



HAL
open science

Pertinence des hospitalisations pour syndrome infectieux en EHPAD : étude rétrospective dans les EHPAD du CCAS de Nice en 2014

Marion Pierre

► To cite this version:

Marion Pierre. Pertinence des hospitalisations pour syndrome infectieux en EHPAD : étude rétrospective dans les EHPAD du CCAS de Nice en 2014. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01936956

HAL Id: dumas-01936956

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01936956>

Submitted on 27 Nov 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 Nice Sophia Antipolis

Faculté de Médecine

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

le 11 avril 2018 à Nice

par Madame Marion PIERRE

née le 25 novembre 1987 à Rouen

**PERTINENCE DES HOSPITALISATIONS POUR
SYNDROME INFECTIEUX EN EHPAD
Etude rétrospective dans les EHPAD du CCAS de Nice en 2014**

Composition du jury :

Président du Jury :

Monsieur le Professeur Olivier GUERIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Gilles GARDON
Monsieur le Professeur Jacques LEVRAUT

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Caroline ARMENGAU

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Vice-Doyen

Assesseurs

Conservateur de la bibliothèque

Directrice administrative des services

Doyens Honoraires

M. BAQUÉ Patrick

M. BOILEAU Pascal

M. ESNAULT Vincent
M DELLAMONICA Jean
Mme BREUIL Véronique
M. MARTY Pierre

Mme AMSELLE Danièle

Mme CALLEA Isabelle

M. AYRAUD Noël
M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc

M. BALAS Daniel

M. BATT Michel

M. BLAIVE Bruno

M. BOQUET Patrice

M. BOURGEON André

M. BOUTTÉ Patrick

M. BRUNETON Jean-Noël

Mme BUSSIERE Françoise

M. CAMOUS Jean-Pierre

M. CANIVET Bertrand

M. CASSUTO Jill-patrice

M. CHATEL Marcel

M. COUSSEMENT Alain

Mme CRENESSE Dominique

M. DAR COURT Guy

M. DELLAMONICA Pierre

M. DELMONT Jean

M. DEMARD François

M. DESNUELLE Claude

M. DOLISI Claude

M. FRANCO Alain

M. FREYCHET Pierre

M. GÉRARD Jean-Pierre

M. GILLET Jean-Yves

M. GRELLIER Patrick

M. GRIMAUD Dominique

M. HARTE R Michel

M. INGLES AKIS Jean-André

M. JOURDAN Jacques

M. LALANNE Claude-Michel

M. LAMBERT Jean-Claude

M. LAZDUNSKI Michel

M. LEFEBVRE Jean-Claude

M. LE FICHOUX Yves

Mme LEBRET ON Elisabeth

M. LOUBIERE Robert

M. MARIANI Roger

M. MASSEYEFF René

M. MATTEI Mathieu

M. MOUIEL Jean

Mme MYQUEL Martine

M. ORTONNE Jean-Paul

M. PRINGUEY Dominique

M. SAUTRON Jean Baptiste

M. SCHNEIDER Maurice

M. TOUBOL Jacques

M. TRAN Dinh Khiem

M VAN OBBERGHEN Emmanuel

M. ZIEGLER Gérard

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	Réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M. AMBROSETTI Damien Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine Immunologie (47.03)
M. BRONSARD Nicolas Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme BUREL-VANDEBOS Fanny Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DOGLIO Alain Bactériologie-Virologie (45.01)
M DOYEN Jérôme Radiothérapie (47.02)
M FAVRE Guillaume Néphrologie (52.03)
M. FOSSE Thierry Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa Pédiatrie (54.01)
Mme HINAULT Charlotte Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M. HUMBERT Olivier Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme LAMY Brigitte Bactériologie-virologie (45.01)
Mme LEGROS Laurence Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme LONG-MIRA Elodie Cytologie et Histologie (42.02)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle Physiologie (44.02)
Mme MOCERI Pamela Cardiologie (51.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme POMARES Christelle Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme SEITZ-POLSKI Barbara Immunologie (47.03)
M. TESTA Jean Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	HURST Samia	Thérapeutique (48.04)
M.	PAPA Michel	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale (53.03)
Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxillo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements

A Monsieur le Professeur GUERIN,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Merci pour le temps que vous passez au service des étudiants. Je vous témoigne ma profonde et respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur LEVRAUT,

Je vous suis reconnaissante de me faire l'honneur d'apporter vos connaissances à la critique de ce travail. Veuillez recevoir l'expression de mes remerciements les plus respectueux.

A Monsieur le Professeur GARDON,

Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail. Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.

A ma Directrice de Thèse, Madame le Docteur Caroline ARMENGAU

Je te remercie d'avoir accepté d'effectuer ce travail à mes côtés. Je reste impressionnée par la confiance que tu m'as portée dès notre rencontre et qui a perduré toutes ces années, amenant maintenant à notre collaboration. Je suis très heureuse de cette future association que tu avais prévue depuis des années. Tu es devenue bien plus qu'un maître de stage ou qu'une collègue, ta présence et tes conseils sont toujours précieux. On va pouvoir trinquer aux années à venir, qui je l'espère seront meilleures que ces derniers mois !

A tous ceux que j'ai rencontrés pendant mon internat et qui ont contribué au médecin que je suis devenue :

Au Dr Maurice Negre et à tous les médecins généralistes qui travaillaient à Sainte Marie : merci pour ce début d'internat dans un cadre certes particulier mais toujours chaleureux grâce à vous, pour votre disponibilité sans pareille et vos bons conseils pour la pratique d'une médecine bien différente de celle qui est malheureusement souvent pratiquée par ailleurs. Je reste très triste de l'évolution qu'a connue le service de médecine somatique.

A toute l'équipe de Sainte Lucie : merci pour votre accueil envers la novice que j'étais, pour le déjeuner de Noël en plein milieu de la garde et pour l'attention que vous portez aux patients. Marianne, je suis très heureuse qu'on soit restées en contact, malgré toutes les épreuves que tu as traversées avec ta petite famille.

A mes co-internes de Sainte Marie, parce que des stages comme celui-ci n'existent plus, merci pour ces bons moments !

A toute l'équipe paramédicale de Menton : merci d'avoir pris soin de moi pendant ma grossesse durant ces mois d'adversité.

A toute l'équipe de l'UMIPUOG : parce que quel que soit le challenge, au final il était toujours relevé. A Marina, tu as rendu mon retour de congé maternité nettement plus supportable par ta gentillesse et ta vision de la médecine hors norme. A Verena, pour ton éternelle bonne humeur ! Merci pour tout ce que vous m'avez appris.

Au Dr André Moznino : qui m'a accueillie dans son cabinet en m'apprenant un maximum de ce que je devais connaître de la médecine libérale, merci de m'avoir encouragée dans ma volonté d'installation. A son associé Alain Mouchnino qui me montre que la retraite, ce sera pour plus tard ! A Anne, qui continue encore maintenant à me donner des conseils.

Aux sages-femmes de l'Archet : parce qu'après m'avoir bien accueillie lors de mon accouchement, c'est grâce à vous que j'ai compris ce que j'étais censée faire à la maternité !

A l'équipe des urgences de Lenval : qui essaye d'injecter un peu de bonne humeur pour compenser le manque cruel de lumière du jour. A Margot pour ta gentillesse, ta disponibilité et tes petites astuces.

A toute l'équipe du CSAPA : pour m'avoir permis de vivre une fin d'internat au top ! Une prise en charge de ces patients pas comme les autres dans une bonne ambiance, avec de l'entraide, et des réunions d'équipe souvent agrémentées de collations pour ne pas sombrer dans le sommeil

(n'est-ce pas Catherine!). A Jean : merci pour tout ce que tu m'as appris, ta rigueur et la passion que tu mets dans tout ce que tu entreprends.

A toute l'équipe du centre médical de Saint Laurent : merci de m'avoir fait confiance même si je n'étais pas officiellement docteur. J'espère désormais passer de longues années parmi vous.

A tous ceux que j'ai rencontrés pendant ces années (et soirées) de médecine :

A ceux qui se sont délocalisés : Baptiste et Yannick merci pour toutes ces soirées folles, je vous souhaite le meilleur dans vos nouvelles vies. Jellila et Cédric : je suis très heureuse que vous soyez revenus dans le sud après l'interlude de l'internat, et en plus maintenant avec Noah qui est vraiment trop mignon.

Camille : je n'aurais pas survécu à mon externat sans toi. Matthieu : tu es encore plus machiavélique que moi !

Marie, je ne sais pas comment tu as eu le courage de faire médecine après ta première formation, en tout cas tu en vois le bout ! Profite bien de ta petite famille.

Benjamin : tu me supportes depuis le lycée, et ça c'est beau ! On ne se voit pas souvent, mais tu as de beaux projets avec Christelle que je vous souhaite de concrétiser.

Marine et Noémie : notre rencontre est la preuve de l'intérêt des GEASP, merci pour ces soirées, ces potins, ces conseils... Noémie reprend confiance en toi, tu es pleine de qualités, il faut juste que tu décides ce que tu as envie de faire. Marine n'hésite pas à revenir parmi nous si tu en as assez des suisses allemands.

Melissa : merci pour ton soutien malgré la distance. Profite de Nico et de ton fils, je passerai bientôt vous voir à Marseille.

Jennifer : pour tous ces moments de rigolade, ces coups de gueule et aussi les moments de cafard à Mortier.

Isabelle : je suis ravie que tu sois installée à Saint Laurent, merci pour ton écoute et ta gentillesse.

Sara : tu m'as confiée tes patients alors qu'on se connaissait à peine, les mois se sont finalement prolongés et je suis désormais très heureuse de notre collaboration. J'ai découvert grâce à toi une partie de la médecine que je n'avais pas encore explorée avec des patients parfois un peu particuliers, mais qui me conviennent bien vu mon parcours. Tu as été là pour moi pendant les moments difficiles de ces derniers mois et je ne l'oublierai pas.

Audrey : il est temps que tu redescendes toi aussi, on a plein de sessions shopping ou autres à rattraper, et ton grain de folie me manque (life is cup!) ...

Céline : bien que nos vies soient très différentes, les années passent et je sais que je peux toujours compter sur toi. Merci d'être là. Vincent : j'espère que ta spécialité ne te changera pas trop, reste tel que tu es.

Flow : ton expérience rémoise n'aura pas réussi à nous éloigner. Je suis contente que tu atteignes sous peu ton rêve de maison à Gairaut, avec Nad et Arthur. Vous faites un peu partie de ma famille, merci pour tout.

A ma famille :

Stephanie : reste forte face à cette famille de fous, et continue à mener ta vie comme tu l'entends. Thomas et Eva, je vous aime fort.

Audrey : trente ans que tu me supportes, au gré des périodes de nos vies et des difficultés que tu parviens toujours à surmonter. Je vous souhaite une très belle vie mandolocienne avec Alex (n'oublie pas que je compte sur toi pour apprendre à Lucas à faire du skate !). Et quoi de mieux que la 3ème lauréate d'un prix de thèse pour vérifier mes statistiques ! Merci, ta sœur qui t'aime.

Maxime : mon filleul, je suis sûre que tu seras un grand frère formidable ! Je t'aime fort.

Papa et Maman : malgré vos différends, je sais pouvoir toujours compter sur vous, quel que soit l'heure, le lieu, la raison... sans rien attendre en retour, que demander de mieux. Merci Maman d'avoir relu tous mes RSCA, document de synthèse, et cette thèse, sans jamais rechigner et en me complimentant en plus. Je vous aime.

Lucas : tu es la plus belle chose qui me soit arrivée. Je suis désolée que notre vie ne soit pas celle qu'on aurait souhaité, je vais tout faire pour compenser les changements subis ces derniers mois et te donner ce que tu mérites. Je t'aime plus que tout.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	14
INTRODUCTION	15
MATERIELS ET METHODES	17
1. Étude rétrospective.....	17
1.1 Type d'étude	17
1.2 Données analysées	17
1.3 Analyse statistique	18
2. Questionnaire	20
2.1 La population cible.....	20
2.2 Réalisation de l'enquête	20
2.3 Analyse statistique	21
RESULTATS.....	22
1. Etude rétrospective.....	22
1.1 Caractéristiques de la population étudiée.....	23
1.2 Caractéristiques des admissions	26
2. Questionnaire	30
2.1 Caractéristiques de l'échantillon.....	30
2.2 Caractéristiques des hospitalisations de leur patientèle.....	30
2.3 Prise en charge à l'EHPAD	31
DISCUSSION	33
CONCLUSION	38
BIBLIOGRAPHIE	39
ANNEXES	44
Annexe 1 : Grille AEPf des admissions d'après Davido, 1991	44
Annexe 2 : Grille AGGIR	47
Annexe 3 : Questionnaire.....	48
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	52

ABREVIATIONS

AEPf : Appropriateness Evaluation Protocol en français

AGGIR : Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources

ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et services Sociaux et Médico-sociaux

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GIR : Groupe Iso-Ressources

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

MEDEC : Médecin Coordonnateur d'EHPAD

NH : Nursing Home (maison de retraite)

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

INTRODUCTION

En raison de son fort attrait résidentiel, le département des Alpes-Maritimes constitue un véritable bastion de personnes âgées, avec en 2012 un pourcentage de personnes âgées d'au moins 65 ans de 5,8% pour les hommes et 6,5% pour les femmes. Ces chiffres, qui sont supérieurs à la moyenne régionale et nationale, se confirment avec l'avancée en âge, même pour les centenaires (1). L'espérance de vie à la naissance en 2015 dans les Alpes-Maritimes est de 79,6 ans pour les hommes et 85,7 pour les femmes, des chiffres qui se situent légèrement au-dessus de la moyenne nationale (2). Dans cette population se trouvent des personnes dépendantes, que ce soit d'un point de vue social ou biomédical, parfois accueillies en établissement. Des projections permettent d'estimer que le nombre de personnes âgées dépendantes serait multiplié par 1,4 entre 2010 et 2030, et par 2 entre 2010 et 2060. En 2060, 2,3 millions de personnes seraient ainsi dépendantes, contre 1,1 million en 2010 (3). La région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) disposait en décembre 2015 de 45 565 lits d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (4).

Lors d'un épisode aigu, une hospitalisation peut être nécessaire, amenant la personne âgée à quitter son lieu de vie en faveur d'un hôpital souvent perçu comme hostile, dans des services d'urgence bondés. Les impacts négatifs des hospitalisations de ces personnes vulnérables sont bien connus. D'après une enquête du Gérontopôle de Toulouse de juin 2010 (5) sur les résidents de 300 EHPAD on note, après hospitalisation, une augmentation de 3 indicateurs de fragilité : les chutes (+ 5 %), la dénutrition (+ 14 %) et les contentions (+ 23 %). Des critères d'admission dans un service d'urgence d'une personne âgée de plus de 75 ans vivant à domicile, dans une institution non médicalisée ou dans une institution médicalisée ont été établis à travers une conférence de consensus en 2003 (6). En 1990, en collaboration avec un panel d'experts en accès aux soins ambulatoires, Billings développe le concept des conditions sensibles aux soins ambulatoires (7), concept équivalent à celui de Avoidable Hospitalization Conditions (AHC) que met en avant Weissman en 1992 (8). Le terme d'hospitalisations évitables a été repris dans la littérature internationale, parfois comme indicateur de performance de la prise en charge ambulatoire adéquate des patients (9, 10, 11). Weissman et al. ont défini douze conditions pour lesquelles l'hospitalisation peut être évitée si la prise en charge ambulatoire se fait à temps et de façon adéquate : la pneumonie, l'insuffisance cardiaque congestive, l'asthme, la cellulite,

l'ulcère perforé ou hémorragique, la pyélonéphrite, le diabète avec acidocétose ou coma, l'appendicite perforée, l'hypertension maligne, l'hypokaliémie, les conditions immunisantes, la gangrène.

Les principaux motifs d'hospitalisations non programmées en EHPAD sont les chutes (un tiers dont la moitié avec fractures) et les décompensations cardio-pulmonaires (30 %) suivi par les problèmes uro-digestifs et neurovasculaires et les troubles du comportement (12). Des études ont été menées sur les facteurs prédictifs d'hospitalisation, qu'elles soient justifiées ou évitables (13, 14), y compris le projet pilote PAERPA 2013 du Ministère de la Santé (15) qui cible quatre facteurs d'hospitalisations : les problèmes liés aux médicaments, la dénutrition, la dépression et les chutes.

Walsh et al. montrent aux Etats-Unis en 2012 que cinq pathologies (pneumopathie, décompensation cardiaque, infection urinaire, déshydratation, asthme) sont responsables de 78 % des hospitalisations potentiellement évitables, avec un coût total pour Medicare de 3 milliards de dollars, dont au moins 625 millions pourraient être économisés (16). Les pathologies infectieuses représentent donc une proportion importante des motifs d'hospitalisation aux urgences pour lesquels une prise en charge ambulatoire pourrait être souhaitable.

L'objectif principal de cette thèse est d'effectuer un état des lieux des hospitalisations potentiellement évitables lors d'un épisode infectieux dans des EHPAD du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Nice en 2014. L'objectif secondaire est de tenter de trouver des facteurs organisationnels permettant d'éviter les hospitalisations.

MATERIELS ET METHODES

Nous avons réalisé une étude rétrospective sur les hospitalisations pour syndrome infectieux afin d'évaluer la proportion d'admissions potentiellement évitables, suivie d'un questionnaire auprès de médecins généraliste libéraux pour tenter d'évaluer les facteurs influant sur ces hospitalisations.

1. Étude rétrospective

1.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective des hospitalisations survenues en 2014 dans trois EHPAD du CCAS de Nice (Grosso, Valrose, Fornero Menei), dont les organisations en termes de soins infirmiers et administratifs sont similaires, avec une gestion des dossiers et des prescriptions uniquement sur papier, sans logiciel informatique.

Nous avons inclus les hospitalisations non programmées dont le motif était un syndrome infectieux, qu'il s'agisse d'une admission aux urgences ou directement en service d'hospitalisation. Le critère d'exclusion était l'absence de données sur les conditions de l'hospitalisation et l'état clinique du patient à l'admission.

1.2 Données analysées

Les données ont été recueillies dans les dossiers médicaux et les transmissions infirmières dans chaque EHPAD, les comptes-rendus d'hospitalisation, ainsi que dans le logiciel informatique du CHU de Nice (Clinicom) du 1^{er} janvier au 31 décembre 2014.

Pour chaque patient inclus dans l'étude, le dossier était évalué au regard des critères de la grille AEPf (Appropriateness Evaluation Protocol, appliqué au système français) (17, 18). Dès lors que l'un des 16 critères de la grille AEPf était présent (Annexe 1), l'admission était considérée comme pertinente.

Nous avons de plus recueilli les données suivantes :

- Age
- Sexe
- GIR établi selon la grille Aggir (Annexe 2)
- Antécédent de pathologie neurodégénérative, d'insuffisance rénale
- Albuminémie
- Patients relevant de soins palliatifs
- Antécédent d'hospitalisation dans le mois précédent
- Consultation médicale dans la semaine précédente (médecin traitant ou autre)
- Antibiothérapie dans la semaine précédente
- Initiateur de l'hospitalisation
- Heure de l'admission (journée définie entre 8h30-18h30, nuit, week-end)
- Mode de transport
- Lieu d'admission
- Motif de l'hospitalisation
- Diagnostic retenu
- Antibiothérapie (molécule, durée)
- Durée de l'hospitalisation
- Décès durant l'hospitalisation ou dans la semaine suivante

1.3 Analyse statistique

L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel Epi Info version 7.2 (<https://www.cdc.gov/epiinfo/pc.html>). Les données quantitatives sont présentées en moyenne (\pm écart-type) et les données qualitatives sont exprimées en pourcentages. Des tests du χ^2 ont été utilisés pour évaluer les relations existant entre différentes variables qualitatives. Une succession de régressions logistiques univariées a été réalisée en retenant comme variable dépendante la pertinence de l'hospitalisation, et des variables indépendantes quantitatives l'âge,

le GIR, le MMS, l'albuminémie et la clairance de la créatinine. Un test du χ^2 a été effectué pour les variables indépendantes qualitatives : EHPAD, sexe, pathologie neurodégénérative, soins palliatifs, hospitalisation dans le mois précédent, consultation médicale dans la semaine précédente, antibiothérapie en cours avant l'admission, initiateur de l'hospitalisation, heure de l'admission, motif de l'hospitalisation et diagnostic. Le seuil de significativité était fixé à 0.05.

2. Questionnaire

2.1 La population cible

Cette étude quantitative était une enquête de connaissances et de pratiques par questionnaire proposé à des médecins généralistes libéraux exerçant à Nice, en groupe ou individuellement. Les médecins ont été sélectionnés de façon aléatoire via l'annuaire téléphonique. En 2015, le bassin niçois recensait 518 médecins généralistes installés en libéral, dont la moyenne d'âge était de 56 ans, avec une proportion féminine de 40 % (19).

Les critères d'inclusion étaient la présence dans la patientèle d'au moins un résident d'EHPAD, avec un antécédent d'hospitalisation pour syndrome infectieux dans l'année précédente. Le critère de non-inclusion était une réponse par un externe, un interne ou un médecin remplaçant.

2.2 Réalisation de l'enquête

L'élaboration du questionnaire a été effectuée après avoir réalisé une revue de la littérature, ainsi que selon l'analyse du recueil de données, et d'après des interrogations suite à mes expériences lors des stages d'internat. Les thèmes abordés étaient les suivants : données démographiques du répondant et de sa patientèle en EHPAD, informatisation du dossier médical, instigateur et lieu de l'hospitalisation, horaires de présence des infirmiers (IDE) et du médecin coordonnateur, soins réalisables par l'IDE, examens biologiques réalisés à l'EHPAD, possibilités de visite en urgence, prise en charge des patients en soins palliatifs, ainsi qu'une question ouverte sur les moyens de diminuer les hospitalisations évitables.

Les médecins sélectionnés ont été contactés par téléphone, la compliance et le recueil des réponses étant facilité par l'utilisation de 28 questions fermées et 1 question ouverte, avec une durée inférieure à dix minutes (Annexe 3). L'enquête a été effectuée entre les mois de juin à octobre 2015. Un pré-test avait été effectué sur l'entourage afin de vérifier la bonne compréhension des questions. Nous avons calculé à l'aide du logiciel Epi Info version 7.2 qu'il nous fallait inclure 28 praticiens pour obtenir une puissance de 90 %, en acceptant une marge d'erreur de 15 %. Parmi les médecins généralistes contactés, 83 ont accepté de répondre à

l'enquête, et 28 correspondaient aux critères d'inclusion. Nous avons en effet constaté après ces inclusions que les réponses étaient similaires, ce qui nous a permis de stopper les appels.

2.3 Analyse statistique

L'analyse des données quantitatives du questionnaire a été menée en analyse univariée, à l'aide d'un tableur Excel 2003.

RESULTATS

1. Etude rétrospective

Les EHPAD Grosso, Fornero Menei et Valrose comptent respectivement 33, 50 et 51 résidents et totalisent, de janvier à décembre 2014, 130 hospitalisations (respectivement 32, 39 et 59). Parmi celles-ci nous avons pu inclure 38 hospitalisations pour syndrome infectieux, soit 29,2 % des hospitalisations. Après l'exclusion de 4 dossiers par manque de données suffisantes lors de l'admission, les hospitalisations incluses se répartissent ainsi : 10 pour l'EHPAD Grosso, 11 pour Fornero Menei et 13 pour Valrose. Sur ces 34 hospitalisations, nous en avons dénombré 18 qui répondaient aux critères d'admission de la grille AEPf.

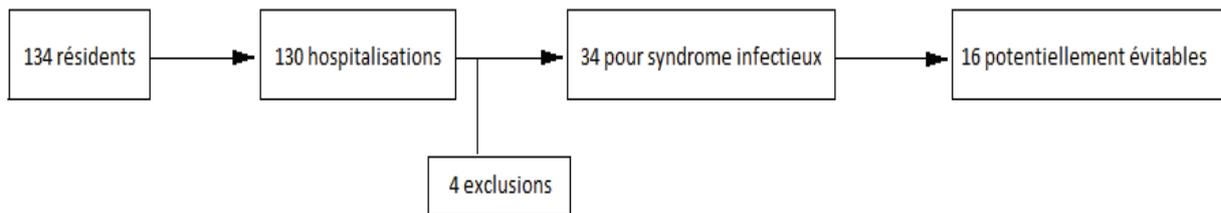


Schéma 1 : Diagramme de flux

1.1 Caractéristiques de la population étudiée

Les caractéristiques pour chaque EHPAD sont présentées dans le tableau 1. La population était composée majoritairement de femmes (67,6%), dont la moyenne d'âge était de 85 ± 7 ans et le GIR moyen à 2 ± 1 , avec 82,3 % de pathologies neurodégénératives.

L'albuminémie moyenne était de $28 \pm 5,5$ g/L, et 14,7 % des patients présentaient une insuffisance rénale (définie par une clairance de la créatinine inférieure à 60 mL/min). 11,7 % des patients étaient en soins palliatifs.

En ce qui concerne le parcours des patients avant l'hospitalisation, 20,5 % avaient été hospitalisés dans le mois précédent, 61,7 % avaient bénéficié d'une consultation médicale la semaine précédente (par le médecin traitant pour 16 d'entre eux), et 14,7 % étaient traités par antibiotiques lors de l'admission. Le suivi médical des patients est assuré par les médecins traitants de chaque résident, qui sont respectivement 10 à Grosso, 26 à Fornero Menei et 24 à Valrose ; chacun totalisant de 1 à 14 résidents par EHPAD. Un médecin coordonnateur effectuait 0,5 équivalent temps plein dans les EHPAD Fornero Menei et Valrose, et un autre 0,2 équivalent temps plein à Grosso.

La durée moyenne de séjour était de $6,5 \pm 4$ jours. Suite à l'hospitalisation, 20,5 % des patients sont décédés dans les deux semaines suivantes, dont 85,7 % à l'hôpital (soit 17,6%) après une moyenne de 6 ± 4 jours d'hospitalisation. Il est à noter que, dans ces trois EHPAD du CCAS, 42,8 % des décès toutes causes confondues durant l'année 2014 ont eu lieu en milieu hospitalier.

	Grosso	Fornero Menei	Valrose
Résidents admis pour syndrome infectieux, n	10	11	13
Age, moyenne \pm DS	79 ans \pm 6	87 ans \pm 8	89 ans \pm 3
Homme, n %	40 %	27,2 %	30,8 %
GIR, moyenne \pm DS	2 \pm 1	2 \pm 0	2 \pm 1
Pathologie neurodégénérative, n %	90 %	81,8 %	69,2 %
Insuffisance rénale, n %	30 %	9 %	7,7 %
Albuminémie, moyenne \pm DS	33 g/L \pm 5,5	29g/L \pm 5,5	26 g/L \pm 5,5
Soins palliatifs, n %	20 %	9 %	7,7 %
Hospitalisation dans le mois précédent, n %	20 %	9 %	30,8 %
Consultation médicale la semaine précédente, n %	60 %	81,8 %	46,1 %
Antibiothérapie en cours à l'admission, n %	10 %	36,4 %	0 %
Durée moyenne de séjour, moyenne \pm DS	7 jours \pm 4	8 jours \pm 3	5 jours \pm 4
Décès à l'hôpital, n %	20 %	9,1 %	30,8 %
Délai entre hospitalisation et décès, moyenne \pm DS	5 jours \pm 0	3 jours \pm 0	7 jours \pm 5

DS : déviation standard

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques et cliniques de la population étudiée

On peut constater dans le diagramme 1 que les résidents originaires de l'EHPAD Grosso étaient moins âgés, mais présentaient en revanche plus de comorbidités que ceux des deux autres EHPAD.

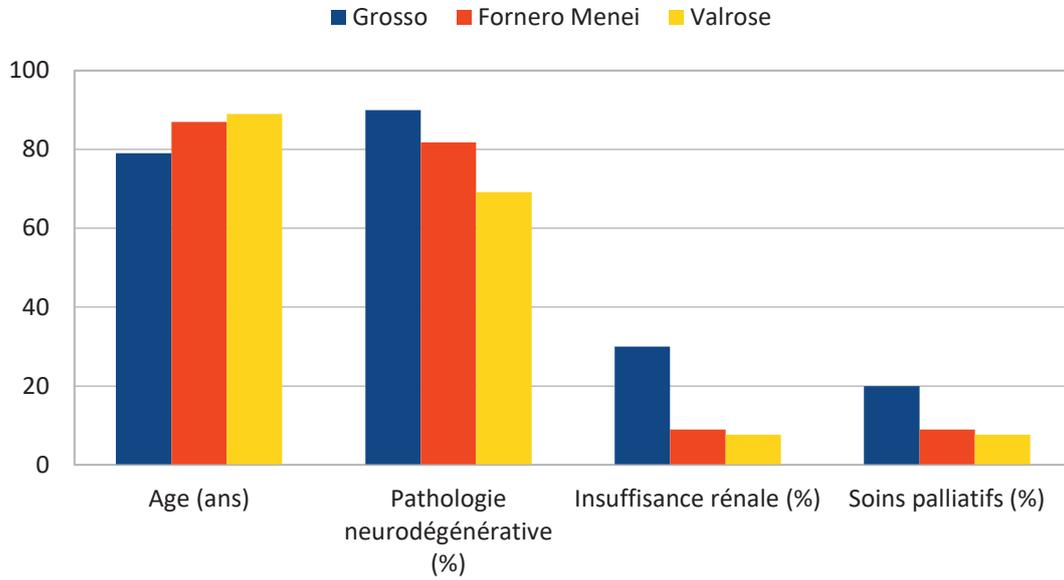


Diagramme 1 : Distribution des comorbidités selon les EHPAD

1.2 Caractéristiques des admissions

On dénombre 18 patients répondant aux critères d'admission de la grille AEPf, soit 47,1 % d'hospitalisations potentiellement évitables. Le diagramme 2 montre la distribution selon les EHPAD.

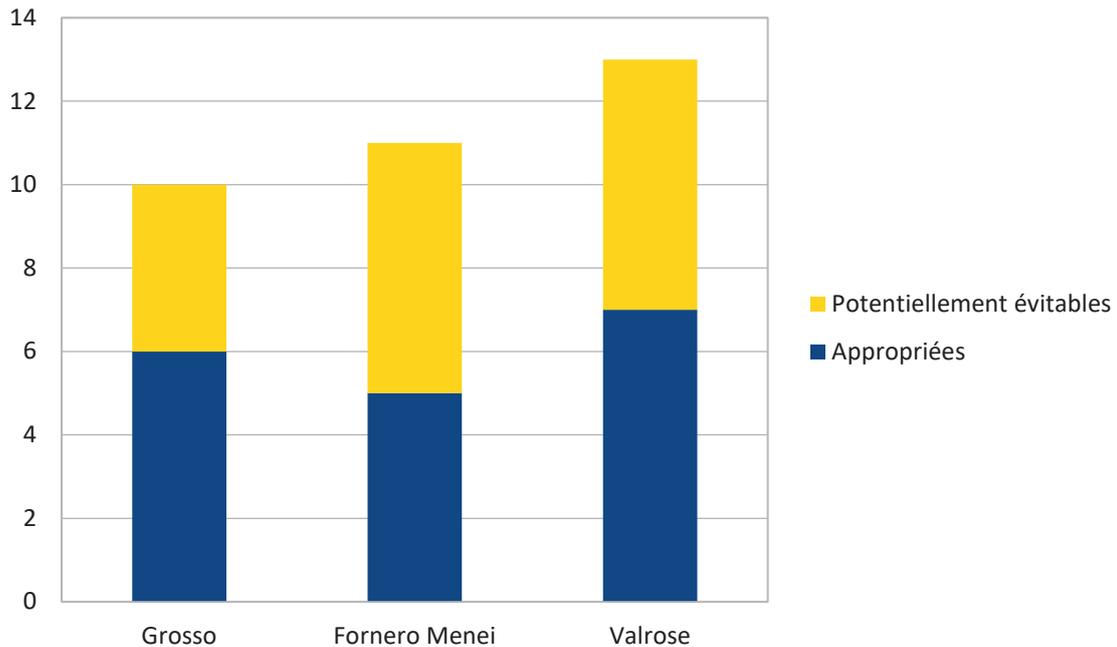


Diagramme 2 : Distribution de la pertinence de l'hospitalisation pour chaque EHPAD

En ce qui concerne l'initiateur de l'hospitalisation, on retrouve majoritairement l'IDE de l'EHPAD avec 58,8 % d'appels au centre 15 qui a permis un transfert vers l'hôpital en ambulance. Ces demandes étaient précédées dans 40 % des cas d'un appel au médecin traitant qui avait recommandé par téléphone l'hospitalisation. L'association SOS Médecins totalise ensuite 23,5 % des demandes d'admissions. Les médecins traitants ont été à l'origine de 8,8 % des admissions suite à une visite à l'EHPAD. On retrouve enfin une demande effectuée par le médecin coordonnateur, une par un médecin spécialiste lors d'une consultation en externe, et une par la famille lors d'une sortie le week-end. Le diagramme 3 montre la répartition pour les hospitalisations potentiellement évitables, pour lesquelles l'IDE reste majoritaire.

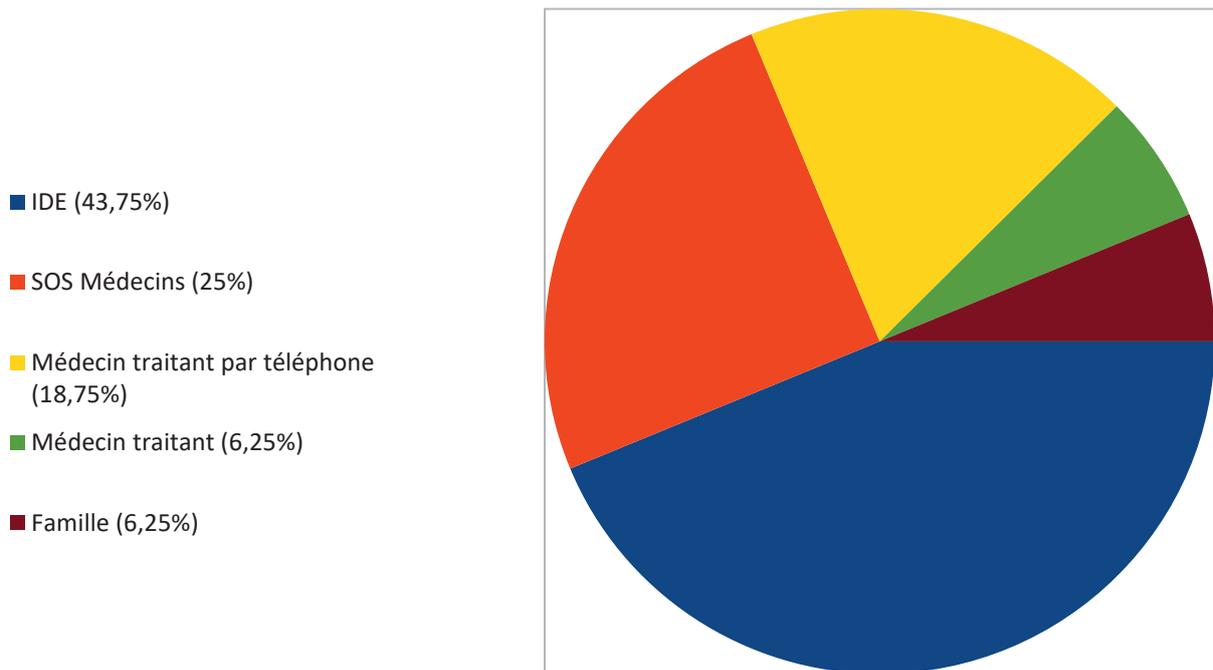


Diagramme 3 : Distribution des hospitalisations potentiellement évitables selon l'initiateur

Seules 11,7 % des admissions ont eu lieu directement en unité d'hospitalisation, parmi lesquelles une à la clinique des Sources après appel téléphonique de l'IDE au médecin traitant qui l'a organisée depuis son cabinet, une en service de pneumologie au CHU dans les mêmes circonstances, et deux à la clinique Saint Antoine, redirigées directement par le centre 15 suite à un appel téléphonique de l'IDE. Toutes ces hospitalisations étaient appropriées.

Les demandes d'hospitalisation ont toutes été effectuées en journée dans cette étude, et 38,2 % durant le week-end. Hormis le résident transféré via un véhicule des pompiers à la demande d'un membre de sa famille, tous les transferts ont eu lieu en ambulance privée.

En ce qui concerne l'évolution des patients, aucun décès n'est survenu dans le groupe des hospitalisations potentiellement évitables. Parmi les 7 patients décédés, 3 relevaient des soins palliatifs avant leur admission, qui a été requise par le médecin traitant après appel téléphonique de l'IDE. La durée moyenne de séjour des hospitalisations potentiellement évitables est de 6 ± 3 jours.

Le tableau 2 montre la répartition des hospitalisations, pertinentes ou non, selon les diverses pathologies infectieuses. Nous voyons que les pneumopathies et les infections urinaires sont les plus représentées, totalisant 85,3 % des motifs d'hospitalisation. On ne note que 12,5 % de patients traités par antibiotiques avant l'hospitalisation.

	Appropriées	Évitables
Pneumopathie, n (%)	9 (50%)	11 (68,7%)
Infection urinaire, n (%)	6 (33,3%)	3 (18,7%)
Bronchite virale, n (%)	1 (5,6%)	1 (6,25%)
Érysipèle, n (%)	0	1 (6,25%)
Angiocholite, n (%)	1 (5,6%)	0
Abcès parapharyngé, n (%)	1 (5,6%)	0

Tableau 2 : Distribution selon la pathologie infectieuse

L'analyse statistique par régression logistique n'a retrouvé aucun facteur prédictif de la pertinence de l'hospitalisation parmi les données colligées (tableau 3).

Facteurs	p (significatif si < 0,05)
EHPAD	0,789
Age	0,187
GIR	0,747
Albuminémie	0,327
Clairance de la créatinine	0,475
Sexe	0,180
Pathologie neuro-dégénérative	0,900
Soins palliatifs	0,543
Hospitalisation dans le mois précédent	0,271
Consultation médicale dans la semaine précédente	0,465
Antibiothérapie en cours à l'admission	0,264
Initiateur de l'hospitalisation	0,668
Admission durant le week-end	0,134
Diagnostic	0,293

Tableau 3 : Analyse statistique des facteurs pouvant influencer l'hospitalisation

2. Questionnaire

2.1 Caractéristiques de l'échantillon

Notre échantillon comportait 28 médecins généralistes ayant accepté de répondre à l'enquête et répondant aux critères d'inclusion, avec une prédominance de femmes (57,1%), et une moyenne d'âge de 48 ans. Ils interviennent pour la moitié d'entre eux dans deux EHPAD différents (21,4 % dans trois EHPAD, 17,9 % dans un EHPAD et 10,7 % dans quatre EHPAD ou plus), et déclarent une patientèle majoritairement comprise entre 2 et 5 patients dans chaque EHPAD (25 % avec un seul patient et 17,9 % ayant plus de 5 patients par EHPAD).

Parmi les répondants, 67,9 % exercent dans un EHPAD équipé d'un dossier médical informatisé. Le tableau 3 montre leur utilisation de ce logiciel.

	Oui	Non
Prescription via ce dossier informatisé	42,1 %	57,9 %
Collecte d'informations via ce dossier informatisé	21 %	79 %
Accès au dossier depuis le cabinet	10,5 %	89,5 %

Tableau 3 : Utilisation du dossier médical informatisé par les médecins de l'échantillon

2.2 Caractéristiques des hospitalisations de leur patientèle

Une majorité des médecins de notre échantillon (67,8%) indique ne pas être à l'origine de l'hospitalisation de leur résident, mais ils sont 64,3 % à estimer qu'ils l'auraient aussi requise. Seuls 10,7 % des résidents ont été adressés directement en unité d'hospitalisation. Parmi les médecins initiateurs de l'hospitalisation, 44,4 % déclarent avoir tenté d'effectuer une entrée directe, et au final 25 % y seraient parvenus.

Lors de la nécessité d'hospitalisation d'un patient, y compris en dehors de l'EHPAD, 67,8 % des médecins ont des difficultés à effectuer une admission directement en service. En cas de

succès il s'agit régulièrement de la même unité d'hospitalisation pour 71,4% d'entre eux. Ils estiment tous qu'une filière gériatrique hospitalière permettrait de limiter le recours aux urgences.

2.3 Prise en charge à l'EHPAD

78,5 % des répondants admettent ne pas connaître les horaires de présence de l'IDE, et ce chiffre monte à 92,8 % pour les horaires du médecin coordonnateur. 39,3 % des médecins interrogés ne connaissent d'ailleurs pas le rôle du médecin coordonnateur d'EHPAD. En ce qui concerne les soins réalisables à l'EHPAD : 85,7 % des médecins estiment que l'IDE peut assurer la surveillance hémodynamique et neurologique des résidents, mettre en place des cathéters intraveineux pour administrer une réhydratation ou une antibiothérapie, et gérer une oxygénothérapie. Ils sont 82,1 % à penser que l'IDE peut effectuer un sondage vésical. La majorité d'entre eux (71,4%) pense que la prise en charge des patients serait améliorée si le temps de présence infirmier était augmenté.

35,7 % des médecins interrogés ignorent si l'EHPAD a une convention avec un laboratoire d'analyses afin d'obtenir d'effectuer des prélèvements sanguins ou urinaires en urgence. Ils sont en revanche 96,4 % à pouvoir obtenir rapidement des résultats d'analyse depuis leur cabinet par fax ou messagerie sécurisée.

En cas de demande de visite en urgence, 57,1 % des sondés répondent pouvoir souvent se déplacer le jour même, 32,1 % iraient rarement et 7,1 % jamais. 10,7 % déclarent donc se déplacer toujours dans la journée en cas de demande urgente. Interrogés sur la pertinence des appels de l'IDE, 60,7 % les trouvent adaptés. Tous les médecins reconnaissent pouvoir effectuer une prescription médicamenteuse ou d'examen complémentaires par téléphone, qui sera régularisée par la suite.

En ce qui concerne la fin de vie, 35,7 % des médecins de l'échantillon déclarent suivre des patients en soins palliatifs, ils considèrent à 65,2 % être en capacité de les gérer à l'EHPAD et 78,5 % estiment préférable d'éviter l'hospitalisation de ces patients. Des directives anticipées n'ont été rédigées que pour 10,7 % d'entre eux.

Les propositions des médecins traitants pour diminuer la proportion d'hospitalisations évitables lors d'un syndrome infectieux sont regroupées dans le diagramme 4.

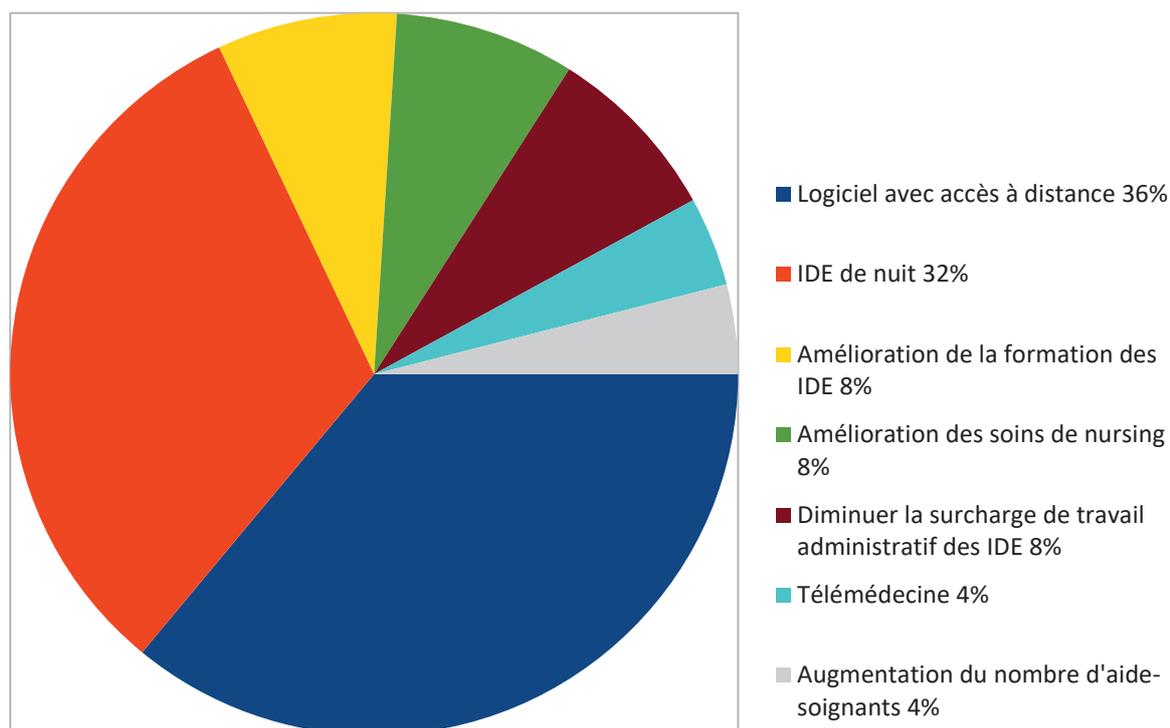


Diagramme 4 : Propositions des médecins pour diminuer les hospitalisations évitables

DISCUSSION

Notre étude rétrospective sur trois EHPAD du CCAS de Nice montre que plus d'un quart des hospitalisations avaient pour motif un syndrome infectieux, dont 47 % étaient potentiellement évitables. Nous n'avons pas retrouvé de facteurs prédictifs significatifs de la pertinence de l'hospitalisation parmi les variables analysées, probablement car la taille de l'échantillon était insuffisante. Il nous est cependant possible de mettre en balance les paramètres collectés avec les réponses des médecins généralistes au questionnaire et les données de la littérature.

Les pathologies les plus récurrentes étaient les pneumopathies, et il faut noter la faible proportion d'antibiothérapies précédant l'admission qui auraient pourtant permis, éventuellement associée à une oxygénothérapie, de surseoir à l'hospitalisation dans l'espoir d'une amélioration clinique rapide. Les médecins traitants interrogés dans notre enquête pensent majoritairement que l'IDE de l'EHPAD est en mesure d'effectuer la surveillance et les divers soins primaires nécessaires aux patients. La mise en place de protocole en cas de tableau clinique évoquant une pneumopathie pourrait donc permettre l'instauration d'un traitement avec une réévaluation rapide du patient, afin de réserver les hospitalisations aux patients présentant d'emblée des signes de gravité ou s'aggravant sous traitement, tel que décrit dans les recommandations (20). Les vaccinations antipneumococciques et antigrippales sont associées à une diminution des hospitalisations (21), ainsi que l'hygiène buccale des résidents via le brossage des dents (22). Les infections urinaires représentent la deuxième cause d'hospitalisations dans notre étude. Il a été démontré que l'incontinence urinaire et les moyens utilisés pour la gérer (étuis péniens, port de protections) peuvent augmenter les occurrences de bactériuries, qu'elles soient symptomatiques ou non (23, 24). On retiendra que l'amélioration des soins de nursing se trouvait parmi les propositions d'amélioration soumises par les médecins généralistes.

Bien que l'IDE de l'EHPAD soit à l'origine de 43,75 % des admissions, la demande est médicale dans 50 % des cas si on totalise les médecins traitants (qu'ils soient présents ou par téléphone) et l'association de permanence des soins SOS Médecins. Ce chiffre est nettement inférieur à celui de l'étude menée en 2010 par Le Fur-Musquer et al. dans la région nantaise (13), dans laquelle la décision était médicale dans plus de 80 % des cas, dont un quart sur avis téléphonique. Lors des réponses au questionnaire, le nombre de médecins déclarant se déplacer le jour même en cas d'urgence n'est pas cohérent avec la faible proportion retrouvée dans

l'étude : 8,8 % versus 67,8 % qui iraient toujours ou souvent. On peut songer que le moment de l'appel de l'IDE joue sur la disponibilité des médecins et l'agencement avec leur planning (début de matinée, milieu d'après-midi...). Par ailleurs, il peut exister un biais car les médecins ayant accepté de répondre à notre enquête sont sensibilisés au sujet des hospitalisations évitables, et il s'agit de réponses déclaratives donc non vérifiables.

L'une des missions des médecins coordonnateurs (MEDEC) d'EHPAD est la réalisation des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux, dont il informera le médecin traitant dès que possible (25). Cependant, le temps de présence des MEDEC est insuffisant pour avoir une réelle incidence sur la part des hospitalisations non programmées. L'EHPAD d'origine des résidents n'est pas retrouvée comme un facteur prédictif de la pertinence de l'hospitalisation, or le MEDEC de Grosso est nettement moins présent que dans les deux autres établissements. Les postes des MEDEC et des autres soignants (IDE, aides-soignants) sont définis et financés par les conventions tripartites avec l'Agence Régionale de Santé et le Conseil Général tous les 5 ans, ce qui ne laisse que peu de possibilités aux établissements s'ils souhaitent augmenter les temps de présence des différents agents.

Les rares patients hospitalisés directement en unité d'hospitalisation présentaient les critères d'une admission appropriée, ce qui a pu aider lors de la demande d'admission. Les réponses au questionnaire nous montrent en effet des difficultés des praticiens à effectuer des entrées directes en service lorsqu'ils le souhaitent, avec des accointances pour une majorité d'entre eux dans des services récurrents, facilitant ainsi l'hospitalisation. Il est à noter que, d'après une étude publiée en 2015, le processus d'admission directe ne semble pas majorer le taux d'admissions inappropriées (26). La mise en place d'une filière gériatrique permettant aux résidents d'accéder directement à des services de court séjour pourrait permettre de diminuer les conséquences négatives liées aux admissions dans les services d'urgences (5), en assurant une prise en charge adaptée à ces patients vulnérables.

Il est étrange de constater qu'aucun des patients de notre étude n'a été hospitalisé durant la nuit, ce qui amène à se poser des questions sur un potentiel défaut de surveillance nocturne lié à l'absence d'IDE, avec un risque d'aggravation des symptômes.

On peut aussi s'interroger sur la nécessité de la prise en charge hospitalière des patients en soins palliatifs. Certes tous les patients décédés dans notre étude relevaient d'une hospitalisation appropriée, mais parmi eux se trouvaient des patients en soins palliatifs, ce qui aurait pu motiver leur maintien en EHPAD. Bien que de nombreux médecins de notre échantillon jugent

préférable d'éviter une hospitalisation, un tiers d'entre eux se sent en difficulté pour la gestion des soins palliatifs, et l'absence de directives anticipées n'aide pas lorsque la question d'une hospitalisation se pose. Lors de l'admission en EHPAD, il est nécessaire d'inciter les résidents à rédiger des directives anticipées, nommer une personne de confiance ou à défaut d'informer leur médecin traitant de leurs préférences en matière de fin de vie, tel que le prévoit la Loi Léonetti de 2005 (27). Les médecins traitants pourraient aussi contacter les équipes mobiles de soins palliatifs en cas d'écueil pour une situation de fin de vie. Selon l'observatoire national de fin de vie, 26 % des résidents d'EHPAD décèdent à l'hôpital en PACA (28). Ce chiffre est bien plus élevé dans les EHPAD du CCAS en 2014 (42,8%), bien que seulement 17,6 % des patients inclus dans l'étude soient décédés à l'hôpital des suites d'une infection. Les autres causes de décès à l'hôpital n'ont pas été recherchées dans notre étude, mais au vu de la différence avec la moyenne régionale, il serait légitime de les recenser.

En ce qui concerne le suivi médical, les 134 résidents de ces trois EHPAD sont suivis par 46 médecins traitants différents. Près de la moitié des patients avaient reçu la visite de leur médecin la semaine précédant l'hospitalisation. Ces chiffres sont en accord avec ceux des médecins de notre panel, qui ont majoritairement entre 2 et 5 résidents par EHPAD. Les codes de la santé publique et de la sécurité sociale (29, 30) donnent aux résidents le libre choix de leur médecin, et on constate en effet la diversité du paysage médical qui en découle. On imagine cependant la complexité pour les médecins de se déplacer à chaque appel de l'IDE, d'autant que près de 40 % des médecins interrogés remettent en cause la pertinence des appels et 8 % jugeraient nécessaire d'améliorer leur formation.

Les dossiers n'étaient pas informatisés lors de notre étude, ce qui est désormais le cas, avec un accès depuis le cabinet du praticien. Les médecins de notre échantillon n'étaient malheureusement que peu nombreux à utiliser toutes les fonctionnalités des logiciels mis en place à l'EHPAD, même s'ils jugeaient utile d'obtenir un accès à distance. Dans son rapport de mai 2011 (31), l'IGAS a étudié l'impact des modes d'organisation sur la prise en charge des personnes âgées et a défini des axes d'amélioration parmi lesquels se trouvent les moyens de coordination, ce qui inclut un dossier médical informatisé partagé, et la mise en place d'une communication directe entre les médecins libéraux et hospitaliers. Il serait intéressant de réitérer cette étude, afin d'évaluer l'influence de l'accès aux données du patient, ainsi que l'amélioration de la gestion de l'informatique par les praticiens.

On note par ailleurs l'évocation de la télémédecine parmi les outils potentiels d'amélioration cités par les médecins interrogés. Elle permettrait ainsi d'établir un diagnostic, d'assurer un suivi

à visée préventive ou post-thérapeutique, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients (32). Deux actes de télémédecine ont été créés dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) à partir du 1^{er} Novembre 2017, l'un d'eux est la téléconsultation d'un résident en EHPAD par le médecin traitant ou le médecin de garde sur appel d'un professionnel de santé pour une modification d'un état lésionnel et ou fonctionnel sans mise en jeu du pronostic vital. Il est actuellement facturable uniquement par le médecin traitant sous le code TTE, à hauteur de 25 euros, et a vocation à éviter les déplacements et diminuer les hospitalisations des personnes fragiles (33).

Plusieurs études imputent les hospitalisations potentiellement évitables aux difficultés d'accès aux soins de premier recours (34, 35), cependant aucun des médecins de notre échantillon n'évoque ce facteur, ce qui peut s'expliquer par la densité médicale de la métropole niçoise, avec un médecin généraliste pour 672 habitants (19), ainsi que par les nombreuses visites à domicile effectuées par les associations de permanence des soins telles que SOS Médecins.

L'étude INTERACT II menée aux Etats-Unis (36) a montré une diminution de 17 % des hospitalisations des résidents de 25 « nursing homes » (NH) en formant l'intégralité du personnel à une amélioration de la qualité des soins. Ces interventions s'articulaient autour de trois thèmes : l'identification, l'évaluation et la gestion des situations problématiques de manière à éviter une aggravation nécessitant une hospitalisation (déshydratation, décompensation cardiaque) ; la gestion de certains symptômes en ambulatoire lorsque le résident ne présente pas de critères spécifiques suggérant la nécessité d'une prise en charge hospitalière (fièvre, infections pulmonaires et urinaires) ; et l'amélioration de la planification des soins en envisageant un projet de soins palliatifs en alternative à l'hospitalisation pour les résidents en fin de vie. Le coût de cette intervention est bien entendu important, mais il est à mettre en balance avec les économies réalisées par le maintien à domicile des résidents. Parmi les propositions des médecins généralistes interrogés dans notre enquête, on retrouve 20 % de réponses concernant l'amélioration de la formation des IDE et des soins de nursing et l'augmentation du nombre d'aides-soignants. L'étude INTERACT II prend aussi en charge la formation des médecins intervenant en NH, et bien qu'admettant leurs difficultés pour gérer les soins palliatifs, aucun des médecins interrogés n'a envisagé l'amélioration de ses propres compétences comme facteur de diminution du nombre d'hospitalisations évitables.

D'après une note méthodologique réalisée en juillet 2015 par la Haute Autorité de Santé (HAS), en partenariat avec l'ANESM (37), les hospitalisations potentiellement évitables représentent

de 19 à 67 % selon les études. Le chiffre de 47 % retrouvé dans notre étude est donc en accord, bien que la limite de notre étude soit l'absence de jury d'experts en complément des critères de sévérité clinique et liés aux soins délivrés de la grille AEPf, ce qui aurait pu le diminuer. Il a cependant déjà été montré que cette grille n'était pas toujours adaptée à la population gériatrique, avec la proposition d'une nouvelle grille baptisée AEPg (21), qui pourrait être utilisée lors d'études ultérieures.

L'augmentation des temps-soignants requise par les médecins de notre échantillon est aussi recommandée par la HAS (37). Son impact sur le recours à l'hospitalisation est lié à la capacité de l'EHPAD à mobiliser les bons soins, au bon moment, pour le bon patient. Elle s'accompagne nécessairement d'une optimisation des plannings soignants afin d'assurer au mieux la continuité des soins dans la journée, le week-end et la nuit ; et d'une formation des soignants pour améliorer leurs compétences (gestion des urgences, soins palliatifs et prise en charge de la douleur, gestion des troubles du comportement, etc.).

Notre étude montre que la durée moyenne de séjour des résidents dont l'admission n'est pas justifiée par la grille AEPf est de 6 ± 3 jours. La prise en charge lors de l'hospitalisation pourrait être améliorée par l'utilisation systématique du Dossier de Liaison d'Urgence qui doit regrouper toutes les données importantes concernant le patient, y compris en cas de problématique de fin de vie (37). Étant donné les difficultés récurrentes des services d'urgence dans l'organisation du parcours hospitalier en aval avec un nombre de lits d'hospitalisation gériatrique limité, nous pourrions envisager d'utiliser la grille AEPf des journées d'hospitalisation (17) afin de limiter le délai avant le retour à domicile des résidents en utilisant les capacités de soins des EHPAD. La planification personnalisée de la sortie des personnes âgées pendant leur hospitalisation pour raison médicale réduit de 9 % leur durée de séjour et de 18 % le risque de réhospitalisation (38). Les équipes mobiles de gériatrie pourraient ainsi être mobilisées pour aider à diminuer les taux de réhospitalisations des personnes âgées, et il est impératif de prévoir une visite du médecin traitant lors du retour en EHPAD du résident. L'amélioration de la communication entre l'hôpital et les soins ambulatoires est cependant nécessaire puisqu'en 2011 seulement 10 % des généralistes français déclaraient disposer d'une information correcte 48 heures après la sortie de l'hôpital de leurs patients (39).

CONCLUSION

Notre étude rétrospective dans les EHPAD du CCAS de Nice ne retrouve pas de facteurs prédictifs de la pertinence des hospitalisations pour syndrome infectieux, cependant le nombre de cas étudiés est probablement insuffisant. Une nouvelle étude mériterait d'être conduite, car les hospitalisations pour infection représentaient un quart des motifs d'admission, et sont sensibles à l'amélioration comme indiqué dans la note méthodologique de la HAS en juillet 2015. Une amélioration de la pertinence des hospitalisations pourrait être attendue, du fait de l'informatisation des dossiers médicaux avec accès à distance, et de l'entrée dans la nomenclature de la CCAM d'un acte de téléconsultation, pouvant ainsi permettre une amélioration de la permanence des soins. Des protocoles devraient aussi être mis en place pour la prise en charge des pneumopathies en EHPAD, qui représentent plus de la moitié des motifs d'hospitalisation de notre étude.

Notre enquête auprès de médecins généralistes libéraux montre les difficultés rencontrées pour effectuer une admission directe, ce qui prouve que la communication entre la médecine libérale et l'hôpital reste déficiente et qu'une filière gériatrique hospitalière pourrait être bénéfique. La gestion des soins palliatifs en EHPAD est aussi jugée complexe, avec une très faible proportion de rédaction de directives anticipées. Le volet prévention est enfin présent dans le recueil d'opinions, par le biais de l'amélioration de la formation du personnel, des soins de nursing et l'augmentation des temps-soignants, notamment la présence d'IDE la nuit.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 : Alpes-Maritimes – Une population qui stagne malgré l'arrivée de jeunes diplômés
https://www.insee.fr/fr/statistiques/1304124#graphique-Figure_3

- 2 : Espérance de vie en 2015 Comparaison régionales et départementales
https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012749#tableau-TCRD_050_tab1_regions2016

- 3 : Projection des populations âgées dépendantes Deux méthodes d'estimation
<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article43.pdf>

- 4 : Capacité d'accueil des personnes âgées selon la catégorie d'établissement au 31 décembre 2015 Comparaisons régionales et départementales
https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012690#tableau-TCRD_067_tab1_regions2016

- 5 : Roland Y. Nos aînés fragilisés en maison de retraite médicalisée : une vie de mouvements...Étude épidémiologique descriptive en EHPAD. Toulouse : Toulouse Gérontopôle; 2010

- 6 : Société francophone de médecine d'urgence (SFMU). Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. Conférence de consensus du 5 décembre 2003, Strasbourg. JEUR 2004 ;17 : 183-201

- 7 : Billings, J. (1990). Consideration of the use of small area analysis as a tool to evaluate barriers to access. In Health resources and services administration, consensus on small area analysis. DHHS Pub. No. HRSA-PE 91-1[A], Washington, DC : US Department of Health and Human Services.

- 8 : Weissman J.S., Gatsonis C. and Epstein A.M., Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. JAMA. 1992 ; 268:2388-2394

- 9 : Millman, M. (1993). Access to health care in America. Institute of Medicine. Washington DC : National Academy Press

10 : Bindman, A. B., Grumbach, K., Osmond, D., Komaromy, M., Vranizan, K., Lurie, N., Billings, J., & Stewart, A. (1995). Preventable hospitalizations and access to health care. *Journal of the American Medical Association*, 274(4), 305–311

11 : Bigby, J., Dunn, J., Goldman, L., Adams, J. B., Jen, P., Landefeld, C. S., & Komaroff, A. L. (1987). Assessing the preventability of emergency hospital admissions : A method for evaluating quality of medical care in a primary care facility. *American Journal of Medicine*, 83, 1031–1036

12 : Amalric F., Mansour E., Nestrigue C., Hospitalisations évitables et Soins primaires, étude réalisée pour le LEEM 145738, 11 juin 2009

13 : Le Fur-Musquer E., Delamarre-Damier F. et al Modalités d’hospitalisation en urgence des sujets âgés hébergés en établissement pour personnes âgées dépendantes *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement - Volume 9, numéro 4, Décembre 2011*

14 : Binot I. Les résidents des établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes orientés vers les urgences : recherche des facteurs de risque des hospitalisations inappropriées et des hospitalisations potentiellement évitables Thèse d’exercice en médecine générale 2013 Université Toulouse III- Paul Sabatier <http://thesesante.ups-tlse.fr/173/>

15 : Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. *Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA*. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2013.

16 : Edith G. Walsh PhD, Joshua M. Wiener PhD et al Potentially Avoidable Hospitalizations of Dually Eligible Medicare and Medicaid Beneficiaries from Nursing Facility and Home- and Community-Based Services Waiver Programs *Journal of The American Geriatrics Society* Volume 60 Issue 5 March 2012

17 : Revue de pertinence des soins Haute Autorité de Santé Application aux admissions et aux journées d’hospitalisation Novembre 2004

18 : Davido A., Nicolet I., Levy A., Lang T. Appropriateness of admission in a emergency department : reliability of assessment and causes of failure. Qual Assur Health Care. 1991;3:227-234

19 : Union Régionale des Professionnels de santé PACA Le schéma de démographie médicale - Les médecins généralistes libéraux mise à jour 2015 http://www.urps-ml-paca.org/wp-content/uploads/2017/01/URPS-ML_PACA_SDM-MG_maj-2015-v2.pdf

20 : Observatoire des Médicaments, de Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques (OMEDIT) Fiche bonne pratique – Infections respiratoires en EHPAD Juin 2015 http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/5062/5155.pdf

21 : 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

22 : Sjögren P, Nilsson E, Forsell M, Johansson O, Hoogstraate J. A systematic review of the preventive effect of oral hygiene on pneumonia and respiratory tract infection in elderly people in hospitals and nursing homes : effect estimates and methodological quality of randomized controlled trials. Journal of American Geriatric Society 2008 ; 56(11):2124-30

23 : Nicolle L. E., Yoshikawa T. Urinary Tract Infection in Long-Term-Care Facility Residents. Clinical Infectious Diseases, Volume 31, Issue 3, 1 September 2000, Pages 757–761

24 : Amarenco G., Gamé X. Recommandations concernant l'incontinence urinaire de la personne âgée : construction et validation de l'algorithme décisionnel GRAPPPA. Progrès en Urologie, Volume 24, Issue 4, Mars 2014, Pages 215-221

25 : Décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles. JORF n°0205 du 4 septembre 2011 page 14968 texte n° 12

26 : Abdoulhadi D., Chevalet P., Moret L. Pertinence des admissions en court séjour gériatrique de patients résidant en EHPAD : adaptation de la grille AEPf. Gériatrie et psychologie Neuropsychiatrie du vieillissement Vol 13, 15-21, Mars 2015

27 : Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Journal Officiel 2005 ; 23 avril (95)

28 : Observatoire National de Fin de Vie - Fin de vie en EHPAD : Résultats de l'étude de l'ONFV, en PACA Septembre 2013

<https://docs.google.com/view/era=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnxvYnNlcnZhdG9pcmVuYXRpb25hbGZpbmRldmllfGd4OjMzZmM5OGRkMGE1MDA1YzI>

29 : Code de la Santé Publique article L1110-8

30 : Code de la Sécurité Sociale article L.162-2

31 : Inspection générale des affaires sociales, Fouquet A, Tregoaat JJ, Sitruk P. L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge. Rapport de synthèse. Paris : IGAS ; 2011.

32 : Code de la Santé Publique article L6316-1

33 : Nomenclature des actes de la CCAM

<https://www.ameli.fr/alpes-maritimes/medecin/actualites/tele-expertise-et-teleconsultation-en-ehpad-2-nouveaux-actes-valorises>

34 : Gusmano M., Roddwin V., Weisz D. Hospitalisations sensibles aux soins de premier recours (HSPR) en Île-de-France : une perspective d'outre-Atlantique. La Doc. française, Revue française des affaires sociales 2013/3 (n° 3)

35 : Laborde C., Rodwin V. Hospitalisations potentiellement évitables Quel apport dans un diagnostic territorial ? HAS – CPP // 11 Décembre 2015

36 : Ouslander J., Lamb G., Tappen R. Interventions to reduce hospitalizations from nursing homes : evaluation of the INTERACT II collaborative quality improvement project. Journal of the American Geriatrics Society Volume 59, Issue 4 April 2011 Pages 745–753

37 : Haute Autorité de Santé Note méthodologique et de synthèse documentaire « Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des EHPAD ? » Juillet 2015

38 : Haute Autorité de Santé Note méthodologique et de synthèse bibliographique « Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ? » Avril 2013

39 : Schoen C. et al. A survey of primary care doctors in ten countries shows progress in use of health information technology, less in other areas. Health Aff (Millwood) 2012;31(12):2805-16

ANNEXES

Annexe 1 : Grille AEPf des admissions d'après Davido, 1991

A - Critères de sévérité clinique

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

B - Critères liés aux soins délivrés

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

Si l'admission ne correspond à aucun des critères :

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

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

B - Quels sont les principaux soins ou services dont le patient a besoin dans l'immédiat ? (plusieurs réponses possibles)

- 1 - Avis diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision
- 2 - Procédure diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision
- 3 - Surveillance thérapeutique ou clinique rapprochée pendant quelques heures
- 4 - Éducation sanitaire
- 5 - Soutien psychologique
- 6 - Aide sociale
- 7 - Aucun soin ni aucun service

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

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

- 1 - Le domicile :
 - 1.1 sans aide
 - 1.2 avec aide non médicale (ménagère...)

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

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

2 - Une structure d'hébergement :

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

2.2 non médicalisée pouvant être éloignée de l'hôpital

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

2.4 médicalisée

3 - L'hôpital (établissement de court séjour)

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.

Annexe 2 : Grille AGGIR

Gir	Degrés de dépendance
Gir 1	<ul style="list-style-type: none"> • Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants, • Ou personne en fin de vie
Gir 2	<ul style="list-style-type: none"> • Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, • Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	<p>Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels</p>
Gir 4	<ul style="list-style-type: none"> • Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage, • Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
Gir 5	<p>Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage</p>
Gir 6	<p>Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante</p>

Annexe 3 : Questionnaire

Cher confrère, chère consœur,

Actuellement interne de médecine générale en 5ème semestre à Nice, j'effectue une enquête, dans le cadre de ma thèse, sur les mesures visant à diminuer le nombre d'hospitalisations des résidents en EHPAD. Cette thèse a pour objectif de dresser un état des lieux des hospitalisations évitables dans le cadre d'un syndrome infectieux dans 3 des EHPAD du CCAS de Nice en 2014 (Grosso, Valrose, Fornero Menei), et de tenter de trouver des solutions pour y remédier.

Ainsi, je vous serais très reconnaissante de bien vouloir répondre au questionnaire ci-joint, se complétant en moins de 10 minutes.

Le questionnaire est bien sûr anonyme.

Je vous remercie de votre participation.

Marion PIERRE

Directeur de thèse : Dr Armengau Caroline

Faculté de médecine de Nice

1) Êtes-vous : un homme une femme

2) Age :

3) Dans combien d'EHPAD de Nice intervenez- vous ?

1 2 3 4 ou plus

4) Combien de patients avez-vous en moyenne dans chaque EHPAD ?

1 2 à 5 plus de 5

5) Les dossiers médicaux sont-ils informatisés dans l'EHPAD ?

Oui Non

6) Utilisez-vous ce dossier informatisé :

-pour prescrire ?

Oui Non

-pour collecter des informations (constantes, prise des traitements ...) ?

Oui Non

7) Avez-vous accès à ce dossier depuis votre cabinet ?

Oui Non

8) Concernant votre patient d'EHPAD hospitalisé en 2014 pour un syndrome infectieux : étiez-vous à l'origine de cette hospitalisation ?

Oui Non

9) Si vous n'étiez pas à l'origine de cette hospitalisation, pensez-vous que vous l'auriez aussi demandée ?

Oui Non

10) Votre patient a-t-il été hospitalisé aux urgences ?

Oui Non

11) Si vous étiez à l'origine de l'hospitalisation, avez-vous tenté d'adresser votre patient dans une unité d'hospitalisation plutôt qu'aux urgences ?

Oui Non

12) Dans la prise en charge de votre patientèle y compris en dehors de l'EHPAD, parvenez-vous facilement à hospitaliser vos patients directement en service lorsque vous le souhaitez ?

Oui Non

13) S'agit-il régulièrement de la même unité d'hospitalisation ?

Oui Non

14) Pensez-vous qu'il serait bénéfique pour vos patients qu'il existe une filière gériatrique hospitalière permettant de limiter le recours aux services d'urgences ?

Oui Non

15) Connaissez-vous les horaires de présence de l'IDE dans l'EHPAD ?

Oui Non

16) Connaissez-vous les horaires de présence du médecin coordonnateur dans l'EHPAD ?

Oui Non

17) Connaissez-vous le rôle du médecin coordonnateur ?

Oui Non

18) Pensez-vous que l'IDE soit en mesure d'apporter les soins suivants aux résidents de l'EHPAD ?

-surveillance régulière hémodynamique et neurologique : Oui Non

-perfusion pour réhydratation et/ou antibiothérapie : Oui Non

-oxygénothérapie : Oui Non

-sondage vésical : Oui Non

19) De manière générale, pensez-vous que la prise en charge de vos patients présentant un syndrome infectieux pourrait être améliorée si le temps de présence infirmier était augmenté ? (notamment IDE de nuit)

Oui Non

20) En cas de demande de votre part de prélèvement sanguin et/ou urinaire, savez-vous si l'EHPAD a une convention avec un laboratoire d'analyses pour qu'ils soient effectués en urgence ?

Oui Non

21) Avez-vous la possibilité d'obtenir rapidement ces résultats sans être présent à l'EHPAD (fax, Apycript...)?

Oui Non

22) En cas d'appel de l'EHPAD demandant une consultation pour un patient, diriez-vous que vous pouvez vous déplacer dans la journée :

Toujours Souvent Rarement Jamais

23) D'après vous, les motifs d'appels de l'IDE sont-ils généralement pertinents (motif, délai entre l'apparition d'un symptôme et l'appel, notion d'urgence pour la visite) ?

Oui Non

24) Si l'EHPAD vous appelle et que vous n'êtes pas en mesure de vous déplacer, avez-vous une possibilité de prescription médicamenteuse ou d'exams complémentaires ?

Oui Non

25) Avez-vous des patients en soins palliatifs ?

Oui Non

26) Des directives anticipées ont-elles été rédigées pour ces patients ?

Oui Non

27) Pensez-vous être en capacité de gérer la prise en charge des soins palliatifs à l'EHPAD ?

Oui

Non

28) Pensez-vous qu'il est préférable d'éviter l'hospitalisation des patients en soins palliatifs ?
(sauf demande contraire sur les directives anticipées)

Oui

Non

29) Qu'est-ce qui pourrait être mis en place selon vous pour diminuer la proportion d'hospitalisations évitables pour syndrome infectieux chez les résidents d'EHPAD ?

Je vous remercie de votre participation.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate.

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

Je donnerai des soins gratuits aux indigents, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine. Même sous la menace je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pairs.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

RESUME

Pertinence des hospitalisations pour syndrome infectieux en EHPAD : étude rétrospective dans les EHPAD du CCAS de Nice en 2014

Introduction : La population des Alpes-Maritimes est constituée d'un nombre croissant de personnes âgées dépendantes, qui peuvent nécessiter une institutionnalisation. Une hospitalisation peut être délétère pour ces patients vulnérables. Des conditions pour lesquelles l'hospitalisation peut être évitée si la prise en charge ambulatoire se fait à temps et de façon adéquate ont été définies. Parmi celles-ci se trouve une proportion importante de pathologies infectieuses. L'objectif principal de cette thèse est d'effectuer un état des lieux des hospitalisations potentiellement évitables lors d'un épisode infectieux. L'objectif secondaire est de tenter de trouver des facteurs organisationnels permettant d'éviter les hospitalisations.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective sur les hospitalisations pour syndrome infectieux dans trois EHPAD du CCAS de Nice en 2014. La pertinence de l'hospitalisation était évaluée à l'aide de la grille AEPf. Nous avons ensuite interrogé 28 médecins généralistes libéraux au travers d'un questionnaire afin de tenter d'évaluer les facteurs influant sur ces hospitalisations.

Résultats : Notre étude révèle que plus d'un quart des hospitalisations avaient pour motif un syndrome infectieux, dont 47 % étaient potentiellement évitables, avec une majorité de pneumopathies et d'admission dans les services d'urgence. Nous n'avons pas retrouvé de facteurs prédictifs significatifs de la pertinence de l'hospitalisation parmi les variables analysées. Les médecins généralistes interrogés révèlent leurs difficultés à effectuer des admissions directes en unité d'hospitalisation et à gérer les soins palliatifs, et ils souhaiteraient une amélioration de la formation et du temps de présence des personnels soignants, des soins de nursing, et un accès externe au dossier médical.

Conclusion : Les syndromes infectieux représentent une part non négligeable des hospitalisations évitables, pour lesquelles il existe de nombreuses pistes d'amélioration. Des études ultérieures pourraient permettre de réévaluer l'impact d'éventuelles mesures mises en place.

Mots-clés : sujet âgé, EHPAD, syndrome infectieux, hospitalisation non programmée