



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2012

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Recours aux services d'urgences des patients du Centre Hospitalier Intercommunal
de Wasquehal**

Présentée et soutenue publiquement le 25 juin 2012
Par Camille DUBOIS

Jury

Président : Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs : Monsieur le Professeur Eric WIEL
Monsieur le Docteur Jean Marie RENARD

Directeur de Thèse : Madame le Docteur Marie Christine PIVION

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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

SOMMAIRE

I - INTRODUCTION

- 1 – Contexte
- 2 – Présentation du CHI de Wasquehal
- 3 – Objectifs de l'étude

II – MISE AU POINT DES CONNAISSANCES SUR LE SUJET

- 1 - Evolution démographique de la population française
- 2 - Définition de la population gériatrique, pathologies, dépendance et institutionnalisation
- 3 - Population gériatrique aux urgences
- 4 - Motifs habituels de consultation aux urgences des personnes âgées
- 5 - Devenir des personnes âgées aux urgences
- 6 - Particularité des personnes âgées institutionnalisées
- 7 - Personnes âgées et interventions primaires du SMUR

III - METHODE

- 1 – Type et lieu de l'étude
- 2 – Problématique
- 3 – Déroulement de l'étude

IV – RESULTATS

- 1 - Généraux
 - A – Patients du CHI de Wasquehal en 2011
 - B – Patients transférés dans un service d'urgences en 2011

2 - Caractéristiques des transferts

A – Moments du transfert

B – Mode de Transfert

C – Délai entre début des symptômes et décision de transfert

D – Famille prévenue

3 – Motifs de Transferts

4 – Recours au Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

5 – Devenir des patients

A - Hospitalisations

B - Décès

C – Convocation à une consultation de contrôle

D - Devenir des patients nécessitant le SMUR

6 – Influence de l'âge et de la dépendance

A – Selon le score GIR des patients

B – Selon l'âge des patients

VI – DISCUSSION

1 - Qualité de l'étude, faiblesses

2 - Résultats obtenus

3 - Propositions pour améliorer la PEC

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

I - INTRODUCTION

1 – Contexte

La part des personnes âgées de plus de 75 ans dans la population est en constante augmentation en France et dans les pays développés : ils représentent en 2012 9% de la population française et ils seront 16% en 2040 [1]. Cette évolution démographique s'accompagne d'une augmentation des consultations des personnes âgées de plus de 70 ans aux urgences qui représentaient en 2003 14% des usagers des urgences [2].

Alors que l'activité des services d'urgences ne cesse d'augmenter, la prise en charge des personnes âgées, polypathologiques et souvent dépendantes, demande du temps et est le plus souvent insatisfaisante pour les patients âgés (source d'une grande déstabilisation physique et psychique) et pour les médecins urgentistes. Leur orientation à partir des services d'urgences est fréquemment un problème responsable de l'encombrement des services, de délais d'attente de plusieurs heures et de défauts d'orientation.

Dans ce contexte, il est impératif que les admissions des personnes âgées dans les services d'urgences soient justifiées et appropriées.

2 – Présentation du CHI de Wasquehal

Ouvert en 1978, le Centre Hospitalier Intercommunal de Wasquehal est un centre de gériatrie composé de différents établissements et services. Il est implanté à Wasquehal sur 2 sites géographiques :

Au 2 rue Salvador Allende, le centre de gériatrie « Le Molinel », où les établissements et services présents en 2011 sont:

- Au sein du bâtiment central

- Unité de Soins de Suite et de Réadaptation (60 lits)
- Lits Identifiés de Soins Palliatifs (5 lits parmi les 60 de SSR)
- EHPAD (64 lits)
- Unité de soins de longue durée (60 lits)
- Le personnel de l'équipe mobile de soins palliatifs
- Autour du bâtiment central :
 - EHPAD « Nouvel Horizon » (56 lits dédiés aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladie d'Alzheimer apparentée) ouvert en septembre 2009
 - SSIAD (service de soins infirmiers à domicile)

Au 36 avenue de Flandres, l'EHPAD « La résidence du Golf »

Notre travail concerne le centre de gériatrie « Le Molinel », qui propose différents types de prise en charge :

- 60 lits de **Soins de Suite et de Réadaptation** : le séjour en SSR est un séjour à durée limitée à visée de rééducation et de convalescence suite à une hospitalisation ou en provenance du domicile à la demande du médecin traitant. Le retour à domicile ou son substitut (Foyer logement, EHPAD, ...) est la règle. Parmi ces 60 lits, 5 lits sont dédiés aux Soins Palliatifs.
- 60 lits de **Soins de Longue Durée** (pour des personnes en perte d'autonomie globale avec une dépendance importante vis-à-vis de leur environnement)
- 120 lits d'**EHPAD** (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) dont 56 lits dans des locaux sécurisés dédiés à la prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer ou apparentées, avec souvent des troubles du comportement à type de déambulation.

En 2011, en journée, 5 praticiens hospitaliers, 4 internes et des étudiants hospitaliers sont présents au centre hospitalier de Wasquehal. En garde, à partir de 18 heures le soir et le samedi après 12 heures ainsi que le dimanche toute la journée, seul un interne de garde est présent sur place (interne en médecine générale). Un praticien hospitalier est d'astreinte à domicile et il n'y a qu'une IDE dans l'établissement à partir de 21 heures.

Le centre hospitalier ne dispose pas de laboratoire d'examens biologiques sur place. Les prélèvements sont envoyés les jours de semaine le matin au laboratoire de l'hôpital de Tourcoing, et peuvent être envoyés par navette à tout moment du jour (prélèvement en urgence).

Une salle de radiologie avec manipulateur radio est disponible en journée les jours de semaine. Les clichés (radiographies standard uniquement) sont interprétés par un radiologue une fois par semaine.

Le Centre Hospitalier n'a pas de convention spécifique avec un centre hospitalier ou un service d'urgences : habituellement, les patients sont adressés dans le centre hospitalier où ils sont suivis, où d'où ils proviennent avant leur séjour. A défaut, par habitude et proximité, les patients sont adressés aux urgences du CH de Roubaix.

La distance aux différents services d'urgences de la métropole est la suivante :

- Hôpital Victor Provo à Roubaix : 5 kms
- Hôpital Gustave Dron à Tourcoing : 9.7 kms
- Hôpital Saint Vincent de Paul à Lille : 11.5 kms
- Hôpital Roger Salengro à Lille (CHRU) : 15.2 kms [3]

Habituellement, chaque transfert aux urgences est précédé d'un appel téléphonique pour prendre l'accord auprès du médecin des urgences et le patient part toujours aux urgences avec un bref courrier médical indiquant le motif de transfert, un récapitulatif de ses antécédents, de

ses traitements, et les dernières observations médicales et infirmières du dossier informatisé.

3 – Objectifs de l'étude

L'objectif de ce travail est d'étudier les motifs de recours aux services d'urgences d'un hôpital gériatrique ayant la particularité d'avoir sur place en permanence un médecin et d'accueillir une population mixte (SSR-EHPAD-USLD), déjà intégrée dans une filière gériatrique.

II – MISE AU POINT DES CONNAISSANCES SUR LE SUJET

1 - Evolution démographique de la population française

La baisse de la fécondité, l'arrivée à des âges élevés de la génération « baby-boom » (« papy-boom ») et l'allongement de l'espérance de vie conduisent à une forte hausse du nombre de personnes âgées. Au 1^e janvier 2012, les personnes âgées de 75 ans ou plus représentaient 9% de la population (10.9% pour les femmes et 6.9% pour les hommes)[1].

En 2012, l'espérance de vie pour une personne âgée de 60 ans est de 22.5 ans pour les hommes et de 27.3 ans pour les femmes [4].

En 2060, les personnes âgées de plus de 75 ans représenteront selon l'INSEE 16.2% de la population, soit près de 12 millions de personnes [5].

Ce vieillissement de la population aura pour conséquence une augmentation des personnes âgées dépendantes : le nombre de personnes dépendantes augmenterait de 26% entre 2000 et 2030, où il atteindrait plus de un million de personnes, avec un âge moyen de 80.5 ans pour les hommes et 86.5 ans pour les femmes [6].

Il s'accompagne également de la multiplicité des pathologies et de leur aggravation au cours du temps : 85% des plus de 75 ans sont atteints d'au moins une affection chronique, ce qui explique l'augmentation constante de la demande de soins et notamment des consultations aux urgences [7].

2 - Définition de la population gériatrique, pathologies, dépendance et institutionnalisation

Le **vieillissement** est l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillissement intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un

processus lent et progressif qui doit être distingué des effets des maladies.

La **vieillesse** connaît plusieurs définitions. L'OMS retient le critère d'âge 65 ans et plus. Une définition sociale utilise l'âge de cessation d'activité professionnelle (soit 55 - 60 ans !). Pour le calcul des taux d'équipements et de services destinés aux personnes âgées, l'âge de 75 ans est pertinent. Enfin, l'âge moyen constaté dans les institutions gériatriques est d'environ 85 ans [8].

Le **patient gériatrique** est défini comme un patient âgé polypathologique ou très âgé présentant un fort risque de dépendance physique et sociale et ne relevant pas d'un service de spécialité (circulaire DHOS du 18 mars 2002).

La **dépendance** est définie comme le besoin d'aide des personnes de plus de 60 ans pour accomplir les gestes de la vie quotidienne. De nombreuses grilles d'évaluation sont utilisées, dont la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) qui permet de mesurer la dépendance des personnes âgées en se basant sur l'observation de 10 activités quotidiennes qu'effectue seule la personne âgée et en prenant en compte à la fois la dépendance physique et la dépendance psychique :

- Cohérence
- Orientation
- Toilette
- Habillage
- Alimentation
- Elimination
- Transferts
- Déplacements à l'intérieur et à l'extérieur
- Communication à distance

Chaque variable a 3 modalités : réalisé seul totalement et habituellement (A), réalisé partiellement ou non habituellement ou non correctement (B) ou non réalisé (C). A partir de ces réponses, un algorithme classe les individus en 6 groupes GIR (Groupes Iso Ressources) : les GIR 1 regroupe les individus les plus dépendants et le GIR 6 les personnes n'ayant besoin d'aucune aide pour les actes de la vie quotidienne [9].

Le taux de dépendance reste bas jusqu'à 75 ans puis augmente rapidement avec l'âge : l'âge moyen des dépendants est de 78 ans pour les hommes et de 83 ans pour les femmes.

Parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus, plus de 87 % ne présentent pas de dépendance (autonomie physique et pas ou peu de dépendance psychique), autrement dit 13% sont plus ou moins dépendantes. Parmi les personnes de 75 ans ou plus, la proportion est de une sur quatre, une personne sur deux parmi les 85 ans ou plus, quatre personnes sur cinq (80%) parmi les 95 ans ou plus, et 97 % des centenaires.

Plus de 40% des personnes âgées dépendantes ont donc 85 ans ou plus et 72% sont des femmes [10].

Un tiers des personnes âgées dépendantes vit en institution. Les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées regroupent :

- les **maisons de retraite**, lieux d'hébergement collectif qui assurent une prise en charge globale de la personne âgée, incluant l'hébergement en chambre ou en logement, les repas et divers services spécifiques ; elles représentent 69% de la capacité d'accueil.

- les **foyers-logements**, groupes de logements ou de chambres autonomes assortis d'équipements ou de services collectifs dont l'usage est facultatif ; ils représentent 21% de la capacité d'accueil.

- les **unités de soins de longue durée des hôpitaux (USLD)**, structures très médicalisées destinées à l'accueil des personnes les plus dépendantes ; elles représentent 10% de la capacité d'accueil.

Depuis 2011, en application de la réforme de la tarification, sont apparues les EHPAD, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, qui sont les structures décrites ci-dessus qui ont signé une convention tripartite avec le conseil général et l'assurance maladie. Le nombre d'établissements médicalisés ne cesse d'augmenter : 17% de places médicalisées en plus entre 2003 et 2007.

Le taux d'équipement en France est de 127 places pour 1000 personnes de plus de 75 ans ou plus fin 2007. Il est en baisse par rapport à 2003, car la population âgée augmente plus vite que le nombre de places. De plus, le nombre de personnes âgées prises en charge par des services de soins infirmiers à domicile augmente.

Le GIR moyen pondéré (GMP) qui est un indicateur du niveau de dépendance des patients d'un établissement est en augmentation entre 2003 et 2007, révélant que les EHPAD accueillent des patients de plus en plus dépendants. Parmi eux, plus de la moitié sont très dépendantes (GIR 1 ou 2) [11].

Les personnes âgées vivant en établissement cumulent en moyenne sept pathologies diagnostiquées. Le nombre de pathologies augmente avec le niveau de perte d'autonomie, ainsi qu'avec l'âge. 20% des patients en EHPAD se trouvent en état grabataire (dépendance complète). Ces patients grabataires comptent davantage de pathologies que les personnes non grabataires (onze en moyenne contre six). Ils sont surtout présents en USLD. Les résidents très dépendants souffrent le plus souvent de syndrome démentiel, d'incontinence urinaire, d'hypertension artérielle, de troubles du comportement et d'insuffisance cardiaque. Les résidents GIR 3 ou 4 sont surtout concernés par l'HTA et l'insuffisance cardiaque. Les résidents

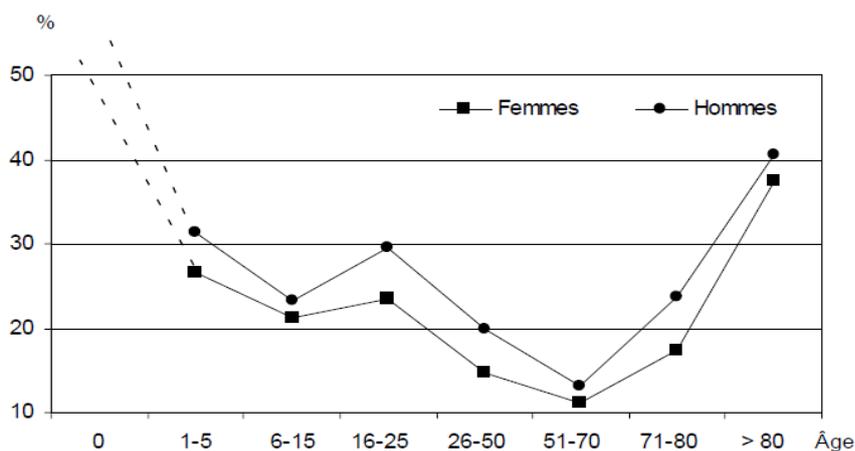
peu ou pas dépendants (GIR 5-6) présentent fréquemment une HTA, un état anxieux ou dépressif et des pathologies vertébro-discales [12].

Les **Soins de Suite et de Réadaptation** doivent accueillir des patients qui ont été initialement traités dans des services de court séjour, ce qui n'exclut pas, toutefois, la possibilité d'une entrée directe dans certains cas particuliers (par exemple, dans le cas du suivi des handicaps chroniques). Le but de la rééducation fonctionnelle est de permettre aux patients de se réinsérer au plus haut niveau, grâce à une collaboration étroite entre les services de soins et les services sociaux. Dans ce secteur existent de grandes disparités de prise en charge : cardiologie, diabétologie, prise en charge post-opératoire, personnes âgées, prise en charge dans l'attente d'un placement en unité de soins de longue durée (USLD), etc. Les SSR s'inscrivent au centre de la filière de soins. En amont se situent les secteurs d'activité de court séjour et en aval, le secteur sanitaire (passage en service de soins de longue durée par exemple), ou la prise en charge en libéral lors du retour à domicile [13].

3 - Population gériatrique aux urgences

Les personnes de plus de 75 ans représentent 12 à 14% des passages dans les structures d'accueil des urgences. Le taux de recours aux urgences (pourcentage de la classe d'âge qui aura fréquenté les urgences dans l'année) est de 40% pour les personnes de 80 ans et plus, au 2^e rang après les nourrissons de moins de un an.

Moins d'un an :
garçons : 297 %
filles : 288 %



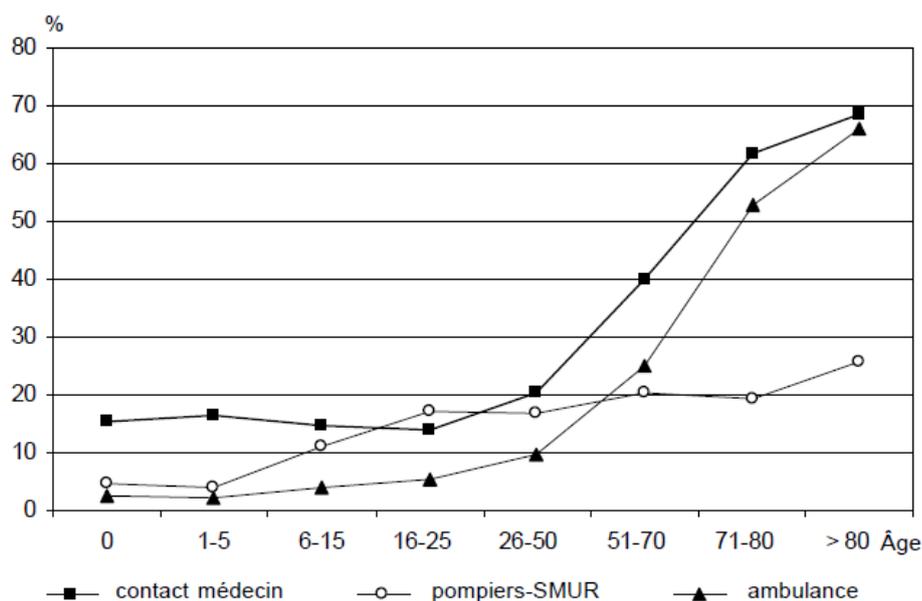
Source : enquête Usagers des services d'urgence, 2002. Exploitation DREES.

Taux de recours aux urgences selon l'âge et le sexe

Les personnes de plus de 70 ans viennent très majoritairement le matin ou en début d'après midi et moins souvent en soirée (alors que les sorties programmées libérant des lits d'hospitalisation n'ont lieu que dans l'après midi). La moyenne d'âge est de 83 ans et 60.3% sont des femmes (prédominance qui s'accroît avec l'âge) [14].

Au-delà de 80 ans, plus de deux tiers des patients ont bénéficié d'une orientation médicale préalable et ils ont le plus souvent (plus de 50% des cas) recours au transport par ambulance ou aux transports sanitaires urgents (25% des cas).

A partir de 70 ans, un patient sur deux arrive seul sans accompagnant [2].



Contact préalable avec un médecin et mode d'arrivée selon l'âge

4 – Motifs habituels de consultation aux urgences des personnes âgées

L'admission des personnes âgées aux urgences répond à deux déterminants : soit son état clinique est jugé instable ou inévaluable sur place (monopathologie aiguë ou polypathologie décompensée), soit une alternative à l'hospitalisation n'a pas été cherchée ou trouvée (problème lié à l'environnement social ou familial, filières de soins mal ou pas utilisées).

L'admission est appropriée si le besoin de soins n'est ni programmé ni programmable (état de crise qui va s'aggraver en l'absence d'intervention extérieure) et si le patient est accompagné d'un informant ou d'informations sur le motif de sa venue, son traitement et son environnement médico-social [7].

Contrairement aux idées reçues, les motifs de consultation aux urgences des personnes âgées sont justifiées dans 90% des cas par une pathologie aiguë ou subaiguë nécessitant une prise en charge dans une structure hospitalière (mais pas forcément en urgence : 5 à 10% relèvent vraiment de l'urgence).

Les motifs de recours se répartissent entre problèmes somatiques (69.5%), traumatismes (24.8%) et troubles psychiques (1.5%). Plus de deux tiers des patients de plus de 80 ans consultent pour des problèmes somatiques, alors que ceux-ci ne représentent que 48% des consultations de toute la population. C'est la tranche d'âge où la traumatologie représente la part la plus faible (19%). Les traumatismes sont le plus souvent consécutifs à des chutes. Parmi les motifs somatiques, les affections cardiovasculaires (15.5%) puis pulmonaires (12.5%) prédominent sur les problèmes neurologiques (10.6%) et digestifs (8.8%). Un peu plus de 5% des patients très âgés présente des infections [2].

5 – Devenir des personnes âgées aux urgences

Les principales difficultés relevées dans la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans aux urgences sont le recueil des renseignements médicaux et sociaux. Par contre, les difficultés sont rares pour obtenir en urgence des examens complémentaires ou des avis spécialisés et 90% des patients de plus de 70 ans bénéficient d'au moins un geste diagnostique ou thérapeutique aux urgences, 70% bénéficient d'un examen radiologique.

Le taux d'hospitalisation augmente avec l'âge : il atteint 49% pour les 71-80 ans et au-delà de 80 ans, plus de 50% [2].

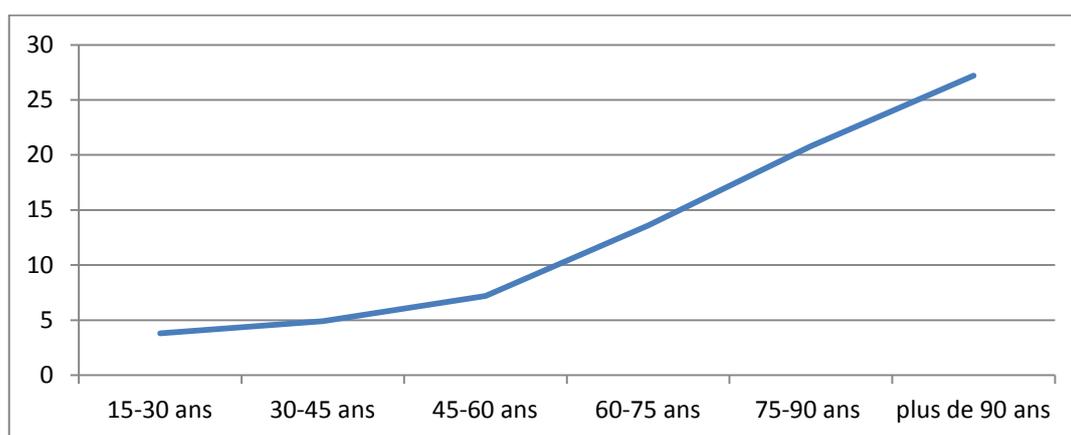
Il est fréquent de rencontrer des difficultés pour hospitaliser ces patients âgés dans des services de réanimation ou de spécialités médicales adaptées à la pathologie du patient, au contraire il est rare que l'hospitalisation dans un service de chirurgie adapté pose problème [15].

Le délai de transfert (intervalle de temps entre décision d'hospitaliser et moment où le lit est disponible) s'allonge avec l'âge du patient pour atteindre plus de 3h30 au-delà de 70 ans. Cela s'explique notamment car les lits d'hospitalisation se libèrent le plus souvent en fin d'après midi avec les sorties programmées et que les personnes âgées consultent le plus souvent en début de journée [2].

Ces difficultés dans l'orientation des personnes âgées à partir des services sont responsables de l'encombrement des services d'urgence, des délais d'attente de plusieurs heures et d'hospitalisation dans des services non adaptés. Pour les personnes âgées de 80 ans et plus qui ne relèvent pas du court séjour mais d'une autre orientation (notamment dans le cas d'un problème social), les délais sont encore plus longs : 5h20 pour un transfert en moyen séjour, 6h40 pour un transfert en long séjour au sein de l'établissement, et jusqu'à 13h30 (cas

extrêmes) pour un long séjour en dehors de l'établissement [2].

Ces délais aboutissent à des durées de passage aux urgences qui s'allongent avec l'âge des patients : jusqu'à 20.8 heures pour les 75-90 ans, et 27.2 heures pour les plus de 90 ans [16], qui sont pourtant les patients les plus à risque de développer des complications aux urgences : syndrome confusionnel, survenue d'escarres...



Durée de passage au service des urgences (heures) selon la classe d'âge [16]

6 – Particularité des personnes âgées institutionnalisées

Le motif d'admission n'est pas significativement différent entre les personnes vivant au domicile et les personnes vivant en institution. L'origine des patients (domicile, institution médicalisée ou non) influence peu leur parcours, seule la durée d'hospitalisation des personnes provenant d'une institution médicalisée est augmentée (patients plus fragiles) [7].

Les patients vivant en institution adressés aux urgences sont en moyenne plus âgés (87.6 ans) avec une nette prépondérance féminine (76.3%) et plus dépendants que ceux venant du domicile, ce qui correspond à la démographie des personnes institutionnalisées. Ils sont le plus souvent adressés par ambulance (82.7%) ou par transport médicalisé (15.5%) pour des problèmes aigus datant de moins de 24 heures [17].

Les personnes institutionnalisées sont le plus souvent adressées dans les services d'urgences par leur médecin traitant pour des pathologies aiguës et pour des motifs majoritairement chirurgicaux ou traumatiques. Peu d'examens complémentaires sont réalisés avant la consultation aux urgences et l'hospitalisation est l'orientation la plus fréquente.

Le taux d'hospitalisation est moindre pour les patients institutionnalisés (72.6% contre 82% pour les patients venant du domicile et adressés par un professionnel de santé) [18].

7 – Personnes âgées et interventions primaires du SMUR

Le recours aux centres 15 pour les personnes de plus de 75 ans est le plus souvent initié par un médecin ou un intervenant paramédical. Les personnes âgées ont plus facilement recours à leur médecin traitant ou à leur médecin spécialiste qu'au centre 15, notamment pour les pathologies cardiovasculaires [7].

Une étude réalisée en 2002 dans la région Midi-Pyrénées, retrouvait que les interventions primaires pour des patients âgés de plus de 75 ans représentaient 26% des interventions et que celles – ci étaient globalement de plus haute gravité que chez les patients jeunes, et pour 59% des cas pour des motifs cardiovasculaires [19].

III – METHODE

1 – Type et lieu de l'étude

Il s'agit d'une étude monocentrique rétrospective descriptive menée au Centre Hospitalier Intercommunal de Wasquehal (59) du 1^e janvier 2011 au 31 décembre 2011 et portant sur tous les patients ayant recours à un service d'accueil des urgences (SAU) ou à un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).

2 – Problématique

Nous avons vu que la population gériatrique représente une part importante et croissante des consultations dans les services d'urgences.

Nous avons cherché à étudier les motifs de recours aux services d'urgences des patients de notre centre de gériatrie, qui a pour particularité d'accueillir à la fois des patients en SSR, en EHPAD et en USLD et d'avoir sur place un médecin de garde en permanence, pour en évaluer la pertinence.

3 – Déroulement de l'étude

Cette étude a été réalisée par l'exploitation du dossier informatisé patient (logiciel Osiris® de la société Corwin Informatique®) de tous les patients du centre hospitalier transférés du 1^e janvier 2011 au 31 décembre 2011. La liste de ces patients nous a été fournie par les secrétaires médicales du centre hospitalier qui l'ont établie grâce au registre des entrées-sorties qu'elles tiennent. Ont été exclus de cette étude les patients transférés directement dans des services de spécialités après accord téléphonique pour ne garder que les patients ayant recours aux services d'urgences ou transférés via un service mobile d'urgence et de

réanimation (SMUR).

L'exploitation du dossier informatisé patient a consisté à relever dans les observations médicales ou les courriers scannés de transfert ou de sortie d'hospitalisation les informations suivantes :

- Caractéristiques du patient au moment du transfert : sexe, âge, type de séjour (SSR/USLD/EHPAD), score GIR

- Motif de transfert parmi :
 - o Cardiologique
 - o Respiratoire
 - o Neurologique
 - o Traumatologique
 - o Hémorragique
 - o Autres

- Moment du transfert (jour de semaine / jour de weekend / nuit)
- Délai entre l'apparition des symptômes et la décision de transfert (moins d'une heure, entre une et 24 heures, plus de 24 heures)
- Mode de transfert (ambulance privée ou SMUR)
- Hospitalisation et sa durée
- Décès lors du transfert
- Convocation pour des contrôles ou des examens ultérieurs
- Famille prévenue ou non du transfert

Les données ont été collectées avec le logiciel Microsoft Office Excel et rapportées en pourcentages ou en moyennes.

IV – RESULTATS

1 - Généraux

A – Patients du CHI de Wasquehal en 2011

En 2011, l'âge moyen des résidents était de :

- En SSR : 81.7 ans (79.4 ans pour les hommes ; 83.1 ans pour les femmes)
- En USLD : 82.3 ans (81.7 ans pour les hommes ; 82.5 ans pour les femmes)
- En EHPAD : 83.2 ans (81.0 pour les hommes ; 83.9 pour les femmes)

Le GIR moyen pondéré de l'établissement pour les patients en EHPAD est de 819.

Les taux d'occupation des lits en 2011 sont les suivants :

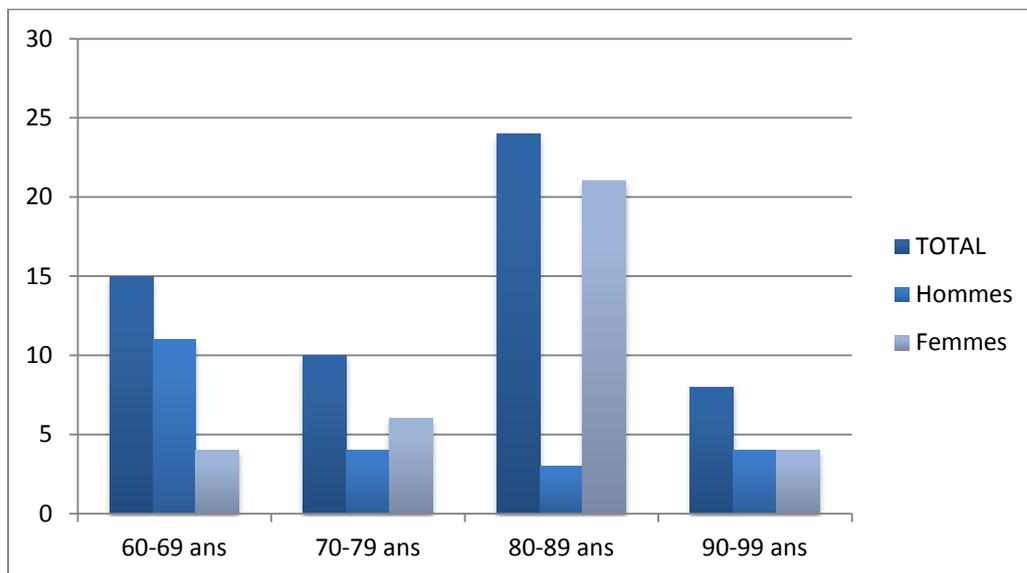
- En SSR : 79.51%
- En USLD : 94.98 %
- En EHPAD : 99.34%

B – Patients transférés dans un service d'urgences en 2011

57 transferts ont été analysés, concernant 45 patients différents (certains ont eu recours aux services d'urgences plusieurs fois sur l'année 2011).

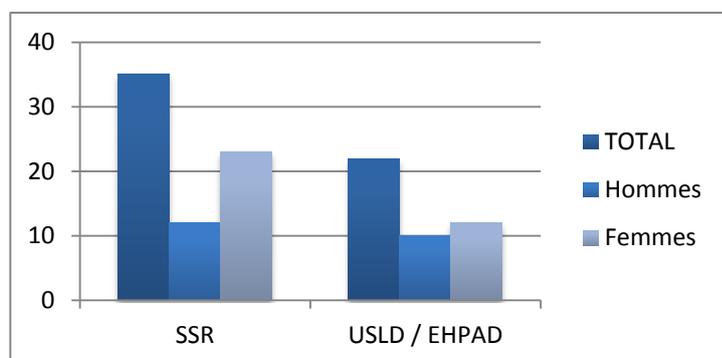
22 patients transférés sont de sexe masculin et 35 sont de sexe féminin, soit respectivement 38.60 et 61.40%.

L'âge moyen des patients transférés est de 78.9 ans, la patiente la plus jeune a 61 ans et la plus âgée 93 ans. L'âge moyen des hommes est de 74.4 ans, contre 81.8 ans pour les femmes.



Nombre de patients transférés par classe d'âge

35 patients sont en soins de suite et de réadaptation (61.40%) et 22 en EHPAD ou en unité de soins de longue durée (38.60%).



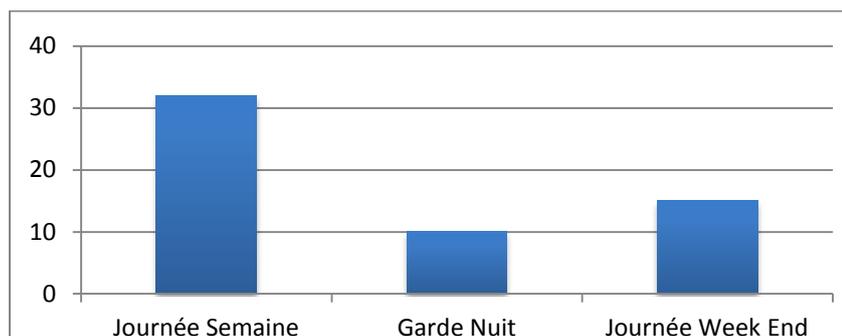
Nombre de patients transférés selon le type de séjour

Le score GIR moyen des patients lors du transfert est de 2.4 (pour 4 patients, le score AGGIR n'est pas indiqué dans le dossier). Tous les patients de l'étude ont un score GIR inférieur ou égal à 4 lors de leur transfert. Le GIR moyen des patients transférés provenant de SSR est de 2.6, le score GIR moyen des patients d'EHPAD ou d'USLD transférés est de 1.6.

16 patients sont partiellement dépendants (GIR 3 ou 4), 37 sont très dépendants (GIR 1 ou 2) et pour 4 patients le score n'est pas indiqué dans le dossier médical.

La majorité des transferts a lieu en journée de semaine (32), quand les équipes

médicales et para médicales sont disponibles. 10 transferts ont lieu en journée de week-end et 15 pendant la garde (18h-minuit).



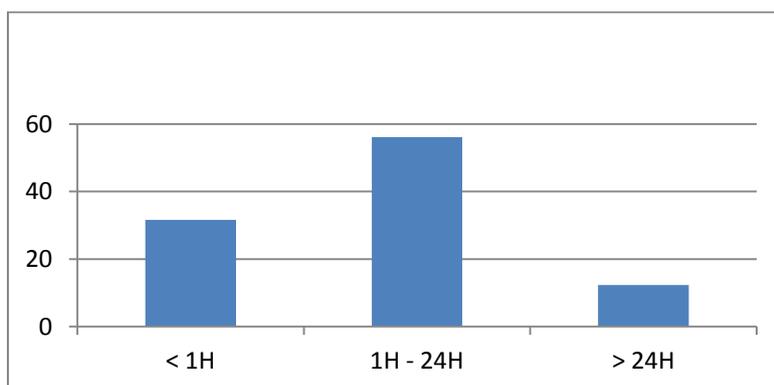
Répartition des moments de transferts

B – Mode de Transfert

Pour 18 transferts (31.6%) il est fait appel au service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR). Les autres transferts se font par ambulances privées, après accord téléphonique avec l'urgentiste de garde.

C – Délai entre début des symptômes et décision de transfert

Pour 18 des patients, la décision est immédiatement prise de transférer le patient, soit 31.5% des transferts. Pour 7 patients, le transfert aux urgences survient plus de 24 heures après l'apparition des symptômes. Pour les autres patients, la décision est prise dans les heures qui suivent.



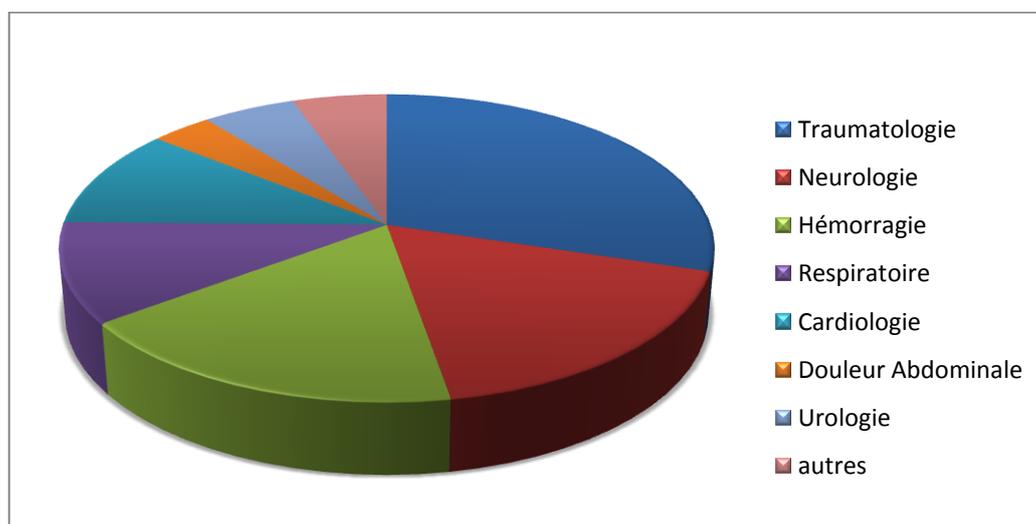
D – Fam Délai apparition des symptômes / décision de transfert

Pour 27 transferts seulement sur les 57, il est indiqué dans le dossier que la famille du patient est soit prévenue, soit qu'on a essayé de la prévenir.

Cette information est donc retranscrite dans moins d'un cas sur deux (47.4%) dans le dossier patient.

4 – Motifs de Transferts

Le principal motif de recours aux services d'urgences de nos patients est d'ordre traumatologique (29.8%), puis suivent les motifs d'ordre neurologique (17.5%), hémorragique (17.5%), respiratoire (10.5%), cardiologique (10.5%), urologique (5.3%) puis les douleurs abdominales (3.5%) et les autres motifs (5.4%).



Motifs de recours aux services d'urgences

* Parmi les patients transférés pour un motif traumatique, on retrouve :

- 7 fractures de l'extrémité supérieure du fémur
- 2 fractures du poignet
- 2 plaies profondes de la jambe nécessitant un geste chirurgical
- un hématome de jambe nécessitant un geste chirurgical

- 2 suspicions de luxation de prothèse de hanche

Ces patients ont tous été transférés par ambulance privée. Sur les 11 patients nécessitant une radiographie (fracture ou luxation), seuls 3 ont pu avoir leur imagerie au centre de gériatrie avant d'être transférés.

- 3 patients présentant des troubles de la conscience ou un examen neurologique anormal post traumatisme crânien

2 de ces patients ont été pris en charge par le SMUR (troubles majeurs de la conscience), pour lesquels l'hémorragie intra crânienne a été confirmée avec l'imagerie.

* Parmi les patients transférés pour un motif neurologique, on retrouve :

- 7 suspicions d'AVC
- 3 états de mal convulsifs

Les 3 patients en état de mal sont pris en charge par le SMUR. Parmi les suspicions d'AVC, 3 sont confirmées par l'imagerie, un patient présentait un état de mal non convulsivant, une patiente présentait une atteinte méningée d'une listériose et une patiente est perdue de vue.

* Parmi les patients transférés pour un problème hémorragique, on retrouve :

- 4 Hématémèses
- 2 rectorragies, dont un choc hémorragique
- 2 hématuries
- Une anémie sur colite

- Une déglobulisation sur hématome profond de la cuisse

3 patients présentant une hématomèse sont pris en charge par le SMUR, ainsi que le patient en choc hémorragique, les autres sont transférés en ambulance privée.

* Parmi les patients transférés pour un motif respiratoire, on retrouve des insuffisances respiratoires aiguës, non améliorées par la prise en charge possible sur place (oxygénothérapie et aérosolthérapie, pas de possibilité de ventilation non invasive ni de ventilation au sein de notre établissement). 5 des 6 patients ont été pris en charge par le SMUR.

* Parmi les patients transférés pour un motif cardiaque, on retrouve :

- Un bloc de Branche Gauche de novo dans un contexte de poussée hypertensive
- Une suspicion d'embolie pulmonaire
- Un syndrome coronarien avec sus décalage du segment ST
- 3 Insuffisances cardiaques gauches aiguës

Ces patients ont tous bénéficié d'un électrocardiogramme avant leur transfert. Seul un patient présentant une gêne thoracique dans un contexte de thrombose veineuse profonde de membre inférieur, faisant faiblement suspecter une embolie pulmonaire a été transférée de façon non médicalisée.

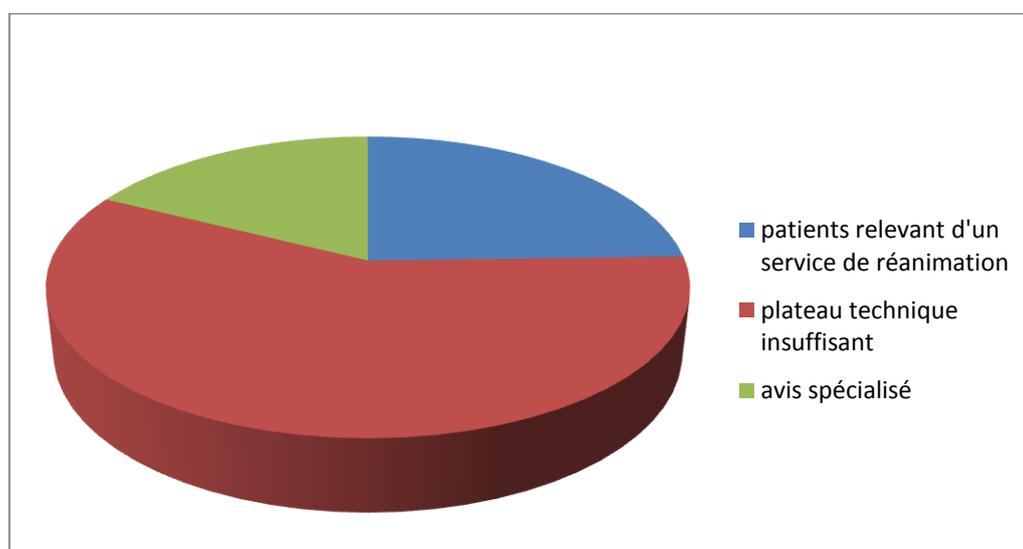
* un patient a été transféré pour hyperthermie et douleur abdominale en post opératoire d'une hernie hiatale.

* 2 patients ont été transférés pour des douleurs abdominales nécessitant un avis spécialisé.

* 3 patients ont été transférés pour prise en charge en milieu spécialisé d'une insuffisance rénale aiguë ou subaiguë découverte sur des bilans biologiques pratiqués au centre hospitalier.

* 2 patients ont été transférés aux urgences pour avis urologique, l'un sur une orchite, l'autre pour bilan d'une pyélonéphrite aiguë.

Au total, 14 patients ont été transférés car leur état clinique est jugé trop lourd pour une prise en charge sur place (patients relevant de soins en réanimation), 33 sont transférés car le plateau technique est insuffisant dans l'urgence (imagerie, biologie ou chirurgie) et 10 patients sont transférés pour un avis spécialisé urgent.



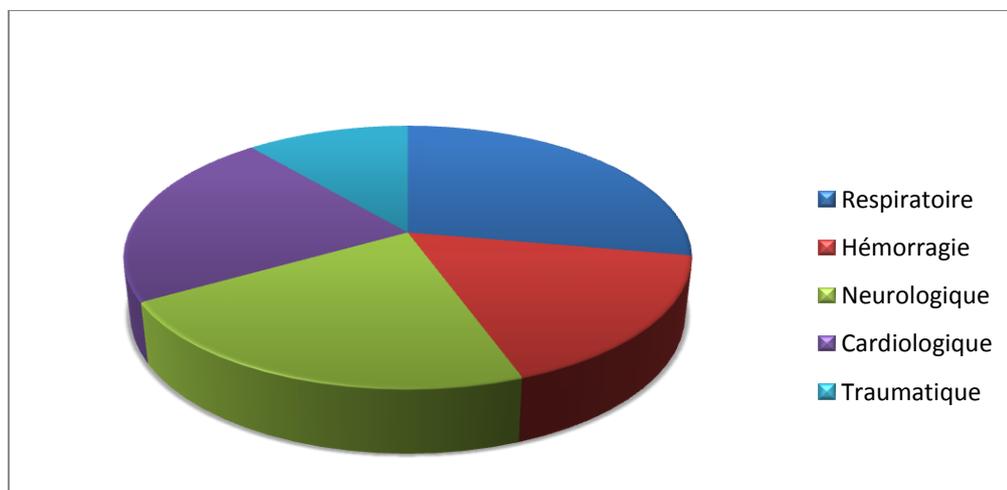
Raisons des transferts

4 – Recours au Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

Parmi les 18 patients pour lesquels le SMUR est intervenu dans notre centre hospitalier, on retrouve 7 femmes et 11 hommes, et surtout des patients en soins de suite : (13 patients de SSR pour 5 patients en EHPAD/USLD). Le score GIR moyen de ces patients est de 2.88, il s'agit donc de patients un peu plus autonomes que l'ensemble des patients transférés en 2011.

Parmi les motifs de recours au SMUR, on retrouve :

- 5 patients en insuffisance respiratoire
- 3 patients présentant une hématomèse
- 3 patients en état de mal épileptique
- 2 patients en insuffisance cardiaque gauche
- 2 patients présentant des troubles de conscience post traumatisme crânien
- 1 patiente présentant un syndrome coronarien aigu avec surélévation du segment ST
- 1 patiente présentant un bloc de branche gauche de novo dans un contexte de poussée hypertensive
- 1 patiente présentant un syndrome confusionnel majeur



Motifs de recours au SMUR

5 – Devenir des patients

Après leur transfert, 4 patients ont été perdus de vue. 3 d'entre eux ont été hospitalisés mais nous ignorons la durée de leur hospitalisation et leur devenir.

A - Hospitalisations

50 patients ont été hospitalisés après leur transfert aux urgences, soit 89.3% des patients transférés. La durée moyenne d'hospitalisation de ces patients est de 9.0 jours (durée minimale 1 jour, maximale 39 jours).

B - Décès

8 des 57 patients transférés sont décédés suite à leur transfert : un de ces patients est décédé le jour même de son transfert, les autres sont décédés pendant leur hospitalisation qui a duré en moyenne 12 jours.

C – Convocation à une consultation de contrôle

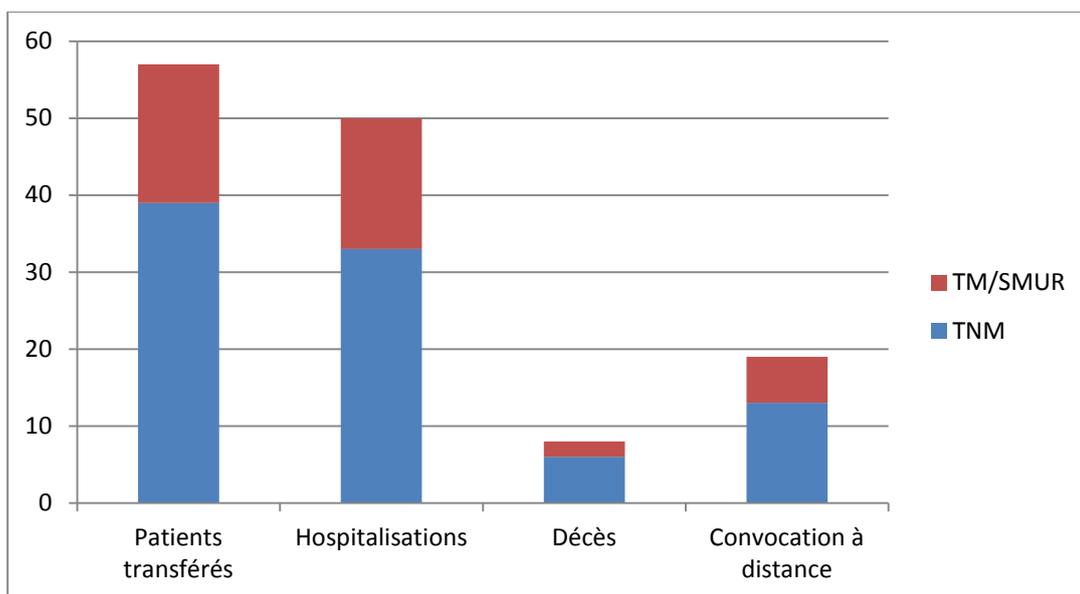
19 patients (35.85%) transférés ont été convoqués à distance pour des consultations spécialisées de contrôle ou des gestes à réaliser à distance, en consultation ou en hospitalisation programmée. Parmi ces 19 patients, un seul n'a pas été hospitalisé initialement.

D - Devenir des patients nécessitant le SMUR

Sur les 18 patients transférés par le SMUR, 16 ont été hospitalisés, une est revenue dans la journée au CHI de Wasquehal et une patiente a été perdue de vue.

Parmi ces 16 patients hospitalisés suite à leur transfert, 2 patients sont décédés suite à leur transfert.

La durée moyenne d'hospitalisation de ces patients est de 9.8 jours, contre 9 jours pour l'ensemble des patients transférés. 7 patients sont convoqués à distance pour un contrôle ou pour des soins programmés.



Devenir des patients transférés selon le type de transfert

6 – Influence de l'âge et de la dépendance

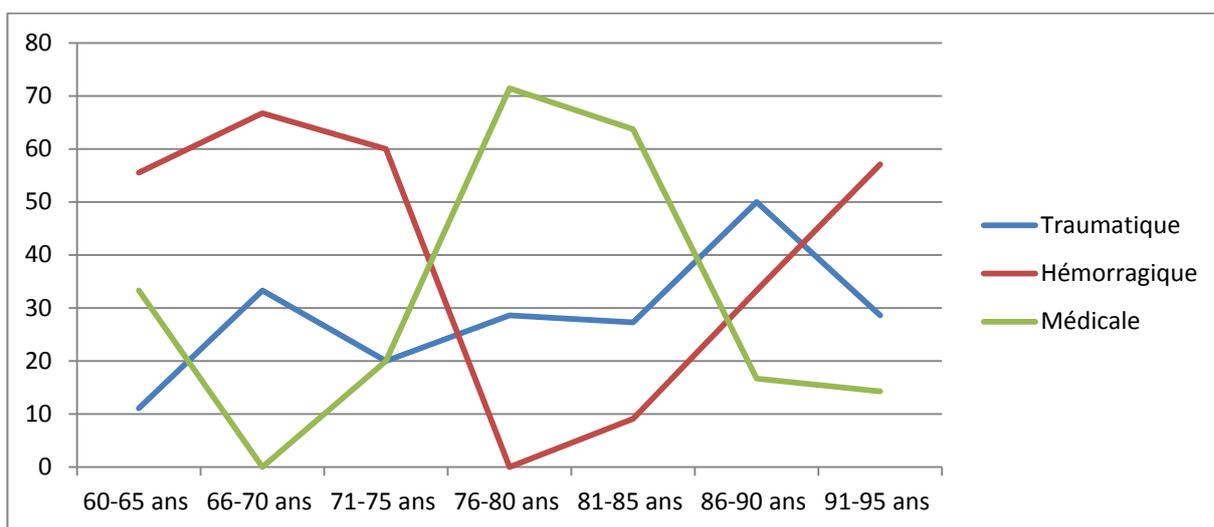
A – Selon le score GIR des patients

Les patients très dépendants (GIR 1-2) sont surtout transférés pour des motifs traumatologiques (37.8% des transferts) et hémorragiques (21.6%) alors que les motifs médicaux représentent 40.6% des transferts. Ils sont hospitalisés suite à leur transfert en urgence dans 91.9% des cas et un décès survient dans 14.7% des cas.

Les patients partiellement dépendants (GIR 3-4) sont transférés pour des motifs médicaux le plus souvent (68.75%), alors que les motifs traumatiques ou hémorragiques ne représentent que 31.25% des transferts. Ils sont hospitalisés dans 81.25% des cas et un décès survient dans 20% des cas.

B – Selon l'âge des patients

Le graphique ci-dessous reprend la répartition des motifs médicaux, hémorragiques ou traumatiques en fonction des classes d'âge. On observe que les motifs médicaux sont plus fréquents pour les patients entre 70 et 85 ans et que la part des traumatismes augmente avec l'âge.



Répartition des motifs de transfert selon la classe d'âge

VI – DISCUSSION

1 - Qualité de l'étude, faiblesses

Pour éviter le biais des pathologies saisonnières, nous avons choisi de relever tous les transferts depuis notre centre de gériatrie vers un service de médecine d'urgence au cours de l'année 2011, du 1^e janvier au 31 décembre inclus. Le caractère rétrospectif de l'étude évite un biais lors de la décision de transfert (la réalisation de l'étude n'est pas encore décidée).

Néanmoins, son caractère rétrospectif implique également certaines limites à notre étude : 5 patients ont été perdus de vue après leur transfert. Il s'agit de patients séjournant dans notre établissement en SSR pour qui la place n'a pas été conservée dans notre établissement du fait de la durée de l'hospitalisation, ils ont probablement été accueillis par la suite dans un autre établissement. Le score GIR n'est pas renseigné dans les dossiers médicaux de 4 patients (patients dans l'établissement depuis trop peu de temps lors du transfert) les scores GIR sont calculés environ une fois par semaine

. Il n'a également pas été possible d'étudier la qualité de la prise en charge au sein de notre établissement avant le transfert – ce qui faisait partie des objectifs initiaux de l'étude - car les actes diagnostiques ou thérapeutiques réalisés avant le transfert sont très peu renseignés dans les observations médicales, ce qui peut s'expliquer par le contexte d'urgence dans lequel celles-ci sont rédigées. Une étude prospective aurait permis la réalisation d'un questionnaire à remplir lors de chaque transfert, avec tous les items à remplir, évitant la perte d'informations. L'habitude prise au sein de notre établissement de toujours transférer les patients accompagnés d'un courrier et de numériser les courriers de retour de consultation ou d'hospitalisation dans le dossier médical informatisé nous a permis de retrouver la majorité des informations. Dans l'ensemble, on peut constater que les dossiers médicaux de nos patients sont bien complétés.

2 - Résultats obtenus

Globalement, notre centre hospitalier a peu recours aux services d'urgence (57 transferts en un an pour un établissement accueillant en permanence environ 240 personnes âgées).

Plusieurs facteurs expliquent ce faible recours :

- la possibilité d'avoir un avis médical à tout moment par un médecin ayant connaissance des patients (interne de garde sur place constamment qui reçoit des transmissions à sa prise de garde et médecin sénior d'astreinte toujours joignable), or une étude réalisée dans 34 EHPAD de la métropole lilloise sur la prise en charge de l'urgence retrouvait que la principale difficulté rencontrée par le personnel soignant en cas de situation d'urgence est le manque de médicalisation des établissements d'accueil pour personnes âgées et que moins le personnel est qualifié, plus il est fait recours au centre 15 [20] ;
- l'accès aisé au dossier médical informatisé du patient pour le médecin qui permet de prendre la décision de transférer ou non le patient. Dans beaucoup d'EHPAD, le recours à des médecins extérieurs ne connaissant pas le résident et n'ayant que peu d'informations dans le dossier patient semble être une des raisons majeures des hospitalisations en urgence des résidents d'EHPAD [21] ;
- dans notre établissement, qui héberge de nombreux patients grabataires ou en fin de vie d'une pathologie chronique très évoluée, la possibilité et le désir de prise en charge au sein de la structure de la fin de vie sont consignés. Cette mention est clairement inscrite dans le dossier, après concertation avec le patient ou ses proches, évitant les transferts de patients en fin de vie aux urgences pour lesquels on sait qu'aucun traitement invasif n'a d'intérêt ;

- la possibilité de réaliser des bilans paracliniques (biologiques et radiographiques) sur place en semaine, limitant le recours aux services dans le cadre d'urgences relatives (traumatologie, pneumopathies, douleurs thoraciques...);
- la possibilité de réaliser sur place les gestes simples : sutures de plaies, réfection de plâtres, réfection de pansements ...
- la possibilité d'accord entre médecins pour un transfert directement dans les services de spécialité pour les patients nécessitant un avis ou un geste spécialisé, permettant d'éviter un séjour souvent prolongé dans le service des urgences ;
- l'absence de motifs « sociaux » de consultation aux urgences puisque nos patients sont déjà dans une filière gériatrique.

57 de nos patients ont été transférés dans un service d'urgence ou par un SMUR, il s'agit majoritairement de femmes (61.4%), dont l'âge moyen est de 81.8 ans. Les patients transférés de sexe masculin sont plus jeunes (74.4 ans). Ces populations sont relativement similaires à celles rencontrées dans les études sur les personnes âgées consultant aux urgences.

Il s'agit majoritairement de patients dans notre établissement en soins de suite et de réadaptation, alors que les patients en EHPAD ou en USLD sont plus nombreux dans nos lits. Les patients de SSR transférés sont moins dépendants (GIR moyen 2.6) que les patients en EHPAD ou en USLD (GIR moyen 1.6).

Tous les patients transférés présentent un GIR entre 1 et 4, ce qui est intrinsèquement lié à l'activité de notre établissement (SSR-EHPAD médicalisé –USLD).

On observe que 43.86% des transferts sont décidés lors de la garde (nuit ou week-end).

Cela est expliqué par l'absence de moyens la nuit dans notre établissement (un interne et une infirmière, pas de biologie, pas de radiologie). On note donc l'importance des transmissions entre médecins et de la bonne tenue du dossier médical des patients, pour que les décisions de transferts soient prises en connaissance de l'état de santé global du patient, de son projet de vie et des directives anticipées qu'il a pu émettre.

Les motifs de transferts aux urgences de nos patients diffèrent des motifs de consultation habituels des patients de plus de 75 ans par une plus grande part des causes traumatiques. Cela peut s'expliquer par :

- un plus grand nombre de patients chuteurs dans notre population plus dépendante que la moyenne ;
- un manque de moyens techniques dans notre structure pour prendre en charge les fractures et les plaies importantes (imagerie pas toujours disponible, pas d'avis spécialisé sur place, pas de plateau technique...), alors que pour les motifs somatiques, un examen clinique et biologique de débrouillage est possible au sein de la structure, ainsi que la prise en charge thérapeutique.

De la même façon, parmi les motifs médicaux de transfert aux urgences, ceux d'ordre neurologique sont les plus fréquents au sein de notre établissement, prédominant sur les motifs cardiologiques et respiratoires, alors que ceux-ci sont plus importants dans la population habituelle des personnes âgées aux urgences. L'explication la plus probable en est aussi le recours à une imagerie non disponible au sein de notre établissement, tandis que des radiographies pulmonaires, des électrocardiogrammes et des bilans biologiques peuvent être réalisés aisément dans notre structure.

Le recours au service mobile d'urgence et de réanimation est peu fréquent au sein de

notre établissement, il concerne le plus souvent des patients en soins de suite et de réadaptation, à l'autonomie plus préservée et est surtout motivé par des problèmes médicaux.

Si on considère qu'un transfert aux urgences est justifié quand le patient est hospitalisé par la suite dans un milieu spécialisé et si ce recours au spécialiste n'était pas programmable, on peut considérer qu'une très grande majorité des patients que nous transférons dans un service d'urgence justifiait ce transfert. En effet, le taux d'hospitalisation est beaucoup plus élevé parmi les patients de notre centre de gériatrie (89%) que parmi la population générale des plus de 75 ans (50% environ) [2] qui consulte aux urgences.

Les patients les plus dépendants sont beaucoup moins représentés parmi les patients transférés et le plus souvent pour des motifs traumatologiques ou hémorragiques (59.6%), dont la prise en charge via le service des urgences a surtout pour objectif le confort du patient. Ainsi, on observe que ces patients très dépendants sont le plus souvent hospitalisés au décours de leur transfert, mais que peu d'entre eux décèdent durant cette hospitalisation.

Les patients les moins dépendants transférés le sont le plus souvent pour des motifs médicaux et ils sont hospitalisés dans 81% des cas.

Une étude réalisée au sein d'EHPAD en 2010 [21], retrouve que les patients transférés puis décédés à l'hôpital représentent une population moins dépendante, plus jeune que les patients décédant au sein de l'EHPAD qui les accueille. On constate également dans notre établissement que les patients transférés, notamment en faisant appel à un SMUR sont des patients moins dépendants que l'ensemble des patients de notre établissement. La décision d'hospitaliser est liée à une évaluation de la dépendance et de ses souhaits de fin de vie (directives anticipées si elles existent, discussion avec la famille ou les proches...). On devrait également dans cette décision pouvoir prendre en compte la notion de qualité de vie des patient, mais il n'existe que peu (pas) de marqueurs ou d'échelles de ce paramètre.

Par ailleurs, peu de données existent sur la durée d'hospitalisation des personnes âgées après un passage aux urgences. On peut néanmoins imaginer que la durée d'hospitalisation de nos patients est plus courte que pour une population gériatrique générale puisque ceux-ci sont déjà intégrés dans une filière de soins, donc avec une place existant dans la structure d'origine (qu'il s'agisse de patients en EHPAD ou en SSR). De plus, leur sortie des services de spécialité se fait vers notre établissement qui est médicalisé, où la surveillance rapprochée de l'évolution de la pathologie aiguë sera possible et où des soins peuvent être réalisés par l'équipe soignante.

3 - Propositions pour améliorer la PEC

Globalement, nos patients sont peu transférés au sein de services d'urgence, et on retrouve que la majorité de ces transferts est justifiée. Néanmoins, il ressort de cette étude quelques points sur lesquels une amélioration peut être proposée :

- favoriser les transferts directs dans les services de spécialité après accord téléphonique avec les médecins spécialisés pour éviter un passage inadapté aux urgences, source de malaise pour la personne âgée et pour de souffrance pour l'équipe soignante des urgences (population à risque d'escarres, souffrant de pathologies articulaires douloureuses, de syndrome confusionnel...). Cela concerne notamment les patients dont les symptômes ont débuté plus de 24 heures avant la décision de transfert (7 patients de notre étude) et qui ont pu déjà bénéficier d'un bilan de débrouillage au sein de notre centre de gériatrie ;
- favoriser un meilleur accès au plateau technique (meilleur accès au laboratoire et à l'imagerie), mais dans le cas de notre établissement, la contrainte est financière, l'activité ne permettant pas de justifier un laboratoire sur place ni la présence d'un manipulateur radio en permanence ;

- persévérer dans la bonne tenue du dossier médical des patients, pour permettre au médecin prenant la décision de transférer ou non de le faire en toute connaissance de l'état de santé du patient, de son autonomie et de son projet de vie ou de fin de vie ;
- favoriser une discussion précoce avec le patient ou son entourage sur les conduites à tenir en cas de pathologie aigue engageant le pronostic vital (intérêt du choix de la personne de confiance et des directives anticipées), ainsi, devant une décision à prendre dans un contexte d'urgence, une réflexion a déjà été engagée et on peut favoriser pour les patients chez qui la fin de vie semble inéluctable un décès au sein de notre structure, dans de meilleures conditions, accompagné et dans un environnement familial ;
- améliorer la retranscription de la communication avec la famille : celle-ci apparait dans moins d'un dossier sur deux lors du transfert du patient.

CONCLUSION

Grace à la présence en permanence d'un médecin sur place et à la bonne tenue des dossiers médicaux des patients, notre établissement a peu recours aux services d'urgences pour ses patients âgés. Les transferts sont majoritairement motivés par le manque de moyens techniques de notre établissement, la difficulté liée à la continuité des soins pour les prises en charge aiguës et par les difficultés de recours à des avis ou des prises en charge spécialisées.

Ils concernent le plus souvent des patients à l'autonomie préservée et sont décidés en connaissance des souhaits de la personne ou de son entourage concernant le projet de vie. Il est donc primordial d'instaurer rapidement le dialogue avec le patient et sa famille concernant la décision de prise en charge des urgences vitales ou de fin de vie dans notre établissement, la désignation de la personne de confiance dès l'entrée dans l'établissement.

BIBLIOGRAPHIE

1 - Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques, Estimations de population, http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02150, consulté le 6 mai 2011.

2 – V.Carrasco, D.Baubeau, Les usagers des urgences, premiers résultats d'une enquête nationale, DRESS Études et résultats N° 212, janvier 2003

3 - www.maps.google.fr, consulté le 6 mai 2011.

4 - Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques, Evolution de l'espérance de vie à divers âges,

http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02229, consulté le 6 mai 2011.

5 - Nathalie Blanpain, Olivier Chardon, Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques, Estimations de population et statistiques de l'état civil, http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1320, consulté le 6 mai 2011

6 - M.Duée, C.Rebillard, Les personnes âgées en situation de dépendance, contexte démographique et économique, ASDP n°56 septembre 2006 20-24

7 - 10^e conférence de consensus, prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences, 5 décembre 2003-Strasbourg, SFMU

8 - Polycopié du module 5 "Vieillessement" 2005/2006 pour DCEM2 - Faculté de Médecine de Strasbourg – Item 54 « le vieillissement normal »

9 – Syndicat National de Gérontologie, Clinique. AGGIR Guide pratique pour la codification des variables. Principaux profils des groupes iso-ressources. La revue de Gériatrie. 1994;19:249-259

10 – C.Goillot, P.Mormiche, Enquête Handicaps-incapacités-dépendance 1998 et 1999, Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques, résultats, octobre 2003, http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/irsoc022.pdf, consulté le 6 mai 2012.

11 - J.Prévoit, L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007, DRESS mai 2009

12 - N.Dutheil, S.Scheidegger, Pathologies et perte d'autonomie des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées , DRESS, 2006

13 - Fiche thématique « les soins de suite et de réadaptation » ANAES – Direction de l'accréditation – Service Etudes et Développement – Février 2004

14 - C.Lazarovici, D.Somme, V.Carrasco, D.Baubeau, O.Saint-Jean, Caractéristiques, consommation de ressources des usagers des services d'urgences de plus de 75 ans en France, La Presse Médicale, tome 35, n°12, décembre 2006, 1804-1810

15 - H.Lambert, F.Alla, R.Hmidouch-Ferry, A.Pichot Du Mezerais, M.Maignan, A.Bellou, Epidémiologie des personnes âgées de plus de 75 ans admises dans les services d'urgences

français, Journal Européen des Urgences, 2004, 17, 215-220

16 - M.Wargon, T.Coffre, P.Hoang, Durée d'attente des personnes âgées aux urgences et dans l'unité d'hospitalisation des urgences, Journal Européen des Urgences Vol 17, N° HS 1 - mars 2004 pp. 118-120

17 - C.Lazarovici, D.Somme, G.Chatellier, O.Saint-Jean, P.Espinoza, Trajectoire des patients âgés et impact sur leur orientation après leur passage dans les services d'urgences. Résultats d'une enquête nationale, La revue de médecine interne 29 (2008) 618-625

18 - C.Billault, S.Tazé, N.Breuil, C.Servant, J.Schmidt, Evaluation prospective de l'admission en structure d'urgence de 137 personnes âgées vivant en institution, Journal Européen des Urgences, 2008-03-133

19 - D.Arcuset, R.Chougar, F.Labarrere, C.Thomas, F.Montesquieu, A.Bédioui, S.Baqué, JL.Ducassé, Interventions primaires et personnes âgées d'au moins 75 ans : le défi de demain, Journal Européen des Urgences -03-2004-17-HS1-0993-9857-101019-ART29

20 – R.Tholliez, E.Wiel, P.Mauriaucourt, A.Facon, P.Goldstein, Prise en charge de l'urgence dans les établissements d'accueil de personnes âgées dans la métropole lilloise, Journal Européen des Urgences, 2007.03.210

21 - C.Rousseau, C.Cattenoz, A.Le Guen, N.Delarue, Décès en EHPAD ou à l'hôpital : analyse des facteurs intervenants dans la décision d'hospitalisation des résidents, La Revue de Gériatrie, Avril 2012, 2012;37:257-264

AUTEUR : Nom : DUBOIS

Prénom : Camille

Date de Soutenance : 25 juin 2012

Titre de la Thèse : Recours aux services d'urgences des patients du Centre Hospitalier Intercommunal de Wasquehal

Thèse, Médecine, Lille, 2012

Cadre de classement : DES Médecine Générale

Mots-clés : Urgences, Gériatrie

Résumé :

Contexte : La part des personnes âgées dépendantes est en constante augmentation, avec pour conséquence une augmentation des consultations de personnes âgées dépendantes aux urgences. Nous avons étudié les motifs de recours aux services d'urgences des patients de notre centre de gériatrie qui a pour particularité d'accueillir à la fois des patients en soins de suite et de réadaptation et des patients en EHPAD ou en USLD.

Méthode : Une étude monocentrique rétrospective descriptive menée au centre hospitalier intercommunal de Wasquehal analyse tous les transferts vers un service d'urgences entre le 1^e janvier et le 31 décembre 2011.

Résultats : 57 patients sont transférés dans un service d'urgences. Il s'agit de femmes dans 61.40% des cas, l'âge moyen est 78.9 ans, 61.40% sont en SSR et le GIR moyen est de 2.4. Le principal motif de transfert est d'ordre traumatologique (29.8%), puis neurologique (17.5%), hémorragique (17.5%), respiratoire (10.5%), cardiologique (10.5%), urologique (5.3%). 14 patients ont été transférés car leur état clinique est jugé trop grave pour le centre hospitalier de gériatrie (patients relevant de soins en réanimation), 33 sont transférés car le plateau technique est insuffisant et 10 pour un avis spécialisé urgent.

89.3% des patients sont hospitalisés, pour une durée moyenne de 9.0 jours, 8 patients sont décédés pendant leur transfert et 35.8% des patients sont reconvoqués pour des soins à distance.

18 transferts sont réalisés par une équipe médicalisée du SMUR, pour des patients plus autonomes (GIR moyen 2.88). 16 de ces patients ont été hospitalisés, une patiente a été perdue de vue et 2 patients sont décédés pendant le transfert.

Les patients très dépendants (GIR 1- 2) sont surtout transférés pour des motifs traumatologiques (37.8% des transferts) et hémorragiques (21.6%) alors que les patients partiellement dépendants (GIR 3-4) sont transférés pour des motifs médicaux le plus souvent (68.75%).

Conclusion : Grâce à une présence médicale continue et à la bonne tenue de nos dossiers médicaux, les transferts de nos patients dans des services d'urgences sont peu fréquents et souvent justifiés. Il est primordial de prendre en compte le projet de vie des patients dans la décision de transfert.

Composition du Jury :

Président : Mr le Professeur François PUISIEUX

**Asseseurs : Mr le Professeur Eric WIEL
Mr le Docteur Jean-Marie RENARD
Mme le Docteur PIVION**