



UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année 2015

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**ANALYSE DES PATIENTS PROVENANT D'EHPAD ADRESSÉS AUX  
URGENCES : ETUDE MULTICENTRIQUE SUR LE NORD PAS DE  
CALAIS**

Présentée et soutenue publiquement le 30 novembre 2015

Au Pôle Recherche

**Par Laurie Rémont**

**Jury:**

**Président:**

**Monsieur le Professeur Eric Wiel**

**Assesseur:**

**Monsieur le Professeur François Puisieux**

**Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre**

**Monsieur le Docteur Pierre Gosselin**

**Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pierre Gosselin**

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

## Table des matières

I INTRODUCTION .....	p5
II MATERIEL ET METHODE .....	p6
III RÉSULTATS .....	p8
1) Données descriptives .....	p8
a) généralités : âge, sexe, GIR .....	p8
b) Antecedents .....	p10
c) Famille .....	p11
d) Motifs d'adressage .....	p12
e) Mode d'arrivée .....	p13
f) Décision du passage aux urgences .....	p14
g) Appel au 15 .....	p14
h) Avis gériatrique demandé .....	p15
i) Durée de passage .....	p15
j) Passage et durée moyenne jour / nuit .....	p16
k) Passage, durée moyenne, hospitalisation jour de semaine/ weekend .....	p17
l) Durée moyenne selon hospitalisation ou non .....	p18
m) Hospitalisation selon l'acteur de la décision du transfert .....	p18
n) Hospitalisation et services .....	p20
o) Retour au domicile, moyen de retour, modification de traitement, proposition de suivi .....	p21
p) Avis urgentiste et gériatre .....	p23

2) Analyse avec comme critère principal : adressé par le médecin traitant.	p25
a) Durée moyenne de passage / médecin traitant .....	p25
b) appel au 15 / médecin traitant .....	p26
c) hospitalisation / médecin traitant .....	p26
d) avis urgentiste et gériatre / médecin traitant .....	p27
IV DISCUSSION .....	p28
V CONCLUSION .....	p37
VI BIBLIOGRAPHIE .....	p38
VII ANNEXES .....	p42
1) Questionnaire.....	p42
2) Lettre d'information au patient.....	p44
3) GIR .....	p46
4) MMS .....	p47

## I INTRODUCTION

La France compte 66,3 millions d'habitants en 2015 avec un pourcentage de personnes de plus de 75 ans de 9,1%. La population française est actuellement vieillissante. En 2050, selon l'INSEE, les personnes de 75 ans et plus représenteront 16% de la population (1).

Depuis plusieurs années, le nombre de passage aux urgences en France ne cesse d'augmenter, avec une augmentation du nombre de passage estimé entre 1 à 4% par an pour la moitié des structures et de plus de 4 % pour près de un quart d'entre elles. (2)

Le recours à l'hôpital tend à augmenter avec l'avancée en âge s'ajoutant au problème du passage aux urgences non toujours justifié (3, 4 5). Se pose alors le problème de la prise en charge aux urgences, les capacités d'accueil, de faire face à ce nombre grandissant d'entrées, de la bonne orientation de ces personnes âgées qui en général sont polypathologiques et plus fragiles.

Cette tranche de population peut être divisée en deux groupes:

- \_ les personnes vivant à leur domicile
- \_ les patients vivant en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), institution médico-sociale qui accueille les personnes âgées en perte d'autonomie.

Le taux d'institutionnalisation atteint les 10 % à 85 ans et se rapproche des 40 % à 95 ans (6).

Selon différentes études, les personnes de plus de 75 ans vivant en EHPAD représentent 6 à 38 % de l'ensemble des recours aux urgences de la personne âgée (8, 9).

Plusieurs études ont déjà été faites sur les personnes âgées de plus de 75 ans arrivant aux urgences (patients vivant au domicile et en institution confondus) et quelques études ont été menées via les EHPAD pour essayer d'améliorer la prise en charge et d'éviter le transfert des personnes vivant en ehpad aux urgences (10). Par contre, peu d'études ont été réalisées concernant les arrivées aux urgences de ces patients venant d'EHPAD (6).

L'objectif principal de cette étude est de faire un état des lieux du recours urgences de ces patients venant d'EHPAD et d'étudier l'évitabilité de leur passage. L'objectif secondaire de cette étude est de comparer les données obtenues des patients adressés par leur médecin traitant ou non.

## II MATÉRIEL ET METHODE

Cette étude prospective s'est déroulée dans les centres hospitaliers de Lille, Lens et Valenciennes du 9 février 2015 8h jusqu'au 16 février 2015 8H soit une période totale de 7 jours. Au cours de cette période, les patients venant d'EHPAD admis dans le secteur médico-chirurgical du SAU ont été inclus dans l'enquête quelque soit leur âge. Un questionnaire à destinée des urgentistes était directement glissé dans leur dossier par l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation ainsi qu'une note explicative à l'intention du patient, de sa famille ou du personnel de l'EHPAD

précisant le but de l'étude, le caractère anonyme de l'enquête, la possibilité de non participation et les coordonnées si besoin de renseignements supplémentaires (cette note ne quittant pas le patient quelque soit son avenir, hospitalisation ou retour au domicile). A noter qu'en cas de réadmission, un nouveau questionnaire est instruit (cela ne concerne qu'un patient).

Le questionnaire, composé de quatre parties, est rempli tout au long du passage aux urgences par le médecin senior ainsi que par le gériatre qui était sollicité de manière immédiate ou différée pour la dernière partie.

La première partie concerne surtout les données propres au patient: âge, sexe, EHPAD d'origine, GIR, MMS, suivi gériatrique, antécédents neurologiques, cardiologiques, pneumologiques ou autres antécédents, si la famille est joignable ou si le patient est accompagné. On y trouve aussi l'heure d'arrivée aux urgences, le mode d'adressage, s'il y a eu appel au 15 précédent l'arrivée aux urgences, le motif d'admission.

La deuxième partie concerne plus particulièrement le passage aux urgences avec le temps de passage, si un avis auprès d'un gériatre a été demandé, l'orientation du patient: hospitalisation (et si oui vers quel service), retour au domicile.

La troisième partie concerne les patients qui retournent vers leur EHPAD: comment y retournent-ils? Il y a-t-il eu des modifications de traitements? Un suivi gériatrique a-t-il été proposé

La quatrième et dernière partie demande l'avis de l'urgentiste et du gériatre concernant la nécessité du passage aux urgences.

L'étude a été réalisée avec l'accord de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL).

L'analyse statistique des données a été réalisée avec le logiciel IBM SPSS Statistics utilisant comme principal test le mann whitney U test avec un seuil de significativité de 5%.

### III RÉSULTATS

#### 1) Données descriptives

##### a) Généralités: âge, sexe, MMS, GIR

Il y a eu 102 entrées de patients venant d'EHPAD représentant 3% des 3395 entrées aux urgences des trois centres durant cette période.

Sur ces 102 patients, 56 patients ont été admis à Valenciennes, 16 à Lens, et 30 à Lille. Les caractéristiques des trois échantillons sont comparables.

La moyenne d'âge de 86,7 ans +/- 6,35.

La population féminine est plus importante (71,6%) avec une moyenne d'âge de 87,7 ans alors que celle des hommes représentant 28,4% de la population est de 84,1 ans, différence statistiquement significative avec  $p < 0,003$ .

La valeur du MMS est en moyenne de 16 +/- 7.

Le GIR 2 est le stade de perte d'autonomie le plus représenté.

En ce qui concerne les antécédents, seuls 38,2 % des patients inclus n'ont pas d'antécédents neurologiques, seuls 11,8 % des patients sont exempts de pathologie cardiaque et 18,6% des patients ont des antécédents pulmonaires.

38,4% des patients ont un suivi gériatrique représenté à 58,4% des cas par une consultation avec un neurologue.

	Descriptifs	Valeurs manquantes
<b>population</b>	n = 102	
<b>Hôpital d'origine</b>	Valenciennes : n = 56 (54,9%), Lens : n = 16 (15,7%) , Lille : n = 30 ( 29,4%)	n = 0
<b>Âge</b>	n = 101 m = 86 ans +/- 6,35	n = 1
<b>Sexe</b>	n = 102 Masculin n = 29 (28,4%) Féminin n = 73 (71,3%)	n = 0
<b>MMS</b>	n = 46 ( 45,1 %) m = 16 +/- 7	n = 56 (54,9%)
<b>GIR</b>	n = 83 ( 81,4%) m = 2,47 +/- 1, 19 GIR 1: n = 13 (12,7%) GIR 2: n = 38 (37,3%) GIR 3: n = 18 (17,6%) GIR 4: n = 10 (9,8%) GIR 5: n = 2 (2%) GIR 6: n = 2 (2%)	n = 19 (18,6%)
<b>Atcd neurologiques</b>	Oui: n = 63 (61,8%) Non: n = 39 (38,2%)	n = 0

<b>Atcd cardiologiques</b>	Oui: n = 90 (88,2%) Non: n = 12 (11,8%)	n = 0
<b>Atcd pneumologiques</b>	Oui: n = 19 (18,6%) Non: n = 83 (81,4%)	n = 0
<b>Atcd autres</b>	Oui: n=82 (80,4%) Non: n = 20 (19,6%)	n = 0
<b>Suivi gériatrique en place</b>	n = 94 (92,2%) suivi gériatrique en place : n = 36 (35,3%) pas de suivi gériatrique n = 58 (56,9%)	n = 8 (7,8%)
<b>Quel suivi?</b>	n = 31 (30,4%) Neurologie: n = 17 (16,7%) Gériatrie: n= 9 (8,8%) Hôpital de jour: n = 3 (2,9%) Neurologie et gériatrie: n = 1 (1%) Neurologie et hôpital de jour: n = 1 (1%)	n = 71 (69,6)

#### b) Antécédents

Si on regarde de manière plus précise les antécédents, on remarque que les pathologies neurologiques sont dominées par la maladie d' alzheimer et les démences dont en sont atteints de manière respective 21,6 et 27,9 % de la population étudiée.

L'hypertension artérielle (70,6 %) et les troubles du rythme (43,1%) sont les 2 antécédents cardiologiques les plus fréquents. Les problèmes d'origine pulmonaire sont moins présents: 6,9% de la population étudiée sont atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive et 4,9 % sont concernés par l'asthme. Les trois autres antécédents les plus fréquemment retrouvés sont par ordre d'importance le diabète (quelque soit le stade) à 18,6 %, les cancers actifs ou en rémission à 10,8 %; quant au syndrome dépressif, il touche également 10,8 % de la population étudiée.

Atcd NEURO		Atcd CARDIO		Atcd PNEUMO		Atcd fréquents	
Effectifs (%)		Effectifs (%)		Effectifs (%)		Effectifs (%)	
<b>Alzheimer</b>	22 (21,6)	<b>HTA</b>	72 (70,6)	<b>BPCO</b>	7 (6,9)	<b>Cancer</b>	11 (10,8)
<b>Démence</b>	28 (27,9)	<b>Angor/ IDM</b>	26 (20,6)	<b>Asthme</b>	5 (4,9)	<b>Diabète</b>	19 (18,6)
<b>Parkinson</b>	9 (8,9)	<b>AOMI</b>	6 (5,9)	<b>Autres</b>	12 (11,9)	<b>Sd dépressif</b>	11 (10,8)
<b>AVC</b>	17 (16,8)	<b>Troubles du rythme</b>	44 (43,1)				
<b>Autres</b>	7 (6,9)	<b>Autres</b>	24 (23,5)				

### c) Famille

Les patients de cette étude étaient accompagnés par un proche à 8,8% et leur famille était joignable dans 67,7 % des cas.

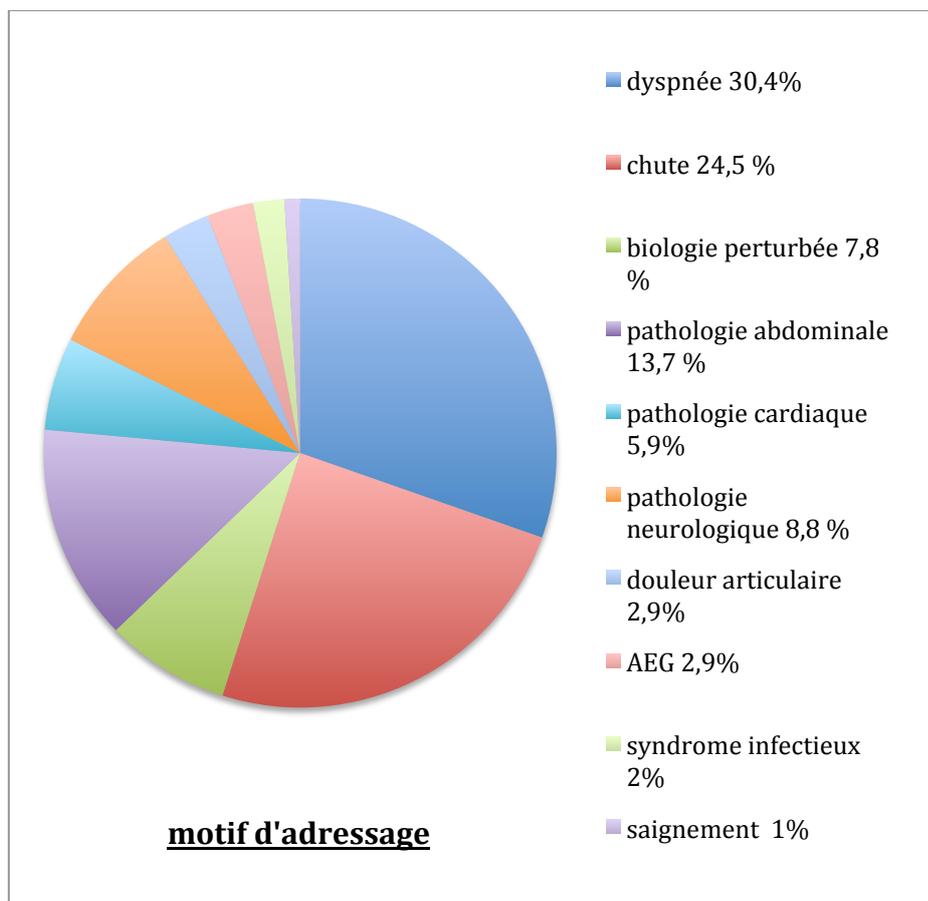
#### d) Motif d'adressage

Le motif le plus fréquemment retrouvé est la dyspnée (pneumopathie, insuffisance cardiaque, exacerbation BPCO...etc) représentant 30,4 % des entrées.

En deuxième position, avec 24,5 % des motifs d'entrées, on retrouve les chutes et leurs complications (douleur, fractures, plaies...).

Ensuite, viennent les douleurs abdominales à 13,7 %, les problèmes neurologiques (confusion, somnolence, suspicion AVC... etc) à 8,8 %, es anomalies biologiques à 7,8 % et les cardiopathies à 5,9 %.

Les motifs d'altération de l'état général (2,9%), de douleur articulaire (2,9%), de syndrome infectieux (2%) et d'hémorragie (1%) sont les moins fréquents

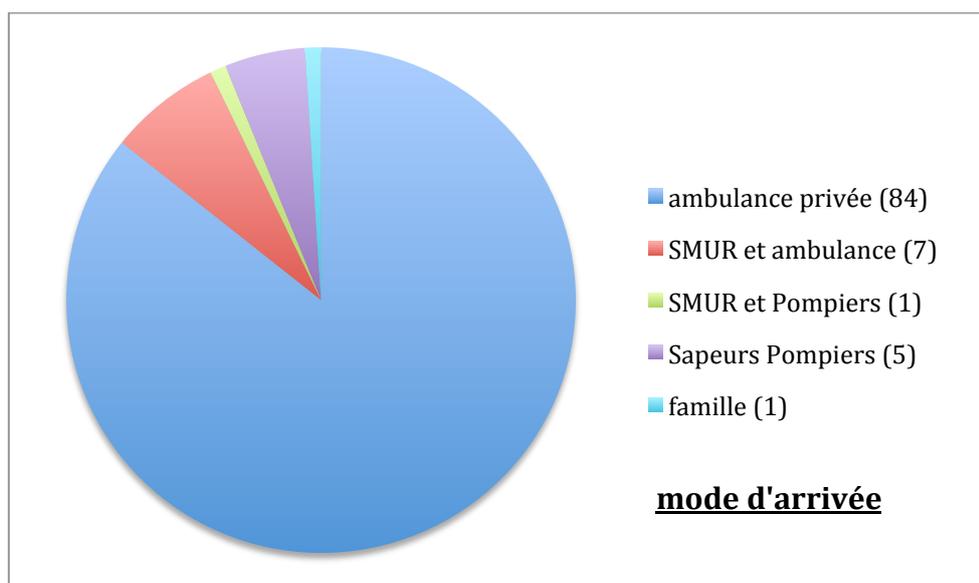


### e) Mode d'arrivée

Pour quatre-vingt-dix-huit patients, le mode d'arrivée était précisé.

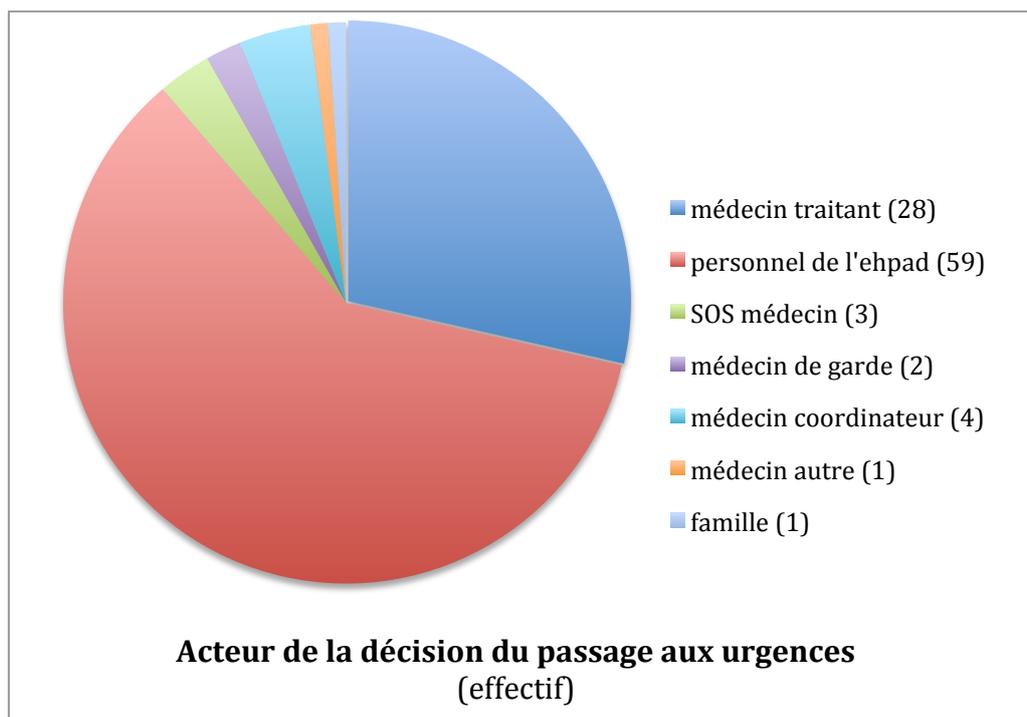
Pour quatre-vingt-neuf d'entre eux, une ambulance privée a été dépêchée seule.

Huit patients ont été médicalisés par le SMUR via les urgences (sept patients en vecteur avec une ambulance privée et un avec les sapeurs pompiers). Cinq patients ont été transportés avec les pompiers seuls. Un patient a été amené par sa famille.



#### f) Décision du passage aux urgences

Vingt-huit patients ont été adressés par leur médecin traitant, trois par SOS médecin, deux par le médecin de garde, quatre par le médecin coordinateur de l'établissement. Un patient a été adressé après sollicitation d'un médecin d'un autre patient de l'EHPAD et un patient a été amené par décision de sa famille. Cinquante-neuf patients ont été adressés aux urgences à la demande du personnel d'EHPAD seul.



#### g) Appel au 15

Sur les quatre-vingt-seize dossiers pour lesquelles cette donnée était exploitable, il y a eu trente-neufs appels au 15 précédents le passage aux urgences soit **38,2%** de la population étudiée.

#### h) Avis gériatre demandé

Huit patients **soit 7,8 %** de l'échantillon ont bénéficié d'un avis gériatrique au cours de leur passage aux urgences, trois à Valenciennes et à Lille, deux à Lens.

Sur ces huit patients, un était adressé par son médecin traitant.

Il en a résulté six hospitalisations et deux retours au domicile.

Selon les urgentistes, le passage aux urgences était inévitable pour tous ces patients.

Selon les gériatres, un seul passage aux urgences aurait été évitable pour cet échantillon.

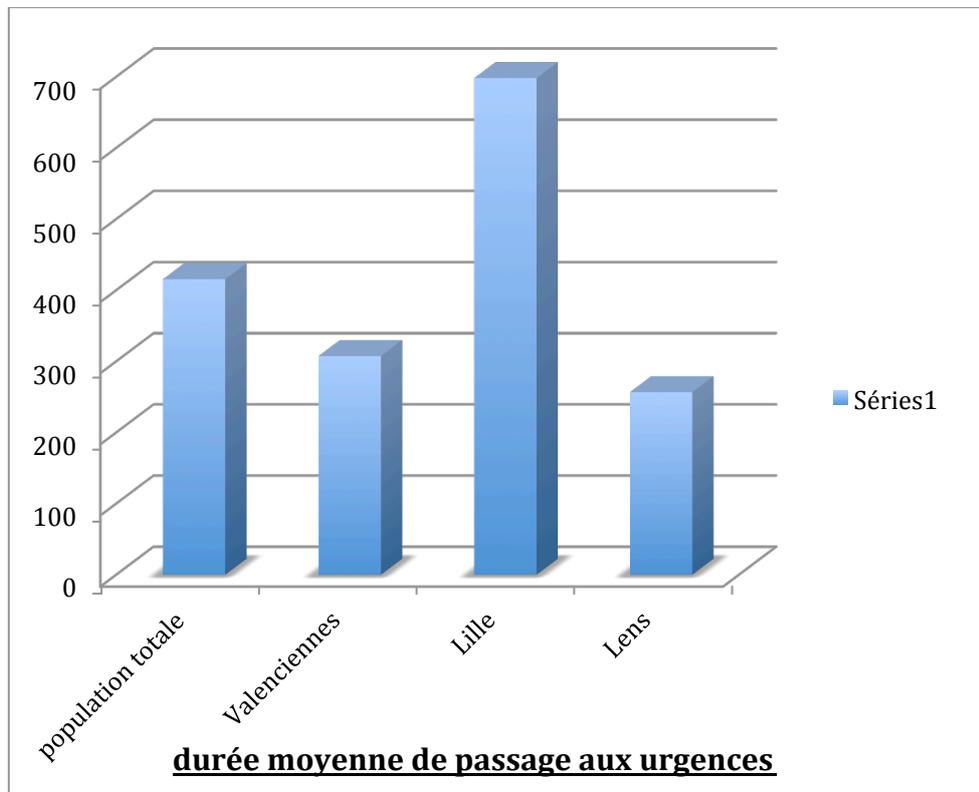
Le temps moyen de passage est de 352 minutes pour ces patients.

### i) Durée de passage

Le temps de passage a pu être analysé sur cent un dossiers.

Le temps moyen d'un passage aux urgences tout hôpital confondu est de 415 minutes +/- 366 soit **6h et 55 minutes**. A noter que près de 48 % des patients étudiés ont un temps de passage inférieur à 5 heures.

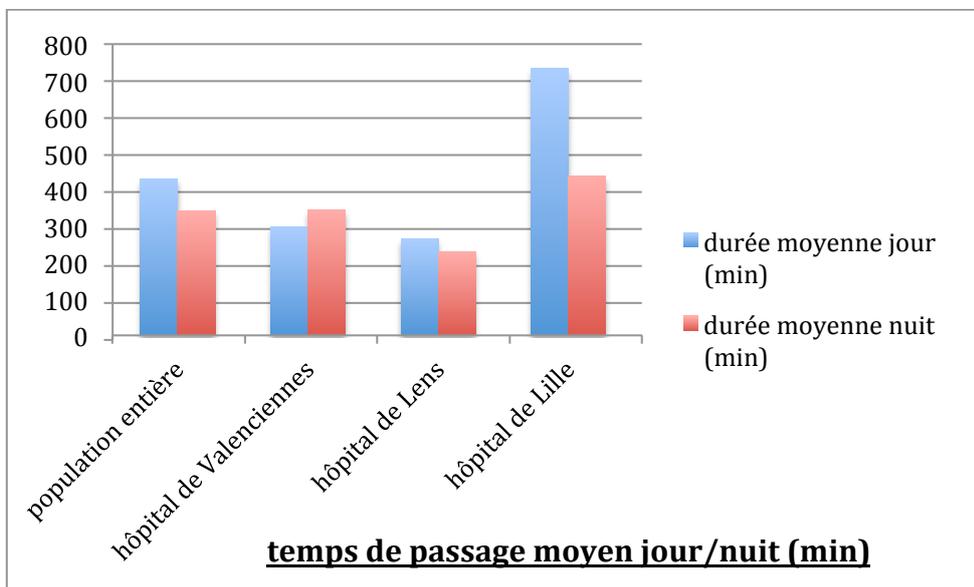
En fonction des différents hôpitaux, ce temps de passage peut varier. En effet, le temps moyen de passage pour Valenciennes est de 307 minutes ( 5 heures 7 min ) +/- 188 ; pour Lille, le temps moyen de passage est de 698 minutes (11heures 38 min) +/- 522 ; pour Lens, la durée moyenne de passage est de 256 minutes (4 heures 16 min) +/- 108.



## j) Passage et durée moyenne jour / nuit

Sur l'ensemble des dossiers, quatre-vingt-dix-huit sont exploitables. Il y a eu soixante-dix-neuf patients arrivés de **jour** (8h30-20h30) soit **77,5%** des entrées de la population étudiée et dix-neuf patients qui sont arrivés de **nuit** soit **18,6%** des entrées. 3,9 % des données sont manquantes.

Il n'y pas eu de différence significative entre le temps de passage pour les patients arrivant la journée et pour ceux arrivant la nuit. Toutefois, on peut observer une tendance à la diminution du temps de passage de nuit. En effet pour l'ensemble de l'échantillon, la durée moyenne du temps de passage est de **431 min** +/- 390 le jour contre **341 min** +/- 270 la nuit.



k) Passage, durée moyenne et hospitalisation selon jour

de semaine/ weekend

Il était important également d'étudier les jours de consultations et notamment de comparer le nombre d'entrées en semaine et celui des weekends.

Sur les 102 passages aux urgences, soixante-dix-huit (**76,47%**) ont eu lieu la **semaine** et vingt-quatre (**23,53%**) **le weekend**.

	Effectifs (%)
<b>Lundi</b>	17 (16,5)
<b>Mardi</b>	12 (11,7)
<b>Mercredi</b>	19 (18,4)
<b>Jeudi</b>	18 (17,5)
<b>vendredi</b>	14 (13,6)
<b>samedi</b>	10 (9,7)
<b>dimanche</b>	12 (11,7)

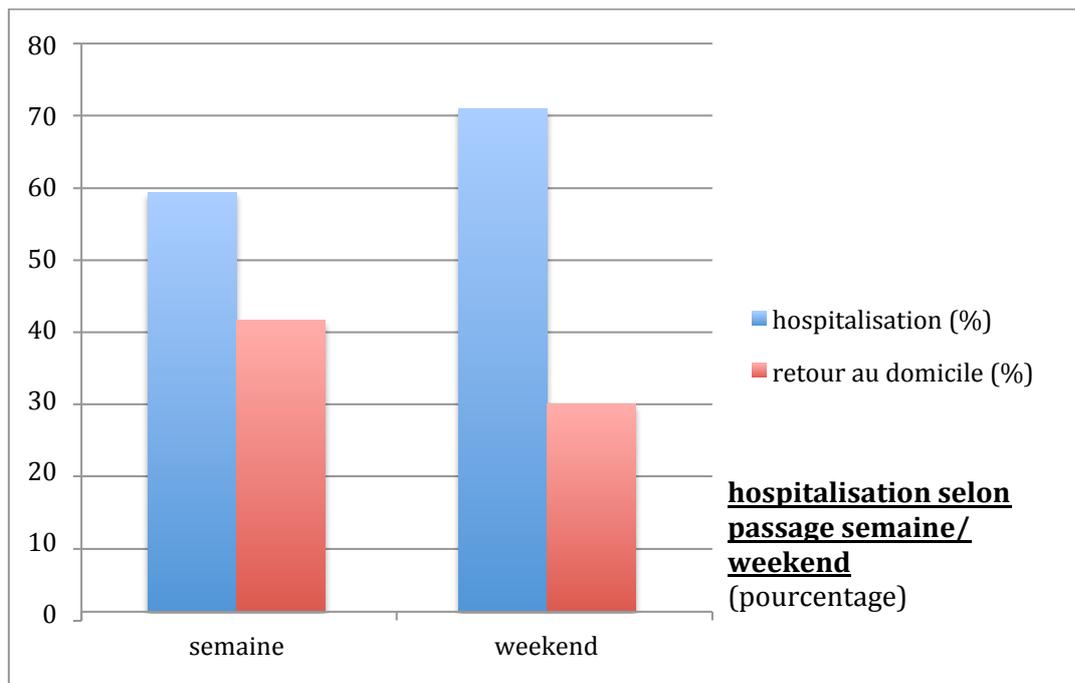
Le temps de passage de moyen de semaine est de 414 min +/-368 ; celui de weekend est de 418 min +/- 368 sans difference statistiquement significative.

Sur les vingt-huit patients adressés par leur médecin traitant, vingt-trois d'entre eux sont venus en semaine.

Il n'y a pas eu de différence statistiquement significative entre les hospitalisations selon les jours de semaine ou de weekend avec  $p = 0,298$  .

Les soixante-dix-huit entrées de semaine ont conduit à quarante-six hospitalisations.

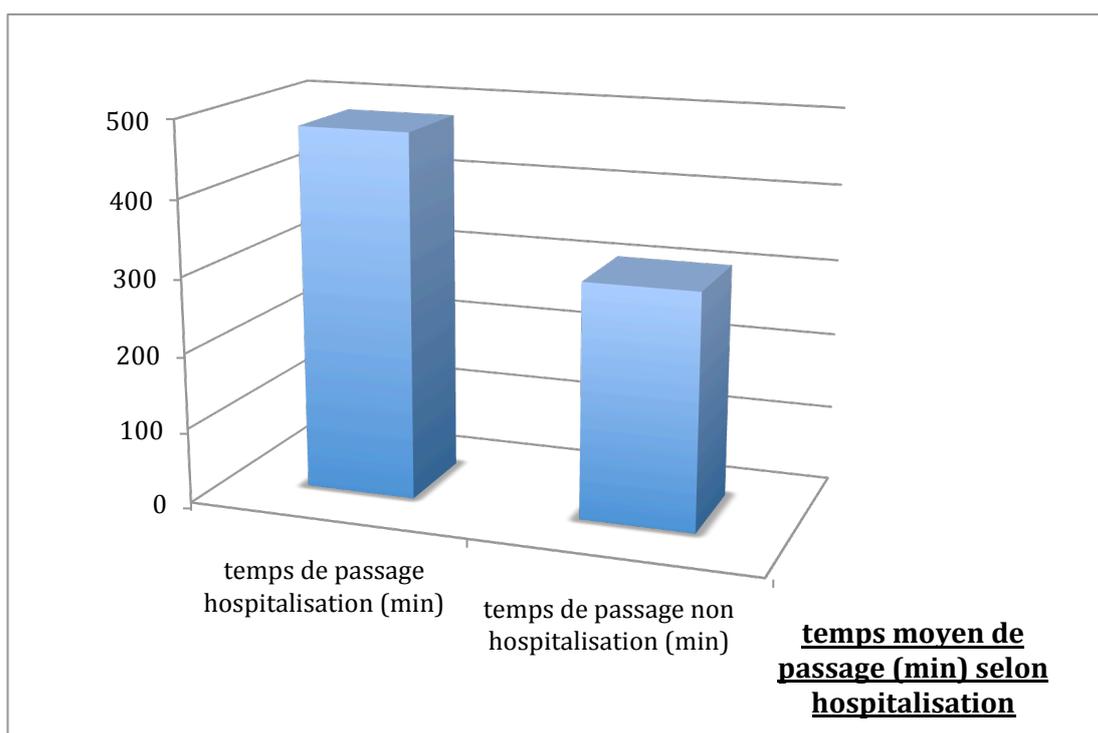
Dix-sept hospitalisations proviennent des vingt-quatre entrées du weekend.



### I) Durée moyenne selon hospitalisation ou non

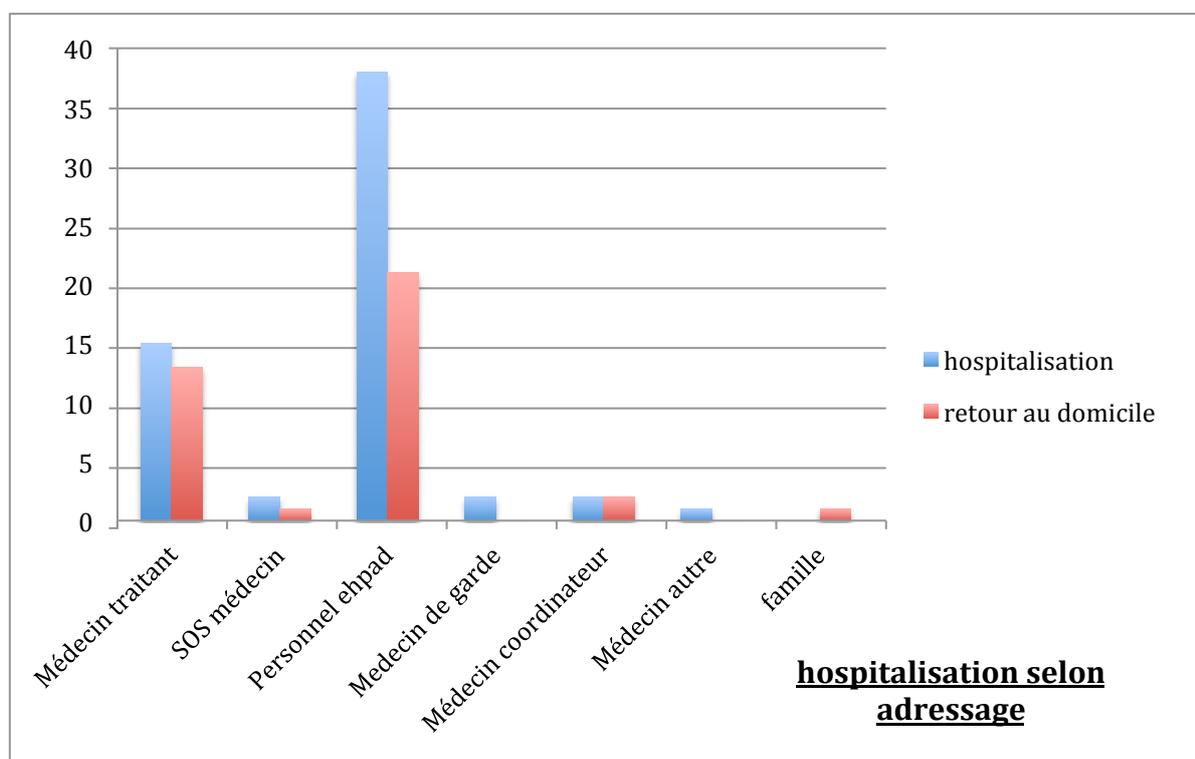
Cette étude met en évidence une différence du temps de passage moyen statistiquement significative ( $p = 0,02$ ) selon l'hospitalisation ou non du patient.

Le temps de passage moyen pour les personnes non hospitalisées est de 309 min (+/- 307) contre 481min (+/- 307) pour les patients nécessitant une hospitalisation.



### m) Hospitalisation selon l'acteur de la décision du transfert

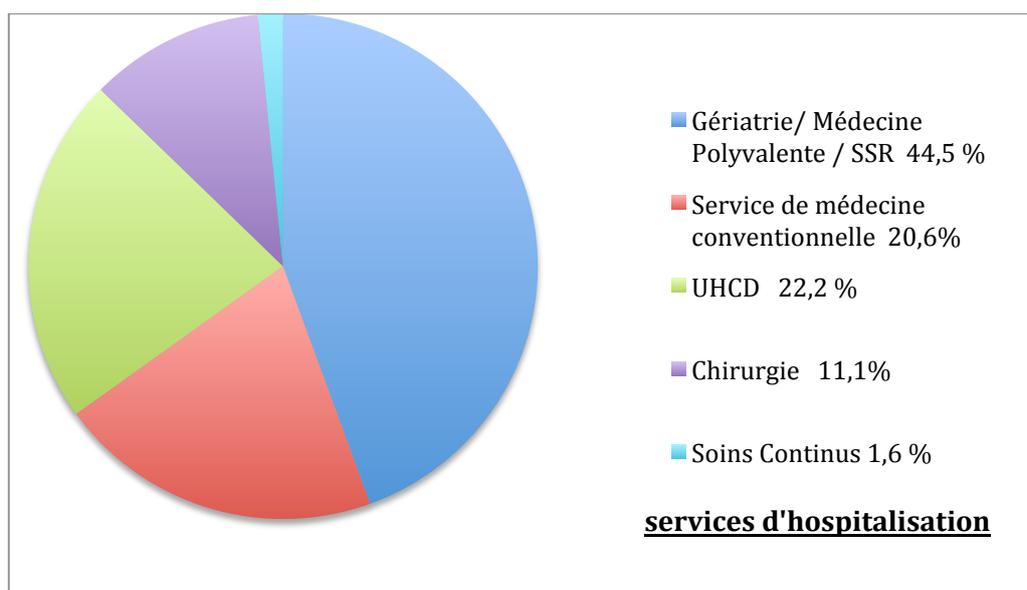
Il n'y a pas eu de différence statistiquement significative dans le nombre de patients hospitalisés selon le mode d'adressage



### n) Hospitalisation et services

Lors de cette semaine d'étude, soixante-trois patients soit 61,8 % de la population étudiée ont été hospitalisés suite à leur consultation aux urgences.

Vingt-huit patients ont été orientés vers un service de gériatrie, de médecine polyvalente, ou de Soins de Suite et de rééducation; treize ont été hospitalisés dans un service de médecine conventionnelle (cardiologie, pneumologie, médecine interne.... ); quatorze ont été dirigés vers l'UHCD (unité hospitalière de courte durée) ; 7 patients ont bénéficié d'un séjour en chirurgie et un patient a nécessité un transfert en soins continus.



La dyspnée et l'altération de l'état général sont les motifs qui entraînent le plus fréquemment une hospitalisation

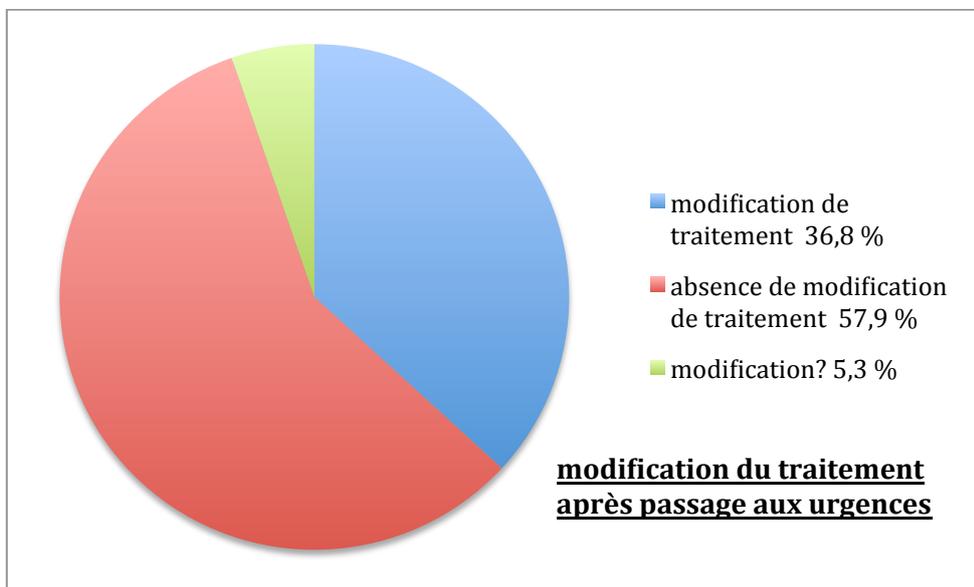
		hospitalisation		Total
		oui	non	
motif d'adressage	dyspnée	27	4	31
	chute	11	14	25
	biologie perturbée	6	2	8
	pathologie abdominale	9	5	14
	pathologie cardiologique	3	3	6
	pathologie neurologique	4	5	9
	douleur articulaire	0	3	3
	Altération de l'Etat Général	3	0	3
	syndrome infectieux	0	2	2
	saignement	0	1	1
<b>Total</b>		<b>63</b>	<b>39</b>	<b>102</b>

o) Retour à domicile, moyen de retour, modification de traitement, proposition de suivi

Sur les trente-neuf patients non hospitalisés, trente-huit sont rentrés au domicile. Un patient est décédé durant son passage aux urgences.

Pour trente-trois d'entre eux, soit 86,8%, le retour au domicile s'est fait via une ambulance privée. Pour cinq dossiers, représentant 13,2% de cet échantillon, le mode de retour n'a pas été précisé.

Quatorze patients se s'ont vu modifier leur traitement avant de retourner à leur domicile ; vingt-deux patients sont rentrés chez eux sans modification de traitement et la réponse à cette question reste inconnue pour deux patients.



A noter que sur les trente-huit patients ayant rejoint leur domicile, un seul s'est vu proposer un suivi gériatrique à type de consultation.

## p) Avis urgentiste et gériatre

### Avis urgentistes:

Quatre-vingt-dix-neuf dossiers ont pu être exploités pour la question: le passage aux urgences était-il évitable selon l'urgentiste?

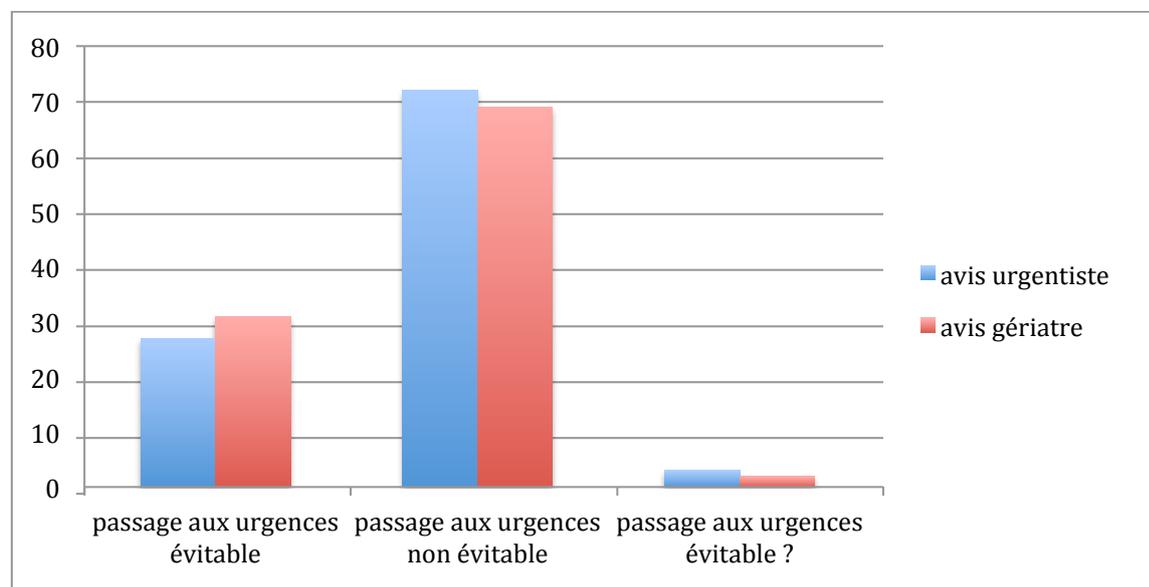
La réponse était oui pour vingt-sept dossiers, soit le passage était **évitable** pour **26,5%** de la population

La réponse était non pour soixante-douze dossiers soit le passage n'était **pas évitable** pour **70,6%** de la population.

### Avis gériatres:

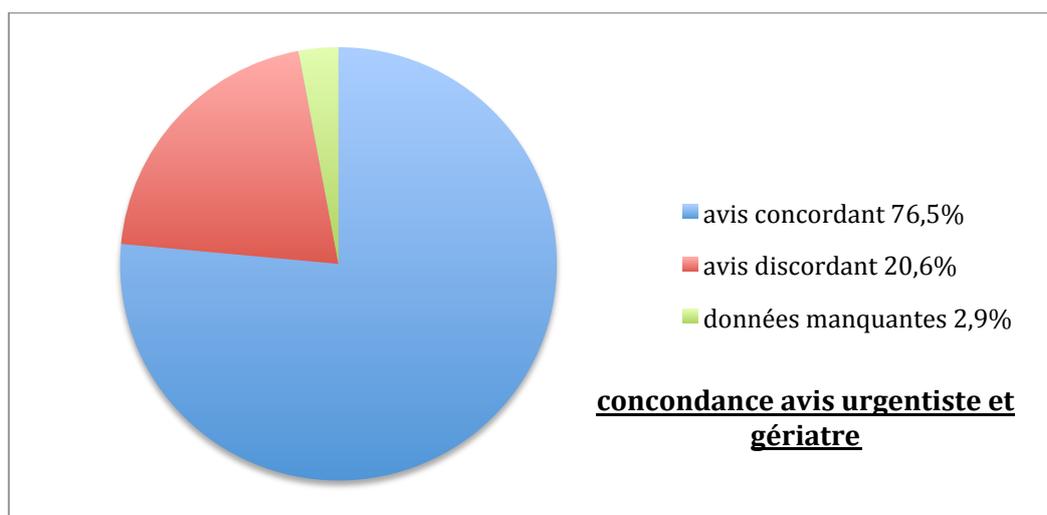
La même question a été posée aux gériatres. Cent réponses ont été obtenues.

Le passage aux urgences était **évitable** pour trente-et-un dossiers soit **30,4%** de la population et **inévitable** pour les soixante-neuf autres soit **77,6%** de la population.



### Avis de l'évitabilité du passage selon les urgentistes et les gériatres

Quatre-vingt-dix-neufs dossiers ont réuni l'avis de l'urgentiste et du gériatre. Pour soixante-dix-huit patients soit 76,5 % de l'échantillon, leurs avis étaient concordants ( dix-huit avec un passage évitable et soixante avec un passage non évitable). Pour vingt-et-un dossiers soit 20,6 % de l'échantillon, leurs avis différaient.



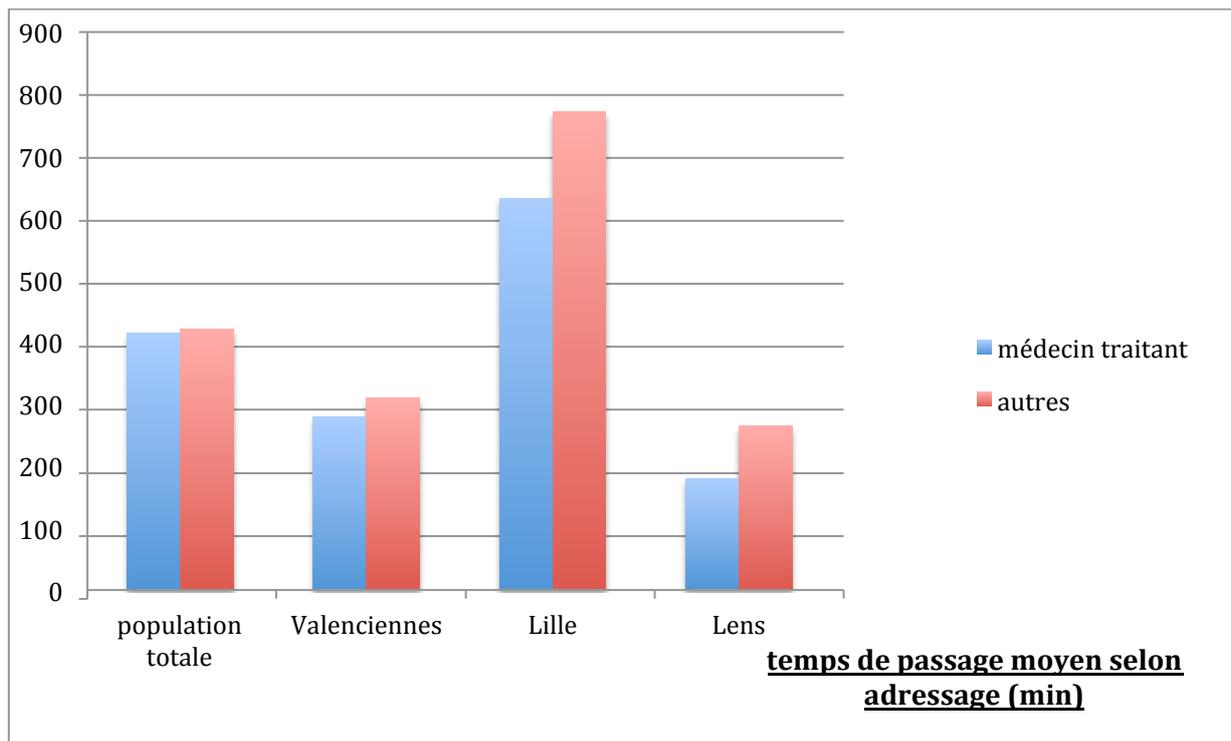
		Avis gériatre		Total
		évitable	Non évitable	
Avis urgentiste	évitable	18	9	27
	Non évitable	12	60	72
Total		30	69	99

2) Analyses avec comme critère principal: adressé par le médecin traitant

a) Durée moyenne de passage /médecin traitant

Il n'y a pas eu de différence statistiquement significative entre le temps moyen de passage que le patient soit adressé par le médecin traitant ou non mais on peut quand même observer une tendance à une diminution de ce temps lorsque le patient est adressé par son médecin traitant ; en effet, le temps de passage moyen pour l'échantillon total est de **414** minutes quand le patient est adressé par son médecin traitant versus **420** minutes pour les autres. (A Valenciennes, le temps moyen de passage aux urgences pour les patients adressés par leur médecin traitant est de 279 minutes versus 309 minutes; à Lens, le temps moyen de passage aux urgences pour les patients adressés par leur médecin traitant est de 180 minutes +/- 0 versus 264 minutes ; et à Lille, on a une différence de 140 minutes selon l'adressage par le médecin traitant ou non ( 631 min versus 771 min ).

Temps moyen du passage aux urgences		
	Médecin traitant	autres
<b>Population totale</b>	414 min +/- 341	420 min +/- 386
<b>Valenciennes</b>	279 min +/- 155	309 min +/- 201
<b>Lens</b>	180 min	264 min +/- 114
<b>Lille</b>	631 min +/- 438	771 min +/- 569



b) Appel au 15/ médecin traitant

Il y a une différence statistiquement significative sur la distribution de l'appel au 15 selon médecin traitant et autres.

Un seul des médecins traitant a appelé le samu.

Le personnel de l'ehpad a sollicité le 15 trente-six fois soit dans 62% des cas.

c) Hospitalisation / médecin traitant

Il n'y a pas de différence significative sur le nombre d'hospitalisations selon l'adressage du patient par son médecin traitant ou non.

Sur les 28 patients adressés par leur **médecin traitant**, 15 ont été hospitalisés soit **53,6 %**.

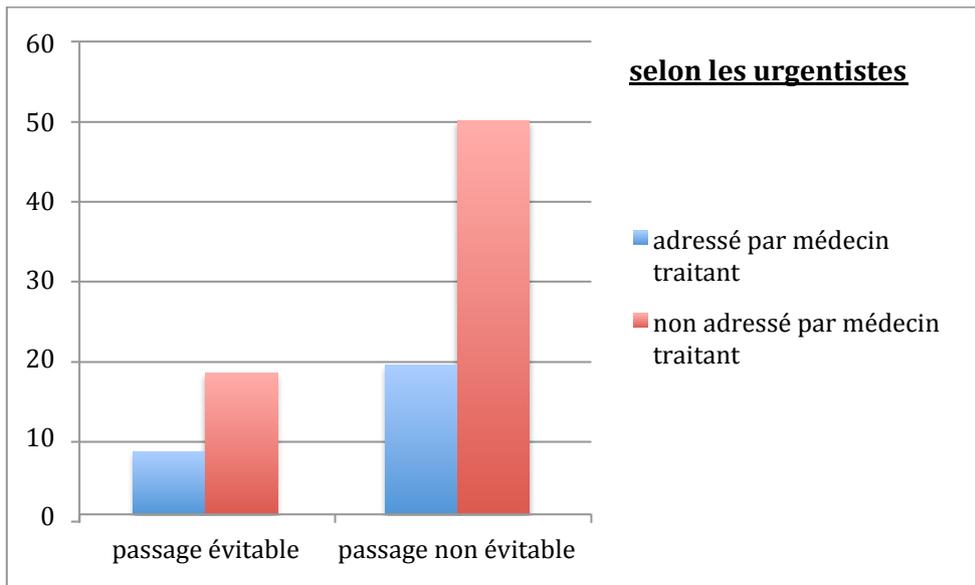
**64,3 %** des patients **non adressés par leur médecin traitant** ont été hospitalisés.

		hospitalisation		Total
		oui	non	
Adressé par médecin traitant	oui	15	13	28
	non	45	25	70
Total		60	38	98

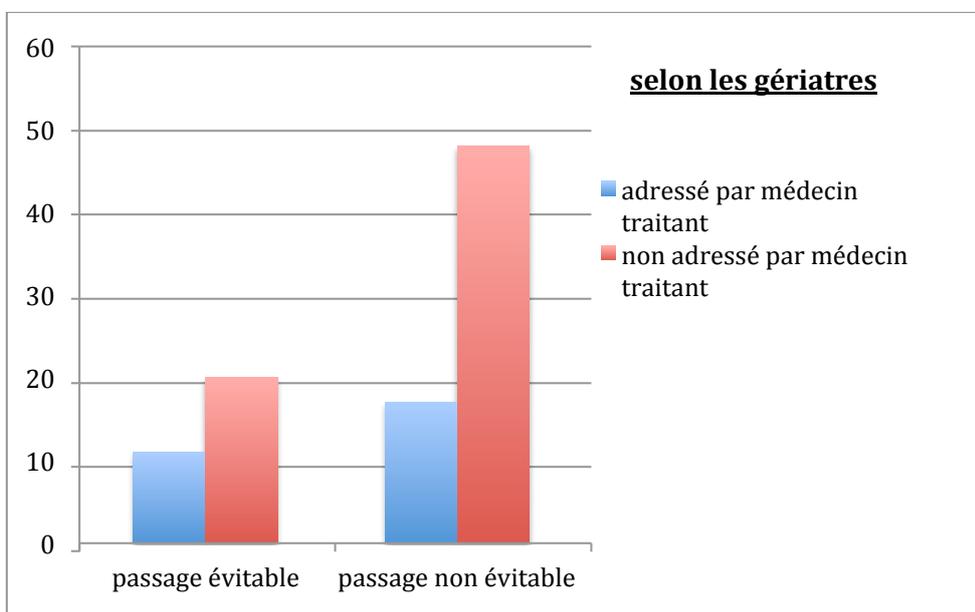
d) Avis urgentiste et gériatre / médecin traitant

La distribution des avis des urgentistes et des avis des gériatres est la même que les patients soient adressés par leur médecin traitant ou non, il n'y a pas de différence statistiquement significative.

Selon les urgentistes, 70,37 % des entrées faites par les médecins traitants sont justifiées contre 73,53 % pour les autres entrées de notre échantillon.



Selon les gériatres, 39,3 % des entrées faites par les médecins traitants durant notre étude étaient évitables, contre 29,4% pour les autres modes d'entrées.



### III DISCUSSION

Les patients vivant en EHPAD orientés vers les urgences, représentant 3 % des entrées , ce qui est moins que dans d'autres études qui retrouvent des taux variant de 6 à 33% (8, 10).

Cela peut s'expliquer par le fait que le Nord Pas-De-Calais est une région qui a un nombre de places en hébergement médicalisé pour habitants de plus de 75 ans faible avec des ratio allant de 1 à 5 avec d'autres régions (11).

Cette étude retrouve des caractéristiques démographiques comparables avec celles de la littérature.

L'âge minimum est de 68 ans, l'âge maximum est de 103 ans avec une moyenne de 86,7 ans. Dans des études similaires (4,10, 12), l'âge moyen varie de 83,4 à 87,4 ans.

La population féminine, représentant 71,6% de l'échantillon, a une moyenne d'âge de 87,7 ans, ce qui est à nouveau comparable aux données de la littérature (10, 12, 13).

Le score de GIR, évaluant l'autonomie de la personne est pour 50% de notre population inférieur ou égal à 2, ce qui montre une perte d'autonomie très importante chez ces patients expliquant en partie leur institutionnalisation.

En EHPAD, la population ayant un GIR de 1 à 2 représente 57% des patients institutionnalisés (14). Dans notre étude, cette donnée a été recueillie pour 81,4% de la population, pourcentage supérieur que pour d'autres études. (4,15).

Il aurait été toutefois intéressant de faire le lien entre le GIR et le temps de passage aux urgences. En effet, la perte d'autonomie pourrait influencer la prise en charge aux urgences. Par ailleurs, il aurait été également intéressant de regarder le devenir des patients en fonction de leur GIR. Ces patients étant plus fragiles, leur orientation est peut-être différente.

Le MMS étudié chez un peu plus de 45% de la population est en moyenne de 16. Cette donnée est peu transmise par les EHPAD car non recommandée sur la fiche de liaison type (3). Par ailleurs, une évaluation cognitive était effectuée pour seulement 47,6% des résidents d'EHPAD en 2013. (16) Il existe cependant un biais de recueil dans notre étude car lorsque le MMS était transmis, on ignorait la date de l'évaluation neurologique.

Les antécédents de la population étudiée étaient lourds avec 61,8 % de la population atteints de pathologies neurologiques (notamment la maladie d'Alzheimer et les démences), 88,2 % avaient des antécédents cardiologiques et 18,6 des antécédents pulmonaires.

Sur le plan neurologique, près de la moitié de la population étudiée souffrait de la maladie d'Alzheimer ou de démence, toute étiologie confondue.

Dans une population de plus 75 ans, institutionnalisée ou non, ce taux varie entre 14 et 24 % (4, 17) mais atteint 53,7% dans une population vivant en EHPAD (18). A

noter que la démence constitue le premier facteur de risque d'institutionnalisation après la dépendance et l'isolement (8, 23).

L'hypertension artérielle, antécédent le plus fréquent avec plus de 70% de la population étudiée, est retrouvée de manière plus importante que dans les autres études (4, 18).

L'hypertension artérielle ainsi que les autres antécédents cardio-vasculaires tels que l'infarctus du myocarde, les troubles du rythme qui sont également très fréquents peuvent évoluer vers l'insuffisance cardiaque avec son risque de décompensation expliquant en partie le nombre important d'entrées pour dyspnée.

Quant aux antécédents respiratoires, la broncho-pneumopathie chronique obstructive touche près de 7 % de la population, ce qui est similaire aux données de la littérature (4, 18).

Les motifs principaux d'admission étaient les dyspnées à 30,4 % et les chutes 24,5%.

Les études similaires retrouvent en premier la chute variant de 22 à 33% (4, 10, 18) et la dyspnée en second avec 12 à 18% des entrées (4, 10, 18). Il y a certainement un biais de recueil dans notre étude, les décompensations cardiaques étant incluses dans les dyspnées.

Le nombre conséquent de chute comme motif de consultation s'explique facilement. 54,3 % des résidents d'ehpad chuteraient au moins une fois par an selon certaines études. (14)

Contrairement aux autres études qui retrouvent des pourcentages allant jusqu'à 71% (4 10, 19, 20) seuls 27,5% des patients étaient adressés par leur médecin traitant mais il y a eu un biais de sélection important car seuls étaient inclus les patients

arrivés avec une lettre de leur médecin. Or, si le patient a été examiné mais n'a pas eu de courrier, si l'infirmière de l'ehpad a eu un accord téléphonique ou si le médecin traitant a prévenu les urgentistes par appel téléphonique sans trace écrite, ces patients n'étaient pas comptabilisés. D'autres études ont étudié la présence de lettre du médecin traitant et ont retrouvé des pourcentages variant de 53 à 83% (19, 20). Toutefois, notre résultat concorde avec l'étude PLEIAD (21) dans laquelle les hospitalisations sont décidées pour 32% par les médecins généralistes. Malgré tout, ce faible pourcentage s'explique par le manque de médecins généralistes dont l'effectif a diminué de 6,6 % en France entre 2007 et 2014 (37). Par ailleurs, même lors des heures ouvrables, il n'est pas toujours évident de se libérer en urgence.

Seuls 1/3 des patients résidents d'ehpad étaient inclus dans des filières gériatriques, représentées principalement par des consultations gériatriques et neurologiques. Dans l'avenir, développer ces filières pourrait être une des solutions afin de réduire les consultations aux urgences. La mise en place d'un suivi médical spécialisé, d'une évaluation gériatrique que ce soit en consultation spécialisée ou en hospitalisation de jour permettrait d'essayer de prévenir les problèmes aigus et de faciliter les hospitalisations programmées. Une étude a démontré l'intérêt de privilégier l'admission directe chez les patients âgés de plus de 75 ans. (22)

Un appel au SAMU a été effectué dans 36,2% des cas. Une précédente étude retrouve que 1/3 des transferts de jour et plus de la moitié de ceux après 20h sont décidés par le régulateur (14). Il y a très probablement un biais de recueil pour cette information dans notre étude.

En ce qui concernent les familles : près de 91% des patients sont restés seuls aux urgences et presque 1/3 des patients n'avait pas de famille joignable.

On peut évoquer plusieurs raisons à cela. En effet, comme dit précédemment, l'isolement est un facteur de risque majeur d'institutionnalisation (8, 23) donc ces patients ont peu de famille proche. Par ailleurs, ces dernières n'ont peut-être pas toujours été prévenues du transfert par l'EHPAD.

Par contre, la communication des coordonnées des intervenants habituels du patient lors de son transfert fait partie des recommandations (3), ce qui semble avoir été respecté puisque la famille est joignable dans un peu plus de 2/3 des cas.

Les patients sont arrivés aux urgences à 84% via ambulances privées ce qui est conforme aux autres études dont les pourcentages varient de 55 à 94% (10, 12)

La durée de passage aux urgences était en moyenne de 415 minutes soit près de 7heures. Ce résultat, même si pour près de 50% des patients le temps de passage était inférieur à 5heures, est loin des moins de deux heures constatées dans la moitié des consultations aux urgences d'autres études. (7) Toutefois, une autre étude concernant des patients âgés, retrouve un temps de passage variant de 8 à 13heures environ, résultat comparable à notre étude (13).

Du fait des polyopathologies de ces patients et de leur fragilité, on peut se poser la question d'une prise en charge plus longue avec la nécessité d'examens complémentaires plus nombreux et d'avis auprès de spécialistes plus importants.

Huit avis ont été sollicités auprès d'un gériatre durant le séjour aux urgences dont ont résulté deux retours à domicile et deux hospitalisations avec un temps moyen de passage aux urgences de 352 minutes.

La présence continue d'un gériatre aux urgences peut-être pourrait-elle permettre une prise en charge plus rapide de ces patients ? Par ailleurs, une étude a démontré que le nombre d'hospitalisation était moindre lors de la présence continue d'un gériatre aux urgences. (24)

Une autre étude a mis en évidence que la mise en place d'une unité d'accueil et d'orientation des personnes âgées (UAOPA) a entraîné une diminution du nombre de transferts non médicalement justifiés et de la durée moyenne du séjour en lit porte aux urgences permettant un meilleur fonctionnement des urgences. (25)

Durant notre étude, il y a eu 77,5% des entrées qui ont eu lieu le jour et 18,8 % la nuit avec un temps de passage respectifs de 431 minutes et de 341 minutes, différence non significative.

Près de 77 % des entrées ont été effectués en journée et en semaine.

Ces résultats sont comparables à ceux retrouvés dans la littérature (10, 18, 26, 27).

Durant cette période, 61,7 % des patients ont bénéficié d'une hospitalisation, ce qui semble correspondre aux données de la littérature dont les chiffres varient entre 42 et 73,5 % (10,13, 28, 29). 44,5 % de ces patients ont été orientés vers un service de gériatrie, médecine polyvalente ou SSR ; 20,6% vers un service de médecine conventionnelle.

Par ailleurs, une étude a montré que 35% des patients d'EHPAD bénéficie d'au moins une hospitalisation par an et dont plus de la moitié passait via les urgences (14) confortant ainsi ce haut taux d'hospitalisation.

37,2% des patients venant d'EHPAD n'ont pas été hospitalisés et sont rentrés dans leur institution en ambulance privée ; un peu plus d'un tiers de ces patients ont bénéficié d'un changement de traitement. Il est recommandé d'arrêter la prescription médicaments inutiles tout en s'assurant que le médecin traitant en soit informé devant le risque de iatrogénie majoré par la polymédication (3). Ici, les modifications de traitement n'ont pas été précisées.

Seul un patient s'est vu proposé un suivi gériatrique à type de consultation.

Devant ce taux d'hospitalisations important, le passage aux urgences pourrait paraître justifié et obligatoire.

Or, selon les urgentistes et les gériatres, en sachant que leur avis concordent dans un peu plus de  $\frac{3}{4}$  des cas, le pourcentage d'entrées évitables aux urgences atteint respectivement 26,5% et 30,4 %, ce qui semble conforme aux données de la littérature. En effet, d'autres études retrouvent une évitabilité dont le taux varie entre 17 et 44% (18, 30, 31).

Différentes études (4, 30, 32) ont montré que le critère d'adressage des patients aux urgences par leur médecin traitant ne constituait pas un critère objectif de la nécessité du passage via les urgences.

En effet, si l'on regarde les avis des urgentistes et des gériatres, bien qu'il n'y ait pas eu de différence statistique significative entre les patients adressés par leur

médecins traitants et les autres, le pourcentage d'entrées aux urgences évitables est respectivement de 29,6% et 39,3% pour les patients adressés par leur médecin traitant contre 26,5% et 29,4 % pour les autres patients.

Par ailleurs, le temps moyen de passage aux urgences est de 414 minutes pour les patients adressés par leur médecin traitant contre 420 pour les autres.

Le pourcentage d'hospitalisation dans notre étude est de 53,6 % pour les patients adressés par leur médecin traitant, 64,3% pour les autres modes d'entrée.

Il serait souhaitable de réaliser une prochaine étude, s'intéressant à la même population, sur une période plus longue afin de renforcer la puissance de cette étude. Par ailleurs, il serait intéressant d'étudier de manière plus précise l'acteur responsable du transfert aux urgences car il y a un biais de recueil important en ne comptabilisant que comme adressés par médecin traitant, les patients arrivant avec un courrier.

De plus, à une plus grande échelle, il faudrait pouvoir étudier avec les EHPAD concernées, le nombre d'interventions du médecin traitant pour problème aigu, le nombre d'hospitalisation évitées et lorsque celle-ci est nécessaire, étudier le nombre d'entre elles ayant pu être directes vers un service évitant ainsi le passage aux urgences.

Il aurait pu être également intéressant de regarder le nombre de jours d'hospitalisation moyen et d'étudier les examens faits aux urgences, les avis demandés et les changements de thérapeutiques effectués.

L'évitabilité du passage aux urgences aurait pu être étudiée selon les recommandations actuelles (3) et non uniquement sur l'avis non reproductible des médecins concernés.

Ces transferts aux urgences ne sont pas sans conséquence pour ces patients qui sont déjà fragiles. En effet, ils sont responsables dans 20 % des cas d'escarre, dans 40% d'un syndrome confusionnel et sont prédictifs d'une mortalité à moins de 6 mois de 34% (33). Par ailleurs, leur prise en charge aux urgences demande plus de temps et les passages aux urgences évitables représentent un coût élevé.

On pourrait envisager différentes pistes d'amélioration suite aux résultats de cette étude que celles déjà proposées précédemment.

Différents protocoles d'urgence pourraient être mis en place dans les EHPAD. On pourrait favoriser les formations du personnel notamment sur la prévention des chutes et sur la surveillance des décompensations cardiaques chez les patients à risque (pesée, surveillance des oedèmes).

Cela nécessite bien entendu d'avoir un minimum de matériel d'urgence qui est obligatoire mais dont aucune liste n'est actuellement recommandée (34)

Bien sur, toutes les entrées ne pourront pas être évitées et il faudrait proposer aux EHPAD une feuille de liaison type recueillant les données nécessaires à la prise en charge du patient (34). L'efficacité d'une telle feuille de liaison a été démontrée (35) D'ailleurs, suite aux recommandations récentes (2015) de l'HAS, le Dossier de Liaison d'Urgence (DLU) a été créé (36).

Bien sûr, augmenter le temps de présence médicale et paramédicale au sein des EHPAD tendrait à diminuer le recours aux urgences (42) mais cela ne paraît pas réalisable dans l'immédiat devant la démographie actuelle.

Il serait également intéressant de proposer une ligne téléphonique où les médecins généralistes peuvent contacter directement un gériatre hospitalier, soit pour un avis, soit pour organiser une hospitalisation directe. Ce système existe déjà dans certains hôpitaux.

## V CONCLUSION

Les patients insitutionnalisés en EHPAD représentent 3 % des entrées des urgences.

Le patient type est majoritairement dépendant (GIR 2), polypathologique.

Les motifs d'entrée principaux aux urgences sont les chutes et les dyspnées

Un peu plus de un quart de ces patients sont adressés par leur médecin traitant.

Les transferts ont lieu majoritairement en semaine et en journée. Leur temps de passage est d'environ 7 heures.

1/3 des passages pourrait être évité et une hospitalisation est nécessaire pour 66,7% des entrées.

Le développement de réseaux gériatriques ainsi qu'une meilleure coordination entre médecins traitants, médecins coordinateurs, gériatres et urgentistes permettraient de garantir une meilleure prise en charge lors de leur consultation aux urgences ainsi que sur le long terme.

## VI BIBLIOGRAPHIE

1. projection par grand groupe d'âge de la population en 2060. INSEE
2. Vuagnat A. Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? Le panorama des établissements de santé - 2013
3. Société francophone de médecine d'urgence. "Prise En Charge de La Personne âgée de plus de 75 Ans Aux Urgences 10ème Conférence de Consensus," décembre 2003.
4. Sough, Belgacem, Tristan Gauthier, David Clair, Aveline Le Gall, Pascal Menecier, and Bruno Mangola. "Les Personnes Agées de 75 Ans et plus En Service D'urgences." *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie Du Vieillissement* 10, no. 2 (June 1, 2012): 151–58. doi:10.1684/pnv.2012.0351.
5. Büla C, Jaccard H, Carron P et al. Personnes âgées aux urgences : défis actuels et futurs. *Rev Med Suisse* 2012;1534-1538
6. Vellas B, Andrieux S, Rollad Y. Première étude épidémiologique française quantifiant l'importance des flux EHPAD/ hôpital et leurs conséquences. Etude PLEIAD ; 2010.
7. Études et résultats | n° 889 - juillet 2014 Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation
8. Bharucha AJ, Pandav R, Shen C, Dodge HH, Ganguli M : Predictors of nursing facility admission: a 12-year epidemiological study in the United States. *J Am Geriatr Soc.* 2004; 52 (3) : 434- 439.
9. Schwebel G, Manciaux MA, Baumann C. Recours au service d'accueil des urgences des personnes âgées en provenance des établissements d'hébergement. *La revue de gériatrie.* 2005 ; 30 : 547-556
10. Fur-Musquer, Eloïse Le, Florence Delamarre-Damier, Laure de Decker, Anne Le Strat, Anne Lebatard, Véronique Manigold, Fabienne Yvain, et al. "Modalités D'hospitalisations En Urgence Des Sujets âgés hébergés En établissements Pour Personnes âgées dépendantes." *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie Du Vieillissement* 9, no. 4 (December 1, 2011): 409–15. doi:10.1684/pnv.2011.0305.
11. rapport 2010 - « Vieillissement, longévité et assurance maladie » ARS Nord Pas De Calais)
12. Jones S, Dwyer P, White L et Al. Patient transfer from nursing home to emergency department outcomes and policy implications. *Academic emergency medicine* 1997 4 : 908-915.
13. Deschodt M, Devriendt E, Sabbe M, Knockaert D, Deboutte P, Boonen S, et al.

Characteristics of older adults admitted to the emergency department (ED) and their risk factors for ED readmission based on comprehensive geriatric assessment: a prospective cohort study. *BMC Geriatr.* 2015;15:54

14. Observatoire régional de la santé région Midi-Pyrénées. "Analyse Des Rapports D'activité Médicale Des Ehpad de La Région Midi-Pyrénées," January 2015.

15. Mairesse, M., Jeanjean, M., Courtois, O., Arlie, G., & Miroux, P. (2004). 311 Évaluation de l'accueil des personnes âgées. *Journal européen des urgences*, 17, 118.

16. Gérontopôle Toulouse la lettre du réseau REHPA, Recherche en établissement d'hébergement des personnes âgées N°0 Nov 2008

17. Cortada, B. (2014). Caractéristiques de la population fragile âgée de plus de 75 ans venant du domicile adressée aux urgences du CHU de Purpan Toulouse

18. Giovanni, É. (2013). Analyse descriptive des facteurs intervenant dans la décision du transfert des patients venant des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) vers les services d'urgences du CHU de Toulouse .

19. Ballanger F, Potzl G. Personnes âgées fragiles : implication de la précarité sociale et mécanismes décisionnels du recours aux urgences. Thèse d'exercice : médecine générale ; Nantes : 2005 ; N°003

20. Fanello S, Moutel L, Houssin L et AL. Analyse de la prise en charges 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.

21. Vellas B, Andrieu S, Rolland Y. Première étude épidémiologique française quantifiant l'importance des flux EHPAD/hôpital et leurs conséquences. *Etude PLEIAD* ; 2010

22. Favre J, Maunoury T. Hospitalisation des personnes âgées par le médecin traitant : admission directe ou par les urgences. Une étude prospective en court séjour gériatrique. Lille. 2014

23. Quitter la maison dans le grand âge : quels sont les motifs d'institutionnalisation des personnes âgées ? : Données issues d'une enquête auprès de médecins généralistes Isabelle Dagneaux Bernard Vercausse Jean-Marie Degryse *Louvain médical* 01/2009; CXXVIII:359-363

24. Congy F, Piette F, Speciel P et al. Les personnes âgées admises par le service d'urgences du groupe Pitié-Salpêtrière. *La revue de Gériatrie* 1990 ; 15 : 45-56

25. Chouaid C, Chansiaux C, Trouillet JL, Despoisse JM, Teillet L, Cosquer M, et al. Les personnes âgées consultant aux urgences médecine d'un centre hospitalo-universitaire : conséquences de l'ouverture d'une unité d'accueil et d'orientation

(UAOPA). *Réanimation Urgences*. 1995;4(1):9–14.

26. Fan CW, Keating T, Brazil E, Power D, Duggan J. Impact of season, weekends and bank holidays on emergency department transfers of nursing home residents. *Ir J Med Sci*. 2015 Jul 14;

27. Gruneir A, Bell C, Bronskill S et al. Frequency and Pattern of Emergency Department Visits by Long-Term Care Residents—A Population-Based Study. *J AM Geriatr Soc* 2010 ; 58 : 510-517

28. Ackermann RJ, Kemle KA, Vogel RL, Griffin Jr. RC. Emergency Department Use by Nursing Home Residents. *Annals of Emergency Medicine*. 1998 Jun;31(6):749–57.

29. Hsiao C-J, Hing E. Emergency department visits and resulting hospitalizations by elderly nursing home residents, 2001-2008. *Res Aging*. 2014 Mar;36(2):207–27.

30. Juge-Boulogne A, Kervinio C, Drode M, Sauvanier M, Revel V, De La Fourniere F, et al. Passage inapproprié des personnes âgées aux urgences : Enquête rétrospective au Centre Hospitalier de Pau. *La Revue de gériatrie*. 2001;26(9):713–8.

31. Saliba D, Kington R, Buchanan J, Bell R, Wang M, Lee M, et al. Appropriateness of the Decision to Transfer Nursing Facility Residents to the Hospital. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2000 Feb 1; 48(2):154–63.

32. Schoevaerds D, Bietlot S, Malhomme B, Rezette C, Gillet JB, Vanpee D, et al. Identification précoce du profil gériatrique en salle d'urgences : présentation de la grille SEGA. *Rev Geriatr* 2004 ; 29 : 169-178

33. Dwyer R, Gabbe B, Stoelwinder JU, Lowthian J. A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. *Age Ageing*. 2014 Nov;43(6):759–66.

34. Kurtzemann Isabelle. “Prise En Charge Des Urgences En EHPAD Proposition D'amélioration Par Le Médecin Coordonnateur,” 2007.

35. DESMET C, BOUQUIN M. Une fiche de liaison maison de retraite-urgences. Un outil pour améliorer la prise en charge des personnes âgées. *SOINS GERONTOLOGIE*. 1998 Nov;(15):25–9

36. Note méthodologique et de synthèse documentaire « DLU : dossier de liaison d'urgence » HAS. juin 2015

37. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au premier janvier 2014. Conseil national de l'ordre des médecins

# ANNEXES

## ANNEXE 1 : Questionnaire

**Urgences et Personnes âgées EHPAD**

**Nom du Centre Hospitalier**  
 Lille     Lens     Valenciennes

**Nom de l'EHPAD**

**Année de naissance du patient**

**Sexe**  
 Homme     Femme

**Dépendance GIR**

**Motif d'admission**

**Horaire d'admission**

**Mode d'adressage**  
 médecin traitant     AP     SMUR  
 SOS médecins     SP     autres

**Autres (précisez) :**

**Le patient est-il inclus dans une filière gériatrique ?**     Oui     Non

**Si oui (précisez) :**

**Appel préalable de la régulation Centre 15 ?**     Oui     Non

**MMS (si disponible) :**

**Pathologies cardiaques ?**  
 HTA     IDM     trouble rythme/conduction  
 Angor     AOMI     autres

**Si autres (précisez) :**

**Pathologies respiratoires ?**  
 BPCO     asthme     autres

**Si autres (précisez) :**

**Autres pathologies (précisez) :**

**Présence d'accompagnant sur place**    **Famille joignable (tél ou autre)**  
 Oui     Non     Oui     Non

**Y'a t'il eu une évaluation par un gériatre aux Urgences ?**     Oui     Non

**Durée de passage aux Urgences (heures)**

## Urgences et Personnes âgées EHPAD

Hospitalisation ?  Oui  Non

Si Oui, dans quelle service ?

Si non, modalités de retour à l'EHPAD ?

AP  famille  autres

si autres (précisez)

Modification des thérapeutiques au retour en EHPAD ?  oui  non

Y'a t'il un suivi gériatrique proposé ?

Oui  non

Si Oui, de quel type ?

consultation  hôpital de jour  relais HAD  autre

si autres (précisez)

Pensez-vous que le passage aux Urgences était évitable (Urgentiste) ?

Oui  Non

Pensez-vous que le passage aux Urgences était évitable (gériatre) ?

Oui  Non

Commentaire libre

## ANNEXE 2: Lettre d' information au patient

Etude régionale « EHPAD-Urgences »

Madame, Monsieur,

Nous menons du Lundi 9 février 2015 8h au lundi 16 février 2015 8h, une étude régionale simultanément dans les centres hospitaliers de Lille, Lens et Valenciennes sur les personnes âgées résidant dans les EHPAD et adressées dans un service d'urgence.

Cette étude est menée conjointement avec les équipes d'urgentistes (sous la coordination du Pr Eric Wiel, coordonnateur régional du DESC de Médecine d'Urgence) et les équipes de gériatrie (sous la coordination du Pr François Puisieux, coordonnateur du DESC de Gériatrie).

Elle fait partie d'un programme de recherche clinique menée en lien avec l'Agence Régionale de Santé et le projet national PAERPA sur la perte d'autonomie de la personne âgée diligentée par la Direction Générale de la Santé.

L'objet de cette étude, qui ne change rien à la (votre) prise en charge du patient, est de savoir si le passage aux urgences est suivi d'une hospitalisation ou d'une sortie et les conditions d'accompagnement de cette sortie. Vous serez également informé(e) oralement lors de l'examen médical de cette étude et vous pouvez poser toutes les questions la concernant.

Le traitement statistique des données recueillies (lors de l'examen médical) reste absolument anonyme.

Ce travail fait l'objet d'un travail de thèse de Médecine Générale.

Un avis de la Commission Nationale Informatique et Liberté a été demandé.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser la participation à cette étude, et quelle que soit votre décision, la qualité de (votre) prise en charge (du patient) sera conforme aux règles de l'art de la Médecine.

Cette lettre d'information vous sera remise à la sortie ou sera déposée dans votre dossier de transmission puis remise à votre sortie.

Pour tous renseignements, vous pouvez joindre le Pr Eric Wiel du Pôle de l'Urgence au numéro du secrétariat suivant : 03-20-44-46-38.

### ANNEXE 3 : GIR, Groupe Iso-Ressource

<b>GIR 1</b>	Personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées ou qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants
<b>GIR 2</b>	Personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante.  Personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer
<b>GIR 3</b>	Personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle
<b>GIR 4</b>	Personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage
<b>GIR 5</b>	Personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
<b>GIR 6</b>	Personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

## ANNEXE 4 : MMS (Mini Mental State)

### Orientation

*Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.*

1. En quelle année sommes-nous ? .....
2. En quelle saison ? .....
3. En quel mois ? .....
4. Quel jour du mois ? .....
5. Quel jour de la semaine ? .....

*Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons:*

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ? .....

*(si l'examen est réalisé en cabinet, demander le nom du cabinet médical ou de la rue où il se trouve)*

7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? .....
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? .....
9. Dans quelle région est situé ce département ? .....
10. À quel étage sommes-nous ici ? .....

### Apprentissage

*Je vais vous dire 3 mots. Je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.*

11. Cigare .....
12. Fleur .....

13. Porte ..... Répétez les 3 mots.

### Attention et calcul

*Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

14. 93 .....
15. 86 .....
16. 79 .....
17. 72 .....
18. 65 .....

Pour tous les sujets, même ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers : EDNOM. Le score correspond au nombre de lettres dans la bonne position. (Ce chiffre ne doit pas figurer dans le score global.)

### Rappel

*Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?*

19. Cigare .....

20. Fleur .....

21. Porte .....

### Langage

22. Montrer un crayon. *Quel est le nom de cet objet ?* .....
23. Montrer votre montre. *Quel est le nom de cet objet ?* .....
24. *Ecoutez bien et répétez après moi : Pas de mais, de si, ni de et!*.....
25. Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : *Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire*

Prenez cette feuille de papier avec la main droite .....

26. Pliez-la en deux .....
27. Et jetez-la par terre .....
28. Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères :

**"Fermez les yeux"** et dire au sujet : *Faites ce qui est écrit* .....

29. Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

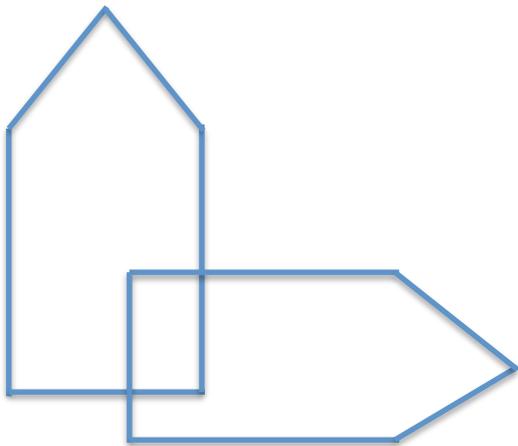
*Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière.*

Cette phrase doit être écrite spontanément. Elle doit contenir un sujet, un verbe, et avoir un sens.

### **Praxies constructives**

30. Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

*"Voulez-vous recopier ce dessin ?"*



**Compter 1 point pour chaque bonne réponse.**

**SCORE GLOBAL/30 (les seuils pathologiques dépendent du niveau socioculturel).**



**AUTEUR : Nom : REMONT**

**Prénom : Laurie**

**Date de Soutenance : 30/11/2015**

**Titre de la Thèse : ANALYSE DES PATIENTS PROVENANT D'EHPAD ADRESSÉS AUX URGENCES : ETUDE MULTICENTRIQUE SUR LE NORD PAS DE CALAIS**

**Thèse - Médecine - Lille 2015**

**Cadre de classement : (médecine générale)**

**DES + spécialité : (médecine générale)**

**Mots-clés : urgences, ehpad**

**ANALYSE DES PATIENTS PROVENANT D'EHPAD ADRESSÉS AUX URGENCES : ETUDE MULTICENTRIQUE SUR LE NORD PAS DE CALAIS**

**Contexte :** En France, l'activité aux urgences ne cesse de croître progressivement depuis plusieurs années avec une augmentation importante des consultations des personnes de plus de 75ans. Parmi cette population, 6 à 38% des patients proviennent d'EHPAD. L'objectif de cette étude est d'analyser le passage aux urgences de ces patients et d'en étudier l'évitabilité tout en comparant les patients adressés par leur médecin traitant des autres.

**Méthode :** Il s'agit d'une étude multicentrique réalisée dans 3 centres d'urgences du Nord Pas De Calais observant les patients provenant d'EHPAD pendant une période d'une semaine. Les données socio-démographiques, médicales, concernant le passage aux urgences et son évitabilité ont été recueillies de manière prospective.

**Résultats :** Cent deux patients ont été inclus. La moyenne d'âge était de 86,7 ans avec une majorité de femmes à 71,6% significativement plus âgées que les hommes. Le MMS était en moyenne de 16 et le GIR 2 était celui le plus représenté. Seuls 30% des patients étaient inclus dans des filières gériatriques, notamment en consultations de gériatrie ou de neurologie. 70% des patients étaient hypertendus, 49,5 % présentaient une démence ou maladie d'Alzheimer. Les motifs d'adressage les plus fréquents étaient la dyspnée (30,4%) et les chutes (24,5%). Seuls 27% de patients étaient adressés par leur médecin traitant et 82,3% des patients arrivaient en ambulance privée. Les entrées avaient lieu principalement en journée et en semaine. Peu d'avis gériatrique était demandé (7,8%). Le temps moyen de passage était de 415 minutes avec une augmentation significative de ce temps lorsque le patient était hospitalisé. A noter que ce temps de passage tend à diminuer lorsque le patient arrive de nuit ou lorsqu'il est adressé par son médecin traitant. Près de 67% de ces patients étaient hospitalisés après leur passage aux urgences sans qu'il n'y ait de différence significative que le patient soit adressé ou non par son médecin traitant. Selon les médecins urgentistes et gériatres, environ 30% de ces consultations aux urgences auraient pu être évités que le patient soit adressé par son médecin traitant ou non.

**Discussion:** de nombreux patients venant d'EHPAD consultent aux urgences. Un grand nombre de ces consultations pourrait être évité. Il serait nécessaire de renforcer le travail en amont du médecin traitant. Le dossier de liaison recommandé par l'has serait un moyen permettant une meilleure prise en charge du patient aux urgences. Des pistes telles que des formations orientées sur les chutes et le dépistage de décompensation cardiaques pour les personnels d'EHPAD seraient à développer. Une augmentation du temps de présence du personnel médical et paramédical permettrait une diminution du recours aux urgences. De plus, les filières gériatriques seraient à optimiser avec développement des consultations, des hospitalisations de jour et des admissions directes vers des services de gériatrie aigüe afin de réduire le nombre de passage aux urgences de ces patients fragiles.

**Composition du Jury :**

**Président : Pr Wiel Eric**

**Assesseurs :Pr Puisieux François**

**Pr Lefebvre Jean Marc**

**Dr Gosselin Pierre**