



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

*Année : 2016*

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Caractéristiques et devenir des résidents des EHPAD hospitalisés  
moins de 24 heures aux urgences du centre hospitalier de Douai.**

**A propos de 219 patients étudiés sur la période  
du 1<sup>er</sup> mai au 1<sup>er</sup> novembre 2015.**

Présentée et soutenue publiquement le 9 novembre 2016 à 18h  
au Pôle Formation

**Par Pauline LEFEBVRE**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur François PUISIEUX**

**Asseseurs**

**Monsieur le Professeur Eric WIEL**

**Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Alexandre BERTELOOT**

# **Avertissement**

La faculté n'étend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :  
Celles ci sont propres à leurs auteurs.

## Table des matières

<b>ABREVIATIONS .....</b>	<b>13</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>14</b>
<b>CARTOGRAPHIE ET RAPPEL EPIDEMIOLOGIQUE DE L'ARRONDISSEMENT DE DOUAI .....</b>	<b>17</b>
<b>MATERIELS ET METHODES.....</b>	<b>23</b>
<b>1. Matériels.....</b>	<b>24</b>
2. Type de l'étude .....	24
3. Population étudiée .....	24
4. Site de l'étude :.....	24
<b>2. Méthodes : .....</b>	<b>25</b>
1. Etude des hospitalisations de moins de 24 heures au service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Douai .....	27
2. Etude du devenir des résidents dans les 90 jours suivant cette première hospitalisation de moins de 24 heures au service des urgences de Douai .....	27
3. Analyse statistique .....	27
<b>RESULTATS.....</b>	<b>29</b>
<b>I. Description de la population étudiée .....</b>	<b>30</b>
1. Généralités.....	30
2. Description de l'échantillon.....	32
<b>II. Caractéristiques des résidents hospitalisés moins de 24 heures au service des urgences.....</b>	<b>35</b>
1. Transferts hospitaliers :.....	35
2. Modalités de transfert des résidents .....	36
3. Motifs d'hospitalisation .....	36
4. La prise en charge au sein du service d'urgence .....	37
5. Diagnostics de sortie :.....	39

6. Modalités de sortie : .....	40
<b>III. Devenir des résidents dans les 90 jours suivant leur sortie des urgences de Douai .....</b>	<b>42</b>
1. Généralités :.....	42
2. Nombre de ré-hospitalisation :.....	42
3. Première ré-hospitalisation dans les 90 jours .....	43
4. Suivi post hospitalisation .....	45
<b>IV. Recherche de facteurs prédisposant à une ré-hospitalisation .....</b>	<b>46</b>
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>48</b>
<b>LIMITES DE L'ETUDE.....</b>	<b>57</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>59</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>61</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>69</b>

## ABREVIATIONS

- AGGIR** : Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressource
- APA** : Allocations Personnes Agées
- ATCD** : Antécédents
- AVC** : Accident Vasculaire Cérébral
- CHD** : Centre Hospitalier de Douai
- CRP** : C réactive protéine
- DLU** : Dossier de Liaison d'Urgence
- DRESS** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- ECG** : Electrocardiogramme
- EHPAD** : Etablissement Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- ETP** : Equivalent Temps Plein
- ES** : Etablissement sanitaire
- GIR** : Groupe Iso Ressource
- HAS** : Haute Autorité de Santé
- IAO** : Infirmière d'accueil et d'orientation
- IDE** : Infirmière diplômée d'état
- INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- IPAQSS** : Indicateur Pour Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des soins
- IRM** : Imagerie par Résonance Magnétique
- IV** : intraveineuse
- MMS** : Mini Mental Score
- MCO** : médical- chirurgical- obstétrique
- NA** : Non Analysable
- SAU** : Service d'Accueil des Urgences
- SAMU** : Servie d'Aide Médical Urgent
- SFMU** : Société Française de Médecine d'Urgence
- SPCD** : troubles psycho-comportementaux liés à la démence
- SMUR** : Service mobile d'urgence et de réanimation
- RAU** : Rétention aigue d'urine
- UHCD** : Unité Hospitalisation De Courte Durée
- UHR** : Unité Hébergement Renforcé
- USLD** : Unité de Soin Longue Durée

# INTRODUCTION

En 2015, la France métropolitaine compte 9.3% de personnes âgées de plus de 75 ans, correspondant à 5.69 millions d'habitants [1]. La région Nord-Pas De Calais Picardie compte 6 millions d'habitants, dont 8% âgés de plus de 75 ans [2].

Les estimations prévoient une progression de la population des plus de 75 ans jusqu'en 2035 où elle représentera 13.6 % de la population générale [3]. L'augmentation de la dépendance, les maladies neuro-dégénératives et l'isolement social qui peuvent accompagner le vieillissement participent à l'entrée en établissements pour personnes âgées. Parmi eux 74 % sont des établissements hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) permettant une qualité de vie et des soins par un personnel formé [4]. On constate une progression de 25% du nombre de personnes âgées vivant en EHPAD dans la région du Nord-Pas-de-Calais depuis 25 ans [5]. La région Nord-Pas-de-Calais-Picardie compte 44 859 résidents répartis dans 529 EHPAD [6].

Les recommandations préconisent une prise en charge sanitaire des personnes âgées fragiles dans leur lieu de vie habituel [7]. Les hospitalisations programmées dans les services hospitaliers spécialisés sont à privilégier pour assurer un confort physique et psychologique aux personnes âgées [7] [8] [9] [10]. Cela est d'autant plus vrai que les résidents des EHPAD sont fragiles.

Les services d'urgences jouent un rôle essentiel dans l'organisation des soins des maladies aiguës et prise en charge des soins non programmés, parfois de premier recours [10] [11]. Actuellement la fréquentation des services d'accueil des urgences hospitaliers est croissante, avec près de 30 % de passages supplémentaires en dix ans. La région Nord-Pas-de-Calais est l'une des régions où la fréquentation en est la plus importante. On constate qu'une grande partie de cette augmentation est liée aux passages aux urgences non suivis d'hospitalisation [11].

Plus de la moitié des transferts hospitaliers « des résidents des EHPAD se font vers les services d'urgences [12] [13]. Les résidents des EHPAD représentent 3 à 38% des patients des services d'urgences selon les études. Ils y sont admis pour avoir accès rapidement à un service d'imagerie et pour obtenir un avis médical spécialisé [14] [15] [16] [17]. Leurs motifs d'hospitalisation sont le plus souvent des décompensations de maladies somatiques ou des conséquences traumatiques consécutives à des chutes notamment. Ils sont généralement hospitalisés dans un service spécialisé après leur passage aux urgences [10] [12] [14] [15]. Peu d'études se sont intéressées spécifiquement aux hospitalisations de moins de 24 heures de

ces patients au sein des services d'urgences regagnant leur structure dans les suites directes de cette hospitalisation aux urgences. Elles représentent pourtant 32 à 56% des transferts des EHPAD vers les services d'urgence [10] [15] [16].

Une convention existe entre le centre hospitalier de Douai et les EHPAD du canton qui a permis d'améliorer la transmission des dossiers médicaux et administratifs des patients (annexe n°1). Malgré l'offre de soins programmés à disposition, nous constatons que le recours au service d'urgences pour ces résidents reste ou est ressenti comme important.

Nous avons étudié pendant 6 mois, les hospitalisations de moins de 24 heures de ces résidents au service des urgences.

Les objectifs de cette étude sont :

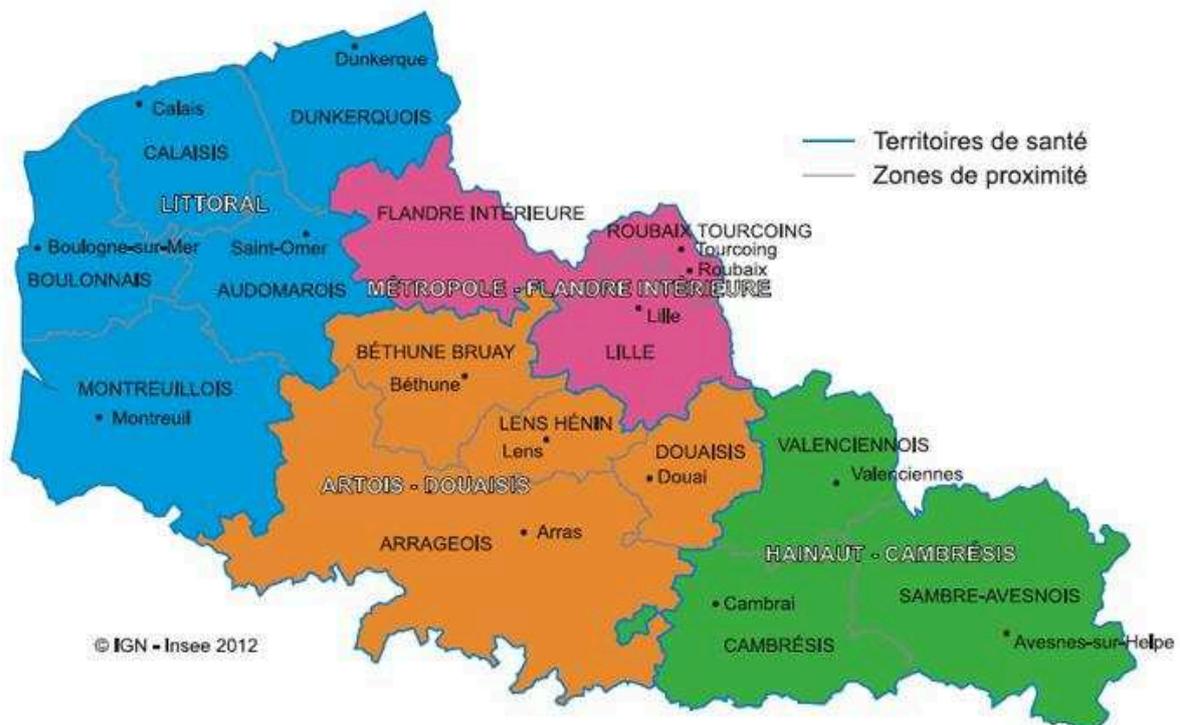
- de décrire les caractéristiques des résidents des EHPAD hospitalisés de moins de 24 heures au sein du service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Douai, regagnant leur résidence dans les suites de cette hospitalisation.
- d'analyser le devenir à 90 jours de ces résidents et en particulier la ré-hospitalisations.
- d'en rechercher les facteurs prédisposant.

Je décrirai dans une première partie l'arrondissement de Douai et l'offre de soin.

**CARTOGRAPHIE  
ET RAPPEL  
EPIDEMIOLOGIQUE  
DE L'ARRONDISSEMENT  
DE DOUAI**

L'arrondissement de Douai s'étend sur une superficie de 476,6 km<sup>2</sup>. Il réunit 4 cantons avec un ensemble de 64 communes. On constate une population de 247 279 habitants, avec 8,5% de personnes âgées de plus de 75 ans [18] [19]. Il y est observé comme sur l'ensemble de la métropole française, un vieillissement de la population depuis quelques années, avec une augmentation du nombre d'habitants appartenant à la tranche d'âge des plus de 75 ans [19]. L'arrondissement de Douai appartient au territoire de santé de l'Artois-Douaisis regroupant le secteur d'Arras, de Béthune-Bruay, et le Douaisis-Cambrais (carte n°1) [20].

**Carte 1 : Carte du territoire de santé du Nord-Pas-de-Calais**



Source : ARS Nord-Pas-de-Calais.

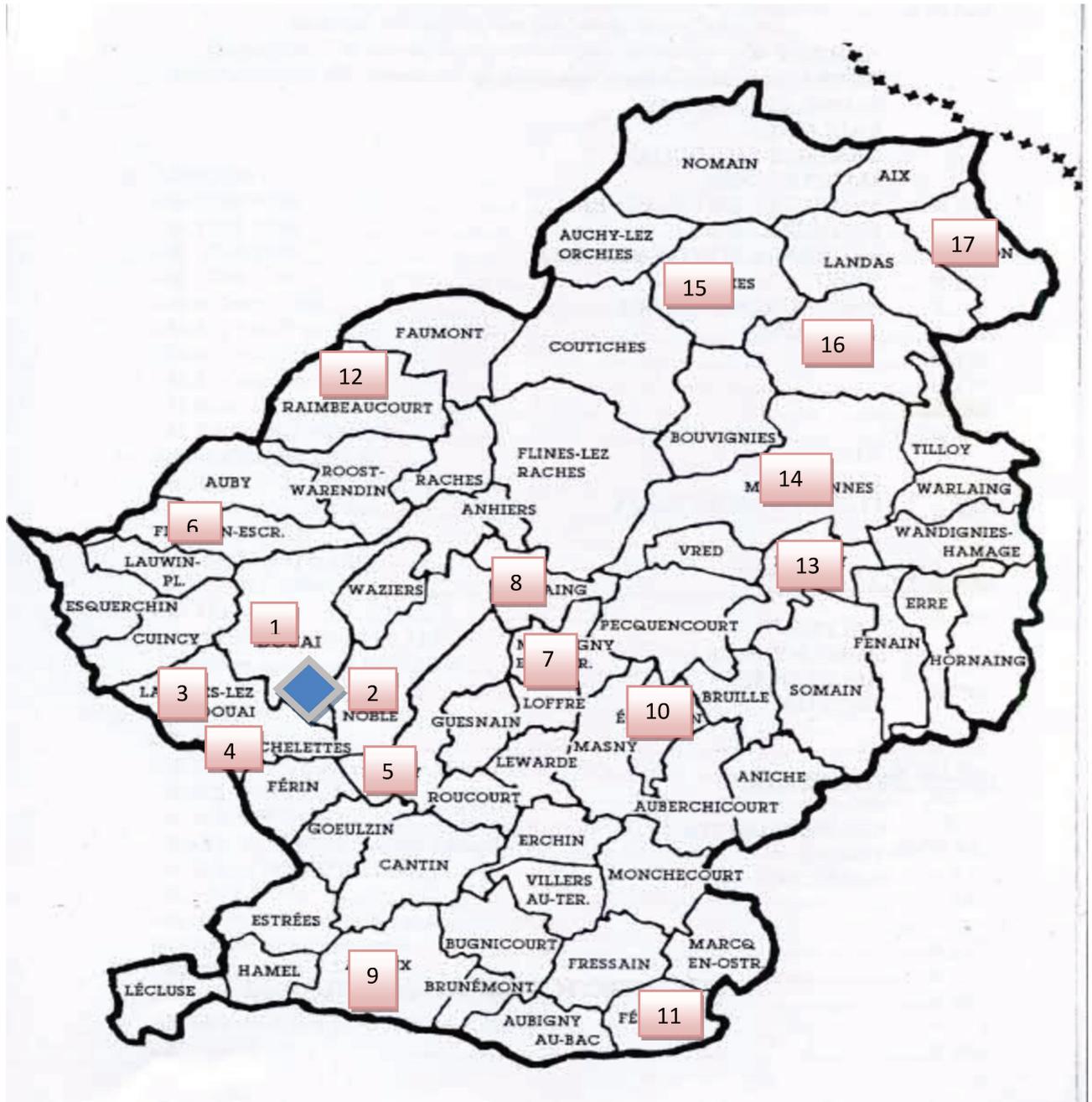
Le centre hospitalier de Douai est l'hôpital de référence de l'arrondissement du Douaisis. Il est organisé en pôles médicaux et chirurgicaux, permettant de garantir une offre de soins diversifiée et de qualité à sa population. Sa capacité d'accueil est d'environ 500 lits médico-chirurgicaux et obstétricaux (MCO).

Le service d'accueil des urgences se compose d'un secteur d'urgences vitales et d'une équipe SMUR, d'un secteur ambulatoire, d'une unité de pré-hospitalisation et d'un secteur pédiatrique. Le service des urgences dispose également d'une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) de 11 lits dont le taux d'occupation est de 150 %. Environ 70 000 patients y sont admis par an, avec une augmentation de 25% en 8 ans.

Le centre hospitalier dispose d'une filière gériatrique labélisée avec un service de médecine aigue gériatrique de 35 lits, d'un service de soins de suite et réadaptation de 30 lits, d'un secteur programmé avec consultations et hôpital de jour (mémoire, chute, oncogériatrique). La filière gériatrique possède également une équipe mobile intra hospitalière. Un EHPAD est rattaché au centre hospitalier de Douai comprenant 180 lits et 60 lits d'unité de soins longue durée (USLD), dont 15 lits d'unité d'hébergement renforcée (UHR). Depuis le 01/01/2016 une équipe mobile extrahospitalière à orientation psycho-gériatrique est récemment développée pour permettre une offre de soins au sein des différents EHPAD du secteur. Une ligne téléphonique permanente et directe est également à disposition pour tous médecins extérieurs qui souhaitent un avis gériatrique.

On dénombre 23 EHPAD sur l'arrondissement de Douai, regroupant 1860 lits au total. Ils sont disposés sur l'ensemble de l'arrondissement (Carte n°2), à une distance moyenne de 12 (+/- 8,2) km du centre hospitalier de Douai. Il s'agit d'EHPAD privés à but non lucratif pour la majorité d'entre eux, 3 EHPAD sont privés à but lucratif et 2 EHPAD sont publics, rattachés aux centres hospitaliers de Douai et de Somain. Ces établissements possèdent en moyenne 75 (+/- 20) lits d'hébergement permanent. Tous ont budgétisé un poste de médecin coordonnateur au mieux de 0,5 ETP. Deux ne sont pas pourvus. Parmi ces EHPAD, 16 ont un secteur fermé de type CANTOU pour les résidents présentant des troubles comportementaux à type de déambulation avec risques de fugues [21]. La prise en charge du service de nuit est principalement assurée par des aides soignantes. Seul les USLD bénéficient de la présence d'une infirmière la nuit.

**Carte 2 : Cartographie des différents EHPAD de l'arrondissement de Douai**



## LEGENDE :



Centre hospitalier de Douai



EHPAD :

### 1: EHPAD DE DOUAI

- Résidence Jean menu
- Résidence Jardin des augustins
- Résidence nouvel horizon
- Résidence sainte Marie
- Résidence logis douaisiens

### 2 : EHPAD DE SIN LE NOBLE

- Résidence Pierre Wautriche

### 3 : EHPAD DE LAMBRES LES DOUAI

- Résidence Jardin de Théodore

### 4: COURCHELETTES

- Résidence les terrasses de la Scarpe

### 5 : EHPAD DE DECHY

- Résidence Marceline Desbordes Valmore

### 6: EHPAD DE FLERS EN ESCREBIEUX

- Résidence Le parc Fleury

### 7 : EHPAD DE MONTIGNY EN OSTREVENT

- Résidence Valérie
- Résidence Ostrevent

### 8: EHPAD DE LALLAING

- Résidence Plaine de la Scarpe

### 9 : EHPAD D'ARLEUX

- Résidence Val de la Sensée

### 10 : EHPAD ECAILLON

- Résidence du château

### 11 : EHPAD DE FECHAIN

- Résidence la rose des vents

### 12 : EHPAD DE RAIMBEAUCOURT

- Résidence Myosotis

### 13: EHPAD DE RIEULAY

- Résidence Onze villes

### 14 : EHPAD DE MARCHIENNE

- Résidence Emile Dubois

### 15 : EHPAD D'ORCHIE

- Résidence Marguerite

### 16 : EHPAD DE BEUVRY LA FORET

- Résidence Les Tilleuls

### 17: EHPAD DE SAMEON

- Résidence Le Pévèle

Une convention a été signée entre le centre hospitalier de Douai (CHD) et les EHPAD. Elle permet de formaliser les obligations réciproques des établissements dans le cadre d'une filière de soins gériatriques (Annexe1). Les établissements s'engagent à se fournir, à tout moment coopération, information réciproque pour assurer la bonne prise en charge de la personne âgée. Le CHD s'engage à faciliter l'accès des résidents de l'EHPAD aux structures hospitalières requises par leur état de santé, en lien avec la filière gériatrique locale (consultations programmées, hôpitaux de jour, hospitalisations conventionnelles...). L'un des objectifs de la présente convention est de favoriser les admissions directes dans le CHD sans passage préalable par le service des urgences. L'EHPAD s'engage à prendre contact avec les médecins du CHD avant tout transfert hospitalier et à remettre au service des urgences et/ou au service concerné les informations de base nécessaires à l'hospitalisation. Concernant les modalités de retour, notamment à l'issue d'une consultation réalisée aux urgences, l'EHPAD accueille le résident en retour après information téléphonique de la structure par le CHD. Il est convenu que le CHD pourra adresser le patient vers l'EHPAD dès lors que la sortie de l'établissement a lieu avant 20h00. Concernant les sorties à l'issue d'une hospitalisation conventionnelle, l'EHPAD accueille le résident à la date fixée par le médecin hospitalier en respect de l'organisation définie avec l'EHPAD. Afin d'assurer la continuité des soins, le CHD s'engage à fournir un courrier de sortie détaillé relatif à la consultation, l'hospitalisation rappelant la prise en charge au sein du CHD et les ordonnances éventuelles. L'organisation d'évaluation au sein des EHPAD, avec des interventions d'équipes mobiles extrahospitalières notamment, doit être organisées et faire l'objet de conventions spécifiques.

**MATERIELS  
ET  
METHODES**

# **1. Matériels**

## **1. Type de l'étude**

Il s'agit d'une étude observationnelle, longitudinale, prospective et non randomisée menée du 1<sup>er</sup> mai 2015 au 1<sup>er</sup> novembre 2015.

## **2. Population étudiée**

### **❖ Critères d'inclusions :**

Tous les patients de plus de 75 ans provenant des EHPAD, pris en charge pour une première hospitalisation de moins de 24 heures au sein du service des urgences du centre hospitalier de Douai sur la période de l'étude et regagnant leur EHPAD dans les suites de leur admission au service des urgences sont inclus. L'hospitalisation doit correspondre à la première hospitalisation de moins de 24 heures du résident au service d'accueil des urgences sur la période de l'étude pour être incluse.

### **❖ Critères d'exclusions :**

Les patients de moins de 75 ans hospitalisés au service d'urgence, les patients ne provenant pas d'EHPAD, les résidents des USLD sont exclus de cette étude.

Les hospitalisations de moins de 24 heures au service d'accueil des urgences correspondant à des ré-hospitalisations au service des urgences de Douai durant la période de l'étude sont exclues.

De même les hospitalisations de plus de 24 heures des résidents des EHPAD sont exclues. Elles correspondent aux résidents transférés dans un service spécialisé après leurs admissions au service des urgences, y compris les hospitalisations dans le service d'UHCD.

## **3. Site de l'étude :**

L'étude se déroule au sein du service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Douai, pour l'analyse des hospitalisations de moins de 24 heures des résidents inclus. Pour cela, j'ai obtenu l'accord du Docteur Bruno LACRAMPE, chef du pôle « urgences » du centre hospitalier de Douai.

L'étude se poursuit ensuite par une analyse du devenir des résidents dans les 90 jours suivants leur sortie du service des urgences de Douai. Les informations

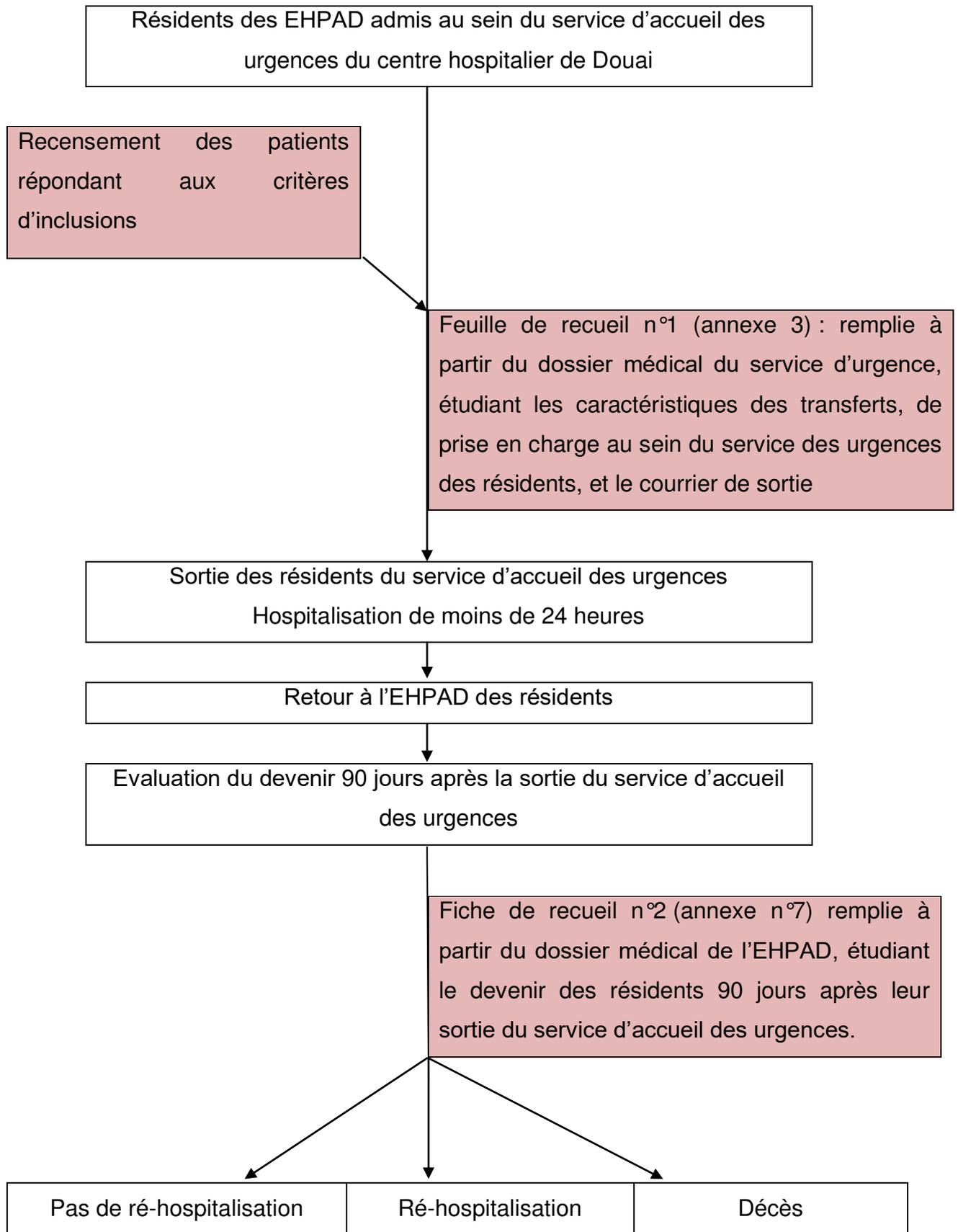
concernant cette partie de l'étude sont recueillies à partir du dossier médical de l'EHPAD des résidents inclus (Carte n°2).

Un courrier est envoyé au directeur et médecin coordonnateur de chaque EHPAD, les informant du travail de thèse en cours (Annexe 2). Après avoir obtenu leur accord je me suis rendue dans chaque EHPAD pour recueillir les informations, lors d'un rendez-vous avec le médecin coordonnateur des EHPAD, ou infirmière coordinatrice en leur absence.

## **2. Méthodes :**

Les patients éligibles à cette étude sont repérés par moi-même, à partir d'une liste regroupant tous les patients de plus de 75 ans admis au service d'accueil des urgences. Cette liste m'indique les coordonnées et les types d'hospitalisations des patients .Le recueil de données est effectué selon l'algorithme présenté sur la figure n°1.Cette méthodologie a été validée par le Département de Statistique (Maison de la Recherche) du CHRU de Lille.

Figure n° 1 : algorithme de l'organisation pour le recueil de données



### 1. Etude des hospitalisations de moins de 24 heures au service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Douai

Après avoir recensé tous les patients répondant aux critères d'inclusion, la première feuille de recueil n°1 est remplie (Annexe 3). Elle permet d'étudier les caractéristiques des transferts hospitaliers des résidents des EHPAD et la prise en charge au sein du service des urgences lors de la première hospitalisation de moins de 24 heures des résidents inclus. Cette première feuille de recueil a été présentée pour validation à Monsieur le Professeur PUISIEUX. Elle est remplie par moi-même au service des urgences du centre hospitalier de Douai, au fur et à mesure des inclusions. Les informations sont recueillies à partir du dossier médical informatisé du service des urgences (logiciel DMU-net et Cristal-net). Les documents fournis par l'EHPAD sont également utilisés pour compléter cette première feuille de recueil. Il y est renseigné l'EHPAD de provenance, les caractéristiques épidémiologiques et médicales des résidents, les caractéristiques du transfert hospitalier des résidents vers le service des urgences, les motifs d'hospitalisation, la prise en charge diagnostique et thérapeutique aux urgences et les modalités de sortie des résidents du service des urgences.

### 2. Etude du devenir des résidents dans les 90 jours suivant cette première hospitalisation de moins de 24 heures au service des urgences de Douai

Les données recueillies à 90 jours nous permettant d'analyser le devenir des résidents, sont consignées au niveau d'une seconde feuille de recueil (Annexe 7) validée par Monsieur le Professeur PUISIEUX. Les informations sont collectées à partir du dossier médical de l'EHPAD lors de ma visite dans chaque établissement. Il y est renseigné le délai de première ré-hospitalisation et les caractéristiques de cette première ré-hospitalisation survenue dans les 90 jours suivant de la sortie, selon les mêmes éléments de la feuille de recueil n°1. Puis il est renseigné le suivi post hospitalisation avec le délai de consultation du médecin traitant.

### 3. Analyse statistique

Les données sont notées sur une observation papier de façon anonyme puis saisies sur un tableau Excel (Microsoft Office 2007). Ce tableau est transmis à l'équipe de santé publique (Maison de la Recherche) du CHRU de Lille.

Une analyse univariée est réalisée pour décrire toutes les variables quantitatives et qualitatives de l'étude. Tous les calculs de moyenne sont réalisés avec un intervalle de confiance à 95 %.

Puis une analyse statistique comparative est réalisée dans l'optique de rechercher cinq facteurs pouvant être prédisposant d'une ré-hospitalisation. Les tests du Chi-2, de FISHER et de STUDENT sont utilisés. Un test est significatif si la valeur de p est inférieure à 0,05. Les résultats non applicables sont notés NA dans les tableaux de l'étude.

# RESULTATS

# **I. Description de la population étudiée**

## **1. Généralités**

### **a. Taille de l'échantillon**

Durant les 6 mois de l'étude, 4251 patients de plus de 75 ans sont admis dans le service des urgences du centre hospitalier de Douai, dont 687 provenant d'un EHPAD (16% de la population de plus de 75 ans admis aux urgences de Douai). 219 résidents sont inclus dans l'étude (31.9% des résidents des EHPAD admis aux urgences sur la période). Les effectifs des résidents des EHPAD admis au service des urgences sont présentés sur le tableau 1. L'étude du devenir dans les 90 jours suivant la sortie des urgences retrouve que 100 résidents sont ré-hospitalisés (45.6%), 86 résidents ne sont pas ré-hospitalisés (39.3%) et 40 résidents sont décédés (18.3%).

### **b. Les EHPAD**

25 EHPAD différents sont recensés dans cette étude, dont 22 conventionnés avec le CHD (88% des EHPAD de l'étude). Parmi les résidents inclus, aucun résident ne provenait de l'EHPAD de Somain.

Les effectifs de résidents inclus dans l'étude transférés vers les urgences du CHD par EHPAD sont présentés dans le tableau n° 1.

Tableau n°1: Effectifs des admissions des résidents au service des urgences de Douai par EHPAD

<b>EHPAD</b>	<b>Transferts hospitaliers</b>	<b>1<sup>er</sup> Hospitalisation de moins de 24 heures</b>	<b>Total des hospitalisations de moins de 24 heures</b>	<b>Hospitalisations prolongées</b>
	<b>n=687</b>	<b>n=219 (31,8%)</b>	<b>n=308 (44,8%)</b>	<b>n=379 (55,2%)</b>
1	42	11	20	22
2	17	4	5	12
3	40	17	21	19
4	35	9	12	23
5	21	5	9	12
6	20	8	11	9
7	38	13	16	22
8	50	8	17	33
9	25	13	13	12
10	26	12	12	14
11	83	17	34	49
12	14	6	8	6
13	28	12	18	10
14	32	11	14	18
15	13	8	8	5
16	22	8	9	13
17	4	2	2	2
18	34	14	18	16
19	49	14	26	23
20	39	14	19	20
21	3	1	1	2
22	1	1	1	0
23	12	2	3	9
24	37	8	10	27
25	2	1	1	1

## 2. Description de l'échantillon

219 résidents inclus, dont 172 femmes (78,5%) et 47 hommes (21,5%). L'âge moyen est de 87,9 +/- 5,3 ans avec un minimum de 75 ans et un maximum de 102 ans.

Les caractéristiques générales des résidents pris en charge pour une première hospitalisation de moins de 24 heures aux urgences sont regroupées dans le tableau n°2.

Tableau n°2 : Caractéristiques générales de l'échantillon (n=219):

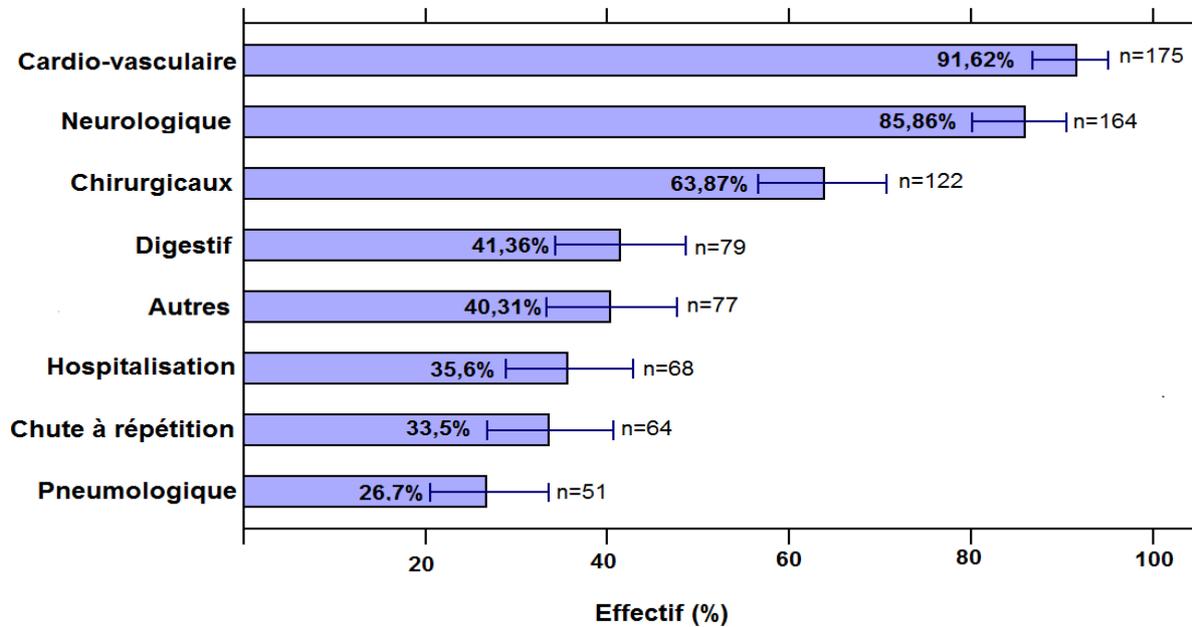
	Moyenne+/- écart type	n (%)
Age (ans)	87,9 +/- 5,3	
Sexe féminin		172 (78,5%)
GIR (Annexe n°4)	2,4 +/- 1	
MMS (Annexe n°5)	17,3 +/- 4,9	
Score de Charlson (Annexe n°6)	6,5+/- 1,4	
Hospitalisation dans les 6 derniers mois		68 (35,6%)
Nombre de molécules différentes dans le traitement	7,2 +/- 2,9	
Nombre de patient ayant un psychotrope		101 (56,4%)
Nombre de résidents dont la symptomatologie a débuté moins de 24 heures avant l'admission		157(71%)

### a. Les antécédents des résidents :

Les antécédents des résidents sont principalement des antécédents cardiovasculaires (n=175), neurologiques (n=164) et chirurgicaux (n=122).

Les antécédents des résidents sont repris dans le diagramme n°1.

Diagramme n°1:antécédents des résidents (n=219)

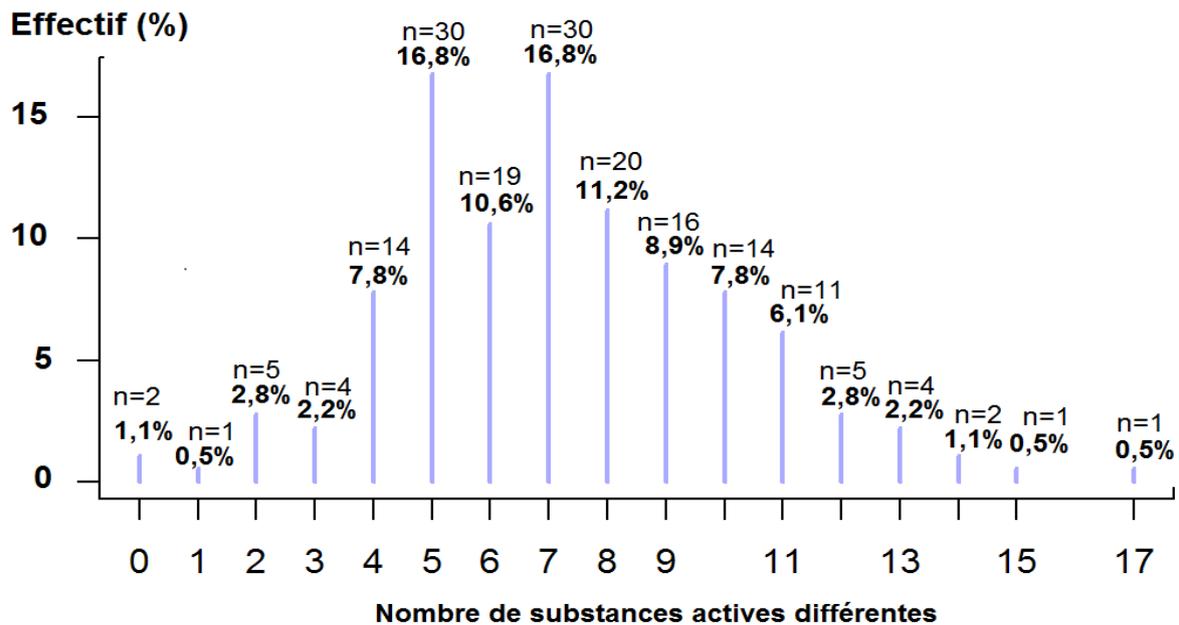


Sous le terme autres antécédents sont regroupés la dénutrition, les troubles sensoriels, l'ostéoporose. Sur le plan neurologique dominant les maladies neuro-dégénératives à type de démence et les accidents vasculaires cérébraux. On retrouve un antécédent d'hospitalisation dans les 6 mois pour 35,6% des résidents (n= 68).

b. Traitements des résidents :

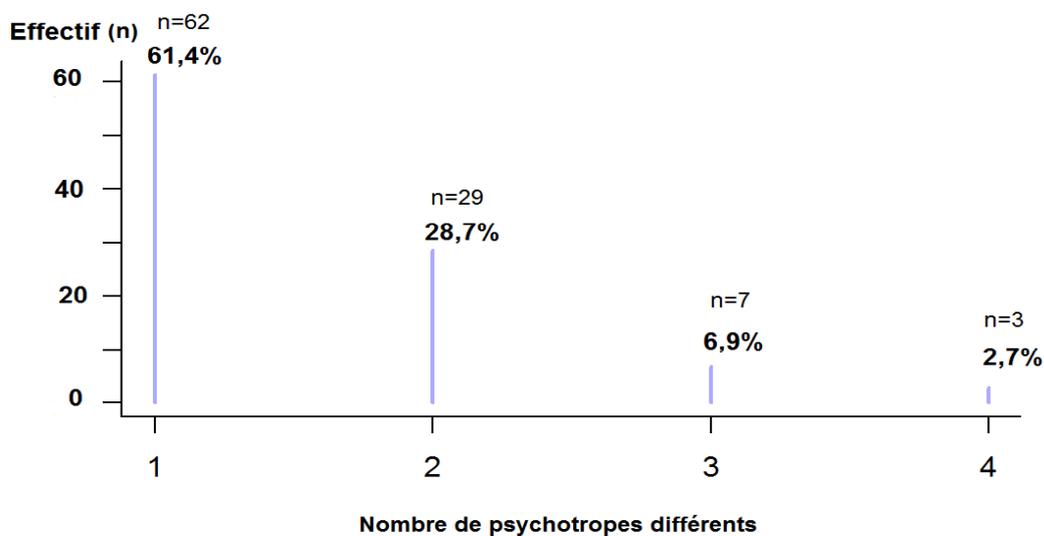
Le traitement des résidents étudiés comporte en moyenne de 7.2 (+/- 2,9) substances actives différentes. 85% des résidents (n=153) ont plus de 5 substances actives différentes dans leur traitement. Le nombre de traitements par résident est décrit sur le diagramme n°2.

Diagramme n°2: répartition du nombre de substances actives différentes contenues dans le traitement des résidents (n=219) :



101 résidents (56,4%) ont au moins un traitement psychotropes, avec une moyenne de 1.5 (+/-0,94) psychotropes différents. Le nombre de psychotropes par résident est présenté sur le diagramme n°3.

Diagramme n°3 : Nombre de psychotropes par résident (n=101) :



De plus 30 résidents (16.8%) ont un traitement anticoagulant.

## II. Caractéristiques des résidents hospitalisés moins de 24 heures au service des urgences

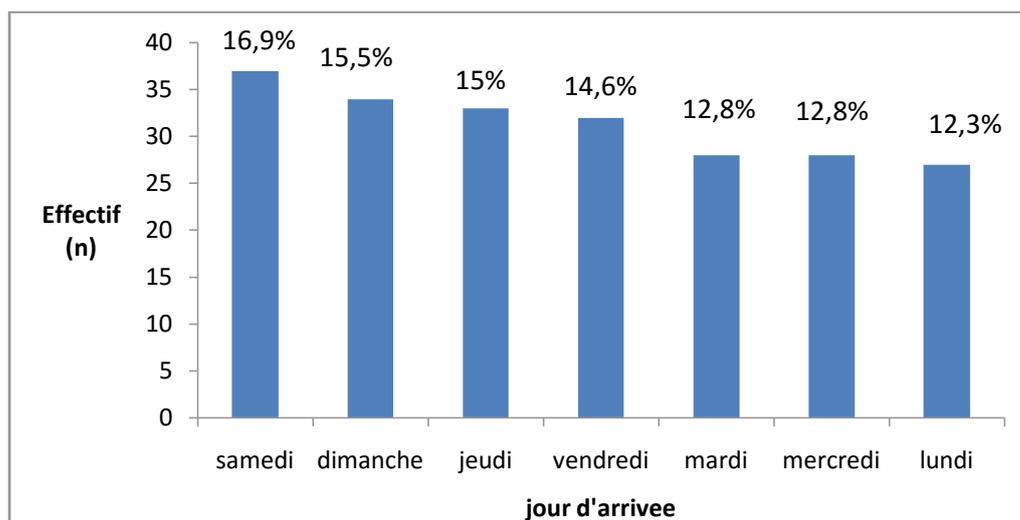
### 1. Transferts hospitaliers :

#### a. Jour d'arrivée

Le jour d'arrivée des résidents aux urgences de Douai est dans 67,6% un jour de semaine (n=148) et 32,4% (n=71) un jour de week-end, avec une prédominance le samedi.

La répartition des jours d'arrivée aux urgences est présentée sur le diagramme n°4.

Diagramme n°4 : Jour d'arrivée des résidents (n=219) :

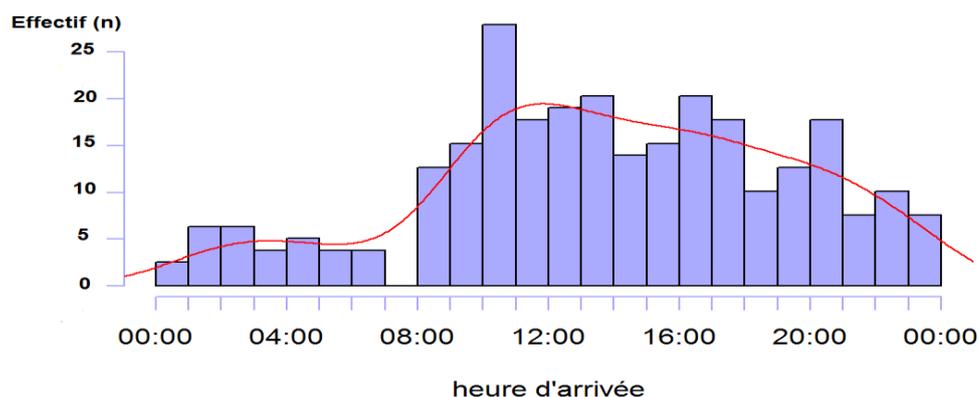


#### b. Heure d'arrivée

Les résidents arrivent de façon continue sur l'ensemble de la journée avec une recrudescence entre 10 heures et 17 heures.

La répartition des heures d'arrivées est présentée sur le diagramme n°5.

Diagramme n°5 : heure d'arrivée des résidents (n=219) :



## 2. Modalités de transfert des résidents

Les modalités de transfert des résidents vers le service des urgences du CHD sont présentées par le tableau n°3.

Tableau n°3 : modalités des transferts (n= 219) :

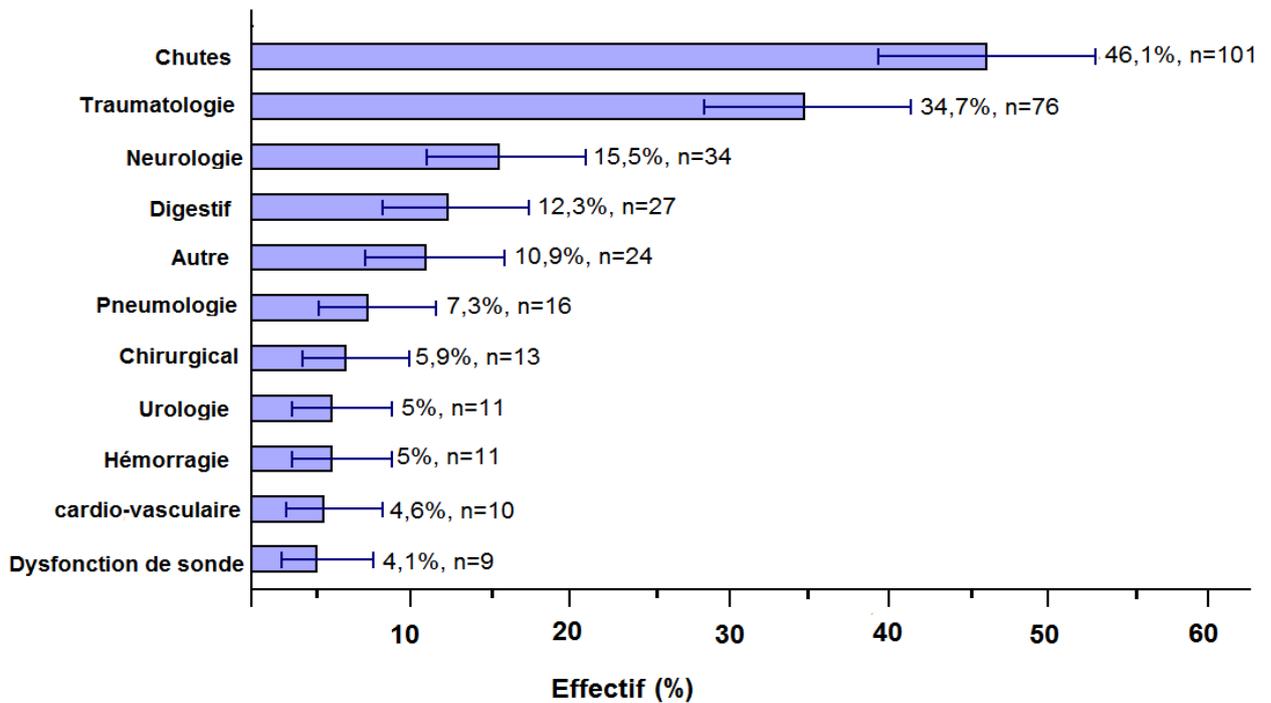
	Effectif : n (%)
Qualification de la personne adressant le résident :	
IDE	96 (43,8%)
Soignant	68 (31%)
Médecin	43 (19,6%)
Inconnu	12 (5,5%)
Mode de transport :	
Ambulances privées	106 (48,4%)
Pompiers	55 (22,1%)
Non renseigné	48 (22%)
SMUR	10 (4,6%)
Dossier de liaison :	
Présent	183 (83,6%)
Non renseigné	29 (13,2%)
Absent	7 (3,2%)

Tous les résidents adressés par un médecin arrivent avec un courrier médical les accompagnants. Les patients adressés par l'équipe soignante ont une transmission paramédicale qui les accompagne. 3 (1,6%) directives anticipées sont retrouvées sur l'ensemble des dossiers de liaison présents à l'arrivée au service des urgences.

## 3. Motif d'hospitalisation

Un même résident peut avoir plusieurs motifs d'hospitalisation, ils sont présentés sur le diagramme n°6. Les principaux sont les chutes (46,1%, n=101) et les traumatismes (34,7%, n=76). 9 (4,11%) dysfonctions de sonde vésicales sont retrouvées.

Diagramme n°6 : motifs d'hospitalisation (n=219) :



#### 4. La prise en charge au sein du service d'urgence

La prise en charge aux urgences est présentée dans le tableau n°4.

Tableau n°4 : Prise en charge au service des urgences (n= 219)

	n (%)
Bilan biologique	135 (61,6%)
Imagerie	
Radiographie	150 (68,5%)
Scanner	61 (27,9%)
Autre bilan d'imagerie	7 (3,2%)
ECG	155 (70,8%)
Avis spécialisés	50 (22,8%)

a. Examen paraclinique :

Les résultats biologiques décrits dans l'étude sont présentés dans le tableau n°5.

Tableau n°5: résultat du bilan biologique des résidents (n=135) :

	Moyenne +/- écart type
Hémoglobine (g /dl)	12,5 +/- 2
Leucocytes (/mm <sup>3</sup> )	9 193 +/- 2 989
Plaquettes (/mm <sup>3</sup> )	247 317 +/- 85 678
Créatininémie (mg/l)	9,3 +/- 6,3
Urée (g/l)	0,5 +/- 0,21
Clairance créatinémie par CKD-EPI (ml/min)	75,3 +/- 26,42
Natrémie (mmol/l)	139 +/- 4,61
Kaliémie (mmol/l)	4,3 +/- 0,4
CRP (mg/l)	26,8 +/- 40,8
TP (%)	78,2 +/- 20,7
INR	1,3 +/-0,5

109 (80,7%) résidents ont eu d'autres examens biologiques (bilan hépatique, pancréatique, BNP, gaz du sang, procalcitonine, hémocultures, et examen cytobactériologique des urines).

Selon les motifs d'hospitalisation, on constate que les résidents hospitalisés pour un motif pneumologique, cardio-vasculaire, uro-digestif et neurologique bénéficient le plus souvent d'un bilan biologique avec respectivement 93,7% (n=15), 90 (n=9), 81,6% (n=31), 88,3% (n=29) des résidents.

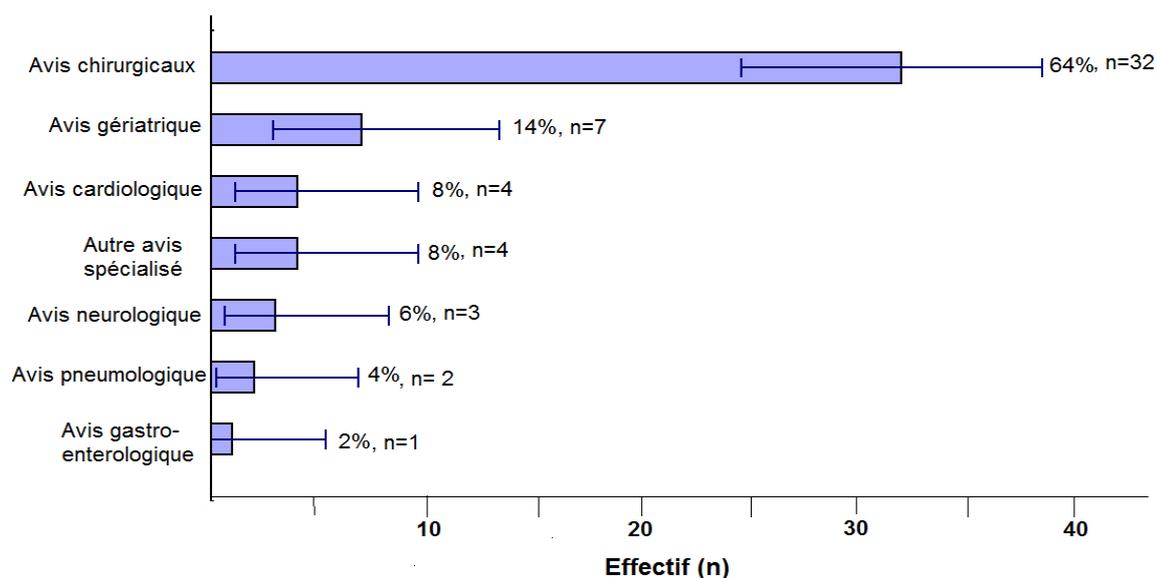
Parmi les résidents hospitalisés pour une chute, 47,5% (n=48) des résidents bénéficient d'un bilan biologique.

La majorité des scanners réalisés sont des scanners cérébraux. (Tableau n°4)

b. Avis spécialisé :

22,8% (n=50) des résidents ont un avis spécialisé aux urgences. Les avis chirurgicaux représentent 64% (n= 32). 14% (n=7) résidents bénéficient d'un avis gériatrique. (Diagramme n °7).

Diagramme n°7 : les avis spécialisés (n=50) :



c. Traitements prescrits aux urgences :

Un traitement est débuté au sein du service d'accueil des urgences pour 76,7% (n=168) résidents. Ils sont décrits dans le tableau n°6.

Tableau n°6 : traitement au service des urgences (n=168):

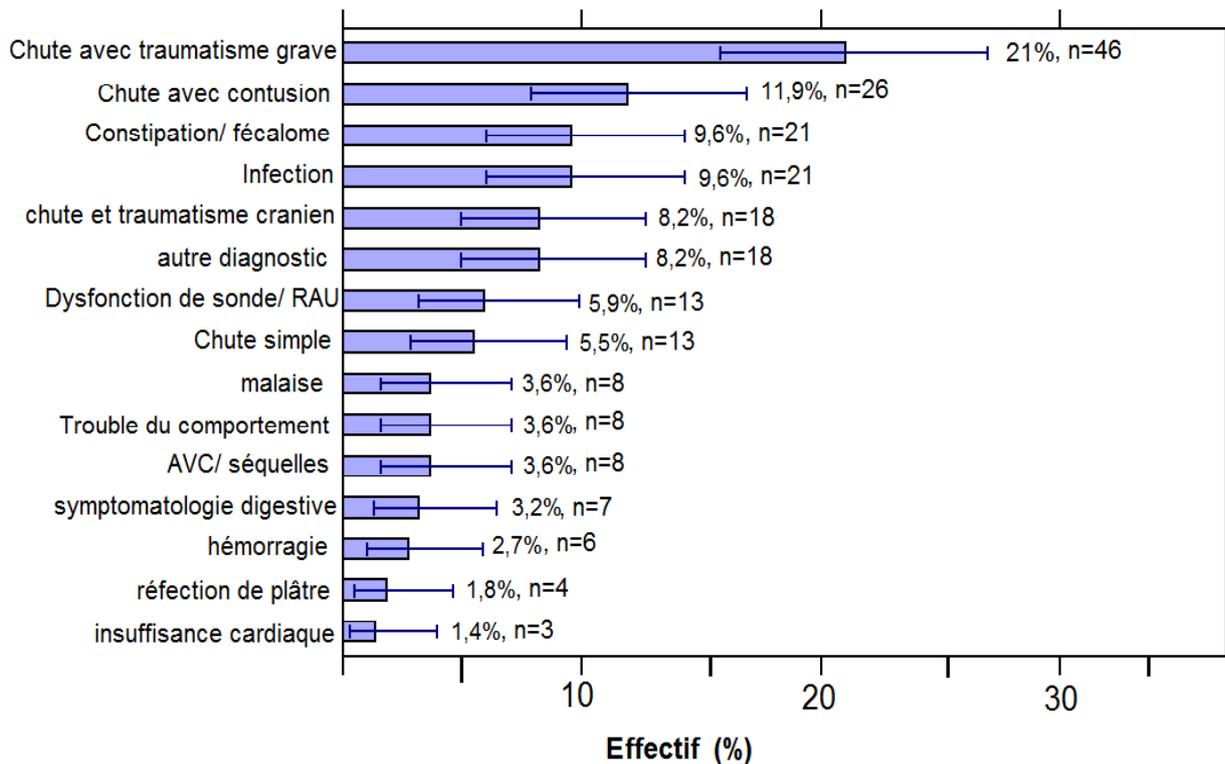
Traitement	n(%)
Intra veineux	92 (54,8%)
Autre	72(42,9%)
Suture	22 (42,9%)
Per os	10 (5,9%)

Les 72 (42,86%) autres traitements correspondent aux traitements orthopédiques, pose de sonde vésicale le plus souvent.

5. Diagnostics de sortie :

Les principaux diagnostics de sortie sont des chutes avec traumatisme grave (21% avec n= 46), et les chutes avec contusions (11,9%, n= 26). Ils sont présentés dans le diagramme n°8.

Diagramme n°8 : diagnostics de sortie des hospitalisations de moins de 24 heures (n=219) :



Les autres diagnostics de sortie correspondent aux décompensations d'insuffisance respiratoire chronique, de diabète, les déshydratations.

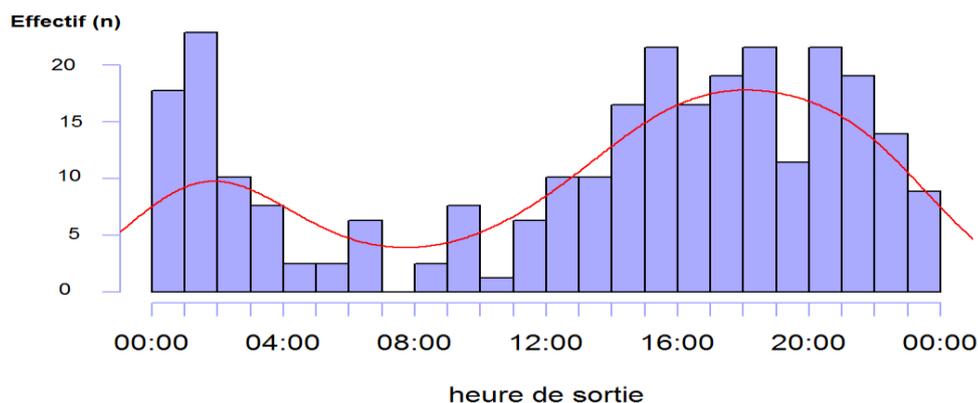
## 6. Modalités de sortie :

### a. Heure de sortie :

Les résidents sortent du service des urgences principalement après 14h.

46,6% (n=102) le quittent 20h.

Diagramme n°9 : heures de sortie du service des urgences (n=219) :



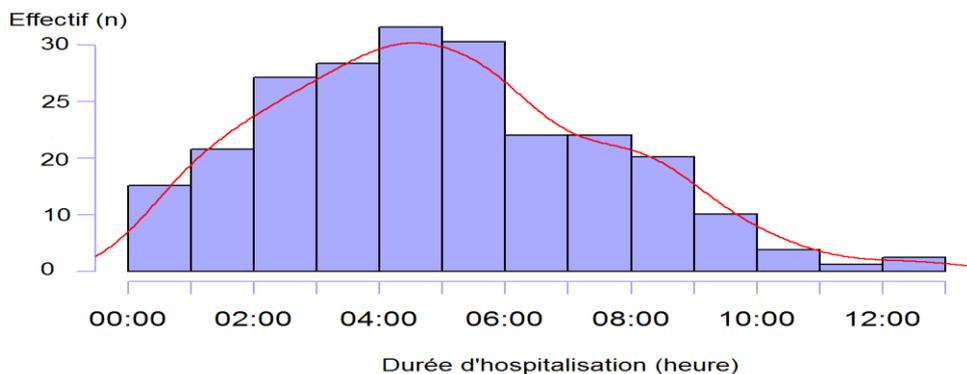
b. Durée d'hospitalisation au sein du service d'urgence :

La durée moyenne d'hospitalisation au service des urgences est de 4h58 (+/-2h30) pour les résidents regagnant leur EHPAD dans les suites de cette admission.

La durée minimale est de 30 minutes et de 12h55 pour la durée maximale.

Les durées d'hospitalisation sont présentées dans le diagramme n°10.

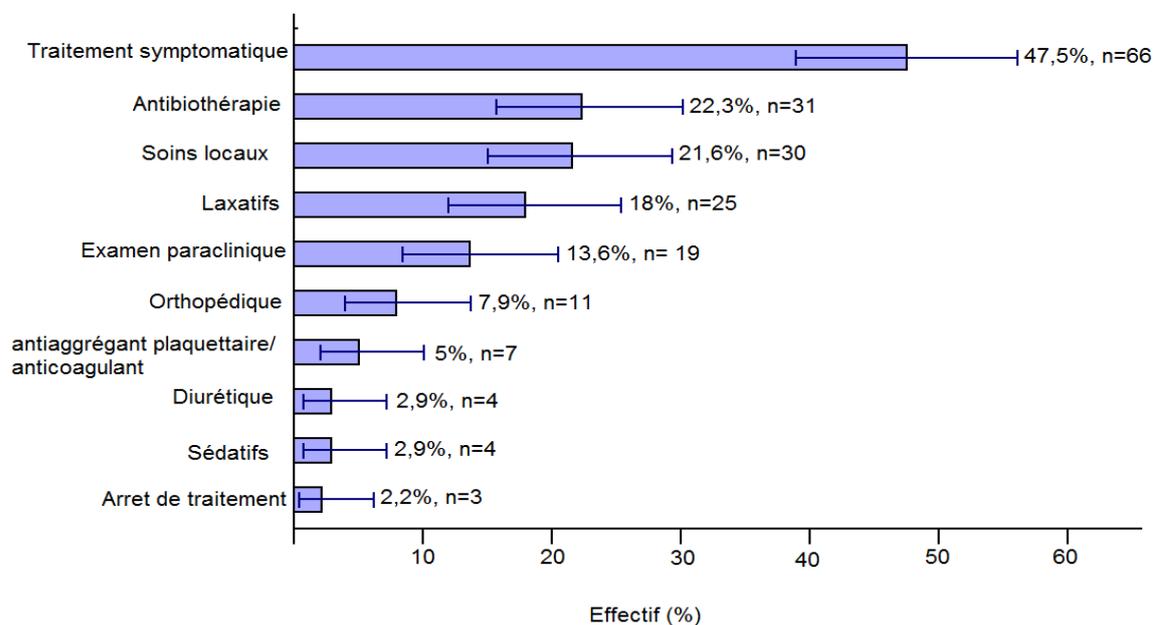
Diagramme n°10 : durée d'hospitalisation au service d'accueil des urgences (n=219) :



c. Courrier de sortie :

218 résidents (99,5%) sortent avec un courrier de sortie. Il reprend la prise en charge aux urgences, le diagnostic, le traitement de sortie. Une proposition thérapeutique est retrouvée pour 139 résidents (63,5%) (Diagramme n°11).

Diagramme n°11 : proposition thérapeutique de sortie (n= 139) :



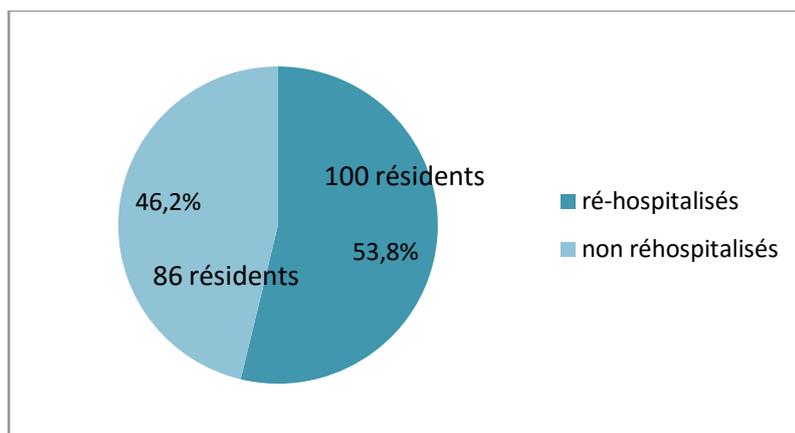
### III. Devenir des résidents dans les 90 jours suivant leur sortie des urgences de Douai

#### 1. Généralités :

186 (84,9%) dossiers des EHPAD sont analysés pour étudier le devenir des résidents. 33 (15%) données ne sont pas exploitables sur les 219 initiales.

100 (53,8%) résidents sont ré-hospitalisés dans les 90 jours suivant leur première hospitalisation (Figure n°3).

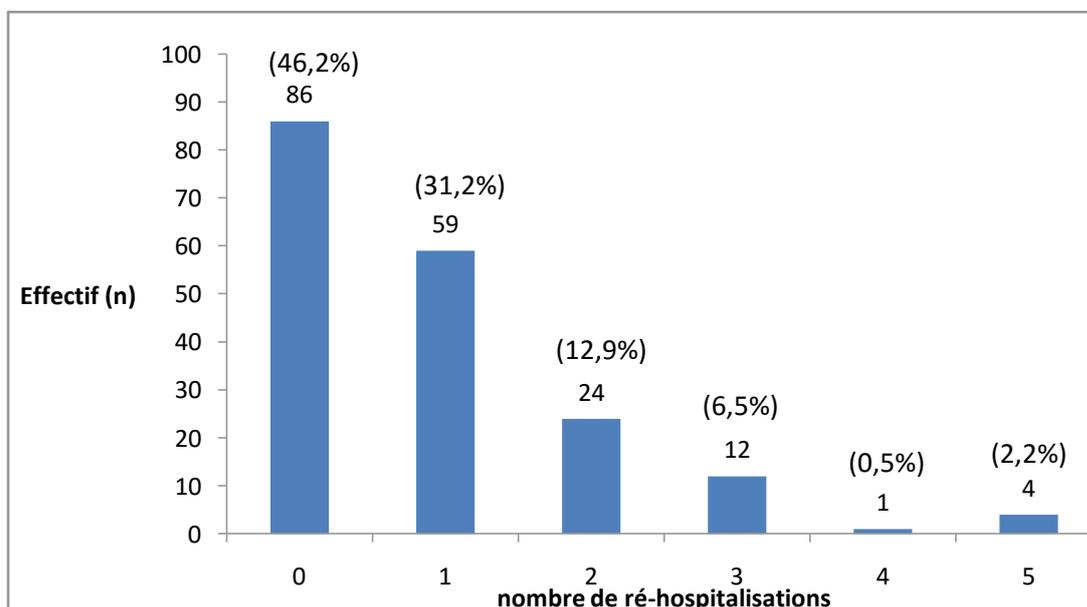
Figure n° 2 : Devenir dans les 90 jours (n=186) :



#### 2. Nombre de ré-hospitalisation :

Le nombre moyen de ré-hospitalisation est de 0,9 +/- 1,2 dans les 90 jours suivant la sortie du service des urgences. Cela est représenté sur le diagramme n°12.

Diagramme n°12 : nombre de ré-hospitalisation dans les 90 jours (n=186)



### 3. Première ré-hospitalisation dans les 90 jours

#### a. Caractéristiques générales (tableau n°7)

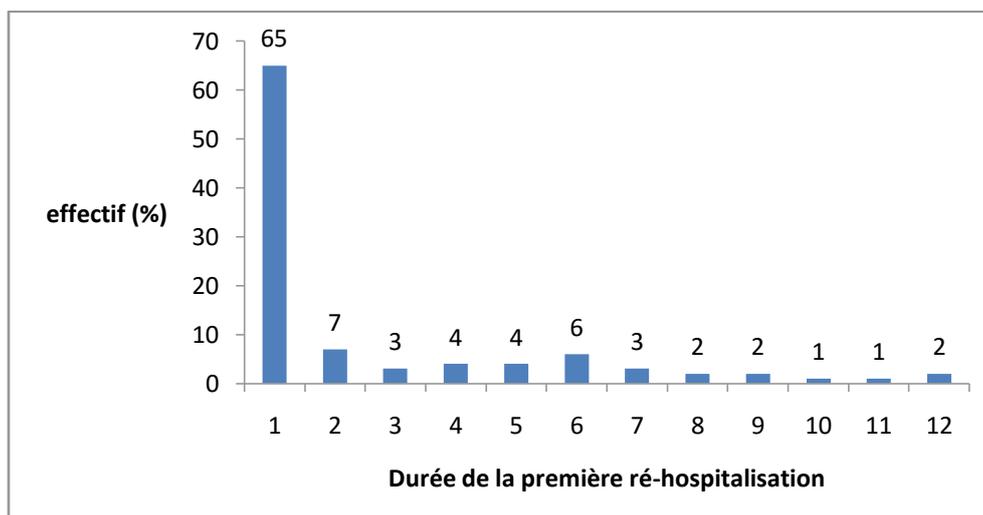
Tableau n°7 : Caractéristiques générales des premières ré-hospitalisations (n=100) :

Délai moyen de première ré-hospitalisation	29,95 +/- 27,6 jours
<i>service de ré-hospitalisation</i>	
Service d'urgence	94 (94%)
Hospitalisation programmée dans un service	6 (6%)
<i>Lieu de ré-hospitalisation</i>	
Centre hospitalier Douai	93 (93%)
<i>Qualification de la personne adressant le résident</i>	
Equipe paramédicale	69 (69%)
Médecin	27 (27%)
Inconnu	4 (4%)
Durée moyenne de ré-hospitalisation	2,6 +/- 2,8 jours

7 résidents (7%) sont ré-hospitalisés dans un autre hôpital que le CHD. Il s'agit d'EHPAD en zone frontalière sur l'arrondissement.

Le délai moyen de première ré-hospitalisation est de 29,95 (+/- 27,6) jours après la sortie du service des urgences, avec un délai minimum de moins de 24 heures. La durée de la première ré-hospitalisation des résidents est représentée par le diagramme n° 13.

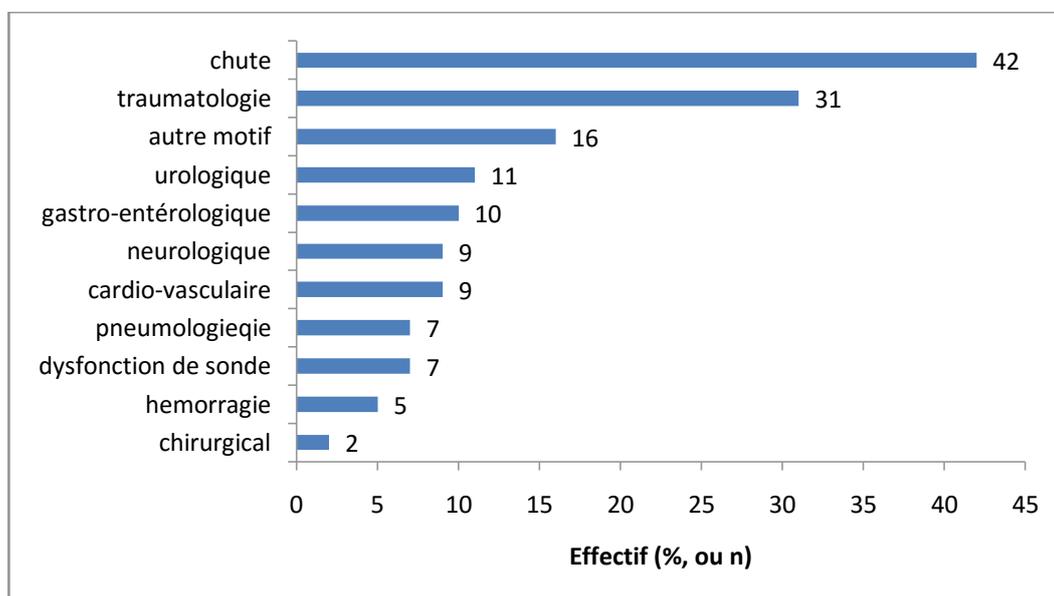
Diagramme n°13 : Durée de la première ré-hospitalisation des résidents (n=100) :



b. Motifs de ré-hospitalisation :

Les motifs de ré-hospitalisation les plus souvent retrouvés sont les chutes (42%, n=42) et les traumatismes (31%, n=31). Les dysfonctions de sonde représentent 7%(n=7) des motifs de ré-hospitalisation (diagramme n°14). Un même résident peut être ré-hospitalisé pour plusieurs motifs.

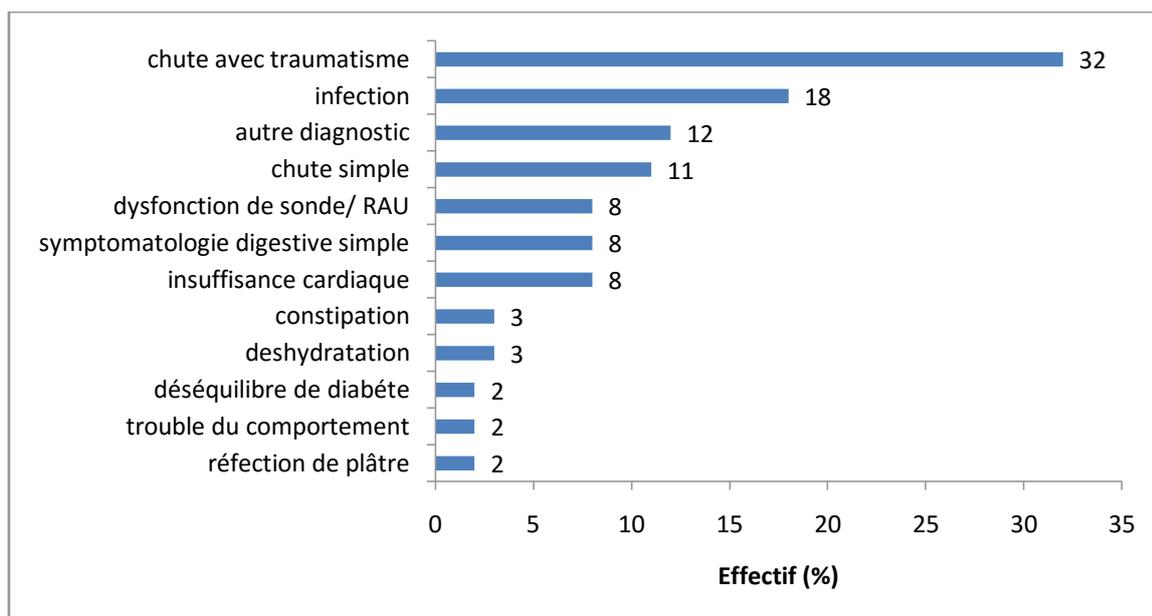
Diagramme 14 : Motifs de ré-hospitalisation (n=100) :



c. Diagnostic de sortie des ré-hospitalisations :

Les diagnostics les plus fréquents sont les chutes avec traumatisme (32%, n=32), suivis des diagnostics d'infection (18%, n=18). 11% des résidents ré-hospitalisés le sont pour une chute simple, sans conséquence traumatique (Diagramme n°15).

Diagramme n°15 : diagnostics de sortie des premières ré-hospitalisations (n=100) :



#### 4. Suivi post hospitalisation

Le tableau n°8 permet de décrire le suivi par les médecins généralistes de ces résidents après leur hospitalisation de moins de 24 heures au service des urgences.

Tableau n°8 : suivi post hospitalisation par les médecins généralistes (n=186)

	Moyenne +/- écart type	Effectif	Pourcentage
Délai moyen de consultation	5,7 +/- 5,9 jours		
Consultation avant la 1 <sup>ère</sup> ré-hospitalisation :			
Oui		155	83,3%
Non		22	11,8%
Inconnu		9	4,8%

#### IV. Recherche de facteurs prédisposant à une ré-hospitalisation

Les tableaux n°9 et 10 décrivent les facteurs prédisposant étudiés dans l'étude de la ré-hospitalisation.

Tableau n°9 : facteurs prédisposant à la ré-hospitalisation selon les modalités de transfert (n=175)

Facteur prédisposant	Ré-hospitalisé (n=90)	Non ré-hospitalisé (n=85)	P
<i>Adressé par</i>			0,12
IDE (n=83)	43,4% (n=36)	56,6% (n=47)	NA
Médecin (n=38)	55,9% (n=22)	42,1% (n=16)	NA
Soignant (n=54)	59,3% (n=32)	40,7% (n=22)	NA
<i>Nombre de traitements</i>			0,15
Moyenne IC 95%	7,7 [6,9 ; 8,4]	7 [6,4 ; 7,6]	NA
<i>Durée d'hospitalisation au SAU</i>			0,65
Moyenne IC 95%	4,7 [4,2 ; 5,2]	4,9 [4,4 ; 5,6]	NA

L'étude ne met pas en évidence de différences significatives sur la ré-hospitalisation selon le personnel adressant le résident aux urgences lors de l'hospitalisation de moins de 24 heures, ni selon le nombre de traitements différents pris par le résident, ni sur la durée totale au service d'accueil des urgences.

L'analyse de la ré-hospitalisation selon le diagnostic de sortie de l'hospitalisation de moins de 24 heures met en évidence une différence significative avec une valeur  $p < 0,05$  sur les dysfonctions de sonde, les diagnostics de sortie neurologique et les diagnostics de sortie cardiologique.

Les diagnostics de sortie à risque de ré-hospitalisation sont les dysfonctions de sonde avec 80% (n=8) des résidents hospitalisés et les diagnostics de sortie d'ordre neurologique où 66% (n=4) des résidents sont ré-hospitalisés.

Pour les diagnostics d'ordre cardiologiques, on retrouve que les résidents présentant un diagnostic d'ordre cardiologique non hospitalisés initialement ne sont pas ré-hospitalisés dans les 90 jours suivant leur sortie.

Il n'est pas mis en évidence de différence significative sur la ré-hospitalisation sur les diagnostics de chute, qu'elles soient à l'origine d'un traumatisme ou non.

Tableau n°10 : analyse de la ré-hospitalisation selon les diagnostics de sortie (n=186) :

	Ré-hospitalisation n(%)	Pas de ré-hospitalisation n(%)	P
<i>Diagnostic de sortie</i>			0,02
Cardiologique	0 (0%)	9 (100%)	<0,05
Chute simple	16 (51,52%)	17 (48,48%)	NA
Chute avec traumatisme	30 (52,63%)	27 (47,37%)	NA
Digestif	11 (50%)	11 (50%)	NA
Infection	8 (66,67%)	7 (46,67%)	NA
Neurologique	8 (66,67%)	4 (33,33%)	<0,05
Dysfonction de sonde	9 (81,81%)	2 (18,18%)	<0,05

# Discussion

Les hospitalisations des résidents des EHPAD dans les services d'urgences sont fréquentes. Peu d'études se sont intéressées aux hospitalisations de moins de 24 heures des résidents des EHPAD au sein des services d'urgences. Cette étude étaye les caractéristiques des résidents des EHPAD hospitalisés moins 24 heures aux urgences du CHD, et de leur devenir dans les 90 jours suivant leur sortie.

Dans l'étude, 44,8% (n=308) des résidents des EHPAD sont hospitalisés moins de 24 heures, comme décrit dans la littérature [10] [15] [16]. Pour 31,8% (n=219) d'entre eux il s'agit d'une première hospitalisation (Tableau n°1). Cet échantillon représente 7,3% des patients de plus de 75 ans admis aux urgences du CHD. Dans l'étude 55,2% (n=379) des résidents admis aux urgences sont hospitalisés dans un service conventionnel par la suite.

Les caractéristiques de la population étudiée sont similaires à celles décrites dans la littérature, représentatives de la population des EHPAD (Tableau n°2). Il s'agit de résidents âgés de 87,9 (+/- 5,3) ans en moyenne, à prédominance féminine (78,5%), dépendants avec un GIR moyen à 2,4(+/- 1), dont le MMS est à 17,3 (+/- 4,9). [10] [12] [13] [15] [16] [22]. La littérature retrouve que les deux tiers des sujets en institution sont déments [23]. Les maladies cardio-vasculaires (l'hypertension artérielle, les cardiopathies ischémiques, les arythmies) et les maladies neurologiques (AVC et maladies neuro-dégénératives) sont les plus représentées chez les personnes âgées de plus de 75 ans [13] [23] [24] [25]. Ces mêmes pathologies sont retrouvées chez les résidents étudiés (diagramme n°1). Le nombre de comorbidités des résidents est important, le score de Charlson moyen est à 6,5 (+/- 1,4) évaluant le taux moyen de survie des résidents à 10 ans inférieure à 20% (tableau n°1) [26] [27]. La poly-pathologie s'associe souvent à la poly-médication. En effet les résidents des EHPAD de l'étude ont en moyenne 7,2(+/- 2,9) molécules différentes dans leur traitement, comme décrit dans la littérature [10] [14] [15].

85,5% (n=153) des résidents de l'étude en ont plus de 5, avec un maximum de 17 substances actives différentes. 56 % (n=101) des résidents ont un psychotrope, avec en moyenne de 1,5 (+/- 0,94) psychotropes différents par jour. (Tableau n°1). Une analyse des ordonnances en EHPAD, retrouve que les médicaments potentiellement inappropriés les plus fréquemment prescrits sont les Benzodiazépines [28]. Les médicaments à visée cardio-vasculaire et les psychotropes sont les plus souvent mis en cause dans la iatrogénie. Les conséquences de ces effets indésirables sont nombreuses, à l'origine de 20% d'hospitalisations par an, de somnolence, de

syndrome confusionnel et de chute [25] [28] [29]. Les recommandations HAS préconisent de ne pas prescrire plus de 5 molécules différentes dans un traitement chez une personne âgée et pas plus de 2 psychotropes différents [29] [30] [31]. La HAS développe depuis plusieurs années des programmes « Alerte Maitrise iatrogénie » (AMI) et aide à la « prescription médicamenteuse chez le sujet âgé » (PMSA) pour réduire ce risque. [32]

La consommation de psychotropes est importante en EHPAD [33]. Chez une population où les chutes sont fréquentes, la sensibilisation aux prises en charge non médicamenteuses des troubles du comportement de la démence, pourrait réduire cette prescription [9]. Le médecin coordonnateur est le premier interlocuteur pour permettre d'intégrer les EHPAD dans les réseaux gériatriques. Le médecin coordonnateur assure l'élaboration des dossiers de liaison des EHPAD et veille également à leurs mises à jour pour permettre la continuité des soins en cas d'hospitalisation. Il a également un rôle dans l'élaboration de protocoles pour maintenir une qualité des soins dans les EHPAD et assurer un travail de prévention. Il encadre les soignants pour la mise en place des protocoles. Le médecin coordonnateur a également un rôle dans la formation des soignants pour valoriser la prise en charge gériatrique dans ces établissements [34] [35]. Certaines conventions tripartites intègrent un temps Pharmacien afin de participer à la conciliation médicamenteuse.

La convention signée entre l'établissement de santé et l'EHPAD mentionne qu'un dossier de liaison doit accompagner le patient lors des transferts hospitaliers, contenant la liste des antécédents, des traitements, et une description de l'autonomie selon la grille AGGIR [14] [36]. L'étude retrouve que 83,6% (n=183) des résidents sont admis aux urgences avec un dossier de liaison, dont le contenu respecte les recommandations (Tableau 3). Ces informations permettent d'aider à la prise en charge. Le nombre de dossiers transmis montre l'implication des médecins coordonnateurs et leur ressenti sur l'utilité de la transmission de ces informations lors d'hospitalisation. Peu de directives anticipées sont retrouvées (n=3). Ce faible taux est également décrit dans la littérature, pouvant être lié aux déclin cognitif présent chez la population des EHPAD, rendant difficile leurs rédactions, ainsi qu'aux difficultés d'aborder le sujet chez des sujets fragiles [37]. Un courrier médical accompagne toujours ce dossier lorsqu'il est adressé par le médecin (Tableau n° 3).

20% (n=43) des résidents admis aux urgences sont adressés par leur médecin, et 75% (n=164) des résidents le sont par l'équipe soignante de l'EHPAD, dont 43,8% (n=96) par l'infirmière (tableau n°3). Dans la littérature le médecin traitant est à l'origine de 32% à 71% des hospitalisations [10] [12] [14] [15]. Le format de l'étude centré sur les hospitalisations de moins de 24 heures peut être à l'origine de cette différence. L'état clinique des résidents adressés par leur médecin nécessiterait peut être plus souvent une hospitalisation prolongée. Dans l'étude, les résidents admis aux urgences par le médecin le sont pour 30% (n=13) de symptomatologie digestives dont 31% (n=4) de suspicions de syndrome occlusif, pour 21% (n= 9) pour une symptomatologie neurologique, puis 18.6% (n=8) pour des chutes avec suspicion de fracture.

Les équipes soignantes sont les premières intervenants pour secourir les résidents et évaluer la nécessité d'un examen médical en urgence, notamment en cas de chute. Cela explique en partie, qu'elles sont à l'origine de la majorité des transferts vers les urgences. Le recours au médecin généraliste en cas d'urgence semble être difficile. Toutefois la loi prévoit que le médecin coordonateur puisse s'y substituer en cas d'urgences. Comme la littérature le décrit, les transports se font principalement en ambulance privée (48,4%, n=106), puis avec les pompiers (22%, n=55) [14] [15]. Le SMUR est intervenu à l'EHPAD dans 4,6% (n=10%) des hospitalisations aux urgences, pourtant les résidents sont sortis dans les 24 heures suivant leur admission. La gravité transmise au médecin régulateur est probablement surévaluée par les soignants de l'EHPAD.

Le nombre d'admission de résident d'EHPAD est relativement homogène sur l'ensemble la semaine allant de 12,3 à 16,9% par jour. Avec tout de même une fréquentation plus importante le samedi (16,9%, n=37) (Diagramme 4). Les résidents sont le plus souvent admis la journée, principalement entre 10 heures et 17 heures (diagramme n°5), comme retrouvé dans la littérature [10] [12] [14] [15] [38].

Les principaux motifs d'hospitalisations sont les chutes (46,1%, n=101) (Diagramme n°6), ce qui est plus important que dans la littérature, où elles représentent 24,5% à 33% des motifs d'admissions [10] [12] [14] [15] [16] [39]. Cela peut être expliqué par le format de notre étude (biais de recrutement). Une étude sur la prise en charge de l'urgence au sein des EHPAD du Nord-Pas-de-Calais retrouve que la chute est la problématique la plus souvent rencontrée dans les EHPAD, représentant 59% des

motifs d'urgence [40]. Les résidents des EHPAD sont à haut risque de chute. Il est maximal entre 6 et 8 heures expliquant leur admission aux urgences en milieu de matinée [33]. Concordant avec les motifs d'admissions, les diagnostics de sorties les plus fréquents sont les chutes avec traumatisme (21%, n=46), les contusions (12%, n=26), et les traumatismes crâniens (8%, n=18) (Diagramme n8). 36% (n=12) des résidents adressés pour chute ne présentent aucune plainte traumatique lors de leur admission. On peut s'interroger sur la motivation d'hospitalisations par les équipes soignantes.

Le médecin coordonateur, les professionnels de santé exerçant au sein des EHPAD peuvent élaborer des protocoles d'évaluation et d'anticipation à la prise en charge des chutes dans les EHPAD [33] [39] [40] [41]. Ces outils aideraient à la décision d'hospitalisation et à la surveillance selon la gravité de la chute. Ces protocoles pourraient permettre également de différer l'avis médical de quelques heures. Le personnel de nuit est le plus souvent composé d'aides-soignants. Certains EHPAD mettent à disposition une astreinte IDE. Le recours à un médecin généraliste n'est pas aisé nécessitant alors l'appel du 15. Dans ce contexte, la Télémédecine pourrait être un axe d'amélioration avec une connexion au SAMU, ou au centre hospitalier de recours [41][42][43]. La littérature note que certains EHPAD possèdent des protocoles de prise en charge en situation d'urgence, souvent méconnus par les soignants [40]. Il semble important de développer la formation des soignants en partenariat avec le médecin coordonateur [34] [35].

Les décompensations de maladie somatiques sont moins présentes dans l'étude que dans la littérature, probablement en rapport avec le format de l'étude. Elles sont possiblement plus à l'origine d'une hospitalisation prolongée en service conventionnel dans les suites de leur admission [10] [15] [16].

La prise en charge aux urgences (tableau n°4), montre que plus de la moitié des résidents ont un examen para clinique avec un bilan biologique (61%, n=135), un bilan radiologique (68,5%, n=150) et un scanner (27,8%, n=61). L'analyse des résultats du bilan biologique (tableau n° 5) montre que celui-ci est dans la limite de la normale, concordant avec une sortie des résidents. Les motivations de l'urgentiste à réaliser le bilan para-clinique ne sont pas précisées dans l'étude. Elles peuvent être en lien avec la gravité perçue du résident ou selon les protocoles du service.

L'existence d'une anémie à 6 g/dl chez un patient ayant un antécédent de syndrome myélodysplasique aurait du être orienté vers le service d'hospitalisation programmé

et non vers le service des urgences en l'absence de signe de mauvaise tolérance clinique, ce qui est probablement le cas, puisque le patient a été hospitalisé moins de 24 heures.

Parmi les résidents hospitalisés aux urgences, 54,8% (n=92) ont un traitement par voie intraveineuse, 6% (n=10) par voie orale et 42,8% (n=22) des résidents sont suturés (tableau 6). 22% (n=50) des résidents de l'étude bénéficient d'un avis spécialisé. Il s'agit majoritairement d'avis chirurgicaux (64%, n=32) pour une prise en charge orthopédique principalement, sans correspondre systématiquement à une fracture (diagramme n°7). Les avis gériatriques représentent 14% des avis (n=7). Ils ne sont pas formalisés. Nous n'utilisons pas d'outils de repérage tel que le score TRST, ou score ISAR car ils sont peu discriminatifs pour la population provenant des EHPAD [44] [45].

La prise en charge au service d'urgence privilégie les conséquences traumatiques des chutes, sans recherche des facteurs de risque de chute. Pourtant la prévention secondaire des chutes est primordiale. Cette population est notamment exclue des prises en charge gériatrique de ville (consultations post-chute) en raison d'une l'évaluation difficile de ces patients en dehors de leur lieu de vie [46].

L'un des axes d'amélioration proposé est d'assurer un suivi pour ces résidents par l'équipe mobile extra hospitalière se rendant dans les EHPAD avec le médecin coordonnateur et l'équipe soignante. Elle permettrait d'évaluer les facteurs de risque de chute, notamment modifiables, et renforcerait l'éducation thérapeutique des soignants et des résidents si leur état clinique le permet. La prise en charge dans le lieu de vie de ces patients est plus aisée et cohérente. Ce travail permettrait de renforcer la prévention secondaire de chute personnalisée pour les résidents, et d'améliorer également la prévention collective pour les chutes dans les EHPAD avec une adaptation du lieu de vie, une stimulation du maintien d'activité physique et sensibilisé les soignants aux risques des contentions chez un patient âgé [33]. Les études montrent une réduction du risque de chute de 20 à 30% par ces interventions [33].

La durée des hospitalisations au service d'accueil des urgences dans l'étude est de 4h59(+/- 2h30). Les résidents des EHPAD au sein des services d'accueil des urgences de la région Nord-Pas-de-Calais sont en moyenne hospitalisés 8h (+/-5h) heures lorsqu'ils sont transférés dans un service spécialisé par la suite de leurs admissions et de 5h (+/-5h) en moyenne pour les résidents regagnant leurs EHPAD

dans les suites directes de leurs admissions aux urgences [14]. Les résidents hospitalisés moins de 24 heures aux urgences sans transfert dans un service conventionnel par la suite, seraient à priori moins graves, avec des durées d'hospitalisations plus courtes. L'état clinique des résidents hospitalisés après leurs admissions aux urgences nécessiterait d'avantage d'examen complémentaires, à cela s'ajoute peut être l'attente pour l'organisation du transfert dans un autre service. Le courrier de sortie s'inscrit dans la continuité des soins pour tout patient hospitalisé, appartenant aux indicateurs IPAQSS de qualité et de sécurité de soin de la HAS [48] [49]. Ce document doit être remis à la sortie d'hospitalisation (au plus tard dans les 8 jours suivants), contenir une synthèse du séjour, mentionnant les examens complémentaires réalisés, et les traitements instaurés. Tous les résidents sortent des urgences du CHD avec un courrier de sortie et 63% (n=139) des résidents sortent avec leur ordonnance de sortie. 46,6% (n=102) résidents sortent du service des urgences après 20h (diagramme n°9). Pourtant la convention signée entre les deux établissements ne prévoit pas de sortie après 20 heures. Ces heures tardives de sortie peuvent mettre en difficulté le personnel de l'EHPAD. La convention mentionne également l'importance de prévenir les EHPAD avant le retour du résident.

Dans cette première partie du travail on constate que les hospitalisations de moins de 24 heures au service des urgences du CHD sont fréquentes. Il s'agit d'une population fragile, hospitalisée aux urgences le plus souvent pour des chutes.

Le devenir des résidents à 90 jours est ensuite analysé. La période de suivi post hospitalisation s'étend jusqu'à 30 jours après la sortie. La HAS mentionne que ce délai de suivi peut s'étendre à 90 jours pour d'avantage prendre en compte le rôle des soins ambulatoires [49]. Le devenir à 90 jours après leur sortie des urgences, est marqué par 53.8% (n=100) de ré-hospitalisation. 46.2% (n=86) résidents ne sont pas ré-hospitalisés et 18.5% (n=40) décèdent. Le taux de ré-hospitalisation des patients de plus de 75 ans après une première hospitalisation aux urgences du CHD est de 11.7% à 30 jours et de 23% à 90 jours. Ce taux est comparable aux études variant de 10.8% à 17% [41] [49]. 15% (n=33) résidents sont perdus de vue, expliqués par l'impossibilité d'accéder aux dossiers médicaux de l'EHPAD après leur décès et par un changement d'EHPAD vers un établissement d'un autre département.

Parmi les résidents décédés, 43% (n=8) des dossiers médicaux des EHPAD sont exploitables pour étudier leur devenir. Parmi les 100 résidents ré-hospitalisés, 93% d'entre eux l'ont été au CHD. La ré-hospitalisation se fait principalement vers l'hôpital de recours du secteur. 7 résidents (7%) sont ré-hospitalisés dans un autre hôpital, il s'agit de résidents provenant d'EHPAD frontalière de l'arrondissement de Douai. Le service de ré-hospitalisation est très majoritairement les urgences, 94% des ré-hospitalisations de l'étude [12] [13]. Le délai moyen de la première ré-hospitalisation est de 30(+/- 27) jours, comme retrouvé dans la littérature [49] [50]. Ils sont ré-hospitalisés en moyenne 1,68 (+/-1.12) fois sur les 90 jours, dont 59% le sont une seule fois. Les motifs de ré-hospitalisation et les diagnostics de sortie sont superposables à la première hospitalisation avec 42% (n=42) de chutes et 31% (n=31) de traumatismes (Tableau n°13). 55% des résidents sortent avec le même diagnostic de sortie que lors de la première hospitalisation (Diagramme n°14). Le profil de la qualification de la personne adressant le résident lors de la ré-hospitalisation est semblable à ce qui est remarqué lors de la première hospitalisation. Les soignants sont à l'origine de 69% des ré-hospitalisations (n=69) et le médecin de 27% (n=27). La durée moyenne de la ré-hospitalisation est de 2.6 (+/- 2.8) jours dont 65% des résidents le sont moins de 24 heures. Ceci confirme l'importance de la prise en charge de la chute en EHPAD.

Concernant le suivi ambulatoire, on constate que les résidents ont en moyenne une consultation avec leur médecin traitant dans les 5.7 (+/- 5.9) jours après leur sortie du service des urgences. Seuls 11% (n=20) des résidents n'ont pas de consultation avec leur médecin avant la première ré-hospitalisation.

Dans la dernière partie de l'étude nous avons cherché à analyser les facteurs prédisposant de ré-hospitalisation. L'analyse comparative des différents EHPAD sur le taux de ré-hospitalisation n'a pas pu être réalisée. Le nombre d'hospitalisations trop différents des EHPAD, la taille de l'échantillon trop faible n'ont pas permis de réaliser cette analyse. L'analyse de la qualification du personnel adressant le résident en hospitalisation est réalisée à partir de 175 dossiers où le devenir du résident et la qualification du personnel l'adressant lors des hospitalisations de moins de 24 heures aux urgences est connu. Il n'est pas mis en évidence de différences significatives sur la ré-hospitalisation selon le personnel adressant les résidents aux urgences lors de l'hospitalisation de moins de 24 heures. L'étude ne met pas non

plus en évidence de différences significatives sur la ré-hospitalisations selon le nombre de traitements différents pris par le résident, ni sur la durée totale au service d'accueil des urgences

Par contre, le diagnostic de sortie des urgences lors des hospitalisations de moins de 24 heures correspondant aux dysfonctions de sonde et aux diagnostics de sortie d'étiologie neurologiques sont des facteurs prédisposant de ré-hospitalisations.

9 résidents (81,81%) hospitalisés moins de 24 heures aux urgences de Douai pour une dysfonction de sonde sont ré-hospitalisés dans les 90 jours suivants sur les 11 inclus. La mise à disposition du matériel pourrait permettre de limiter ces transferts. En effet, les EHPAD bénéficient d'une présence infirmière la journée. Dans le même contexte que décrit au dessus, les EHPAD n'ont pas d'infirmière la nuit. Concernant les motifs neurologiques, 8 résidents (66,67%) sont ré-hospitalisés à 90 jours sur les 12 hospitalisés moins de 24 aux urgences de Douai. Cette analyse mériterait de regarder de façon plus détaillée les différents de diagnostics de sortie, ce que nous n'avons pas pu faire devant les effectifs trop faibles.

Cette analyse montre que les résidents hospitalisés moins de 24 heures en lien avec un diagnostic cardiologique ne sont pas ré-hospitalisés dans les 90 jours. Ceci est peut être lié a une prescription thérapeutique et une pathologie moins en lien avec la dépendance du patient. Il n'a pas été étudié les différents motifs d'admission en fonction de la période de la journée. Les motifs somatiques sont-ils plus souvent adressés la nuit en l'absence de l'infirmière ? L'étude n'a pas pris en compte le nombre de résident par EHPAD corrélé aux nombres de soignants. Cela influence probablement les taux de transfert hospitalier vers les urgences. Notre étude n'a pas mis en évidence de différence significative sur la ré-hospitalisation selon la gravité des chutes.

# Limites de l'étude

L'étude comporte certaines limites :

Le nombre de résidents n'est peut être pas homogène selon la saison. Les motifs d'hospitalisations sont peut être en période hivernale différents (contexte épidémique,...). De même, il est possible que le nombre de lits disponibles soit plus faible qu'en période estivale, augmentant ainsi le nombre de résidents non hospitalisés après une admission aux urgences. En période estivale étant donné les congés annuels, le personnel remplaçant est moins habitué à travailler dans l'EHPAD, et à son organisation de son fonctionnement. Il est possible qu'il soit à l'origine d'un taux d'hospitalisation vers les urgences plus important.

Le repérage de la population éligible à l'étude n'est pas informatisé, il est possible que dans l'étude, certains résidents ne soient pas inclus, par défaut de repérage.

Il s'est fait à partir d'une liste regroupant l'ensemble des patients de plus de 75 ans admis au service des urgences. Le repérage des résidents des EHPAD est effectué à partir des adresses fournies, dépendant de l'inscription par la secrétaire.

15% (n=33) des résidents sont perdus de vue. Ils correspondent aux résidents décédés dont le dossier médical de l'EHPAD n'a pas pu être consulté, car archivé.

Le recueil d'information se base sur l'ensemble des informations présentes dans les dossiers médicaux du service des urgences, et de l'EHPAD des résidents. Les données recueillies dépendent de l'exhaustivité et de la qualité des informations contenues dans les dossiers. Je n'ai pas eu accès à la grille Pathos (Annexe n°8).

L'hétérogénéité et le faible volume des échantillons sont à l'origine d'analyses statistiques non réalisables.

L'étude n'a pas analysé les effectifs des soignants dans les différents EHPAD. Cette information ne m'a pas été transmise.

# CONCLUSION

Cette étude est originale car elle analyse l'hospitalisation de moins de 24 heures des résidents et leur devenir à 90 jours ce qui a été peu réalisé. 219 patients ont été inclus. 100 patients ont été ré hospitalisés à 90 jours. Les motifs les plus fréquents d'hospitalisation et de ré-hospitalisation sont les chutes et leurs traumatismes. Il est vrai que les résidents des EHPAD présentent de nombreux facteurs de risque de chute. Le médecin coordonnateur et son équipe soignante avec le médecin généraliste doivent avoir cette sensibilité organisationnelle et préventive en amont et aval de l'hospitalisation. Elle reste aussi dépendante des moyens humains mis à disposition. La convention établie entre le CHD et les EHPAD permet une rencontre annuelle aboutissant des axes d'amélioration mutuels.

Le recours au Praticien de ville en situation d'urgence reste difficile même en jours ouvrés avec nécessité de transfert aux Urgences. Le développement récent de l'équipe mobile extrahospitalière doit être un atout et être utilisé en association avec la Télémédecine pour une prise en charge adaptée des résidents dans leur lieu de vie, qui doit s'articuler avec le médecin coordonnateur et le médecin généraliste.

La formalisation du repérage de cette population âgée et fragile doit être travaillée aux urgences afin de proposer un suivi. L'existence d'une antenne gériatrique, et peut être même l'organisation d'une filière gériatrique aux urgences, pourrait être un axe d'amélioration, puisqu'il est recensé environ 10000 passages par an de patients âgés de plus de 75 ans aux urgences.

# BIBLIOGRAPHIE

1. Insee - Population - Bilan démographique 2015 - Pyramides des âges au 1<sup>er</sup> janvier (France métropolitaine) [Internet]. [cité 14 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/donnees-detaillees/bilan-demo/pyramide/pyramide.htm>
2. Insee - Population - Estimations de population - Pyramide des âges régionaux et départementaux [Internet]. [cité 8 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/donnees-detaillees/estim-pop/pyramide/pyramide.htm?p1=r32&p2=r97&annee=2015>
3. Insee - Population - Projections de population à l'horizon 2060 - Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans [Internet]. [cité 8 oct 2016]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=ip1320](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1320)
4. Insee - Population - Personnes âgées dépendantes [Internet]. [cité 8 oct 2016]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=T14F096](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T14F096)
5. Insee - Population - La vie en communauté : 76 600 personnes en Nord-Pas-de-Calais [Internet]. [cité 15 mai 2016]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg\\_id=19&ref\\_id=20273#inter3](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=19&ref_id=20273#inter3).
6. Capacité d'accueil des établissements pour personnes âgées selon leur catégorie [Internet]. [cité 15 mai 2016]. Disponible sur: [http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/frames/fracc\\_pers\\_agees1.asp-prov=AK-depar=AM.htm](http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/frames/fracc_pers_agees1.asp-prov=AK-depar=AM.htm)
7. 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

8. Circulaire DHOS/O2/DGS/SD. 5D/2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique. Bulletin Officiel n°2002-14 [Internet]. [cité 9 oct 2016]. Disponible sur:  
<http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm>
9. Haute Autorité de Santé (HAS). Maladie d'Alzheimer et maladie apparentées: prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. 2009.
10. Briggs R, Coughlan T, Collins R. Nursing home residents attending the emergency department: clinical characteristics and outcomes. Q J Med. juill 2013;(106).
11. Rapport de la sécurité sociale. Les urgences hospitalières: une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser. 2014.
12. ROLLAND Y . ANDRIEU S. HEIN C. VELLAS B. Les flux d'entrée et de sortie des résidents des EHPAD en France: résultats de l'étude PLEIAD = Rates of admissions and discharges of nursing home residents in France: results of the pleid study. La Revue de gériatrie. 2012;37(7):543-8.
13. Rolland Y, Abellan van Kan G, Hermabessiere S, Gérard S. Descriptive study o nursing home residents from the REPHA network. J Nutr Health Aging. oct 2009;13 (8):679-83.
14. Remont L. Analyse des patients provenant d'EHPAD adressés aux urgences: étude multicentrique sur le Nord-Pas-de-Calais. [Thèse d'exercice de médecine]. Université de médecine Lille 2 : 2015.
15. Le-Fur-Musquere E, Delamarre-Damier F, Sonnic A, Berrut G. Existe-t-il des facteurs prédictifs de l'hospitalisation non programmée de résidents d'EHPAD? Gériatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement. juin 2012;10(2):137-42.

16. Schwbel G, Manciaux M.A, Baumann C. Recours aux services d'accueil des urgences des personnes âgées en provenance des établissements d'hébergement. LA REVUE DE GERIATRIE. oct 2005;vol. 30(N°8):547-56
17. Finn JC, Flicker L, Mackenzie E, Jacobs IG, Fatovich DM, Drummond S, et al. Interface between residential aged care facilities and a teaching hospital emergency department in Western Australia. Med J Aust. 1 mai 2006;184(9):432-5.
18. Arrondissement de Douai — Wikipédia [Internet]. [cité 13 sept 2016]. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/wiki/Arrondissement\\_de\\_Douai](https://fr.wikipedia.org/wiki/Arrondissement_de_Douai)
19. Insee - Arrondissement de Douai (593) - Dossier complet [Internet]. [cité 13 sept 2016]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/dossier\\_complet.asp?codgeo=ARR-593](http://www.insee.fr/fr/themes/dossier_complet.asp?codgeo=ARR-593)
20. Agence régionale de santé (ARS) Nord - Pas-de-Calais. Les territoires de santé du Nord-Pas-de-Calais. Dossier de synthèse [Internet]. 2010. Disponible sur : [http://www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/Actualites/Communiqués\\_de\\_presse/dossier\\_synthese\\_sur\\_les\\_territoires.pdf](http://www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/Actualites/Communiqués_de_presse/dossier_synthese_sur_les_territoires.pdf)
21. Maisons de retraite 59, adresse, coordonnées | Ehpadhospiconseil [Internet]. [cité 13 sept 2016]. Disponible sur: <http://maison-retraite.ehpadhospiconseil.fr/resultats-recherche-maison-retraite-ehpad?etablissement=&tri=3&dynville=&ajaxville=douai&aide=&spec=&tarif=&accueil=&dpt=59>
22. KPMG. Observatoire des EHPAD. 2014 avr.

23. Ramaroson H, Helmer C, Brberger-Gteau P. Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus : données réactualisées de la cohorte PAQUID. *Revue Neurologique*. 159(4):405-11.
24. Sough B, Gauthier t, Clair D. Les personnes âgées de 75 ans et plus en service d'urgences. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*,. 2012;10(2):151-8.
25. Collège des enseignements de Gériatrie. La personne âgée malade [Internet]. 2009. Disponible sur: [www.fascicules.fr/polycopies-geriatrie-34.html](http://www.fascicules.fr/polycopies-geriatrie-34.html)
26. Mathieu S. Motifs de ré-hospitalisation au cours d'une même en gériatrie. A propos de 200 patients en 2011. [Thèse d'exercice en médecine]. Université de Poitiers; 2013.
27. Neuzillet Y. L'évaluation des morbidités compétitives et des scores d'évaluation de la morbidité compétitive. *progrès en urologie*. 2009;(19):580-6.
28. Coffinet V. Poly médication et iatrogénie chez la personne âgée : analyse d'ordonnances au sein d'une population institutionnalisée [Internet] [Thèse de docteur en pharmacie]. Université de Rouen; 2015 [cité 10 oct 2016]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01171668>
29. Recommandation de l'AFSSAPS. Prévenir la iatrogénie chez le sujet âgé. 2005.
30. Dupont C, Verloop D, Defebvre M. Rapport de Agence régionale de santé (ARS) du nord pas de calais.. Prescriptions médicamenteuses chez les personnes âgées de 75 ans et plus, en soins de ville et en EHPAD sans pharmacie à usage intérieur dans le Nord-Pas-de-Calais. 2013.
31. Haute Autorité de Santé (HAS). Evaluation et prise en charge des personnes faisant des chutes répétées. 2009.

32. Haute Autorité de la Santé (HAS). Prévenir la iatrogénie et améliorer la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. Novembre 2012.
33. Podvin-deleplanque J, Dreuil D, Huvent D, Puisieux F. Prévention des chutes en EHPAD. La Revue de Gériatrie. juin 2015;40(6):355-62.
34. CIRCULAIRE n°DGCS/SD3A/2012/404 du 7 décembre 2012 relative à la mise en œuvre du décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné article L. 313-1 2 du code de l'action sociale et des familles. 2012 déc.
35. Les 13 missions du médecin coordonnateur - Médecins coordonnateurs en EHPAD. Syndicat national [Internet]. [cité 10 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.mg-coordonnateurs.org/spip.php?article607>
36. Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandation Dossier de Liaison Urgences (DLU). Juillet, 2015.
37. Hamel C, Pirotte C. Comment les EHPAD ont mis en œuvre les Directives Anticipées?. DU de formation de médecin coordonnateur.
38. Grunier A, Bronskill S et al. Frequency and pattern of emergency department visits by long-term care residents: a population-based study. J A M Gériatr soc. 2010;58:510-7.
39. KURTZEMNN I. Prise en charge des urgences en EHPAD. Proposition d'amélioration [Mémoire à la formation de médecin coordonnateur]. 2007.
40. Wiel E, Wiel-Fournier V, Puisieux F. Prise en charge de l'Urgence dans les établissements d'hébergement de personnes âgées. Enquête régionale dans le Nord-Pas-de-Calais. La Revue de gériatrie. mai 2014;39(5):295-302.

41. Haute Autorité de la Santé (HAS). Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des EHPAD [Internet]. 2015 juil. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-07/fpc\\_reduire\\_hospit\\_residents\\_ehpad.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-07/fpc_reduire_hospit_residents_ehpad.pdf)
42. Banga B. La télémédecine au service des urgences médicales en ehpad. Géroscopie. févr 2015;53.
43. Cervera C. Naissance de la télémédecine dans les EHPAD du bassin de Muret [Thèse d'exercice en médecine]. université de Toulouse; 2014.
44. Bloch F. Rôle de l'EMG dans le dépistage des PAERPA.
45. Duc S, Fernandez C. Évaluation du Triage risk screening tool (TRST) pour le dépistage des personnes âgées nécessitant l'intervention d'une équipe mobile de gériatrie dans les établissements de santé : résultats d'une étude pilote. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil,. 13(1):55-62.
46. Delannoy L. Pertinence d'une consultation gériatrique dédiée aux patients de plus de soixante-quinze ans à distance de leur admission aux urgences pour chute [Thèse d'exercice en médecine]. Université de Lille 2; 2014.
47. Haute Autorité de la Santé (HAS). IPAQSS 2014: Expérimentation du recueil de l'indicateur: « qualité du document de sortie ». 2014.
48. Haut Autorité de Santé (HAS). Document de sortie d'hospitalisation supérieur à 24h [Internet]. 2014. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1777678/fr/document-de-sortie-d-hospitalisation-superieure-a-24h](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1777678/fr/document-de-sortie-d-hospitalisation-superieure-a-24h)
49. Haut Autorité de Santé(HAS). Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgés? [Internet]. 2013. Disponible sur:

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche\\_parours\\_rehospitalisations\\_evitables\\_vf.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parours_rehospitalisations_evitables_vf.pdf)

50. Goodrich L. Facteurs prédictifs et taux de ré hospitalisation non programmée à 30 jours d'une hospitalisation en court séjour gériatrique au Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille chez des patients âgés de plus de 75 ans [Thèse d'exercice en médecine]. Université de médecine de Lille 2; 2013.

# ANNEXE

ANNEXE n°1 : Convention CHD et EHPAD

 <p>Centre Hospitalier de DOUAI</p> <p><b>LE CENTRE HOSPITALIER DE DOUAI</b></p> <p>Et</p> <p>L'EHPAD " ...."</p>	<b>CONVENTION DE COOPERATION</b>				
	<b>Date d'effet</b>	<b>Domaine</b>	<b>Références</b>		
		<b>Filière Gériatrique</b>	<b>Version n</b>	<b>Date</b>	<b>Nb pages</b>
		1			

**Entre**

**Le Centre Hospitalier de Douai**

Route de Cambrai – BP 10740 59507 DOUAI CEDEX

Etablissement public de santé, représenté le Directeur,

Et

**L'EHPAD "Nom de l'EHPAD",**

Adresse de l'EHPAD

représenté par Madame ou Monsieur, Directrice de Pôle,

Vu la Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Vu l'article L. 6134-1 du code de la santé publique ;

Vu le code de l'action sociale et des familles,

Vu la circulaire DHOS 02/2007/117 du 28/03/2007 relative à la filière de soins gériatriques

### **Exposé des motifs (ou Préambule) :**

Afin d'assurer aux personnes âgées une prise en charge graduée, adaptée à l'évolution de leur état de santé, il convient, conformément aux dispositions prévues par le Plan Solidarité Grand Age 2007-2012, de formaliser les obligations réciproques des établissements de santé et des EHPAD dans le cadre d'une filière de soins gériatriques.

### ***Respect des droits de la personne âgée : usager du système sanitaire et social***

L'ES et l'EHPAD s'engagent à mettre en œuvre les mesures nécessaires au respect des droits de la personne âgée tels qu'ils sont définis tant dans les codes de santé publique et de l'action sociale et des familles, que dans les chartes s'y rapportant et notamment celle relative aux droits et libertés de la personne accueillie ou celle sur les droits des personnes hospitalisées.

### **Information réciproque des co-signataires**

L'EHPAD et l'ES s'engagent à se fournir, à tout moment de la coopération pour la bonne prise en charge de la personne âgée, une information réciproque et loyale la concernant.

### **Article 1<sup>er</sup> : Objet de la convention**

(.....)

- faciliter les flux de patients et optimiser la prise en charge gériatrique : en faisant bénéficier les résidents de l'EHPAD de bilan de santé, notamment psycho gériatrique, évitant aux résidents, en cas de transfert à l'ES, de transiter par le service d'urgences, garantissant aux résidents des hospitalisations personnalisées et ciblées ; facilitant leur retour dans l'EHPAD après une hospitalisation ou une consultation aux urgences.
- favoriser la communication des informations relatives aux résidents entre l'ES et l'EHPAD ;
- favoriser la mise en place de bonnes pratiques pour prévenir les hospitalisations et accompagner les transferts des résidents en milieu hospitalier ;
- développer une culture gérontologique commune.

### **Article 2 : Engagement de l'Etablissement de santé (ES)**

L'ES s'engage à faciliter l'accès des résidents de l'EHPAD, quel que soit leur niveau de couverture sociale, aux structures hospitalières requises par leur état de santé, en lien avec la filière gériatrique locale.

Pour ce qui concerne l'hospitalisation à domicile (HAD), son intervention en EHPAD étant prévue par une convention spécifique, elle ne fait pas l'objet de la présente convention.

### **2.1. Accès aux consultations et à l'hôpital de jour gériatrique**

L'accès, de préférence sur rendez-vous, aux consultations mises en place dans l'ES est facilité pour les résidents de l'EHPAD. Le médecin traitant du résident ou le médecin coordonnateur peut y avoir recours en appelant à un numéro de téléphone identifié.

Le médecin hospitalier et le médecin traitant ou le médecin coordonnateur auront défini ensemble, au préalable, les modalités relatives à l'organisation du suivi du résident. (.....)

### **2.2. Modalités relatives aux admissions directes**

#### ***2.2.1. Modalités relatives aux admissions directes en court séjour gériatrique ou spécialisé***

L'un des objectifs de la présente convention est de favoriser les admissions directes dans l'ES co-signataire sans passage préalable par le service des urgences. Chaque résident présentant une pathologie aiguë, nécessitant des soins techniques et continus, est pris en charge dans les plus brefs délais dans le service de l'ES dont il relève, après contact entre le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur et l'équipe concernée ou le médecin de l'ES. (...)

#### ***2.2.2. Modalités relatives aux admissions directes dans les autres services à vocation gériatrique.***

L'EHPAD prend contact directement avec les services concernés de l'ES (SSR ou USLD). L'admission s'opère à l'issue d'une procédure de pré-admission, après accord du médecin responsable du service. Le dossier commun d'admission accompagne le résident.

#### ***2.2.3. Modalités relatives à l'arrivée d'un résident au service des urgences de l'ES***

Les cas d'urgence vitale peuvent justifier une entrée ou un passage par le service des urgences. Dans un tel cas, il est souhaité de médecin urgentiste dans la mesure du possible.

En cas de transfert d'un de ses résidents dans l'ES, l'EHPAD s'engage à remettre au service des urgences et/ou au service concerné les informations de base nécessaires à l'hospitalisation : Identification du résident et copie de l'attestation de la carte vitale et de toute pièce justificative de sa couverture sociale, Nom de la personne à prévenir et de la personne de confiance, Motifs du transfert, informations relatives à l'état de santé du résident (antécédents, allergies, infections éventuelles notamment BMR), l'autonomie et les habitudes de vie, Coordonnées des médecins traitants et médecins coordonnateurs, Traitement en cours, dernière lettre d'hospitalisation, Une fiche type de liaison de soins infirmiers, Informations relatives à l'EHPAD : coordonnées de l'EHPAD, contact et numéro de téléphone le jour, la nuit, nom de la personne adressant le résident.

### **2.3. Modalités relatives au retour du résident après consultation aux urgences ou à la sortie après hospitalisation**

A l'issue d'une consultation réalisée aux urgences, l'EHPAD accueille le résident en retour après information téléphonique de la structure par l'ES. Il est convenu que l'ES pourra adresser le patient vers l'EHPAD dès lors que la sortie de l'établissement a lieu avant 20h00.

Afin d'assurer la continuité des soins, l'ES s'engage à fournir : une lettre détaillée relative à la consultation (résultat de l'examen clinique, examens réalisés et résultats, éléments para-cliniques et avis spécialisé, diagnostic retenu et conduite à tenir proposée, nom du médecin ayant pris en charge le résident aux urgences), et les ordonnances éventuelles.

A l'issue d'une hospitalisation, l'EHPAD accueille à nouveau le résident à la date fixée par le médecin hospitalier en respect de l'organisation définie avec l'EHPAD, prenant en compte les ressources de l'établissement en matière de médicalisation en y incluant la permanence des soins de ville.

Si l'état de santé du résident n'est plus en adéquation avec le niveau de prise en charge de l'EHPAD, l'établissement initie une démarche d'accueil par le service social de l'ES en concertation avec le résident, ses proches et l'EHPAD.

Afin d'assurer la continuité des soins, le jour de la sortie d'hospitalisation : une lettre médicale et une fiche de liaison des soins infirmiers est remise au résident pour le médecin traitant et pour le médecin coordonnateur de l'EHPAD. Le compte rendu d'hospitalisation est adressé dans un délai de 8 jours suivant la sortie au médecin traitant et au médecin coordonnateur.

L'EHPAD sera prévenu du jour et de l'heure du retour du résident dans un délai négocié (au mieux la veille et au minimum une demi-journée avant). L'ES s'engage à réaliser les formalités administratives nécessaires à la sortie.

#### **2.4. Modalités de recours à l'équipe mobile gériatrique/ à l'équipe mobile de soins palliatifs/ à l'équipe d'hygiène hospitalière/ à du temps partagé de personnels médicaux et paramédicaux entre ES et EHPAD, notamment dans un cadre expérimental.**

Si des possibilités d'intervention d'équipes mobiles hospitalières peuvent être expérimentées au sein de l'EHPAD, elles doivent être organisées et faire l'objet de conventions spécifiques.

Le cas échéant, un protocole fixe les conditions de recours de l'EHPAD soit aux équipes mobiles gériatrique/ de soins palliatifs/ de psycho-gériatrie/d'hygiène hospitalière, soit à des personnels formés à ces prises en charge en interne à l'ES ou dans d'autres ES avec lesquels l'ES signataire a des liens dans le cadre de la filière gériatrique locale. Il mentionne notamment les modalités de contact téléphonique (numéro de téléphone, jours et heures) ainsi que les modalités d'intervention dans l'EHPAD.

### **Article 3 : Engagement de l'EHPAD**

#### **3.1 Hospitalisation d'un résident dans l'ES**

En cas d'hospitalisation d'un de ses résidents dans l'ES, l'EHPAD s'engage à remettre au médecin hospitalier responsable un dossier minimal comportant les mêmes documents que lors d'hospitalisation aux urgences (**paragraphe 2.2.3**).

#### **3.2. Retour dans l'EHPAD d'un résident ayant bénéficié d'une consultation aux urgences ou d'une hospitalisation**

L'EHPAD s'engage à reprendre en retour le résident ayant bénéficié d'une consultation aux urgences conformément aux dispositions de l'article 2.3 (.....).

L'EHPAD s'engage à reprendre le résident hospitalisé dans un délai négocié conformément aux dispositions de l'article 2.3 de la présente convention, prenant en compte les ressources de l'établissement en matière de médicalisation en y incluant la permanence des soins de ville.

#### **3.3. Accès de personnes âgées hospitalisées dans un des services de l'ES vers l'EHPAD**

Pour les personnes âgées hospitalisées dans l'ES et dont l'état de santé ne justifie plus le maintien dans la filière hospitalière, un accès à un EHPAD signataire est

favorisé, dans le cadre du libre choix de la personne ou de son représentant légal et selon les procédures d'admission de l'EHPAD.

#### **Article 4 : Engagements partagés par l'ES et l'EHPAD sur la mise en place de bonnes pratiques communes et de formations des personnels**

- **Avoir en commun des bonnes pratiques de soins dans le cadre de la gestion des maladies infectieuses et/ou nosocomiales**

Dans le cadre des infections nosocomiales et autres maladies infectieuses, des protocoles précis de prise en charge des personnes doivent être déterminés. L'équipe d'hygiène hospitalière ou son équivalent doit pouvoir être sollicitée en urgence par l'EHPAD qui suivra la conduite à tenir déterminée par celle-ci (...)

- **Développer en commun une culture gérontologique dans le cadre d'une filière organisée**

L'un des objectifs de la présente convention étant de développer une culture gériatrique commune, l'ES et l'EHPAD s'engagent à permettre à leurs personnels de participer à des actions d'information et de formation communes relatives à la prise en charge spécifique des personnes âgées, afin de diffuser les recommandations de bonnes pratiques de soins aux personnes âgées. Des formations communes aux bonnes pratiques de soins seront organisées conjointement. Les protocoles spécifiques élaborés en ce domaine sont partagés entre les deux structures et doivent être disponibles au sein des services prenant en charge la personne âgée. Ils font l'objet d'une mise à jour régulière.

#### **Article 5 : Information des instances de l'ES et de l'EHPAD**

La présente convention sera portée à la connaissance des Conseils d'Administration des deux établissements après avis du Conseil de la vie sociale de l'EHPAD et après information de la Commission Médicale d'Etablissement de l'ES.

#### **Article 6 : Modification de la convention**

Toute évolution des actions de coopération nécessite un avenant à la présente convention.

#### **Article 7 : Evaluation et suivi de la convention**

La présente convention fait l'objet d'un bilan présenté lors d'une réunion annuelle conjointe entre ES et EHPAD du Douaisis. Il intègre : le suivi de ladite coopération s'appuyant sur les indicateurs quantitatifs et qualitatifs définis conjointement par l'ES et l'EHPAD. Ceux-ci visent notamment à mesurer le degré de satisfaction des

résidents et des équipes, évaluer les délais de prise en charge des résidents, signaler tout dysfonctionnement du dispositif. L'évaluation des dispositifs.

**Article 8 : Durée de la convention**

La présente convention prend effet à compter du (...)pour une durée de un an. Elle est renouvelable par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée trois mois avant l'échéance.

**Article 9 : Cas de résiliation immédiate de la convention**

*En cas de non réalisation des engagements susvisés ou de manquement grave à ces derniers ou bien encore en cas de non respect de l'esprit de la présente convention, le co-signataire s'estimant lésé peut sans délai et par lettre recommandée résilier ladite convention.*

La décision de résiliation doit être motivée. Chaque co-signataire s'engage à informer par lettre recommandée dans le délai d'un mois à compter de la décision de résiliation immédiate sa tutelle (la DDASS pour l'EHPAD et l'ARH pour l'ES) de l'existence de ladite décision et de ses motivations.

Il peut être cependant décidé préalablement à la mise en œuvre d'une telle procédure d'organiser entre les deux parties un débat contradictoire afin de proposer les solutions adéquates ou à défaut de prendre acte des motifs de résiliation en l'absence de compromis ou d'amélioration possible.

**Pour l'EHPAD,**

**Pour l'ES,**

LETTRE adressée aux directeurs des EHPAD et médecin coordonateur

Mlle Pauline LEFEBVRE  
Centre Hospitalier DOUAI  
Pôle gériatrique

Douai, le 2/05/2015

**Objet** : Prise de renseignements sur les patients concernés par ma thèse d'exercice en médecine.

Monsieur le Directeur, Monsieur le Médecin Coordonateur

Actuellement en médecine générale, je réalise ma thèse médicale dirigée par le Docteur Alexandre BERTELOOT.

Il s'agit d'une étude descriptive des patients en provenance des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, hospitalisés moins de 24 heures au service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Douai menée du 1<sup>er</sup> mai 2015 au 1<sup>er</sup> Novembre 2016.

Pour compléter ma recherche, je souhaite étudier le devenir de ces résidents dans les 90 jours suivant leur sortie du service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Douai. L'objectif étant d'étudier notamment la ré-hospitalisation dans les 90 jours de ces résidents.

Pour cela je sollicite votre accord pour venir dans votre EHPAD consulter les dossiers des patients inclus dans mon étude. Il s'agit de malades ayant été admis au service d'accueil des urgences pour une durée de moins de 24 heures depuis le 1<sup>er</sup> mai 2015.

Je vous transmettrai quelques jours avant ma venue la liste des patients ainsi que la date de ma présence dans votre établissement.

Je vous remercie par avance de l'attention portée à ma demande.

Je vous prie d'agréer, l'expression de mes salutations distinguées.

Mlle Pauline LEFEBVRE  
Interne en médecine générale  
1<sup>ere</sup> Année DESC de gériatrie

Docteur A. BERTELOOT  
Responsable du pôle gériatrique  
Centre Hospitalier Douai

Annexe n°3 : feuille de recueil n°1

Etude des caractéristiques des résidents des EHPAD hospitalisé moins de 24 heures aux urgences du CHD

Patient N° :

EHPAD n° :

Convention signée entre l'EHPAD du résident et le centre hospitalier de Douai (annexe 1) :  
OUI / NON

I) **Critères épidémiologiques :**

Âge du résident (ans):

Sexe du résident:

Autonomie du résident : selon le Groupe Iso Ressource (annexe 4)

Statut cognitif évalué par le MMS (annexe 5)

II) **Caractéristique médicales du résident :**

1. Les Antécédents : classés en cadre nosologique

- Neurologies :
- Cardio-vasculaires :
- Pneumologiques :
- Gastro-entérologiques et urologiques:
- Chute à répétitions :
- Antécédents chirurgicaux :
- Autres antécédents : (troubles sensoriels, dénutrition, ostéoporose...)

2. Antécédents d'hospitalisation dans les 6 derniers mois : OUI /NON/ Non renseigné

3. Score de co-morbidité de charlson prédictif de mortalité à 1 an (Annexe 6) :

4. Nombre de substances actives différentes dans le traitement du résident :

5. Présence d'un traitement par psychotrope : OUI / NON

6. Nombre de traitement psychotrope différents dans le traitement :

7. Présence d'un traitement anticoagulant :

8. Présence d'un traitement anti agrégeant plaquettaire :

III) **Analyse du transfert du résident de l'EHPAD vers le service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Douai :**

1. Jour d'arrivé au SAU :
2. Heure d'arrivée au SAU (H, min) :
3. Qualification du profession adressant le patient en hospitalisation :
  - a) Equipe médicale : médecin traitant/ médecin coordonnateur/ SMUR
  - b) Equipe soignante : infirmière de l'EHPAD / aide soignante
  - c) Autre :
  - d) Non renseigné
4. Dossier de liaison urgence présent : OUI/ NON / non renseigné
  - a) Dossier médical de l'EHPAD du résident : OUI / NON/ non renseigné
  - b) Directives anticipées du résident présent : OUI / NON / non renseigné
  - c) Présence d'un courrier médical : OUI / NON/ Non renseigné
5. Mode de transport : ambulance privée / pompiers / SMUR / Autre :  
Non renseigné
6. Motif du transfert : classé en catégorie nosologique.  
(Un patient peut être adressé pour plusieurs motifs, tous sont alors pris en compte)
  - Neurologique
  - Cardio-vasculaire
  - Gastro-entérologique
  - Pneumologique
  - Urologique
  - Dysfonction de sonde
  - Hémorragique
  - Chute
  - Motif traumatologique
  - Motif chirurgical

Pour les motifs pouvant correspondre à plusieurs entités différentes, la différence était faite par les symptomatologies associées ou les antécédents en leurs absences (Par exemple, la dyspnée pouvant entrée dans le cadre pneumologique ou cardio-vasculaire)

7. Début des symptômes < 24h avant l'admission aux urgences : OUI/ NON/  
Non renseigné

**IV) Prise en charge au service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Douai :**

**Prise en charge diagnostic :**

1. Un bilan biologique est il réalisé : OUI / NON
2. Quantification du taux
  - Taux d'hémoglobine (g/dl) :
  - Taux de leucocytes (mm<sup>3</sup>) :
  - Numération plaquettaire (mm<sup>3</sup>) :
  - Taux de créatinémie (mg/l) :
  - Taux d'urée (g/l) :
  - Clairance de la créatinémie (formule CKD-EPI) (ml/min) :
  - Natrémie (mmol/l) :
  - Kaliémie (mmol/l) :
  - Taux de CRP (mg/l) :
  - Taux d'albuminémie (g/l) :
3. Autre bilan biologique réalisé (citer sans chiffrer)
4. Un électrocardiogramme était réalisé : OUI / NON
5. Une imagerie est réalisée : OUI / NON
  - Bilan radiologique : OUI / NON
  - Bilan scannographie : OUI / NON
  - Autre bilan d'imagerie réalisé :
6. Un avis médical spécialisé était demandé : OUI / NON  
Quel spécialiste était sollicité :

**Prise en charge thérapeutique :**

1. Un traitement a été mis en place aux urgences: OUI / NON
2. Mode d'administration : intraveineuse/ per os/ sous cutanée
3. Une suture était réalisée : OUI / NON
4. Surveillance précise du résident au service d'urgence (si précisé dans le dossier médical, série de prise de constante)
5. Autre type de traitement mis en place :

**Diagnostic de sortie :**

**V) Analyse de la sortie du résident regagnant son EHPAD :**

1. Jour et heure de sortie (en heure et minutes) :
2. Durée de l'hospitalisation au service d'accueil des urgences (en heures)
3. Courrier de sortie remis à la sortie : OUI / NON/ non renseigné
4. Proposition thérapeutique faite à la sortie du service des urgences : OUI /  
NON  
Laquelle :

## ANNEXE n° 4 : Groupe Iso Ressource

Les groupes iso-ressources (GIR) permettent de classer les personnes en fonction des différents stades de perte d'autonomie. Ils sont au nombre de six.

Le classement dans un GIR s'effectue en fonction des données recueillies par une équipe médico-sociale à l'aide de la grille AGGIR (Autonomie gérontologie-groupe iso-ressources). La grille AGGIR permet d'évaluer le degré de dépendance de la personne âgée, afin de déterminer le niveau d'aide dont il a besoin.

À chaque GIR correspond un niveau de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne.

### Grille AGGIR :

**EVALUATION DEPENDANCE/AUTONOMIE      A FAIRE COMPLETER PAR LE MEDECIN**

PATIENT(E) EXAMINE(E)  Monsieur  Madame

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

Situation :  Chronique  Temporaire

		S	T	H	C	A ou B ou C
<b>REPLIR SUIVANT LES CRITERES CI-DESSOUS</b> S = spontanément      T = totalement H = habituellement      C = correctement Résultat = A si oui pour 4 adverbess B si oui pour 1 à 3 adverbess C si non pour tous les adverbess						
1 <b>Cohérence</b> : consenser et/ou se comporter de façon sensée						
2 <b>Orientation</b> : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux						
3 <b>Toilette</b> : concerne l'hygiène coporelle						
HAUT						
BAS						
4 <b>Habillage</b> : s'habiller, se déshabiller, se présenter						
HAUT						
BOUTONNAGE						
BAS						
5 <b>Alimentation</b> : manger les aliments préparés						
SE SERVIR						
MANGER						
6 <b>Elimination</b> : assurer l'hygiène de l'élimination						
URINAIRE						
FECALÉ						
7 <b>Transferts</b> : se lever, s'asseoir, se coucher						
8 <b>Déplacements à l'intérieur du logement</b> Avec ou sans canne, déambulateur ...						
9 <b>Déplacements à l'extérieur du logement</b> A partir de la porte d'entrée sans aide						
10 <b>Communication à distance</b> : utiliser les moyens de communication (téléphone, téléalarme ...)						

**Docteur, merci de vérifier que :**

- la situation chronique ou temporaire est bien renseignée,
- toutes les cases sont cochées sans ratures ni surcharges.

Veuillez, dater, signer et mettre votre tampon professionnel.

A \_\_\_\_\_ LE \_\_\_\_\_ SIGNATURE ET CACHET

## **Les six groupes GIR :**

Le GIR 1 correspond aux personnes confinées au lit ou au fauteuil ou dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées. La présence constante d'intervenants est indispensable.

Le GIR 2 comprend deux groupes de personnes dépendantes :

- Celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées ; une prise en charge est nécessaire pour la plupart des activités de la vie courante.
- Celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui peuvent se déplacer ; certains gestes, tels que l'habillage, la toilette, ne peuvent être accomplis en raison de la déficience mentale.

Le GIR 3 correspond aux personnes qui ont conservé partiellement leurs capacités motrices, mais ont besoin d'être assistées pour se nourrir, se coucher, se laver, aller aux toilettes.

Le GIR 4 regroupe deux types de personnes :

- Celles qui ont besoin d'aide pour se lever, se coucher, mais peuvent se déplacer seules à l'intérieur du logement ; une assistance est parfois nécessaire pour la toilette et l'habillage.
- Celles qui n'ont pas de problème de transfert ou de déplacement, mais qui doivent être assistées pour les activités corporelles ainsi que pour les repas.

Le GIR 5 désignent les personnes qui sont relativement autonomes dans leurs activités : elles se déplacent seules, mais ont besoin d'aides ponctuelles pour la toilette, la préparation des repas, l'entretien du logement.

Le GIR 6 concerne les personnes autonomes dans tous les actes de la vie courante

## ANNEXE n°5 : Mini Mental Score (MMS), Version GRECO

Le MMS est permettre une évaluation cognitive, il permet une détection des troubles cognitifs. La présence de trouble cognitif est définit par un score inférieur à 24/30.

### Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

#### Orientation

/ 10

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. Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

- |                                  |                          |
|----------------------------------|--------------------------|
| 1. En quelle année sommes-nous ? | <input type="checkbox"/> |
| 2. En quelle saison ?            | <input type="checkbox"/> |
| 3. En quel mois ?                | <input type="checkbox"/> |
| 4. Quel jour du mois ?           | <input type="checkbox"/> |
| 5. Quel jour de la semaine ?     | <input type="checkbox"/> |

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

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?*                        | <input type="checkbox"/> |
| 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?                                    | <input type="checkbox"/> |
| 8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?** | <input type="checkbox"/> |
| 9. Dans quelle province ou région est située ce département ?            | <input type="checkbox"/> |
| 10. A quel étage sommes-nous ?   | <input type="checkbox"/> |

#### Apprentissage

/ 3

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

- |            |               |                 |                          |
|------------|---------------|-----------------|--------------------------|
| 11. Cigare | <i>Citron</i> | <i>Fauteuil</i> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur  | <i>Clé</i>    | <i>Tulipe</i>   | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte  | <i>Ballon</i> | <i>Canard</i>   | <input type="checkbox"/> |

Répéter les 3 mots.

#### Attention et calcul

/ 5

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

- |        |                          |
|--------|--------------------------|
| 14. 93 | <input type="checkbox"/> |
| 15. 86 | <input type="checkbox"/> |
| 16. 79 | <input type="checkbox"/> |
| 17. 72 | <input type="checkbox"/> |
| 18. 65 | <input type="checkbox"/> |

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :

Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?\*\*

#### Rappel

/ 3

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

- |            |               |                 |                          |
|------------|---------------|-----------------|--------------------------|
| 11. Cigare | <i>Citron</i> | <i>Fauteuil</i> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur  | <i>Clé</i>    | <i>Tulipe</i>   | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte  | <i>Ballon</i> | <i>Canard</i>   | <input type="checkbox"/> |

#### Langage

/ 8

Montrer un crayon. 22. Quel est le nom de cet objet ?\*

Montrer votre montre. 23. Quel est le nom de cet objet ?\*\*

24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »\*\*\*

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 :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,

26. Pliez-la en deux,

27. Et jetez-la par terre. »\*\*\*\*

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

28. « Faites ce qui est écrit ».

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

29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »

#### Praxies constructives

/ 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

## ANNEXE n° 6 : Score de Charlson

Le score de Charlson index est validé chez le sujet âgé, en le pondérant à l'âge. Il se calcule à partir des données du dossier médical. Il varie de 0 à 30 selon l'importance des morbidités compétitives.

Tableau : Nombre de points attribués aux morbidités compétitives prises en compte dans le calcul du score de Charlson :

Nombre de point	Condition
1 point	50-60 ans Infarctus du myocarde Insuffisance vasculaire périphérique Maladie cérébro-vasculaires Démences Maladie pulmonaire chroniques Maladie du tissu conjonctif Maladie ulcéreuses Hépatopathies Diabète
2 points	61-70 ans Hémiplégies Maladie rénale modérée à sévères Diabète avec lésions organiques Tumeurs de toutes origines
3 points	71-80 ans Hépatopathie modérée à sévère
4 points	81 – 90 ans
5 points	Plus de 90 ans
6 points	Tumeurs solides métastatiques SIDA

Il évalue la survie à 10 ans, selon le score : 1 point: 96% de survie estimé, 2 points : 90% de survie, 3 points : 77% de survie, 4 points : 54% de survie, 5 points : 21% de survie ≥ 6 points : <20% de survie

Annexe n°7 : Feuille de recueil n°2 : Etude du Devenir à 90 jours

Patient n° :

EHPAD n° :

I) **Devenir du résident dans les 90 jours suivant sa sortie du service d'accueil des urgences :**

- 1) Le patient a été ré hospitalisé dans les 90 jours suivant : OUI / NON
- 2) Nombre de ré hospitalisation sur les 90 jours suivant :
- 3) Le patient est il décédé dans les 90 jours suivant sa sortie du service d'accueil des urgences : OUI / NON

II) **Etude de la première ré-hospitalisation :**

- 1) Délai de la 1<sup>er</sup> ré hospitalisation par rapport à la sortie du service des urgences du centre hospitalier de Douai (en jour) :
- 2) Service d'orientation:
  - Centre hospitaliser de Douai : OUI / NON
  - Service d'accueil des urgences : OUI/ NON/ non renseigné
  - Hospitalisation programmé dans un service médico-chirurgical : OUI / NON / non renseigné
- 3) Qualification de la personne adressant le patient en hospitalisation :
  - a. Equipe médicale : Médecin traitant / médecin coordonnateur / SMUR
  - b. Equipe paramédicale : Infirmière de l'EHPAD / Aide soignante
  - c. Autre
  - d. Non renseigné
- 4) Motif de ré hospitalisation :
  - Neurologique
  - Cardiovasculaire
  - Digestif
  - Pneumologique
  - Urologique (RAU.....)
  - Dysfonction de sonde (sonde urinaire, gastrostomie...)
  - Hémorragie
  - Chute

- traumatologie
  - motif chirurgical
  - Autre :
- 5) Diagnostic de sortie de la première ré hospitalisation :
- 6) Diagnostic de sortie de la ré hospitalisation est il identique de celui de l'hospitalisation de moins de 24h? OUI / NON
- 7) Durée de la 1<sup>er</sup> ré hospitalisation ( en jours) :  
(Consultation externe hospitalisation < 24h = 1 jour)

**III) Suivi post hospitalisation :**

- 1) Consultation du médecin traitant entre les 2 séjours : oui / non / non renseigné
- 2) Délai de venu du médecin traitant après l'hospitalisation de moins de 24h au service des urgences (en jour):



## FICHE INDIVIDUELLE

### Annexe

Échelon local

#### IDENTIFICATION

Nom .....

Prénom .....

Étude

Numéro

Définis par le système informatique

**PATHOLOGIES** Entourez, à gauche le numéro de l'état pathologique présent et cochez la case - *une seule* - du profil correspondant à cet état pathologique

#### ÉTATS PATHOLOGIQUES

#### PROFILS

##### Affections cardio-vasculaires

		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
01	Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
02	Coronaropathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Troubles du rythme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Phlébites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
06	Embolie et thrombose artérielle, amputation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Artériopathies chroniques		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Hypotension orthostatique											<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### Affections neuro-psychiatriques

		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
09	Malaises, vertiges, P d C, chutes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Accidents vasculaires cérébraux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Comitialité focale et généralisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Syndrome parkinsonien		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Syndrome confusionnel aigu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	

##### Affections chroniques du comportement

		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
14	Troubles chroniques du comportement			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	
15	Etats dépressifs		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	
16	Etats anxieux		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
17	Psychose, délires, hallucinations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	
18	Syndrome démentiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### Affections broncho-pulmonaires

		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
19	Broncho-pleuro-pneumopathies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Insuffisance respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Embolies pulmonaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	

<b>Pathologies infectieuses</b>		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
22	Syndromes infectieux généraux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
23	Syndromes infectieux locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
24	Infections urinaires basses							<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Affections dermatologiques</b>		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
25	Escarres							<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
26	Autres lésions cutanées							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
<b>Affections ostéo-articulaires</b>		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
27	Pathologie de la hanche	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Pathologie de l'épaule	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Pathologie vertébro-discale	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Autres pathologies osseuses	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Polyarthrite et pathologies articulaires	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Affections gastro-entérologiques</b>		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
32	Syndromes digestifs hauts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Syndromes abdominaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Affection hépatique, biliaire, pancréatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Dénutrition		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Affections endocriniennes</b>		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
36	Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>		
37	Dysthyroïdie		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
38	Troubles de l'hydratation		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
<b>Affections uro-néphrologiques</b>		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
39	Rétention urinaire		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
40	Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Incontinence					<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Autres domaines</b>		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
42	Anémies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Etats cancéreux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Hémopathies malignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Syndrome inflammatoire, fièvre inexpliquée								<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Pathologies oculaires évolutives		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Etat grabataire					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
48	Etat terminal									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
49	Autres pathologies	<input type="checkbox"/>											
	En clair .....												
50	Aucune pathologie pertinente à retenir												<input type="checkbox"/>

**AUTEUR** : LEFEBVRE Pauline

Date de Soutenance : 9 Novembre 2016

**Caractéristiques et devenir des résidents des EHPAD hospitalisés moins de 24 heures aux urgences du centre hospitalier de Douai.**

**A propos de 219 patients étudiés sur la période du 1<sup>er</sup> mai au 1<sup>er</sup> novembre 2015**

Thèse - Médecine - Lille 2016

**Cadre de classement** : *Médecine générale*

**Mots-clés** : urgences, gériatrie, EHPAD, sujet âgé, ré-hospitalisation, chute

**Résumé** : Malgré une offre de soins programmés organisée par la filière gériatrique labélisée, les hospitalisations des résidents des EHPAD aux urgences de Douai restent fréquentes. L'objectif est d'analyser les caractéristiques des résidents hospitalisés moins de 24 heures aux urgences, leur devenir à 90 jours et d'en rechercher les éventuels facteurs prédisposant.

Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle, non randomisée menée du 1<sup>er</sup> mai 2015 au 1<sup>er</sup> novembre 2015 aux urgences du centre hospitalier de Douai. Tous les résidents de plus de 75 ans admis pour une première hospitalisation de moins de 24 heures sont inclus. A partir des dossiers médicaux des urgences, les caractéristiques générales des résidents, les motifs d'hospitalisation, et leur prise en charge sont analysés. Le devenir à 90 jours est étudié à partir des dossiers des EHPAD, et en particulier la première ré hospitalisation.

219 (31.8%) résidents sont inclus. Ils ont en moyenne 87.9+/-5.3 ans, un GIR à 2.4 +/- 1 et un MMS à 17.3+/-4.9, majoritairement des femmes. Leur traitement comporte en moyenne 7.2+/-2.9 substances différentes dont pour 56% (n=101) d'entre eux un traitement psychotrope (en moyenne 1.5+/- 0.9 psychotrope par jour). principaux motifs d'hospitalisation, et diagnostics de sortie sont des chutes avec traumatismes (46%, n=101). En effet ce sont des patients à haut risque de chute. Ils sont adressés d'avantage la semaine, en journée, par les soignants des EHPAD. 83.6%(n=183) sont accompagnés d'un dossier de liaison permettant la transmissions d'information. Aux urgences, 22.8%(n=50) ont un avis spécialisé, dont 64% (n=32) sont chirurgicaux. La durée moyenne d'hospitalisation est de 4h58 (+/-2h30). A 90 jours, 53.8% (n=100) des résidents sont ré-hospitalisés. 93% iront vers l'hôpital de recours. 94% des résidents le sont vers un service d'urgence. Le délai moyen de ré-hospitalisation est de 29.9 +/- 27.6 jours, les diagnostics de sortie sont semblables aux premières hospitalisations pour 55% d'entre eux. L'analyse des facteurs prédisposant retrouve que les patients admis pour un motif neurologie ou une dysfonction de sonde urinaire sont significativement plus à risque de ré-hospitalisation.

Le développement d'équipe mobile extra hospitalière, la télémédecine en appui du médecin coordonnateur et du médecin généraliste de premier recours pourraient permettre une prise en charge adaptée pour la prévention et l'aide à la décision d'hospitalisation.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur F. PUISIEUX**

**Asseseurs : Monsieur le Professeur E. WIEL**

**Monsieur le Professeur BERKHOUT**

**Directeur de thèse : Monsieur le Docteur A. BERTELOOT**