



HAL
open science

Analyse des admissions non justifiées de résidents des EHPAD de Dordogne dans la structure d'Urgence du Centre Hospitalier de Périgueux

Clara Colin

► **To cite this version:**

Clara Colin. Analyse des admissions non justifiées de résidents des EHPAD de Dordogne dans la structure d'Urgence du Centre Hospitalier de Périgueux. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03192217

HAL Id: dumas-03192217

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03192217>

Submitted on 7 Apr 2021

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 MÉDICALES

Année 2021

N°19

THÈSE pour l'obtention du
Diplôme d'État de DOCTEUR EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement le 23/02/2021

Par Clara COLIN

Née le 28/04/1991 à Belfort

Analyse des admissions non justifiées de résidents
des EHPAD de Dordogne dans la structure
d'Urgence du Centre Hospitalier de Périgueux

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur LORENDEAU Jean-Paul

Jury

- Professeur Xavier COMBES.....Président
- Professeur Michel GALINSKI.....Rapporteur
- Professeur Philippe CASTERA.....Membre
- Docteur Lucie GRANGER.....Membre
- Docteur Jean-Paul LORENDEAU.....Membre

Table des matières

Remerciements :	2
1. Introduction :	4
1.1. Démographie nationale et locale :	4
1.2. Les établissements pour personnes âgées dépendantes :	4
1.3. Les personnes résidentes d’EHPAD :	5
1.3.1. Démographie et caractéristiques générales des résidents d’EHPAD :	5
1.3.2. Grille AGGIR et pathologies de la personne âgée en EHPAD :	6
1.4. Transfert aux urgences des résidents d’EHPAD :	7
1.4.1. Motifs et facteurs favorisant :	7
1.4.2. Fréquence des transferts :	8
1.4.3. Conséquence des transferts :	8
1.4.4. Difficultés des services d’urgence dans la prise en charge des patients résidents d’EHPAD :	9
1.5. Lieu de l’étude :	10
1.5.1. Présentation du Centre Hospitalier de Périgueux :	10
1.5.2. Structure d’Urgence du Centre Hospitalier de Périgueux :	11
1.6. Question de recherche :	11
2. Matériel et méthodes :	12
3. Résultats :	15
3.1. Caractéristiques de la population :	15
3.2. Critère de jugement principal :	17
3.3. Résultats secondaires :	18
4. Discussion :	21
5. Bibliographie :	26

Remerciements :

Au Professeur Xavier Combes, Professeur Universitaire de médecine d'urgence au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, merci d'avoir accepté de juger mon travail à titre de Président du jury.

Au Docteur Jean-Paul Lorendeau, Praticien Hospitalier de médecine d'urgence au centre hospitalier de Périgueux, merci de m'avoir donné goût à la médecine d'urgence et merci pour le temps que tu as consacré à la direction de cette thèse.

Au Docteur Lucie Granger, assistante de médecine d'urgence au centre hospitalier Universitaire Purpan de Toulouse, merci d'avoir accepté de juger mon travail et merci de m'avoir soutenue et encouragée.

Au Docteur Boris Oudin, assistant de médecine d'urgence au centre hospitalier de Périgueux, merci de ton aide très précieuse dans la rédaction de cette thèse.

Au Professeur Michel Galinski, Professeur associé de médecine d'urgence au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, merci d'avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse et de juger mon travail.

Au Professeur Philippe Castera, Professeur associé de médecine générale au département de médecine générale de Bordeaux, merci pour votre implication dans ma formation ainsi que votre disponibilité.

À mes parents

Chère maman, merci pour ton amour, ton soutien indéfectible pendant les longues heures de révisions, et merci d'avoir fait de moi une femme libre, indépendante, curieuse et cultivée.

Cher papa, merci pour ton amour, ton soutien moral, merci d'avoir partagé avec moi ton goût pour les voyages, ton ouverture d'esprit et ton pragmatisme.

À mes grands-parents de Grandvillers, qui m'ont offert mon premier stéthoscope qui est tous les jours dans la poche de ma blouse.

À mamie « chat », merci de ton soutien, et pour les gâteaux et autres beignets que tu m'envoyais par la poste quand je révisais pour mes partiels.

À ma sœur, tu me supportes depuis ma naissance, et il te reste encore quelques années à me supporter.

À mes cointernes, Jérôme, Pierre-Marie, Candice, Alice, Aurélie, Vincent, Pauline, Aude, Camille, Laure, Enzo, Camille, Alexia, Gabriel, Luc, Anne, Aude qui ont fait de cet internat un moment de solidarité et de partage.

À tous mes colocs du Poulailier, ils sont nombreux, je vous remercie de toutes ces soirées passées à rigoler, danser, s'amuser et parfois échanger plus sérieusement.

À Aurore et Gauthier, c'est avec vous que j'ai découvert mon classement de l'ECN, c'est chez vous que j'ai atterri pour mon premier semestre, merci de m'avoir accueillie, de m'avoir supportée et merci de votre amitié qui est très chère pour moi.

À Augustin, mon filleul, mon rayon de soleil, tu rends nos vies plus douces.

À Agnès et Christian, merci de votre générosité et de votre gentillesse, merci de m'avoir accueillie dans votre famille si naturellement et de toujours répondre présents.

À Clément, merci d'être toujours là pour moi, merci de ton amour, de ta patience, de ton humour, de tes attentions et de tout le reste...

1. Introduction :

1.1. Démographie nationale et locale :

En France en 2018, l'INSEE recensait 19,6% de personnes de plus de 65 ans dont 10% avait plus de 75 ans. L'allongement de l'espérance de vie et l'avancée en âge des générations du « baby-boom » concourent au vieillissement de la population française. Une projection estime qu'en 2040, cette population représentera plus de 25% de la population du pays¹.

Le territoire de la Dordogne s'étend sur plus de 9000 km², ce qui en fait un des départements les plus étendus de France métropolitaine après la Gironde et les Landes. Ce département compte 418 200 habitants et représente 7% de la population régionale. 13,5% des habitants ont plus de 75 ans (moyenne nationale 9,2%) contre 11% en Nouvelle Aquitaine, ce qui en fait un des départements comptant la plus grande proportion de personnes de plus de 75 ans en Nouvelle Aquitaine, devant la Creuse².

En Dordogne, 21,5% de la population vit en zone rurale isolée et cette population est majoritairement représentée par les plus de 75 ans².

1.2. Les établissements pour personnes âgées dépendantes :

En 2002, après le vote de la loi 2002-2 du code de l'action sociale et des familles, les maisons de retraite deviennent peu à peu des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ce sont des structures médicalisées qui accueillent des personnes âgées dépendantes. Pour être accueilli en EHPAD, il faut avoir au moins 60 ans (sauf dérogation) et avoir besoin de soins et d'aide quotidiens pour effectuer les actes de la vie courante.

Pour créer un EHPAD, il est nécessaire d'avoir une autorisation du président du conseil départemental ainsi que du directeur général de l'agence régionale de santé.

Un EHPAD peut être public, privé à but non lucratif ou privé à but lucratif. Tous les 5 ans, il conclut une convention tripartite avec le conseil général et l'État fixant les objectifs de qualité de la prise en charge des résidents et ses moyens financiers de fonctionnement.

En 2018, on comptait 6 infirmiers et 24,5 aides-soignants pour 100 résidents, ce qui est, selon les organisations syndicales, bien trop peu. Par voie de conséquence, on note également un taux d'accident du travail et d'absentéisme supérieur de 30% par rapport aux autres secteurs de la santé. Ce sous-effectif engendre des prises en charge moins qualitatives pour les résidents.

Selon la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS), la France comptait, en 2011, 7752 EHPAD pouvant accueillir 592 900 personnes âgées dépendantes. En 2015, 728 000 personnes fréquentaient un établissement pour personnes âgées dont 80% vivaient en EHPAD³.

En Dordogne, on décompte 7000 places en hébergement pour personnes âgées réparties en 86 établissements dont 67 sont des EHPAD⁴.

1.3. Les personnes résidentes d'EHPAD :

1.3.1. Démographie et caractéristiques générales des résidents d'EHPAD :

Fin 2015, La France compte 728 000 résidents d'établissements pour personnes âgées dont 80% sont accueillies en EHPAD. Ces résidents représentent 10% des personnes âgées de 75 ans ou plus et jusqu'à 33% des personnes âgées de 90 ans ou plus³.

Les personnes âgées entrent de plus en plus tardivement en EHPAD. En effet la moitié a plus de 87 ans et 5 mois, alors qu'en 2011, la moitié avait plus de 86 ans et 5 mois³.

Les personnes accueillies en 2015 sont plus dépendantes qu'en 2011. Plus de 80% sont classées en GIR 1 à 4 et 93 % des résidents nécessitent une assistance pour la toilette³.

Le renouvellement de la population d'EHPAD est également permanent. Un quart des résidents présents en EHPAD fin 2015 y avaient été accueillis dans l'année³.

1.3.2. Grille AGGIR et pathologies de la personne âgée en EHPAD :

L'entrée en EHPAD est souvent liée à des problèmes médicaux, en particulier ceux entraînant une perte d'autonomie.

Le décret n°2008-821 du 21 août 2008 permet d'évaluer le niveau de dépendance physique et psychique d'une personne âgée en appliquant une méthode de calcul qui correspond aux capacités de la personne âgée à l'aide de la grille nationale AGGIR (autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources) qui établit six niveaux de dépendance allant de GIR (groupe iso-ressources) 1 à 6. Le GIR 1 correspond au niveau le plus haut de dépendance⁵.

86 % des personnes âgées de 75 ans ou plus vivant en institution sont dépendantes, alors que seulement 13 % des personnes du même âge vivant à domicile le sont. Elles déclarent plus souvent des limitations fonctionnelles, ainsi, 45 % évoquent une limitation sensorielle, même après correction (vue ou audition), 68% des limitations cognitives et 91 % des limitations physiques.

Une enquête réalisée en 2011 auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées révèle que les résidents d'EHPAD présentent en moyenne 7,9 pathologies et que 90% souffrent d'affections neuropsychiatriques⁶.

Le nombre de pathologies et leur gravité sont très liés au niveau de dépendance. Les résidents en EHPAD les plus dépendants (groupe iso-ressources (GIR) 1 ou 2), ont en moyenne 8,6 pathologies, alors que les personnes peu dépendantes (GIR 5 ou 6) en ont en moyenne 5,7. Environ 40 % des résidents les plus dépendants ont au moins une pathologie chronique non stabilisée, contre 27 % des résidents qui ne sont pas dépendants. Ce sont 26 % des résidents en GIR-1 et 37 % de ceux en GIR 2 qui ont au moins une pathologie aiguë, contre 10 % des résidents en GIR 5-6⁶.

Les affections neuropsychiatriques et cardiovasculaires sont pourvoyeuses de nombreuses comorbidités chez les personnes âgées vivant en EHPAD.

Environ 1 résident sur 10 présente une affection neuropsychiatrique. Ces affections regroupent les syndromes démentiels (concernant 49% des résidents), le syndrome anxio-dépressif (40% des résidents) et les troubles chroniques du comportement (concernant 45% de la population d'EHPAD)⁶.

De même, 79% des résidents d'EHPAD sont atteints d'une maladie cardiovasculaire. Ces maladies regroupent l'hypertension artérielle (concernant 60% des résidents), l'insuffisance cardiaque (concernant 24% des résidents), les troubles du rythme cardiaque (concernant 26% des résidents) et les coronaropathies (concernant 18% des résidents)⁷.

1.4. Transfert aux urgences des résidents d'EHPAD :

1.4.1. Motifs et facteurs favorisant :

Lorsqu'ils présentent une exacerbation aiguë ou une complication de leur maladie chronique les résidents d'EHPAD sont très souvent adressés aux urgences.

Les motifs de consultations de ces patients sont similaires dans l'ensemble de la littérature, à savoir les traumatismes, les infections, l'aggravation de troubles cognitifs, les détresses respiratoires, la déshydratation et la dénutrition⁸⁻⁹.

Une étude a montré que seulement 3,8% des consultations de résidents d'EHPAD aux urgences étaient en lien avec un état nécessitant de la réanimation¹⁰.

On peut dégager différentes raisons à ces transferts qui ne sont pas toujours justifiés¹⁰.

Une des causes les plus évidentes est le manque de médecins généralistes en soins primaires. En effet, la démographie médicale actuelle dans certaines régions ne permet pas d'obtenir une consultation médicale rapide avec un médecin généraliste, même s'il est le médecin coordonnateur de l'EHPAD.

Le niveau de compétence et la disponibilité de l'infirmière de l'EHPAD entrent également en jeu lors de la question du transfert du patient. Une infirmière plus compétente ou plus disponible entrainera un taux de transfert moins élevé.

Enfin, le résident et sa famille peuvent également influencer la prise en charge de ce dernier. Un résident doutant des compétences de l'équipe paramédicale souhaitera être pris en charge à l'hôpital et une famille ne respectant pas les directives anticipées d'un résident ne pouvant donner son avis pourra également être à l'origine d'un transfert vers les urgences.

1.4.2. Fréquence des transferts :

En moyenne, 13,5 % des séjours hospitaliers sont précédés d'un passage par un service d'urgences pour les personnes de 25 à 69 ans et de 22,9 % pour les personnes de 70 ans et plus¹¹.

En ce qui concerne les résidents d'EHPAD, 70% de leurs sorties sont liées à des hospitalisations. 57,7% de ces patients hospitalisés font leur entrée à l'hôpital par un service d'urgences¹². Le taux annuel d'hospitalisation des résidents vivant en EHPAD est de 40 %, pour une durée moyenne de 19 jours par an¹³.

Ainsi, en France, 16% à 38% des patients consultant aux urgences vivent en EHPAD¹⁴.

Ce phénomène n'est pas uniquement français, au niveau international, les taux annuels d'hospitalisations non programmées avec passage par un service d'urgences des résidents d'EHPAD sont de 9 % à 60 % selon les pays¹⁵. Les transferts des résidents d'EHPAD vers les services d'urgences sont fréquents : 25 % des résidents se présentent au moins une fois par an aux urgences et 10 % deux fois ou plus¹⁶.

1.4.3. Conséquence des transferts :

Les résidents d'EHPAD sont fragiles et leur hospitalisation est source de multiples effets indésirables.

Une enquête réalisée à Toulouse en 2010 sur les résidents de 300 EHPAD retrouve une augmentation de 3 indicateurs après hospitalisation que sont les chutes (+ 5 %), la dénutrition (+ 14 %) et les contentions (+ 23 %)¹⁷.

De même, l'étude PLEIAD, réalisée en 2010 en France retrouve un risque secondaire majoré de chute, d'infection nosocomiale, de dénutrition, de déstabilisation psychique, de déclin cognitif et d'iatrogénie chez les patients hospitalisés vivant en EHPAD¹⁸.

A noter également que chez 28% d'entre eux, une majoration de la perte d'autonomie est à déplorer¹⁹.

Au niveau international, les résultats sont similaires. Une méta-analyse australienne publiée en 2014²⁰ révèle que les résidents d'EHPAD hospitalisés présentent une proportion plus

grande d'escarres (19% contre 4,3% des autres personnes âgées). 38% d'entre eux deviennent confus, ce qui est associé à l'entrée dans la démence, une perte d'autonomie, une diminution de l'audition²¹. Une consultation aux urgences était associée à un risque multiplié par trois de nouvelle infection, probablement nosocomiale, gastro-intestinale ou des voies respiratoires²². De plus, les patients résidents d'EHPAD hospitalisés présentaient une plus grande prévalence d'infections à bactéries résistantes, traitées par prescriptions d'antibiotiques fréquentes ou inappropriées.

La forte prévalence des maladies iatrogènes et infections nosocomiales ont bien évidemment une influence négative sur le coût de leur prise en charge et le succès de leur traitement.

Cette méta-analyse retrouve également un lien entre le passage de ces patients aux urgences et une perte d'autonomie accrue²³. Ainsi, ces patients présentent plus de fractures du col du fémur (+7,65%), accident vasculaire cérébral (+6,53%) et septicémie (+2,97%)²³.

La mortalité des résidents d'EHPAD à l'hôpital est élevée. 1 à 5% meurent aux urgences²⁴⁻²⁵⁻²⁶ et 5 à 34% meurent dans un service²⁵⁻²⁶.

Finalement, seuls 31,6% récupèrent leur état antérieur²⁷.

1.4.4. Difficultés des services d'urgence dans la prise en charge des patients résidents d'EHPAD :

L'organisation des services d'urgences est inadaptée à la prise en charge des personnes âgées.

Les urgentistes sont parfois démunis face à des patients présentant de multiples comorbidités compliquant la présentation clinique avec souvent des tableaux cliniques atypiques, des symptômes non spécifiques. S'y ajoute un interrogatoire appauvri en raison de la difficulté à recueillir une anamnèse claire en raison de démence, confusion ou encore hypoacousie.

Tous ces paramètres rendent difficiles la formulation d'un diagnostic précis et la mise en œuvre d'une prise en charge individualisée dans un contexte de manque de temps dans des urgences habituellement surpeuplées en raison de manque d'effectif et d'un grand volume de patients à soigner.

En outre, ces patients sont pris en charge par des urgentistes qui n'ont pour la plupart aucune formation en gériatrie³⁰.

Le temps de passage aux urgences s'avère être plus long pour les personnes âgées²⁸⁻²⁹.

Il se prolonge au-delà de huit heures pour 23 % des patients âgés (contre 10 % pour les 15-74 ans).

D'autre part, la durée médiane de passage est de 4 heures pour les patients âgés de 75 ans ou plus, contre 2 heures et 10 minutes pour les 15-74 ans, en excluant les patients ayant séjourné en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

Cette durée allongée est la résultante de plusieurs facteurs dont le nombre d'examens complémentaires plus important³⁰⁻³¹ avec 43 à 80% de tests sanguins³², 25% de prélèvements de gaz artériels, 40 à 66% de pose de cathéter³² et 12 à 23% de la mise en place d'une sonde urinaire à demeure³². De plus, jusqu'à 85% des résidents subissent des examens radiologiques³².

Pour finir, s'ajoutent à ces paramètres les modalités d'hospitalisation éventuelle en aval des urgences avec un délai pour obtenir un lit qui est plus important pour les personnes âgées.

1.5. Lieu de l'étude :

1.5.1. Présentation du Centre Hospitalier de Périgueux :

Le Centre Hospitalier de Périgueux voit le jour en 1937. Il ne compte tout d'abord qu'un bâtiment puis s'étoffe au fil des années.

Il abrite actuellement 630 lits répartis en :

- 13 services de médecine : médecine interne et maladies infectieuses, endocrinologie, pédiatrie, dermatologie, gastro-entérologie, neurologie, médecine polyvalente, gériatrie, unité post-urgence, pneumologie, soins palliatifs, psychiatrie, cardiologie
- 6 services de chirurgie : ORL/urologie, viscérale, vasculaire, thoracique, gynécologie-obstétrique, orthopédie.
- Un service d'urgences et un service de réanimation.

Il compte également un Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et deux EHPAD répartis en 538 lits.

1.5.2. Structure d'Urgence du Centre Hospitalier de Périgueux :

La Structure d'Urgence du Centre Hospitalier de Périgueux est composé d'un secteur comprenant 10 box de soins dédiés à la filière longue, d'une filière courte (circuit court) dans un secteur composé de 4 box, d'une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) comprenant 8 lits : 6 lits standards, 2 chambres d'isolement pour les patients agités et d'une salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) comprenant 4 espaces de soins.

En 2018, 46018 passages ont été enregistrés aux urgences soit 126 patients par jour, ce qui représente une augmentation de 3% par rapport à l'année 2017.

Le personnel des urgences comprend chaque jour :

- 3 médecins séniors la journée et 2 la nuit
- 3 internes en médecine la journée et 2 la nuit
- 7 infirmier(e)s la journée et 6 la nuit
- 2 cadres de santé
- 4 Aides soignant(e)s jour et nuit

1.6. Question de recherche :

Le passage aux urgences d'une personne âgée venant d'EHPAD induit indubitablement des conséquences néfastes pour celle-ci. On peut donc se poser la question de l'abstention possible ou non de cette admission ainsi que du caractère justifié ou non de celle-ci.

La revue de littérature ne fait ressortir aucune échelle validée et reproductible permettant de juger du caractère justifié ou non de ces hospitalisations mais tend à montrer que le nombre d'admissions non justifiées est un phénomène important. Ainsi, certaines études montrent des taux d'hospitalisations évitables entre 25 et 40% aux Etats-Unis et jusqu'à 55% en Irlande⁹⁻³⁰.

En tant que Centre Hospitalier de référence en Dordogne et du fait d'un âge moyen de la population supérieur à la moyenne nationale, la Structure d'Urgence du Centre Hospitalier de Périgueux est amenée à traiter un nombre important de résidents d'EHPAD.

Comme cité précédemment une admission non justifiée peut entraîner des conséquences très délétères pour le patient et des difficultés supplémentaires pour les équipes.

Cette réflexion nous a conduits à évoquer la question suivante : Quelle est la proportion d'admissions de résidents d'EHPAD non justifiées dans la structure d'urgence du Centre Hospitalier de Périgueux ?

Pour y répondre nous avons défini plusieurs objectifs. L'objectif principal est d'identifier la proportion de consultation aux urgences justifiées et non justifiées.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer les facteurs intrinsèques liés à un taux de consultation non justifiés plus élevés et d'évaluer le nombre de nouvelles consultations de ces patients à 30 jours.

2. Matériel et méthodes :

Il s'agissait d'une étude épidémiologique transversale rétrospective mono-centrique.

Cette étude s'est déroulée du 1er Octobre 2019 au 31 Décembre 2019 soit 3 mois consécutifs.

Tous les patients de plus de 60 ans résidants dans un EHPAD de Dordogne adressés à la structure d'urgence du Centre Hospitalier de Périgueux ont été inclus.

Etaient non inclus tous les patients ne résidant pas en EHPAD ou dont le dossier médical ou administratif était incomplet.

Les données ont été recueillies de manière rétrospective par un opérateur dépendant de l'étude. Les dossiers médicaux de consultation aux urgences ont été extraits à partir d'une requête de la base de données de DxCare utilisé au centre hospitalier de Périgueux.

Les données ont été intégrées dans un tableur du logiciel Microsoft[®] Excel pour Mac version 16.37.

Aucune information n'a été donnée ni aucun consentement demandé aux patients avant inclusion. Les données personnelles ont été anonymisées conformément à la réglementation en vigueur.

Aucune des variables recueillies n'étaient spécifiques à l'étude. Les données recueillies dans le cadre de l'étude observationnelle rétrospective réalisée sont issues des pratiques

effectuées quotidiennement dans le service des urgences de Périgueux. L'ensemble des informations recueillies lors de l'étude ont pour but l'optimisation de la prise en charge des patients et des pratiques du personnel au sein d'un service d'urgences.

Conformément à la réglementation, une déclaration à la CNIL a été réalisée.

Les variables enregistrées concernaient les caractéristiques démographiques du patient ainsi que :

- La période d'admission
- L'âge
- Le sexe
- Le score GIR
- L'EHPAD et son niveau de médicalisation
- Le niveau de tri IAO (French CIMU)
- Le mode de transport
- Le nombre de traitements habituels
- La présence ou non d'anticoagulants sur l'ordonnance des patients
- La réalisation d'exams complémentaires (biologie, scanner, radiographie ou autre)
- La nécessité d'un avis spécialisé
- Le motif d'admission
- Une nouvelle consultation aux urgences dans les 30 jours
- La nécessité d'une hospitalisation

La classification IAO CIMU (classification infirmière des malades aux urgences) utilise une échelle en cinq stades de complexité et de gravité croissante :

- CIMU 1 : Détresse vitale Majeure
- CIMU 2 : Atteinte patente d'un organe vital / Lésion traumatique sévère
- CIMU 3 : Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle instable ou complexe
- CIMU 4 : Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable
- CIMU 5 : Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente

Le niveau de médicalisation était défini par un critère propre à notre étude selon la présence ou non d'un médecin coordonnateur (MC) et son temps de travail dans l'établissement ainsi que la présence ou non d'une infirmière la journée et la nuit.

Les quatre niveaux de médicalisation sont les suivants :

- Niveau 1 : MC à temps plein et/ou EHPAD au sein d'un Centre Hospitalier local et/ou infirmière 24h/24h
- Niveau 2 : MC à temps partiel supérieur à 50% temps plein.
- Niveau 3 : MC à temps partiel inférieur à 50% temps plein
- Niveau 4 : Absence de médecin coordinateur.

Le critère de jugement principal était défini de façon rétrospective par deux opérateurs différents. Les conditions pour participer à l'évaluation étaient : être médecin urgentiste, avoir une bonne expérience en médecine d'urgence et une bonne connaissance du département.

Selon les réponses des deux opérateurs, les patients ont été classés en trois catégories :

- Urgentistes en accord pour définir la consultation aux urgences comme justifiée
- Urgentistes en accord pour définir la consultation aux urgences comme non justifiée.
- Désaccord entre les urgentistes.

Les variables quantitatives étaient représentées par leur médiane et les percentiles 25 et 75 (interquartiles). Elles étaient comparées à l'aide d'un test t de Student et d'un test non paramétrique de Mann-Whitney.

Les variables qualitatives étaient représentées par leur pourcentage et leur intervalle de confiance à 95% (IC95) et étaient comparées par un test de Chi 2, un test corrigé de Yates ou bien un test de Fisher si indiqué.

Les calculs statistiques ont été réalisés à l'aide du logiciel RStudio Version 1.2.5033 (2019 Boston, Massachusetts, Etats-Unis).

3. Résultats :

3.1. Caractéristiques de la population :

159 patients ont été inclus du 1 Octobre 2019 au 31 Décembre 2019. Le taux d'exhaustivité était de 94% avec une description de l'inclusion dans la Figure 1.

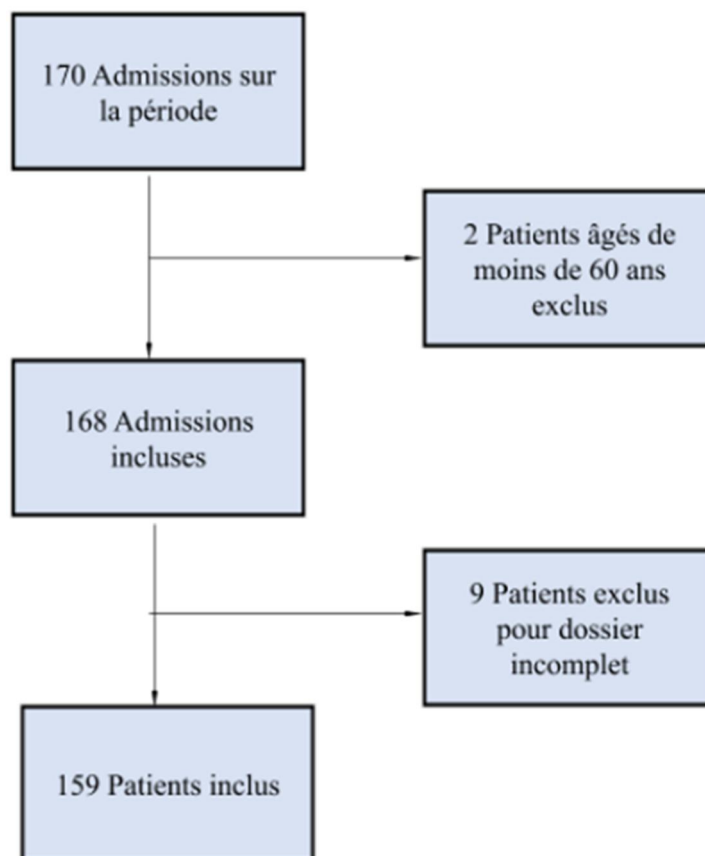


Figure 1 : Flow chart des dossiers inclus dans l'étude

Les caractéristiques de la population sont détaillées dans le **Tableau 1**. On peut noter que les admissions sont majoritairement féminines puisque 76% d'entre elles sont des femmes et que les patients les plus dépendants (GIR 1 et 2) représentent plus de la moitié des patients consultant.

<u>Variables</u>	<u>Effectif N=159</u>
Age , Médiane [EIQ 25-75]	89 [85 ; 93]
Sexe, N (%)	
Féminin	121 (76)
Masculin	38 (24)
GIR	
1	20 (12,6)
2	84 (52,8)
3	36 (22,6)
4	16 (10,1)
5	2 (1,3)
6	1 (0,6)
Nombre de traitements	8 [6 ; 10]

Tableau 1: Caractéristiques de la population

Les caractéristiques des admissions sont décrites dans le Tableau 2. On note une prédominance d'admission en période de jour (71,7 %) de patients provenant majoritairement d'EHPAD de niveau 3 (32,7 %) et 4 (25,2 %). Ces patients étaient en grande partie transportés aux urgences par ambulance privée (91,2 %).

<u>Caractéristiques</u>	<u>N (%)</u>
Nombre d'admissions	
Jour	114 (71,7)
Nuit	38 (24)
Mode de Transport	
Ambulance privée	145 (91,2)
VSAV	10 (6,3)
SMUR	4 (2,)
Niveau de médicalisation de l'EHPAD	
1	38 (23,9)
2	29 (18,2)
3	52 (32,7)
4	40 (25,2)

Tableau 2: Caractéristiques des admissions

Les motifs d'admission sont résumés dans le **tableau 3**.

Motifs d'admission	N (%)
Traumatismes périphériques	37 (23,3)
Dyspnée	30 (18,9)
Tableau abdominal aigu	22 (13,8)
Traumatisme crânien	19 (12)
Altération de l'état général	14 (8,8)
Douleur thoracique	8 (5)
Déficit neurologique	10 (6,3)
Fièvre	7 (4,4)
Hémorragie	8 (5)
Malaise	4 (2,5)

Tableau 3: Motifs d'admission

3.2. Critère de jugement principal :

121 admissions (76,1 %) ont été évaluées comme justifiées par les deux évaluateurs. A l'inverse, 37 admissions (23,3 %) étaient estimées comme non justifiées. On a retenu un seul désaccord entre les deux urgentistes évaluateurs. Le patient présentait un surdosage en AVK avec un INR à 6 sans hémorragie active. Selon un des deux évaluateurs, il aurait pu être pris en charge en ambulatoire.

Dans le **Tableau 4**, nous avons regroupé en sept catégories les motifs d'admissions non justifiées.

<u>Motifs</u>	<u>N=37 (%)</u>
Anxiété de l'équipe paramédicale	5 (13,5)
Bilan radiologique non urgent	5 (13,5)
Avis spécialisé réalisable en consultation	9 (24,3)
Tableau sans signe de gravité, patient non vu par un médecin traitant	12 (32,4)
Diagnostic réalisé en externe, hospitalisation sans passage aux urgences possible	2 (5,4)
Aggravation de troubles cognitifs connus	4 (10,8)
Lacunes en termes de matériel ou de compétences des équipes de soins	1 (2,7)

Tableau 4: Motifs des admissions non justifiées

3.3. Résultats secondaires :

Nous avons réalisé un comparatif entre les admissions justifiées et non justifiées selon des caractéristiques de la population à l'admission comme le nombre de traitements des patients (**Figure 2**), le niveau de tri IAO (**Figure 3**) et le niveau de médicalisation des EHPAD (**Figure 4**).

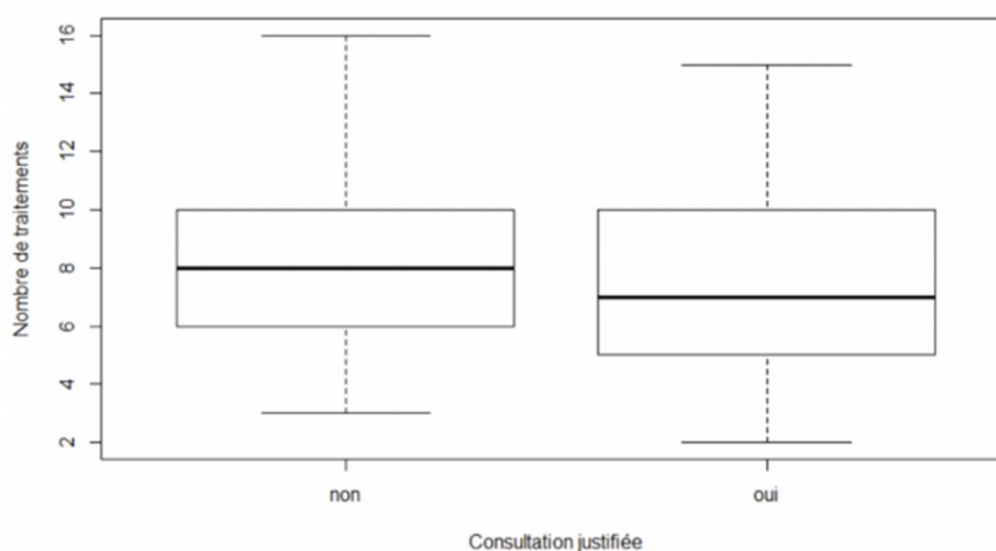


Figure 2: Comparaison du nombre de traitement des patients selon statut de l'admission

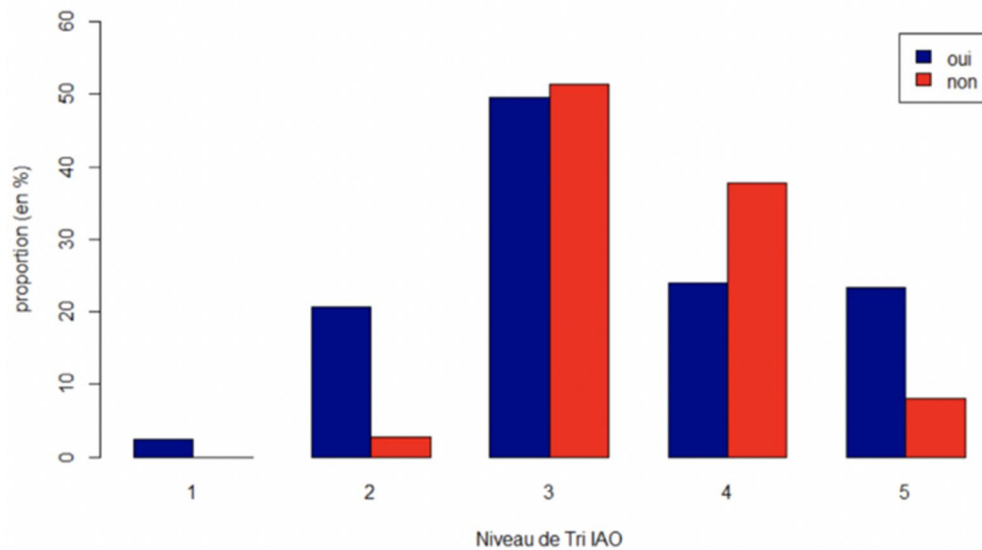


Figure 3: Répartition des admissions selon le niveau de tri IAO

La majorité des patients sont dans le groupe de tri 3. Les groupes 1 et 2 qui représentent des patients graves sont majoritairement composés de patients dont l'admission était justifiée.

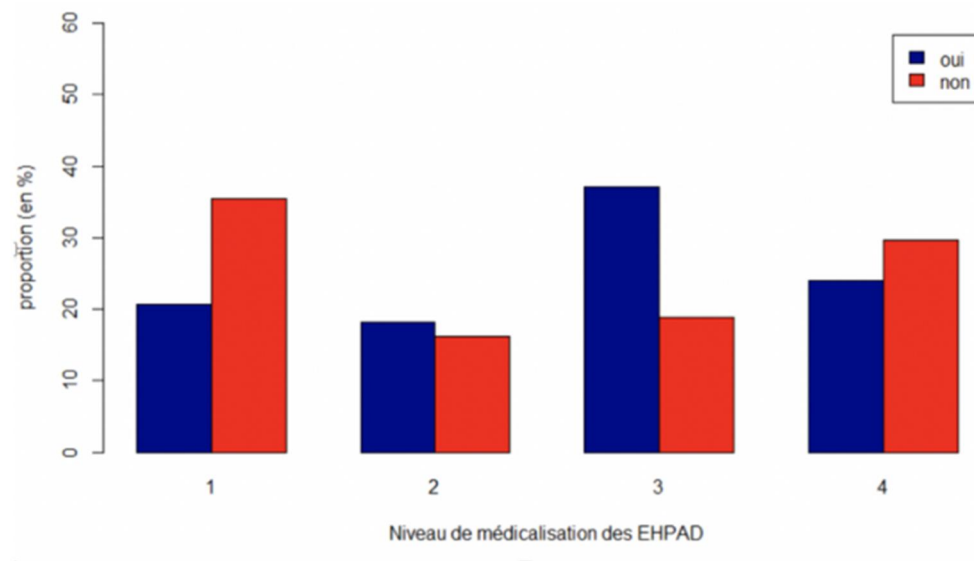


Figure 4: Répartition des admissions selon le niveau de médicalisation des EHPAD

On ne retrouve pas de différence significative sur la proportion d'admissions justifiées selon le niveau de médicalisation des EHPAD.

<u>Critères</u>	<u>Justifié n (%)</u>	<u>Non justifié</u>	<u>p</u>
Prise d'anticoagulants	25 (20,7)	13 (35,1)	0,07
Examens complémentaires			
<i>Biologie sanguine</i>	111 (91,7)	24 (64,9)	<0,0001
<i>Radiographie</i>	76 (62,8)	12 (32,4)	0,001
<i>TDM</i>	46 (38,0)	9 (24,3)	0,1
Soins invasifs et autres examens	8 (6,6)	1 (2,7)	0,8
Avis spécialisé	55 (45,5)	7 (18,9)	0,004
Hospitalisation	75 (62)	3 (8,1)	<0,0001
Reconsultation dans les 30 jours	23 (19)	6 (16,2)	0,7

Figure 5: Comparaison de critères d'évaluation secondaires pour les deux groupes

On retrouve une différence significative ($p < 0,005$) pour la réalisation d'examen biologique et de radiographie ainsi que pour le taux d'hospitalisations et la prise d'avis spécialisés.

Les soins invasifs et autres examens dans les admissions justifiées étaient : La VNI pour deux patients, un drainage d'un épanchement pleural, une exsufflation colique, une IRM cérébrale et deux échographies abdominales. Pour les admissions non justifiées il s'agissait d'un sondage urinaire réalisable à l'EHPAD (Niveau 1 dans notre classification).

4. Discussion :

Notre étude a permis d'identifier un nombre non négligeable d'admissions non justifiées de patients provenant d'EHPAD aux urgences. Ainsi, 23,3% des admissions pendant les mois d'Octobre, Novembre et Décembre 2019 ont été estimées non justifiées par nos évaluateurs.

La population de notre étude était très âgée (médiane de 89 ans), très dépendante (65% d'entre elle GIR 1 ou 2) et plutôt féminine (76% d'entre elle).

Elle était majoritairement amenée aux urgences en ambulance privée (91%), le jour (71,7%).

La proportion de patients dont les admissions ont été jugées non justifiées était de 23,3%.

On remarque que ces patients avaient des niveaux de tri IAO plus élevés selon la classification French CIMU et étaient admis en grande partie pour des situations cliniques sans signe de gravité. Les avis spécialisés concernaient des problèmes post opératoires non graves ou présentant des pathologies chroniques et ceux-ci étaient adressés en horaire d'ouverture des consultations de spécialité.

Les patients consultaient principalement suite à des traumatismes, à une dyspnée ou un syndrome abdominal aigu. Ces motifs se rapprochent de ceux de la population générale mais sont rendus plus difficiles à traiter en raison de la complexité des patients (communication complexe, risque d'iatrogénie, pathologies multiples chroniques à risque de décompensation).

Le niveau de médicalisation de l'EHPAD ne semblait pas avoir d'influence sur le critère justifié ou non des admissions. Nous aurions pu penser que les EHPAD bénéficiant d'une présence médicale quotidienne ou de la présence d'une infirmière jour et nuit adresseraient moins leurs patients aux urgences en raison de la possibilité de réaliser des soins sur place, d'une meilleure analyse clinique de la situation, de la présence d'un médecin coordonnateur qui auraient pu organiser le parcours de soin de ces patients en organisant des hospitalisations directes dans des services adaptés si nécessaire.

La majorité des admissions ont été effectuées la journée (71,7%) en dehors des horaires de permanence de soins. Nous pouvons supposer que ces patients auraient pu bénéficier d'un parcours de soins en ville avec consultation d'un médecin généraliste, organisation d'exams de radiologie dans un cabinet privé ou dans un service de radiologie hospitalier et si nécessaire la réalisation de soins par l'infirmière de l'EHPAD.

Les patients dont l'admission a été jugée justifiée ont bénéficié de plus d'examens biologiques et d'imagerie. Ils ont également été plus souvent hospitalisés. Nous pouvons supposer qu'ils présentaient des pathologies plus graves nécessitant des examens diagnostics plus lourds et nombreux ainsi qu'une hospitalisation après leur passage par les urgences.

On remarque également que 16,2% des patients dont l'admission n'était pas justifiée ont de nouveau consulté aux urgences dans les trente jours ce qui n'est pas négligeable. Il est possible que certaines pathologies initiales ne soient pas détectées aux urgences et donc voués à évoluer de façon péjorative. Certains patients poly pathologiques et très souvent atteints de troubles cognitifs requièrent probablement des soins trop importants et peuvent vite dépasser les équipes soignantes sans que la situation clinique soit en elle-même sévère.

Une des forces de cette étude reposait tout d'abord dans son exhaustivité et son originalité puisqu'il s'agissait de la première de la sorte réalisée au sein du département de médecine d'urgence du centre hospitalier de Périgueux et même en Dordogne qui est le deuxième département français dont la population est la plus âgée, ce qui en fait un lieu idéal pour la réalisation de ce type d'étude.

Elle nous a permis de comprendre qu'elles étaient les caractéristiques des patients vivant en EHPAD consultant aux urgences. Ces données pourront être utiles pour la création de protocoles de service et l'optimisation de la prise en charge de ces patients.

Une des limites méthodologiques de cette étude repose dans son caractère mono-centrique. Une étude regroupant les admissions dans les structures d'urgences des Centres Hospitaliers de Périgueux, Sarlat et Bergerac auraient permis d'obtenir une population réellement représentative des patients des EHPAD de la Dordogne. De plus, nous avons évalué les admissions aux urgences sans évaluer le rapport entre appels aux SAMU et admissions aux urgences. Cela aurait permis de quantifier le nombre de patient pour lesquels une consultation ambulatoire ou un simple conseil médical aurait permis (niveau de réponse 3 ou 4 en régulation) de prendre en charge le patient sans un transfert vers les urgences.

Réaliser cette étude sur une si courte période aurait pu entraîner un biais de sélection puisque certains facteurs (Épidémie saisonnière ou canicule par exemple) peuvent influencer sur la population des patients consultant aux urgences depuis les EHPAD tout au long de l'année.

Le choix d'analyse du critère de jugement principal aurait pu entraîner un biais d'information puisque réalisé par deux médecins de la même spécialité. Il aurait été peut-être plus pertinent de créer un groupe pluridisciplinaire avec un nombre plus importants de membres et d'intégrer dans le groupe d'analyse un médecin gériatre et/ou un médecin généraliste. Une autre solution aurait été de trouver un critère de jugement plus objectif, mais aucun ne nous semblait adapté à la réalisation de notre étude.

De même on peut souligner que le choix de ce critère de jugement aurait pu entraîner un biais de confusion car peut être que certaines admissions ont été classées comme justifiées par le simple fait que le patient ait reçu des examens complémentaires sans que cela soit justifié par sa pathologie ou son état clinique. On peut se demander si les patients dans le groupe d'admissions justifiées ont plus d'examens complémentaires que les autres ou si c'est le fait d'avoir plus d'examens complémentaires qui rend l'admission justifiable.

Notre population est comparable à celle rapportée dans la littérature internationale puisqu'on y retrouve une population avec un âge médian de 89 ans, majoritairement de sexe féminin et dont le score GIR est principalement inférieur ou égale à trois³⁻³³.

Nous avons montré que 23,3% des admissions étaient considérées comme non justifiées. L'étude de Burke et al.⁹ réalisée en 2015 aux Etats-Unis portait sur quatorze millions de patients et retrouvait un taux d'admissions non justifiées entre 25% et 40 %. Les deux tiers des patients présentaient des signes vitaux normaux et un patient sur cinq n'avaient pas fait l'objet de réalisation d'examen complémentaire. L'étude de Briggs et al.³⁰ réalisée en 2013 au Centre hospitalier de Dublin estimait que 55% des admissions aux urgences étaient évitables. Étaient considérées comme évitables les situations cliniques gérables avec les moyens humains et matériels déjà présents à l'EHPAD ainsi que les patients ayant bénéficié d'une cotation non urgente au triage IAO (Manchester Triage system). L'étude de Manckoundia et al.³⁴ réalisée en 2013 dans tous les services d'urgence de Bourgogne estimait à 23,6 % le nombre d'admissions non justifiées. Les investigateurs utilisaient la grille d'évaluation AEPf (Appropriateness Evaluation Protocol). Cette grille inclus seize critères dont dix sont liés à la sévérité clinique et six aux soins délivrés.

Notre travail ouvre plusieurs perspectives. Il pourrait être intéressant de réaliser une étude prospective d'une année entière avec le même critère de jugement principal, chose que nous n'avons malheureusement pas pu faire en raison de l'épidémie de COVID, les résultats auraient été faussés par les indications d'admissions limitées de peur de contamination des établissements et des patients.

D'autre part, une étude consistant en l'analyse de la régulation par le SAMU des dossiers de Patients vivant en EHPAD est actuellement en cours au sein du département de médecine d'urgence du Centre Hospitalier de Périgueux. Elle permettra d'identifier le nombre d'admissions régulées, d'identifier les appelants et de connaître la proportion de dossiers gérés par un conseil médical ou un recours à la permanence de soins. Confronter ces deux études permettra d'identifier d'avantages de facteurs influençant l'admission de ces patients. Il pourrait être intéressant pour les services de médecine d'urgence de se mettre en lien avec les EHPAD afin de comprendre les causes de ces adressages intempestifs et permettre d'agir en amont. Cela peut passer par une formation du personnel soignant à l'identification des signes cliniques de gravité et à la réalisation de certains gestes ainsi qu'à la correction de lacunes en termes de matériel et de thérapeutiques disponibles.

Il paraît important d'accentuer la réflexion sur l'application des points clés énumérés par l'HAS dans sa note de Juillet 2015³⁵. On peut notamment citer la réduction de la prescription de médicaments inappropriés, la prévention des chutes, la planification anticipée des soins chez les patients présentant des troubles cognitifs et la réalisation d'actes de télémédecine. Pour cela, il est indispensable de mettre en place une vraie filière gériatrique qui inclurait une équipe mobilisable dans les EHPAD pour la réalisation d'expertise, une ligne d'appel directe vers un médecin gériatre pour tous les médecins généralistes et la création d'un parcours de soins spécifique pour ces patients.

Pour cela, il est nécessaire de faciliter les hospitalisations directes en service de Gériatrie ou de créer des protocoles d'imagerie et de biologies anticipées afin de diminuer leur temps de passage aux urgences.

Ces dernières années ont vu émerger plusieurs travaux de réflexion et d'optimisation de la prise en charge des résidents d'EHPAD au sein de notre service. Nous souhaitons que ce travail de recherche nous permette de continuer à optimiser la prise en charge de personnes âgées

aussi bien au Samu-Centre 15 ainsi que dans la structure d'urgence. Un travail prospectif pour évaluer la qualité de la prise en charge de patients provenant des EHPAD devrait être mis en place dans notre service dans les mois à venir et pourra nous permettre de continuer à suivre l'évolution de nos pratiques.

5. Bibliographie :

1. INSEE. TEF. Insee références. 2016 :26
2. ARS Nouvelle Aquitaine. Démocratie en santé - Portrait du territoire de la Dordogne. Janvier 2017
3. Muller M., 2017, « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », *Études et résultats* n°1015, juillet 2017
4. les maisons de retraite. (page consultée le 30/08/20) Etablissements hébergeant des personnes âgées de Dordogne 24 [en ligne] disponible sur : lesmaisonsderetraite.fr/maisons-de-retraite/24-dordogne
5. Décret n°2008-821 du 21 août 2008 relatif au guide de remplissage de la grille AGGIR.
6. Makdessi Y, Pradines N. En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës. *Etudes et résultats*. Déc. 2016 ; 989
7. Atramont A. Caractéristiques, pathologies et mortalité des résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) admis au cours du premier trimestre 2013 en France. *Rev Epidemiol*. 2017
8. Lemoyne SE, Herbots HH, De Blick D, Remmen R, Monsieurs KG, Van Bogaert P. Appropriateness of transferring nursing home residents to emergency departments : a systematic review. *BMC Geriatr*. Déc 2019 ; 19(1) :17.
9. Burke RE, Rooks SP, Levy C, Schwartz R, Ginde AA, Identifying eventually preventable emergency department visits by nursing home residents in the United States. *Journal of the American medical directors association*. Mai 2015.16(5) :3959.
10. Carron P, Dami F, Yersin B, Toppet V, Burnand B, Pittet V. Increasing prehospital emergency medical service interventions for nursing home residents. *Swiss Med Weekly*. Mars 2015
11. Inspection générale des affaires sociales, Fouquet A, Tregoat JJ, Sitruk P. L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge. rapport de synthèse. Paris: IGAS; 2011

12. 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.
13. Dutheil N. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : locaux et équipements. Etudes et Résultats 2003;380
14. 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.
15. Graverholt B, Forsetlund L, Jamtvedt G. Reducing hospital admissions from nursing homes: a systematic review. BMC Health Serv Res 2014;14:36
16. Pearson KB, Coburn AF. Emergency Transfers of the Elderly From Nursing Facilities to Critical Access Hospitals: Opportunities for Improving Patient Safety and Quality. Portland, ME: Flex Monitoring Team; January 2013.
17. Rolland Y. Nos aînés fragilisés en maison de retraite médicalisée : une vie de mouvement... Etude épidémiologique descriptive en EHPAD. Toulouse : Toulouse Gérontopôle;2010.
18. 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.
19. 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.
20. Dwyer R, Gabbe B, Stoelwinder JU, Lowthian J. A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. Oct 2014
21. Han JH, Shintani A, Eden S et al. Delirium in the emergency department: an independent predictor of death within 6 months. Ann Emerg Med 2010; 56: 244–52.
22. Quach C, McArthur M, McGeer A et al. Risk of infection following a visit to the emergency department: a cohort study. CMAJ 2012; 184: E232–9.

23. Kruse RL, Petroski GF, Mehr DR, Banaszak-Holl J, Intrator O. Activity of daily living trajectories surrounding acute hospitalization of long-stay nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2013; 61: 1909–18.
24. Gruneir A, Bell CM, Bronskill SE, Schull M, Anderson GM, Rochon PA. Frequency and pattern of emergency department visits by long-term care residents—a population-based study. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58: 510–7
25. Street M, Marriott JR, Livingston PM. Emergency department access targets and the older patient: a retrospective cohort study of emergency department presentations by people living in residential aged care facilities. *Austral Emerg Nurs J* 2012; 15: 211–8.
26. Arendts G, Dickson C, Howard K, Quine S. Transfer from residential aged care to emergency departments: an analysis of patient outcomes. *Inter Med J* 2012; 42: 75–82
27. Thomas M. Gill , Evelyne A. Gahbauer , Ling Han , and Heather G. Allore. Factors Associated With Recovery of Prehospital Function Among Older Persons Admitted to a Nursing Home With Disability After an Acute Hospitalization. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009 Vol. 64, No. 12, 1296–1303
28. Bénédicte Boisguérin et Léa Mauro. DREES. 2017. Les personnes âgées aux urgences. Etudes et résultats. n°1007.
29. Bénédicte Boisguérin et Léa Mauro (DREES), 2017, « Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue », Études et Résultats, n°1008, Drees, mars.
30. Briggs R, Coughlan T, Collins R, O’Neill D, Kennelly SP. Nursing home residents attending the emergency department: clinical characteristics and outcomes. *Q J Med* 2013; 106:803–808
31. Wang HE, Shah MN, Allman RM, Kilgore M. Emergency department visits by nursing home residents in the United States. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59: 1864–72.
32. Travers C, Byrne G, Pachana N, Klein K, Gray L. A prospective observational study of dementia and delirium in the acute hospital setting. *Intern Med J* 2013; 43:262–9.
33. 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

34. Manckoundia P, Menu D, Turcu A, Honnart D, Rossignol S, Alixant J-C, et al. Analysis of Inappropriate Admissions of Residents of Medicalized Nursing Homes to Emergency Departments: A Prospective Multicenter Study in Burgundy. *Journal of the American Medical Directors Association.* juill 2016;17(7):671.e1-671.e7
35. HAS. Note méthodologique et de synthèse documentaire. Comment réduire les hospitalisations non programmées en EHPAD. Juillet 2015

SERMENT D'HIPPOCRATE

“Au moment d’être admis(e) 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.

Admis(e) dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j’y manque.”

Analyse des admissions non justifiées de résidents des EHPAD de Dordogne dans la structure d'Urgence du Centre Hospitalier de Périgueux.

Introduction : Avec un effectif de 6 millions d'individus, les plus de 75 ans représentaient en 2019, 9.3 % de la population française (INSEE 2019). Leur croissance, résultat de la baisse de fécondité et de l'augmentation de l'espérance de vie est importante. Beaucoup de résidents d'EHPAD sont fragiles et souffrent de multiples maladies chroniques. Quand ces résidents présentent une exacerbation aiguë ou une complication de leur maladie chronique, une blessure (liée à une chute) ou une infection aiguë, ils nécessitent des soins médicaux et sont très souvent adressés aux urgences. Leur passage aux urgences induit indubitablement des conséquences néfastes pour ces derniers. En tant que centre Hospitalier de référence en Dordogne et du fait d'un âge moyen de la population supérieure à la moyenne nationale, la structure d'urgence du centre Hospitalier de Périgueux est amenée à traiter un nombre important de résidents d'EHPAD et cette réflexion nous a conduit à nous demander quelle était la proportion d'admissions de résidents d'EHPAD non justifiées dans la structure d'urgence du centre Hospitalier de Périgueux. L'objectif principal était d'identifier la proportion de consultation aux urgences justifiées ou non et les objectifs secondaires étaient d'évaluer les facteurs intrinsèques liés à un taux de consultation non justifiées plus élevé.

Matériel et méthode : Nous avons choisi de répondre à cette question en menant une étude épidémiologique transversale rétrospective mono-centrique du 1^{er} Octobre 2019 au 31 Décembre 2019 aux urgences du centre Hospitalier de Périgueux. Le critère de jugement principal était défini par deux opérateurs différents, urgentistes, ayant une bonne expérience et une bonne connaissance du département.

Résultats : 159 patients ont été inclus du 1 Octobre 2019 au 31 Décembre 2019. Nous avons ainsi pu identifier que 23.3% des admissions ont été jugées non justifiées par nos évaluateurs. La population étudiée était âgée (médiane de 89 ans), très dépendante (65% GIR 1 ou 2), et plutôt féminine (76% d'entre elle). Les patients dont l'admission était jugée justifiée avaient des niveaux de tri IAO plus élevés selon la French CIMU et consultaient principalement pour des traumatismes, une dyspnée ou un syndrome abdominal aigu. Le niveau de médicalisation de l'EHPAD ne semblait pas avoir d'influence sur le critère justifié ou non des admissions.

Conclusion : Cette étude a permis de comprendre qu'elles étaient les caractéristiques des patients vivant en EHPAD consultant aux urgences et ces données pourront être utiles pour la création de protocoles de service et l'optimisation de la prise en charge de ces patients. Une nouvelle étude prospective évaluant la qualité de la prise en charge de patients provenant des EHPAD devrait être mise en place dans notre service dans les mois à venir et pourra nous permettre de continuer à suivre l'évolution de nos pratiques.

Discipline : Médecine générale

Mots-clés : EHPAD, Urgences, Dordogne, Médicalisation, Permanence des soins, Maladie chronique, dépendance, Hospitalisation

Intitulé et adresse de l'UFR : UFR des sciences médicales de l'université de Bordeaux.