transfert urgence envisageable, pas de réanimation invasive (intubation)
- Prise en charge palliative symptomatique, soins de confort  
Transfert à éviter
- Prise en charge palliative terminale : soins de confort, pas de transfert

##### **Prescriptions anticipées personnalisées:**

Validation de la décision par le patient  Oui  NA

##### **Participants à la réflexion**

Famille	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Représentant légal	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Personne de confiance	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Médecin traitant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Médecins spécialistes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Soignants	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Sous l'égide du médecin coordinateur

#### **5. EVALUATION DES SOINS TECHNIQUES INFIRMIERS :**

##### **Date d'évaluation :**

**Pansements :**  (VNI, CPAP, etc...)

**Perfusions**

**Sondes :**

Sonde à oxygène

Sonde urinaire

**Stomies :**

##### **Appareillage divers :**

Pace-maker

Appareillage ventilatoire

##### **Prothèses mobiles :**

Prothèses dentaires

Prothèses auditives

Lunettes

Autres (préciser)

## 6. FICHE DE RETOUR D'HOSPITALISATION

NOM Prénom

Date :

### 6.1 Fiche Médicale de retour d'Hospitalisation

Médecin en charge du patient :  
Tel :

Service :

#### Diagnostic(s) ou hypothèse(s) diagnostique(s) de sortie

-  
-  
-

Décision de limitation thérapeutique aux urgences?  Oui  Non

Si oui joindre fiche de démarche éthique du service

Traitement de sortie (+ ordonnance jointe comportant les médicaments à poursuivre y compris les prescriptions antérieures et précisant les médicaments à arrêter)

- Poursuivis	- arrêtés	- nouveaux
-	-	-
-	-	-
-	-	-

#### BMR

Germe  
Localisation  
Type de précautions

OUI  NON

Examens et ou consultations prévus (nom du correspondant, date et heure)

-  
-  
-

### 6.2 Evaluation des soins techniques infirmiers de retour:

Pansements :  (VNI, CPAP, etc...)

Perfusions

#### Sondes :

Sonde à oxygène

Sonde urinaire

Stomies :

#### Appareillage divers :

Face-maker

#### Prothèses mobiles :

Prothèses dentaires

Prothèses auditives

Lunettes

Autres (préciser)

Appareillage ventilatoire

## Annexe 8 : Grille d'évaluation de la pertinence des admissions d'après Davido

### 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	<input type="checkbox"/>
2	Pouls < 50/min ou > 140/min	<input type="checkbox"/>
3	Pression artérielle systolique (mmHg) < 90 ou > 200, diastolique < 60 ou > 120	<input type="checkbox"/>
4	Cécité ou surdité brutale	<input type="checkbox"/>
5	Perte brutale de la motricité d'une partie du corps	<input type="checkbox"/>
6	Fièvre persistante > 38,5� sous le bras ou 39� rectale depuis plus de 5 jours	<input type="checkbox"/>
7	Syndrome hémorragique	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
9	Atteinte de fonctions essentielles de façon brutale (impossibilité de bouger, de manger, de respirer et d'uriner) � l'exception d'une manifestation chronique sans fait nouveau.	<input type="checkbox"/>
10	Ischémie aiguë à l'ECG	<input type="checkbox"/>

B - Critères liés aux soins délivrés		
1	Traitement intraveineux continu ou remplissage (n'inclut pas le traitement entéral)	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
3	Surveillance de signes vitaux (pouls, TA, fréquence respiratoire, scope, surveillance neurologique) au moins une fois toutes les 4 heures	<input type="checkbox"/>
4	Prescription d'un traitement nécessitant une surveillance continue ou faisant craindre une réaction allergique ou hémorragique	<input type="checkbox"/>
5	Traitement dans une unité de soins intensifs	<input type="checkbox"/>
6	Utilisation de façon intermittente ou continue d'une assistance respiratoire au moins une fois toutes les 8 heures	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>
2	Procédure diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision	<input type="checkbox"/>
3	Surveillance thérapeutique ou clinique rapprochée pendant quelques heures	<input type="checkbox"/>
4	Éducation sanitaire	<input type="checkbox"/>
5	Soutien psychologique	<input type="checkbox"/>
6	Aide sociale	<input type="checkbox"/>
7	Aucun soin ni aucun service	<input type="checkbox"/>

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)	
<p><b>1. Le domicile :</b></p> <p>1.1 sans aide</p> <p>1.2 avec aide non médicale (ménagère...)</p> <p>1.3 avec aide médicale ou paramédicale (soins infirmiers « légers » et/ou une surveillance médicale non spécialisée occasionnelle pendant la journée)</p> <p>1.4 avec aide médicale ou paramédicale soutenue (soins infirmiers « lourds » et/ou une surveillance médicale régulière, nuit et WE compris)</p> <p><b>2. Une structure d'hébergement :</b></p> <p>2.1 non médicalisée de proximité (ex. hôtel proche de l'hôpital)</p> <p>2.2 non médicalisée pouvant être éloignée de l'hôpital</p> <p>2.3 avec soins médicaux et/ou paramédicaux (aide à la vie quotidienne, soins infirmiers, kinésithérapie)</p> <p>2.4 médicalisée</p> <p><b>3. L'hôpital (établissement de court séjour)</b></p>	
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

/ \_ / \_ /

# SERMENT D'HIPPOCRATE

---

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

**Objectif :** L'objectif de cette étude est de décrire les transferts aux urgences des résidents en EHPAD.

**Matériel et méthode :** Il s'agit d'une étude longitudinale prospective et descriptive du dossier de transfert aux urgences, des modalités de ces transferts et des patients venant d'EHPAD sur une période de 3 mois, allant du 5 février au 5 mai 2014.

**Résultats :** La quasi-totalité des résidents d'EHPAD admis aux urgences le sont avec un dossier de transfert. Plus de 96% d'entre eux comportent les antécédents et le traitement. Le motif du recours et l'histoire de la maladie sont présents pour respectivement 92% et 77% des dossiers. 47% des dossiers stipulent le GIR. La personne de confiance est mentionnée dans 27% des cas. Les directives anticipées sont transmises dans moins de 3% des cas. 1% des dossiers précisent des prescriptions anticipées. Les patients sont âgés de 87,7 ans en moyenne, 83% d'entre eux sont GIR 1-3 et 55% sont déments. Ils sont admis à 70% en journée, 40% à la demande du médecin traitant pour des motifs à 46% cardiorespiratoires. Une infirmière est présente à l'EHPAD au moment du transfert dans 71% des cas. 45% des patients ne présentent aucune défaillance clinique à l'admission, 36% retrouvent leur structure sans être hospitalisés. Une décision de limitation thérapeutique est prise pour 16% des patients et 8% décèdent à l'hôpital.

**Conclusion :** Le Dossier de Liaison d'Urgence doit être amélioré et des mesures peuvent être prises en EHPAD pour tenter de réduire les transferts inappropriés aux urgences.

---

Title : TRANSFERS OF PATIENTS FROM NURSING HOMES TO THE EMERGENCY DEPARTMENT : Descriptive study during three months in the emergency unit of Saint André University Hospital Center in Bordeaux.

**Aim :** The aim of this study is to observe transfers in emergency of nursing homes residents.

**Patients and method :** This is a prospective and descriptive longitudinal study of the form of transfer to emergency department, of these transfers conditions and about institutionalized elderly during three months.

**Results :** Almost all NH residents of the emergency department are admitted with a form of transfer. More than 96% of them include histories and treatments. The reason of transfer and the anamnesis are mentioned in 92% and 77% of cases. 47% of forms stipulate the GIR. The surrogate is mentioned in 27% of cases. Advanced directives are transmitted in less than 3% of cases. 1% of them specify advanced prescriptions. The patients are 87,7 years old, 83% of them are dependants and 55% have dementia. 70% are admitted during the day, 40% by request of general practitioner for reasons cardiorespiratory in 46% of cases. A nurse is present in the NH at the moment of transfer in 71% of cases. 45% of patients don't have clinical failure at the admission in ED, 36% of them don't get hospitalized and return in their institution. Decision of therapeutic limitation is taken for 16% of patients and 8% die in the hospital.

**Conclusion :** The form of transfer in the emergency department should be improved and measures should be taken in order to try to reduce inappropriated transfers in ED.

Mots clés : Dossier de transfert-Urgences-Résidents EHPAD-Hospitalisation

Keywords : Form of transfer-Emergency department-Nursing home residents-Hospitalization

U.F.R des Sciences Médicales