



UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2017

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**EVALUATION DES PATIENTS RESIDANT EN EHPAD ADRESSES
AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES
DE BOULOGNE-SUR-MER**

Présentée et soutenue publiquement le 22 mars 2017 à 18h00
au Pôle Recherche
Par Julie HOFF

JURY

Monsieur le Professeur WIEL

Asseseurs :

Monsieur le Professeur PUISIEUX

Monsieur le Docteur RENARD

Monsieur le Docteur POHER

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur POHER

**Travail de la plateforme d'aide méthodologique du Centre
Hospitalier Universitaire de Lille**

AVERTISSEMENT

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

ABREVIATIONS

AEG :	Altération de l'état général
AIT :	Accident Ischémique Transitoire
AVC :	Accident Vasculaire Cérébral
AVK :	Anti-Vitamines K
CCMU :	Classification Clinique des Malades des Urgences
CNIL :	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CRRAL :	Centre de Réception et de Régulation des Appels Libéraux
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des statistiques du ministère de la Santé
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes
EMG :	Equipe Mobile de Gériatrie
GPE :	Gastrostomie Percutanée Endoscopique
HGE :	Hépatogastro-Entérologie
IAO :	Infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation
IDE :	Infirmier(e) Diplômé d'Etat
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
RAU :	Rétention Aiguë d'Urines
SAU :	Service d'Accueil des Urgences
SFMU :	Société Française de Médecine d'Urgence
SAMU :	Service d'Aide Médicale Urgente
SMUR :	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SPDT :	Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers
UHCD :	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
USINV :	Unité de Soins Intensifs Neuro-Vasculaire
USLD :	Unité de Soins de Longue Durée
ZAO :	Zone d'Accueil et d'Orientation

RESUME

CONTEXTE : Devant l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et du recours au SAU, leur prise en charge est un enjeu de santé publique. Cette population, fragile, est à risque de développer un syndrome de soins inappropriés. Les objectifs sont de décrire la population des EHPAD entrant aux urgences de Boulogne-sur-Mer et de rechercher des facteurs de non hospitalisation.

METHODE : Il s'agit d'une étude prospective monocentrique observationnelle, de juin 2015 à avril 2016, étudiant les passages aux urgences des patients des EHPAD, à travers les données sociodémographiques et médicales recensées grâce à un questionnaire qui retrace la prise en charge aux urgences du patient.

RESULTATS : 374 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 85,25 ans avec une prépondérance féminine. Les patients étaient principalement adressés en semaine, la journée, transportés en ambulance privée. 63,9% étaient classés CCMU 3. Une CCMU élevée augmentait significativement le risque d'hospitalisation. 50% avaient bénéficié d'un avis médical avant leur entrée aux urgences. 52% étaient adressés avec un courrier, 42,2% avec un dossier de liaison complet. 33,9% avaient bénéficié d'un avis spécialisé, avis principalement neurologique (18,1%), cardiologique (17,3%), traumatologique (16,5%), avec un risque significativement plus élevé d'hospitalisation. La réalisation d'examens complémentaires augmentait significativement le risque d'hospitalisation. La durée moyenne de prise en charge était de 6 heures. On comptait 38,1% d'hospitalisation, 1,6% de décès. Les principaux diagnostics étaient traumatologiques (29,2%), pneumologiques (15,2%). 78,8% des patients présentant une pathologie traumatologique n'étaient pas hospitalisés contre 35% des cas pneumologiques.

CONCLUSION : Même si nous n'avons pas identifié de facteur de non hospitalisation permettant d'optimiser la prise en charge, des pistes d'amélioration dans la prise en charge existent : efforts de tenue des dossiers de liaison, importance du courrier de transfert... La coordination des soins entre les EHPAD et l'hôpital doit être renforcée et de nouvelles filières envisagées.

I/ INTRODUCTION

La dépendance d'une personne âgée est définie comme un état durable de la personne entraînant des incapacités et requérant des aides pour réaliser des actes de la vie quotidienne. Le degré de dépendance d'une personne âgée dépend du niveau des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité qu'elle subit, et non directement de son état de santé [1]. Dès lors les institutions, notamment les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), pallient le plus souvent cette perte d'autonomie et l'impossibilité de maintien au domicile.

De plus en plus de personnes âgées résident chaque année dans des EHPAD. Ces personnes sont de plus en plus dépendantes et poly-pathologiques du fait de l'allongement de la durée de vie. En 2016, 9,1% de la population française avait plus de 75 ans c'est-à-dire 6 millions de personnes. [2] Suivant les projections de l'Insee, la population des 75 ans et plus sera multipliée par 2,5 entre 2000 et 2040, soit plus de dix millions de personnes [2], et elle s'élèvera à 16% (11 500 000 personnes) en 2050.[3] En 2012, les EHPAD représentaient 95,4% des maisons de retraite en France, soit 6 892 établissements pour 546 324 places ; si l'on prend en compte les foyers-logements, les maisons de retraite et les Unités de Soins de Longue Durée, 720 483 personnes étaient alors institutionnalisées [4].

Dans le Pas-de-Calais, en 2012, on comptait 154 646 personnes ayant entre 65 et 79 ans et 71 167 personnes de 80 ans ou plus [5]. Au 1^{er} janvier 2014, le département dénombrait 218 établissements d'accueil (115 EHPAD, 14 USLD, 17 maisons de retraite non EHPAD, 82 foyers-logements) soit 2 789 places [6].

Le vieillissement de la population va entraîner une augmentation de la proportion de personnes âgées dépendantes à accueillir dans les services d'accueil des urgences. Leur prise en charge est un enjeu majeur de santé publique, notamment au niveau des urgences, événement qui perturbe souvent ces patients déjà fragiles.

Une hospitalisation ou un passage au SAU risque de provoquer une déstabilisation physique et psychologique [7], pouvant engendrer un syndrome de soins inappropriés [8] qui entraîne une perte de mobilité, des pertes fonctionnelles, une dénutrition, une dépression, une confusion, une incontinence, des escarres, une augmentation de la mortalité et des surcoûts de dépenses de Santé. Seulement 31,6% des patients fragilisés récupèrent leur état antérieur après une hospitalisation [9]. L'étude de *Delabriere et al* [10] réalisée à l'Hôpital des Bateliers de Lille en 2011 et concernant 28 EHPAD du Nord Pas-de-Calais montrait que 28 % des résidents présentaient une perte d'autonomie après leur hospitalisation. Ce syndrome existe dès le service d'accueil des urgences, où les soignants ne sont pas suffisamment formés à la prise en charge du patient gériatrique.

Selon les études, 9 à 37 % [11 ; 12] des patients hospitalisés aux urgences viennent des EHPAD. En 2000 *Saliba et al.* [13] retrouvaient 40% d'hospitalisations inappropriées, en 2006 pour *Finn et al* [14] c'était 13,1% et, en 2010, dans l'étude de *Ouslander et al* [15], les hospitalisations évitables concernaient 67 % des sujets âgés résidant en institutions.

L'enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières réalisée en août 2011 a montré que 1 à 5 % des hospitalisations étaient injustifiées à l'admission.

Aux Urgences de Boulogne-sur-Mer en 2014, une étude interne préliminaire rétrospective montrait que, sur 843 séjours aux urgences au cours de l'année 2014, 46 % des patients des EHPAD repartaient dans les 24 premières heures vers leur établissement d'origine.

C'est suite à ce constat que nous avons décidé de nous intéresser à cette population et à sa prise en charge au sein de notre service

Objectif primaire :

L'objectif de ce travail a été de décrire la population des EHPAD de notre secteur, d'évaluer les motifs de recours au SAU et leur parcours de soins au sein de notre service, au cours d'une étude prospective.

Objectifs secondaires :

Il s'agissait d'identifier, les éléments prédictifs d'un retour rapide à l'EHPAD après la prise en charge au SAU de Boulogne-sur-Mer.

III/ MATERIEL ET METHODE :

Il s'agissait d'une étude monocentrique prospective observationnelle du 1^{er} juin 2015 au 22 avril 2016 dans le service d'Accueil des Urgences de Boulogne-sur-Mer permettant d'inclure 375 patients.

Elle reposait sur un questionnaire (*Annexe 1*) rempli par l'infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO) puis par le médecin en charge du patient au cours de son séjour au Service d'Accueil des Urgences de Boulogne-sur-Mer, depuis son arrivée jusqu'à son orientation.

Le recueil s'est établi via un questionnaire recto-verso en deux parties.

- La première partie, remplie par l'IAO, se concentrait sur les données épidémiologiques du patient et l'ensemble des éléments ayant trait à son arrivée au SAU de Boulogne-sur-Mer : âge, sexe, EHPAD d'origine, moyen de transport, motif de recours, degré d'urgence (selon la classification CCMU), présence de documents médicaux et paramédicaux, personne adressant le patient.
- La deuxième partie, remplie par le médecin, interne ou sénior, concernait la prise en charge du patient au SAU, les examens biologiques et radiologiques réalisés, le diagnostic, l'orientation du patient et la durée de prise en charge.

1/ Critères d'inclusion :

Tout résident d'EHPAD arrivant au SAU de Boulogne-sur-Mer pendant la période étudiée, quels que soient le jour, l'heure ou l'EHPAD d'origine.

2/ Critères d'exclusion :

Tous les autres patients, notamment ceux des Unités de Soins de Longue Durée du fait de la médicalisation plus importante de ces établissements.

3/ Données recueillies :

- Age
- Sexe
- Jour de venue
- Heure de venue : cotée en « jour » de 8 h 30 à 18 h 30 du lundi au vendredi et en « garde » les week-ends et de 18 h 30 à 8 h 30 du lundi au vendredi.
- EHPAD d'origine
- Motif de consultation
- Degré d'urgence : cotée de 1 à 5 selon l'échelle CCMU (*Annexe 2*)
- Personne adressant le patient
- Moyen de transport jusqu'au SAU
- Documents fournis (courrier de transfert, dossier de liaison comprenant les transmissions médicales, paramédicales et l'ordonnance en cours)
- Réalisation d'un bilan biologique, d'un ECG, d'un bilan d'imagerie
- Avis spécialisé
- Durée de prise en charge
- Diagnostic
- Orientation du patient

4/ Critères de jugements :

Le critère de jugement principal est une analyse descriptive des données démographiques, diagnostiques et d'orientation du patient.

Concernant le critère de jugement secondaire les éléments étudiés devaient être facilement identifiables et s'inscrire dans notre pratique courante dès l'arrivée au SAU : la CCMU, la prescription d'examens paracliniques, les diagnostics finaux, les avis spécialisés et le mode d'envoi des patients (heure, moyen de transport, courrier de transfert, et la personne adressant le patient.).

5/ Analyse Statistique :

Les questionnaires, anonymisés, étaient ensuite recueillis dans un tableau Excel et l'ensemble des variables analysées. Les analyses ont été faites avec la contribution de la Plateforme d'Aide Méthodologique du CHRU de Lille.

Une première analyse univariée a permis d'extraire les éléments descriptifs et épidémiologiques de l'étude, avec calcul de l'intervalle de confiance à 95%, à l'aide d'une loi binominale. Nous avons ensuite effectué une analyse bivariée afin d'analyser les différences entre les patients hospitalisés après leur passage aux urgences et ceux bénéficiant d'un retour dans leur établissement d'origine. Nous avons utilisé un test du chi 2 pour les variables qualitatives et un test de Fisher pour les variables binaires.

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel R version 3.3.1 [16].

6/ Déclaration CNIL :

Le fichier de données a été déclaré à la CNIL via le correspondant local d'établissement. (*Annexe 3*)

III/ RESULTATS :

Entre le 1^{er} juin 2015 et le 22 avril 2016, 404 questionnaires ont été évalués, 375 retenus. Les 29 questionnaires rejetés ne correspondaient pas aux critères d'inclusion ou n'étaient pas suffisamment remplis pour être exploités.

Les résultats sont décrits en deux parties.

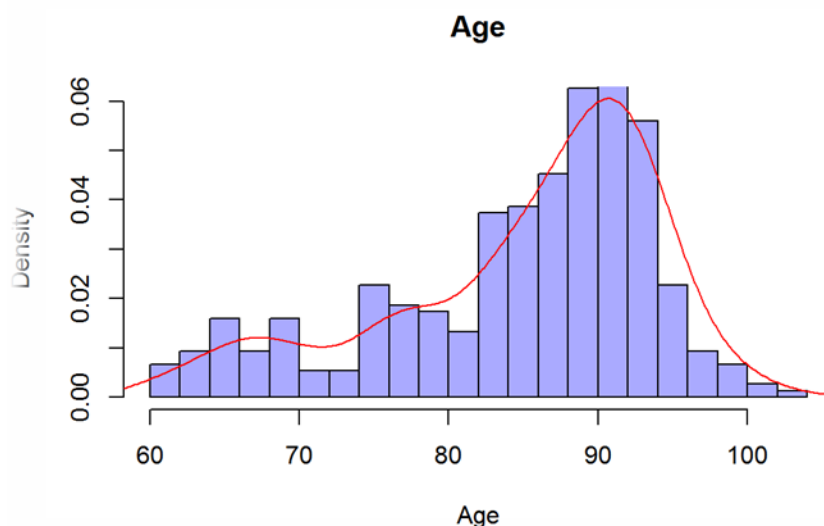
- La première porte sur l'analyse descriptive univariée de la population d'étude.
- La deuxième concerne l'analyse bivariée.

1/ Analyse univariée de la population :

L'analyse descriptive de notre population se préoccupe tout d'abord des caractéristiques de cette population à son arrivée en ZAO puis des éléments de sa prise en charge permettant l'orientation du patient.

Nous constatons que l'âge moyen des 375 patients est de 85,25 ans (85 ans et 3 mois), et qu'il y a 201 femmes (66,9%) et 174 hommes (33,1%).

Figure 1 : Répartition des patients en fonction de l'âge



A/ Jour de venue :

- 65 patients (17,3%) sont adressés le vendredi,
- 60 patients le mardi et 60 le jeudi (16%),
- 55 patients le samedi (14,7%),
- 46 le mercredi (12,3%),
- 45 le lundi (12%),
- 44 le dimanche (11,7%).

B/ Heure de venue :

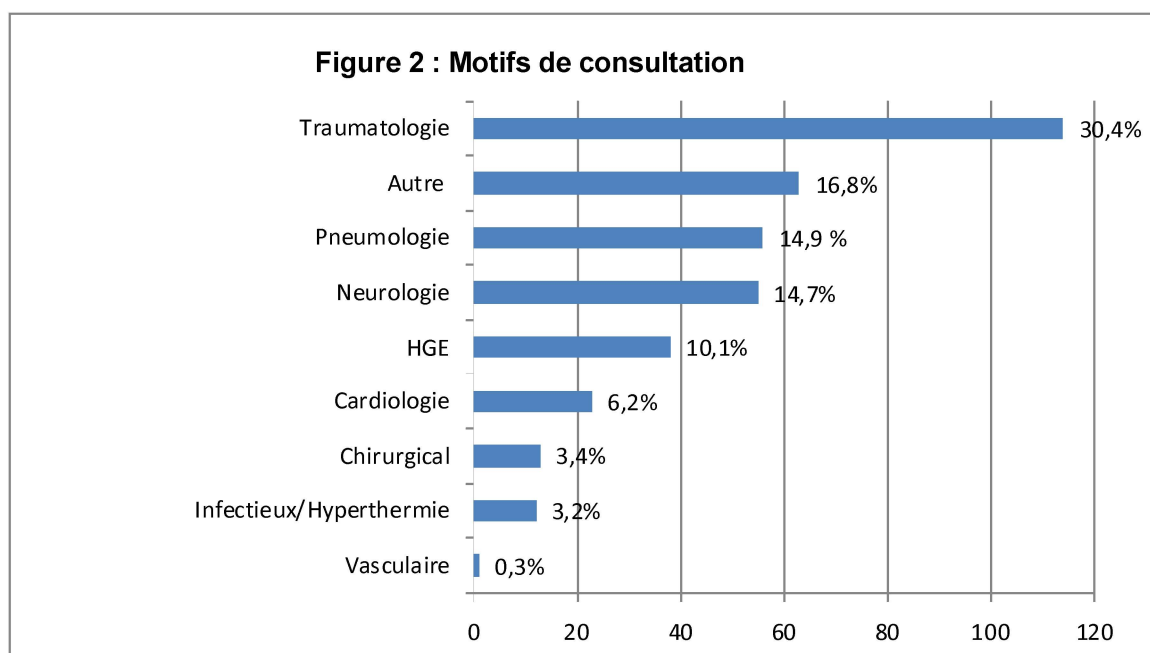
201 patients (53,6%) arrivent entre 8h30 et 18h30 les jours ouvrés donc en dehors des heures de garde. 174 (46,4%) sont accueillis pendant les heures de garde.

C/ Provenance des patients :

Parmi les 34 lieux d'accueil pour personnes âgées dépendantes en région boulonnaise, l'EPHAD St Antoine de Desvres est le plus représenté avec 41 patients soit 10,9% des cas, suivi des EHPAD La Sainte Famille de Marquise et La Frégate de Boulogne-Sur-Mer avec 7,5% des cas chacun. (*Annexe 4 : tableau récapitulatif*)

D/ Motifs de consultation :

Le motif de consultation le plus fréquent est d'ordre traumatologique (30,4% soit 114 patients). Le motif « autre » regroupait les items : altération de l'état général, malaise, trouble hématologique, douleur dentaire, agitation ; il atteint 16,8% soit 63 patients, suivi par les pathologies pneumologiques : 14,9% (56 patients) et neurologiques : 14,7% (55 patients). Les consultations pour un motif hépatogastro-entérologique représentent 10,1% des consultations (38 patients), celles pour un motif cardiologique : 6,2% (23 patients), celles pour un motif chirurgical non traumatologique : 3,4% (13 patients) et celles pour un motif infectieux/hyperthermie : 3,2% (12 patients). Un patient est arrivé pour un motif vasculaire (0,3%).



E/ CCMU (Annexe 2) :

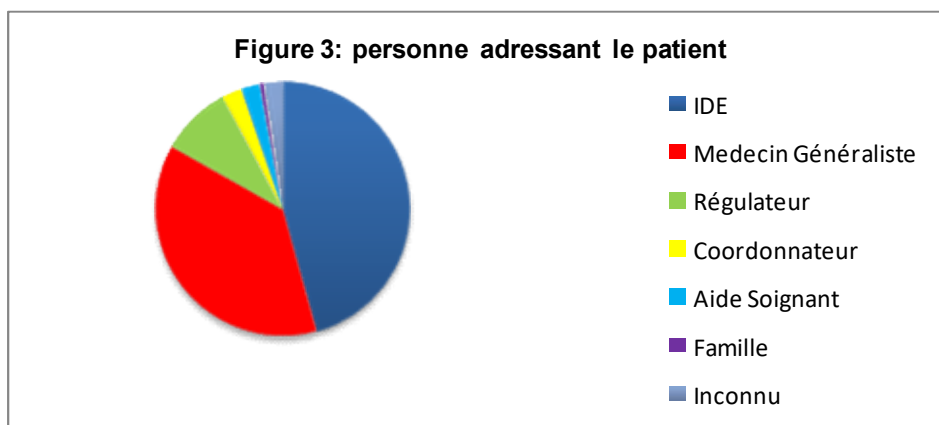
La CCMU est cotée à 3/5 pour 239 patients par l'IAO, soit 63,9%, 91 sont CCMU 2 (24,3%), 37 en CCMU 4 (9,9%) et 7 en CCMU 1 (1,9%). Aucun patient n'est évalué CCMU 5. Un patient n'est pas évalué.

F/ Personne adressant le patient :

Parmi les 375 patients recensés dans l'étude, 344 (91,7%) ont été adressés au SAU :

- 161 patients (46,8%) ont été adressés par l'IDE de l'EHPAD d'origine.
- 132 (38,4%) par un médecin généraliste,
- 32 (9,3%) par un médecin régulateur du centre 15 d'Arras,
- 9 (2,6%) par l'aide soignant de l'EHPAD,
- 8 (2,3%) par un médecin coordonnateur d'EHPAD,
- 2 (0,6%) par la famille du patient,

Pour les 31 derniers la personne adressant le patient n'a pas été identifiée.



G/ Moyens de transport de l'EHPAD vers le SAU :

Le patient est conduit jusqu'au SAU en ambulance privée dans 80,8% des cas (303 patients), 13,8% (52 patients) sont transportés par les pompiers, 1,1% (4 patients) par leur famille. Un SMUR est déclenché dans 4,3% des cas (16 patients)

H/ Courriers et dossiers de liaison :

Nous retrouvons un courrier rédigé par la personne adressant le patient dans 52,3% des cas (196 courriers).

217 (57,8%) dossiers de liaison s'avèrent incomplets (au moins une donnée manquante).

Pour 60 patients (16%) adressés au SAU aucun dossier de liaison ne nous est transmis. Parmi ces 60 patients, 27 (45%) n'ont ni dossier de liaison, ni courrier.

I/ Prise en charge au SAU :

Au cours de leur prise en charge,

- 69,3% des patients bénéficient d'un bilan biologique (260 patients),
- 52,5% d'un électrocardiogramme (ECG) (197 patients),
- 61,6 % d'un examen radiologique (231 patients),
- 23,5% d'un examen scanographique (88 patients),
- 1,9% d'une échographie (7 patients),
- 0,8% d'une IRM (3 patients),
- 0,3% d'une scintigraphie (1 patient),

Nous constatons que pour 61,6% (231 patients) des cas un seul examen d'imagerie est réalisé, pour 11,7 % (44 patients) deux examens d'imagerie sont faits, et pour 0,8% (3 patients) trois examens d'imagerie sont exécutés.

Pour 25,9% (97) des patients aucun examen d'imagerie n'est nécessaire.

J/ Avis spécialisés :

Dans 66,1% des cas (248 patients) aucun avis spécialisé n'est demandé.

Pour les 33,9 % (127) restants, les spécialistes consultés sont :

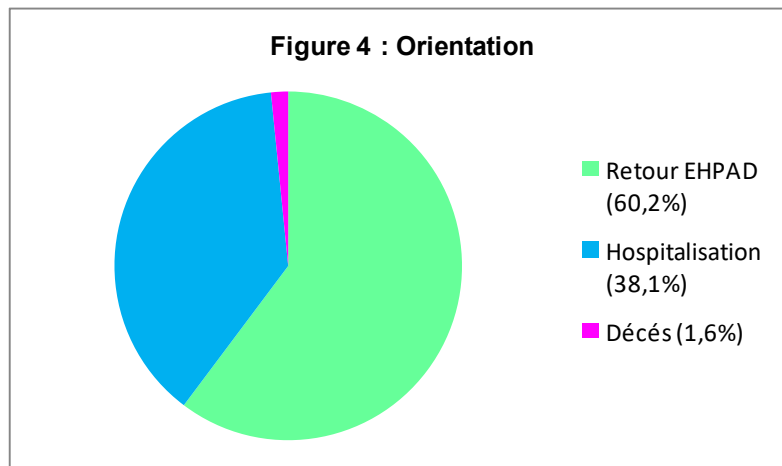
- Les neurologues pour 23 patients, soit 18,1%,
- Les cardiologues pour 22 patients, soit 17,3%,
- Les orthopédistes pour 21 patients, soit 16,5%,
- Les gériatres pour 14 patients, soit 11,1%,
- Les gastroentérologues pour 10 patients, soit 7,8%,
- Les pneumologues pour 10 patients, soit 7,8%,
- Les urologues pour 6 patients, soit 4,7%,
- Les psychiatres pour 4 patients, soit 3,1%,
- Les néphrologues pour 3 patients, soit 2,4%,
- Les radiologues pour 3 patients, soit 2,4%,
- Les chirurgiens digestifs pour 2 patients, soit 1,6%,
- Les réanimateurs pour 2 patients, soit 1,6%,
- Angiologue, chirurgien vasculaire, dentiste, dermatologue, hématologue, infectiologue et médecin des soins palliatifs, pour 1 patient, soit 0,8%.

K/ Durée de prise en charge et orientation :

La durée de prise en charge moyenne des patients est de 355,03 minutes (environ 6 heures), au terme de laquelle :

- 143 patients sont hospitalisés (38,1%),
- 6 patients décèdent au SAU dans les 24 heures (1,6%),
- 226 patients retournent dans leur EHPAD d'origine dans les 24 heures (60,3%).

Au cours de cette étude, nous n'avons pas étudié la durée de séjour des patients hospitalisés.



L/ Diagnostics :

Les étiologies les plus souvent retrouvées parmi les 374 diagnostics posés sont d'ordre traumatologique (29,2 % des cas soit 109 patients) : contusions (31 patients, 28,5%), traumatismes crâniens (30 patients, 27,5%), fractures (29 patients, 26,6%)...

Les diagnostics d'ordre pneumologique représentent 15,2% des cas soit 57 patients : 39 cas de pneumopathie (68,4%), 9 bronchites (15,7%), 6 cas de décompensation respiratoire aiguë (10,5%)...

Les diagnostics d'ordre Hépatogastro-entérologique et de chirurgie viscérale représentent 11,8% des cas soit 44 patients : 14 cas de constipation

(31,7%), 5 cas de prolapsus stomial non compliqué (11,3%), 3 cas de syndrome subocclusif, 3 reposes de sonde nasogastrique (6,8%)...

Les diagnostics d'ordre cardiovasculaire représentent 10,2% des diagnostics, soit 38 patients : 12 cas de décompensation cardiaque (31,6%), 9 cas de malaise lipothymique (23,7%), 7 cas de trouble du rythme (18,5%)...

Les diagnostics d'ordre neurologique représentent 8% des diagnostics, soit 30 patients : 11 crises convulsives (36,7%), 9 AVC (30%), 5 AIT (16,7%)...

Les diagnostics d'ordre urologique représentent 7,6% des diagnostics, soit 29 patients : 16 cas d'infections urinaires (55,2%), 6 cas de rétention aiguë d'urine (20,7%), 5 reposes de sonde vésicale (17,3%), 1 cas d'hématurie macroscopique (3,4%), 1 phimosis serré (3,4%).

Les diagnostics d'ordre métabolique représentent 3,5 % des diagnostics, soit 13 patients : 4 cas de déshydratation (30,7%), 2 cas d'hyperglycémie (15,4%), 2 cas d'hypokaliémie (15,4%)...

Les diagnostics d'ordre infectieux représentent 2,7% des diagnostics, soit 10 patients : 4 cas d'érysipèle (40%), 3 cas de choc septique (30%), 3 sepsis sans point d'appel (30%).

Les diagnostics d'ordre psychiatrique représentent 2,2% des diagnostics, soit 8 patients : 2 cas de troubles du comportement (25%), 2 cas d'agitation après

élimination d'un autre diagnostic (25%), 1 crise d'angoisse (12,5%), 1 syndrome dépressif, 1 tentative de suicide, 1 demande de SPDT.

Pour 6 patients (1,6%) l'étiologie retrouvée est secondaire à une iatrogénie.

Pour 4 patients (1,1%), la prise en charge au SAU élimine le diagnostic pour lequel ils nous étaient adressés.

Pour 2 patients (0,5%) le diagnostic est d'ordre rhumatologique (1 lumbago, 1 coxarthrose).

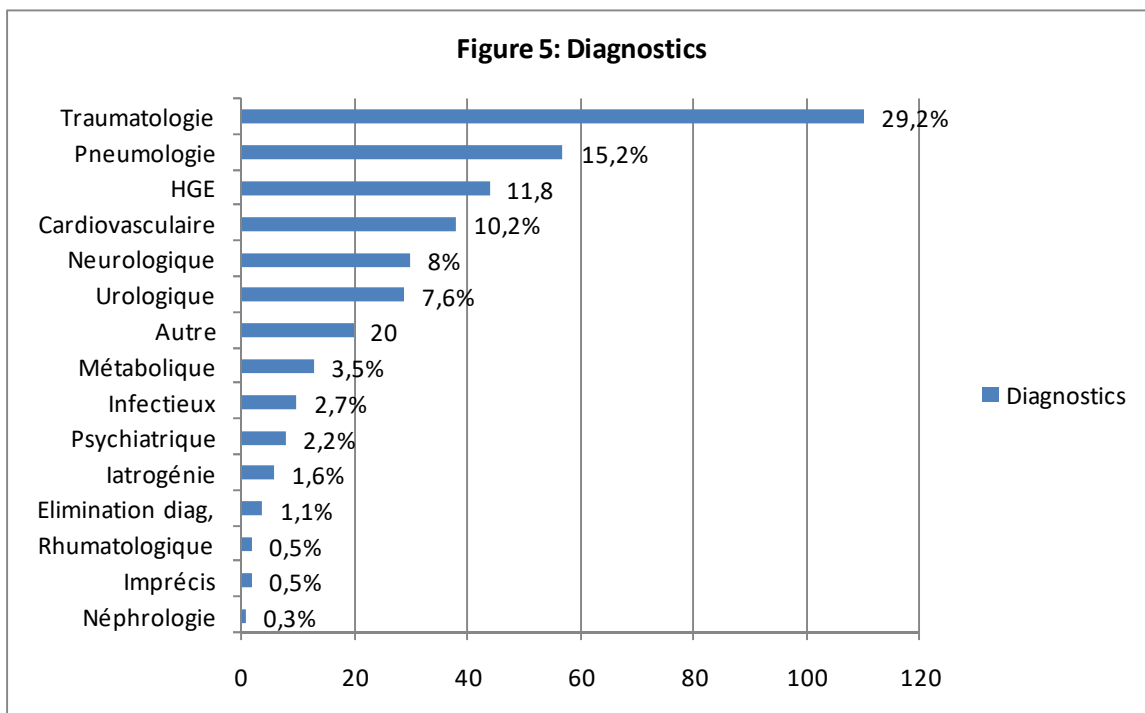
Nous retrouvons 1 diagnostic d'ordre néphrologique (0,3%) : insuffisance rénale aiguë compliquant une insuffisance rénale chronique.

Dans 2 cas (0,5%) le motif d'entrée est imprécis ou inconnu et aucune pathologie aiguë n'est mise en évidence au cours de la prise en charge.

Parmi les autres diagnostics (21 patients, 5,6%) nous recensons :

- Anémies, sans précision (5 patients, 23,7%),
- Epistaxis (4 patients, 18,9%),
- Altération de l'état général sans critère d'hospitalisation (3 patients, 14,2%),
- Arrêt cardiaque d'étiologie indéterminée (1 patient, 4,8%),
- Cachexie/ dénutrition (1 patient, 4,8%),
- Douleur spontanément résolutive (1 patient, 4,8%),

- Escarre stade IV (1 patient, 4,8%),
- Ingestion de savon sans signe de gravité (1 patient, 4,8%),
- Saignement dentaire (1 patient, 4,8%),
- Suspicion de maltraitance (1 patient, 4,8%),
- Syndrome de glissement (1 patient, 4,8%),
- Urticaire (1 patient, 4,8%).



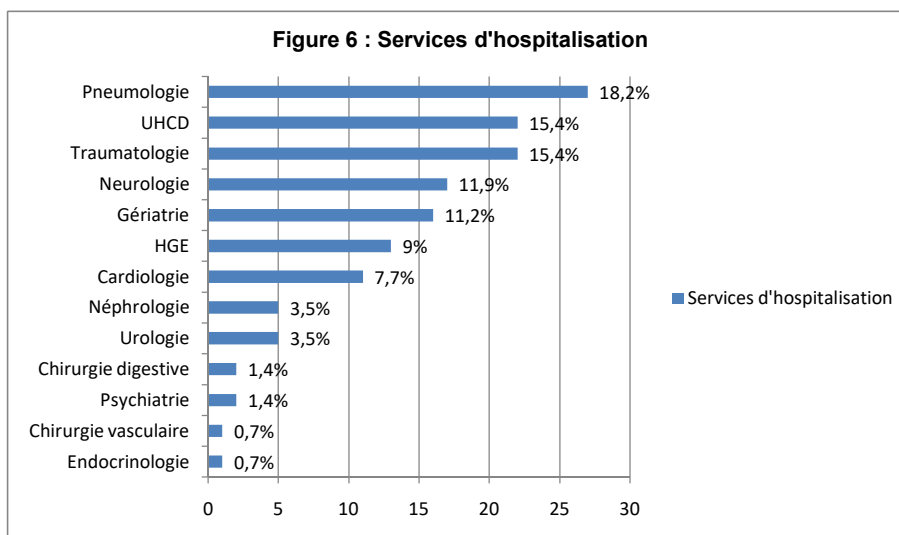
Un tableau récapitulatif par pathologie est disponible en *Annexe 5*.

M/ Service d'hospitalisation, si hospitalisation :

143 patients (38,1%) sont hospitalisés dans les suites de leur prise en charge au SAU :

- 26 patients (18,2%) dans le service de pneumologie,
- 22 patients (15,4%) dans le service de traumatologie,

- 22 patients (15,4%) dans le service d'UHCD,
- 17 patients (11,9%) dans le service de neurologie, dont 5 patients (3,4%) en USINV,
- 16 patients (11,2%) dans le service de gériatrie,
- 13 patients (9%), dans le service d'HGE,
- 11 patients (7,7%) dans le service de cardiologie,
- 5 patients (3,5%) dans le service de néphrologie,
- 5 patients (3,5%) dans le service d'urologie,
- 2 patients (1,4%) dans le service de chirurgie digestive,
- 2 patients (1,4%) dans le service de psychiatrie,
- 1 patient (0,7%) dans le service de chirurgie vasculaire,
- 1 patient (0,7%) dans le service d'endocrinologie.



2/ Analyse bivariée :

Cette analyse permet de rechercher les éléments pouvant être des facteurs prédictifs de non-hospitalisation.

A/ Variables évaluées par l'IOA :

Pour cette partie, la seule variable retrouvant une différence significative entre patients hospitalisés et patients non hospitalisés est la variable « CCMU ». Plus le degré de gravité s'est élevé, plus le nombre d'hospitalisations est important. ($p < 0,05$) :

- CCMU 4 : 67,6% d'hospitalisations (25 patients)
- CCMU 3 : 40,6% d'hospitalisations (97 patients)
- CCMU 2 : 22% d'hospitalisations (20 patients)
- CCMU 1 : 14,3% d'hospitalisations (1 patient)

Nous ne retrouvons pas de différences significatives concernant les variables « sexe des patients », « heure d'entrée aux urgences », « dossier de liaison », « moyen de transport », « courrier de transfert » ou « EHPAD d'origine ».

B/ Variables évaluées par l'urgentiste :

Au cours de la prise en charge il s'avère que :

- 107 patients (93%) pour lesquels aucun examen biologique n'est réalisé ne sont pas hospitalisés.
- 8 patients (7%) sont hospitalisés sans bilan biologique ($p < 0,05$).

Il est à noter que : si un bilan biologique est effectué nous retrouvons une différence significative concernant le risque d'hospitalisation : 135 patients (51,9%) sont hospitalisés après un bilan biologique contre 125 patients (48,1%) qui ne le sont pas.

Il en est de même concernant la réalisation d'un ECG au cours de la prise en charge au SAU : si aucun ECG n'est réalisé, 78,7% des patients (137 patients) ne sont pas hospitalisés ($p < 0.05$) mais si un ECG est réalisé, 53,2% (106) patients sont hospitalisés ($p < 0.05$).

Si aucun examen d'imagerie n'est effectué au cours de la prise en charge au SAU, 75% des patients (72 patients) ne sont pas hospitalisés ($p < 0,05$), contre 42,6% des patients (119 patients) hospitalisés s'ils ont eu au moins un examen d'imagerie ($p < 0,05$).

Devant le nombre très élevé de modalités, il n'est pas possible de démontrer une différence significative entre l'influence du motif d'entrée et du diagnostic sur l'hospitalisation des patients.

Néanmoins, après regroupement des diagnostics, il est possible d'établir une différence significative au niveau des diagnostics établis après prise en charge du patient, avec $p < 0,05$.

- 100% des patients pour qui une hypothèse diagnostique est éliminée au cours de leur passage au SAU ne sont pas hospitalisés,
- 100% des patients présentant un motif imprécis ne sont pas hospitalisés,

- 100% des patients présentant une pathologie néphrologique ne sont pas hospitalisés,
- 100% des patients présentant une pathologie rhumatologique ne sont pas hospitalisés,
- 80% des patients présentant une iatrogénie ne sont pas hospitalisés,
- 78,8% des patients présentant une pathologie d'ordre traumatologique ne sont pas hospitalisés,
- 75% des patients présentant une pathologie psychiatrique ne sont pas hospitalisés,
- 81% des patients présentant un diagnostic du groupe « autre » ne sont pas hospitalisés,
- 68,1% des patients présentant une pathologie d'ordre gastroentérologique ou de chirurgie digestive ne sont pas hospitalisés,
- 65,5% des patients présentant une pathologie d'ordre urologique ne sont pas hospitalisés,
- 61,5% des patients présentant une pathologie d'ordre métabolique ne sont pas hospitalisés,
- 50% des patients présentant une pathologie d'ordre infectieux ne sont pas hospitalisés,
- 46,7% des patients présentant une pathologie d'ordre neurologique ne sont pas hospitalisés,
- 35% des patients présentant une pathologie d'ordre pneumologique ne sont pas hospitalisés,
- 34,2% des patients présentant une pathologie d'ordre cardiologique ne sont pas hospitalisés.

L'analyse de la variable « avis spécialisé » nous montre qu'en l'absence d'avis spécialisé, dans 72,5% des cas, le patient n'est pas hospitalisé ($p < 0,05$). Si un avis spécialisé est demandé cela entraîne une hospitalisation dans 59,1% des cas ($p < 0,05$).

Les patients adressés par le médecin traitant ou le médecin coordonnateur de l'EHPAD représentent 37,3% (140 patients) des 375 dossiers étudiés. Parmi eux, 45% (63 patients) sont hospitalisés, ($p < 0,05$). 104 patients (74,3%) sont adressés par leur médecin traitant ou le médecin coordonnateur en dehors des heures de garde ($p < 0,05$).

235 patients ont été adressés par un autre soignant, (IDE, aides-soignants, régulateur centre 15). Dans ce cas, seuls 34% ont été hospitalisés (80 patients). 58,7% ont été adressés pendant les heures de garde (138 patients).

Tableau 1 : Analyse bivariée des facteurs pouvant influencer l'absence d'hospitalisation

Variables	Pas d'hospitalisation (%)	Hospitalisation (%)	p
<i>Evaluation IOA</i>			
Jour	131 (65,2)	70 (34,8)	0,18
Garde	101 (58,1)	73 (41,9)	0,18
Homme	71 (57,3)	53 (42,7)	0,23
Femme	161 (64,1)	90 (35,8)	0,23
CCMU			5,67 e-6
- 1	6 (85,7)	1 (14,3)	
- 2	71 (78)	20 (22)	
- 3	142 (59,4)	97 (40,6)	
- 4	12 (32,4)	25 (67,6)	
Courrier présent	123 (62,8)	73 (37,2)	0,54
Adressé (médecin traitant ou coordonnateur)	77 (55)	63 (45)	0,04
Adressé (autre)	155 (66)	80 (34)	0,04
<i>Evaluation Urgentiste</i>			
Pas de biologie	107 (93)	8 (7)	3,5 e-16
Pas d'ECG	137 (78,7)	37 (21,3)	2,6 e-10
Pas d'imagerie	72 (75)	24 (25)	0,002
Avis spécialisé	52 (40,9)	75 (59,1)	5,59 e-9
Pas d'avis spé.	177 (72,5)	67 (27,5)	5,59 e-9
Diagnostic			4,28 e-6
- Autre	17 (81)	4 (19)	
- Cardiovasculaire	13 (34,2)	27 (65,8)	
- Elimination diag.	4 (100)	0 (0)	
- HGE	30 (68,1)	14 (31,2)	
- Iatrogénie	4 (80)	2 (20)	
- Imprécis	2 (100)	0 (0)	
- Infectieux	5 (50)	5 (50)	
- Métabolique	8 (61,5)	4 (38,5)	
- Néphrologique	1 (100)	0 (0)	
- Neurologique	14 (46,7)	16 (53,3)	
- Pneumologie	21(35)	38 (65)	
- Psychiatrie	6 (75)	2 (25)	
- Rhumatologie	2 (100)	0 (0)	
- Traumatologie	86 (78,8)	23 (21,2)	
- Urologie	19(65,5)	8(34,5)	

IV/ DISCUSSION :

Notre étude présente un biais de sélection du fait que nous n'ayons pas réalisé de tirage au sort. Il existe un second biais de sélection devant le manque d'information concernant la personne qui adresse le patient : nous retrouvons 31 dossiers sans notion d'adressage. Cela ne nous permet pas d'extrapoler nos résultats mais pourrait cependant apporter une amélioration dans la prise en charge de ces patients au sein de notre établissement.

Une des limites de notre étude concerne l'analyse de la population dès son arrivée au SAU, car elle est sans évaluation de son environnement habituel et des différences entre EHPAD. En effet, malgré les appels téléphoniques et l'envoi de courriers pour évaluer les effectifs et pour obtenir l'avis des soignants sur la question de l'adressage au SAU, trop peu d'établissements privés nous ont répondu et, de ce fait, aucune statistique n'a été représentative. (*Annexe 6*)

1/ Au cours de la prise en charge par l'IAO :

Malgré les variables non significatives, l'analyse descriptive nous a cependant permis d'évaluer la population cible, de manière prospective, dans un seul centre : la moyenne d'âge de 85,25 ans est identique aux valeurs retrouvées dans la littérature et dans la population des EHPAD [17,18]. Il en est de même pour la prépondérance féminine (sex ratio à 1:3).

Près de la moitié des patients sont adressés par l'IDE ou l'aide-soignant(e) de l'EHPAD. Si l'on y ajoute les patients adressés par le médecin régulateur du centre 15, c'est 58,7% des patients qui auront un premier examen médical au SAU.

C'est supérieur à d'autres études françaises où 66 à 83% des patients sont adressés par un médecin généraliste [19, 20, 21].

De manière inattendue nous notons que 2 patients sont adressés par un membre de leur famille, transportés par une ambulance privée, l'un pour une pathologie traumatologique, l'autre pour une pathologie neurologique. Aucun n'a été hospitalisé. De plus, pour 31 patients la personne adressant le patient n'est pas connue. Cela peut s'expliquer soit par une mauvaise communication entre EHPAD et SAU, soit par une mauvaise cotation des questionnaires.

9,3% des patients sont envoyés au SAU après l'avis d'un médecin régulateur. C'est beaucoup moins que dans une étude de l'Observatoire Régional de la Santé région Midi-Pyrénées de 2015 qui précisait qu'un tiers des transferts de jour et plus de la moitié de ceux après 20h, étaient décidés par le régulateur [22]. Il existe un biais dans notre étude, surévaluant probablement le nombre de patients adressés par un(e) IDE seul(e). En effet, si l'appel au centre 15 ne figure pas dans le courrier de transfert ou dans le dossier de liaison, nous n'avons aucun accès à cette information.

Concernant les moyens de transport, plus de 80 % des patients sont transférés en ambulance privée vers le SAU. 50% des patients adressés par un médecin régulateur sont pris en charge par l'équipe SMUR : On compte 16

déclenchements d'une équipe SMUR sur les 32 patients adressés par un médecin régulateur du SAMU. Au total, 15 des patients adressés par le médecin régulateur ont été hospitalisés dont 10 après intervention du SMUR.

Pour 4 patients, le transport est assuré par un véhicule privé effectué par un membre de la famille. 2 sont adressés au SAU par un(e) IDE de l'EHPAD et 2 par un médecin coordonnateur. On retrouve cette donnée dans une thèse réalisée en 2015 où, dans un cas, [23], le patient est adressé par sa famille. Dans l'étude de *Le Fur-Musquer et Al* [24] en 2012, cela correspond à 0,9% des transports, et même s'il s'agit d'un nombre minime de cas, cela nécessiterait une exploration complémentaire pour comprendre ce phénomène.

Concernant ces 4 patients transportés au SAU par leur famille : 1 est hospitalisé pour un syndrome subocclusif, les 3 autres ne sont pas hospitalisés. Leurs diagnostics sont d'ordre traumatologique. Une hypothèse concernant ces transports personnels est la pénurie de moyens de transport par ambulances privées sur le secteur, en particulier la nuit. De plus, l'inquiétude et les angoisses des familles peuvent influencer sur les décisions d'un personnel peu formé à de telles situations.

Le dossier de liaison est largement diffusé à l'arrivée du patient mais dans plus de la moitié des cas il s'avère incomplet, non mis à jour, et seulement 52% des entrées bénéficient d'un courrier circonstancié.

Ce manque d'informations entraîne une perte de temps à la fois pour le patient mais aussi pour l'urgentiste qui, face à un patient souvent peu interrogeable, va devoir rechercher les informations manquantes en appelant la famille et le

personnel de l'EHPAD pour obtenir des informations. Or, les recommandations de la SFMU concernant les personnes âgées de plus de 75 ans adressées au SAU soulignent qu'un document informatif doit accompagner le patient [25].

Ce document doit contenir :

- l'identité et le lieu de vie du patient,
- le motif réel de recours au SU,
- la description des circonstances de survenue de la pathologie, du début des symptômes, de l'évolution et de l'aggravation
- les antécédents significatifs (par exemple cardiopathie, diabète, maladie chronique, allergie ...)
- le ou les traitements effectivement reçus ou pris, les traitements spécifiques (anticoagulants, antidiabétiques)
- les intervenants du suivi habituel (avec leurs coordonnées) : médecin traitant, spécialiste, réseau et autres.

Dans notre étude, il manque 60 dossiers de liaison (16%) et 217 (57,8%) sont incomplets. Parallèlement il y a 31 (8,3%) dossiers pour lesquels nous ignorons qui adresse le patient, sans oublier les 63 patients du groupe « autre motif de consultation » où le motif n'est pas toujours assez informatif. Cela démontre qu'il y a une marge de progression importante pour améliorer la transmission des informations entre le personnel des EHPAD et celui du SAU lorsque le transfert du patient n'est pas à l'initiative d'un médecin.

La CCMU, cotée à l'entrée du patient par l'IOA, est à 3/5 dans plus de 60 % des cas. De manière logique nous retrouvons que, plus la CCMU est élevée, plus l'état du patient est grave, donc plus il est hospitalisé. En revanche, la CCMU est actuellement remise en question, notamment après une étude de la DREES réalisée conjointement avec la SFMU [26] en 2013. Cette étude démontre des incohérences dans la classification. Dans notre étude, la proportion de CCMU 3 (63,9%) est plus élevée que dans la littérature : pour exemple, en 2011, l'étude sur les filières gériatriques d'ORULIM comptait une proportion de CCMU 2 de 76% et de CCMU 3 de 16% [27]. Ces chiffres sont davantage en adéquation avec les données actuelles. Cette différence est sans doute due à une surestimation de la gravité dans notre service et non pas à une différence de population par rapport à d'autres régions. Nous n'utilisons pas de CCMU P dans notre service, mais tous les patients à orientations psychiatriques sont évalués par une IDE spécialisée et orientés en fonction de leur bilan avec l'expertise de l'urgentiste de garde. Ceci est une décision de service. Les informations données à l'IOA ne suffisent pas à l'orientation du patient et un examen médical sera, de toute façon, nécessaire.

Les motifs de recours les plus souvent retrouvés sont d'ordre traumatologique, suivis des motifs cardio-respiratoires. Ceux regroupés dans la catégorie « autres » sont nombreux et très variés. L'absence de catégorisation de ces derniers peut s'expliquer par le profil du patient dépendant, poly-pathologique, avec une symptomatologie frustrée et des motifs de recours souvent peu précis.

Les patients sont principalement adressés en semaine (73,6%), le jour principal de venue étant le vendredi. Ils sont majoritairement adressés en journée, en dehors des heures de garde, comme retrouvé dans la littérature [24].

Les patients adressés par un médecin traitant ou un médecin coordonnateur sont significativement plus souvent hospitalisés que ceux adressés par une autre personne (régulateur, IDE, aide-soignant(e), famille).

Les médecins traitants et coordonnateurs adressent leurs patients plus significativement en journée, pour des raisons simples d'horaires d'accès aux soins et d'absence de permanence des soins en ville. En dehors des appels au CRRAL 62, qui n'ont pas pu être différenciés des autres appels au centre 15 du SAMU 62, il n'y a pas de permanence de soins sur le secteur de Boulogne-sur-Mer. Par exemple nous ne disposons pas d'équipe SOS Médecin sur le secteur, par conséquent, en cas de situation dépassant les compétences du personnel soignant de l'EHPAD, le patient est envoyé au SAU pour bénéficier d'une expertise médicale.

Hormis la CCMU, les autres variables étudiées au cours de la prise en charge par l'IAO n'ont pas montré de différences significatives pouvant prédire une absence d'hospitalisation. Ce qui nous autorise à penser que l'expertise médicale et les explorations complémentaires sont essentielles pour l'orientation du patient. Ce point est renforcé par l'étude de *Sough et Al.* [28] qui retrouve que les patients adressés avec un courrier de leur médecin traitant sont significativement plus hospitalisés. Il reste à savoir si le séjour aux urgences est la prise en charge la plus adaptée pour ces patients : plusieurs études nationales et étrangères ont cherché à évaluer les facteurs prédictifs d'hospitalisation.

Par exemple, nombre de ces études se réfèrent à différents outils d'évaluation quant à la pertinence des hospitalisations [13,15,30]. Sans qu'il y ait de gold standard, l'AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) créé par Gertman et Restuccia en 1981 aux Etats-Unis, est retenu comme l'un des meilleurs [29]. Il existe une version française validée : AEPf.

Les hospitalisations peuvent aussi être classées en « potentiellement évitables » ou « inévitables », « inappropriées » ou « appropriées » [13, 14, 15]. Ce classement s'opère selon différentes méthodes en fonction des études et avec une variabilité des résultats : selon les critères ACSD, selon un panel d'experts avec la SIR [13,15], ou selon l'appréciation du médecin urgentiste [30] ou du médecin traitant [31]...

Ces outils ne sont pas spécifiques à la population des EHPAD et sont tous analysés à posteriori. On ne retrouve pas, dans la littérature, d'outils permettant de mettre en évidence des facteurs prédictifs de l'orientation des patients des EHPAD. Seule la CCMU est utilisée pour définir le niveau de gravité mais elle est remise en question, comme nous l'avons signalé précédemment. Il existe cependant quelques pistes, notamment l'étude de *Le Fur-Musquer et Al* en 2012, qui montre qu'un des facteurs prédictifs d'hospitalisation est une hospitalisation récente [32]. Une étude chinoise de 2010 [33] montrait que la visite récente d'un médecin était un facteur de risque, à la fois de passage aux urgences et d'hospitalisation.

2/ Au cours de la prise en charge au SAU :

Les patients des EHPAD bénéficient, au cours de leur prise en charge, d'examens complémentaires, et ce, dans les mêmes proportions que ceux effectués pour l'ensemble des patients de plus de 75 ans [28]. L'absence d'examens complémentaires (ECG, bilan biologique ou radiologique) au cours de la prise en charge est un élément significativement prédictif de l'absence d'hospitalisation.

Au total, 33,9% des patients ont bénéficié d'un avis spécialisé. Ces derniers ont, significativement, été plus souvent hospitalisés.

L'étude de *Planchet*, portant sur les demandes d'avis spécialisés aux urgences des patients non hospitalisés, montre que la demande d'avis n'est pas liée au nombre de passages ni au statut du praticien ; elle met en évidence la prépondérance des avis chirurgicaux et psychiatriques [34]. Dans l'étude de *S. Fanello et Al* [36] réalisée en 1999 sur les patients de plus de 75 ans, les avis étaient principalement pneumologiques (32,6%), chirurgicaux (19,2%) dont une majorité d'avis orthopédiques (73%), et cardiologiques (18,7%). Dans notre étude nous avons eu recours à un avis spécialisé dans 33,9% des cas, l'avis étant le plus souvent neurologique (18,1%), cardiologique (17,3%) ou traumatologique (16,5%).

La prépondérance des avis neurologiques s'explique, au moins en partie, par la prise en charge initiale par l'urgentiste des alertes thrombolyses. Au cours de l'étude nous avons recensé 9 AVC et 5 AIT. Le nombre d'alertes thrombolyses n'a pas été précisé.

Parmi les 38 diagnostics d'ordre cardiovasculaire posés, un avis cardiologique a été donné pour 22 patients : 11 ont été hospitalisés en cardiologie, 4 en UHCD. Il est à noter qu'au Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer, le cardiologue est de garde dans l'établissement 24h sur 24. Tous les patients à orientation cardiologique sont initialement pris en charge au SAU. Si une hospitalisation en cardiologie est indiquée l'avis du cardiologue est systématique. Cela s'avère être un élément déterminant pouvant expliquer le nombre plus important d'avis cardiologiques dans notre étude.

Un avis psychiatrique a été demandé pour 4 patients, soit pour 50% des patients présentant une pathologie d'ordre psychiatrique. Au sein de notre service une IDE spécialisée en psychiatrie est disponible la journée, la semaine et le week-end. Son intervention n'a pas été évaluée par notre questionnaire.

Malgré la disponibilité d'une équipe mobile de gériatrie (EMG) dans notre service, seulement 11 patients ont bénéficié de leur avis. Cela est dû à la spécificité d'organes des pathologies présentées par les patients et au fait que les patients soient déjà institutionnalisés. De plus, l'EMG rayonne déjà sur l'ensemble du secteur et entretient des liens étroits avec les différents EHPAD permettant entre eux un accès téléphonique et physique si nécessaire. Même si notre centre n'a pas effectué d'étude à ce sujet, un accord entre les centres permet l'organisation d'hospitalisations programmées dans le service de gériatrie.

Ce lien est encore trop peu développé avec les autres services du Centre Hospitalier. Dans un travail de thèse réalisé à Poitiers en 2008 [35], 18% des patients provenant des EHPAD bénéficiaient d'une entrée directe dans un service. Ce n'est pas le cas dans notre structure où une grande partie des hospitalisations non programmées passent par le SAU « au cas où » ou « pour faire le bilan ».

La durée moyenne de prise en charge de 6 heures semble être surestimée du fait d'un décalage entre l'enregistrement de l'heure et l'heure effective de sortie du patient. Ce décalage s'explique, d'une part, par le temps d'attente entre la fin de prise en charge et l'orientation du patient : délai d'arrivée des ambulances pour le retour en EHPAD ou délai de brancardage vers les services ; d'autre part il s'explique par l'absence d'actualisation en temps réel de cette donnée, du fait de l'absence d'informatisation de notre service. L'informatisation est, actuellement, en cours de déploiement. Ce temps de prise en charge est variable selon les centres. Dans une thèse réalisée au niveau des centres de Lille, Valenciennes et Lens, la durée de prise en charge variait de 4 heures 16 minutes à 11 heures 38 minutes [23].

A l'issue de leur prise en charge au SAU, 60,2% des patients retournent dans leur établissement d'origine dans les 24 premières heures suivant leur arrivée, ce chiffre est cohérent avec les données nord-américaines où les résidents retournent dans leur structure sans être hospitalisés dans 52 à 56 % des cas [36, 37].

L'étude de *Le Fur-Musquer et al* [24] de 2012 faite dans les Pays de la Loire retrouve un nombre plus faible de retours en EHPAD: 32%. Dans cette étude, 89% des transferts se font vers les urgences après un avis médical dont 24% ont lieu par téléphone, contre 50% d'avis médical dans notre étude si l'on tient compte des avis

téléphoniques auprès du centre de régulation. Cette différence peut être attribuée à un biais de classement, sans doute lié à l'absence de transmission des appels passés à la régulation et au médecin traitant. Pour les patients transférés la nuit, un avis téléphonique auprès du médecin du CRAAL ou du médecin régulateur du SAMU est obligatoire mais nous n'avons pas pu le vérifier pendant notre étude. Néanmoins, il semble licite d'évaluer les protocoles de transferts au SAU par les EHPAD concernés et de sensibiliser l'ensemble du corps soignant à l'importance de l'avis médical pour décider d'un transfert. De plus, devant le risque de syndrome de soins inappropriés en cours d'hospitalisation, il paraît primordial de discuter la mise en place de protocole ou de permanence de soins pour protéger au mieux les résidents et, ainsi, apporter les soins les plus adaptés possibles.

Nous remarquons que, dans près d'un tiers des cas, le patient présentait une pathologie d'ordre traumatologique. Près d'un tiers de ces patients présentaient une contusion. Ce nombre peut s'expliquer par un taux élevé de patients chuteurs dans ces établissements. Selon l'Observatoire Régional de la Santé région Midi-Pyrénées, 54,3 % des résidents d'EHPAD chuteraient au moins une fois par an. En EHPAD, les chutes sont plus fréquentes qu'à domicile. L'incidence moyenne est évaluée à 1,7 chutes par lit et par an (de 0,6 à 3,6) pour les résidents d'EHPAD, alors qu'elle n'est que de 0,65 (de 0,3 à 1,6) pour les personnes âgées vivant à domicile [38]. Devant cette nette prédominance de pathologies d'ordre traumatologique se pose la question de la prévention du risque de chute au sein des EHPAD. Cette prévention consiste à repérer le risque de chute, à en réduire le nombre et les récurrences, afin d'en diminuer la gravité et les conséquences. Il est donc nécessaire de pouvoir repérer les facteurs de risque de chutes (facteurs précipitants et pré-disposants) afin de les prévenir.

Cela peut se faire grâce aux évaluations gériatriques ainsi qu'aux projets de soins individualisés. La chute peut aussi être évaluée selon une fiche de chute dans le but de limiter la récurrence. [39] Il existe également des formations pour le personnel afin de prévenir le risque de chute du sujet âgé.

Dans notre étude, 78,8% de ces patients ne sont pas hospitalisés. Dans l'étude ORULIM [27], près de la moitié n'est pas hospitalisée. L'application de protocoles de prise en charge en cas de chute pourrait s'avérer intéressante dans ce cas. Néanmoins, il faudrait évaluer plus finement les étiologies précises pour établir des protocoles de prise en charge. En effet, si nous prenons l'exemple des traumatismes crâniens légers, les recommandations de la SFMU [40] conseillent au régulateur d'orienter le patient vers un médecin généraliste ou une structure d'urgence dès lors que son âge est supérieur à 65 ans. L'adressage de ces patients au SAU pendant les heures de garde devient dans ce cas inévitable mais aussi en journée, à cause de la charge de travail considérable des médecins traitants.

Les accidents iatrogéniques représentent 1,6% des entrées (6 patients). 80% des cas n'ont pas nécessité d'hospitalisation. Les personnes âgées institutionnalisées, souvent polymédiquées, sont plus à risque de présenter un accident iatrogénique. Le risque d'événements iatrogènes augmente avec l'âge. 20% des effets indésirables entraînent une hospitalisation chez les plus de 80 ans [41]. Il est estimé qu'entre 4 et 21,7% des admissions en milieu hospitalier sont dues à un accident iatrogénique [42,43]. C'est plus que dans notre étude. Il existe probablement un biais de classement. En effet, l'étiologie « accident iatrogénique » n'a été retenue comme diagnostic principal qu'en l'absence d'autre diagnostic

associé. Par exemple, en cas de pneumopathie, il n'a pas été précisé si celle-ci était secondaire à une fausse route, à une iatrogénie ou autre. Un médicament est « potentiellement inapproprié », si le rapport bénéfice/risque est défavorable ou si l'efficacité est discutable alors qu'il existe une alternative thérapeutique. Laroche a établi une liste qui recense ces médicaments [44].

Pour les patients hospitalisés, les services les plus représentés sont ceux de pneumologie et de traumatologie. Il est à noter que 15,3% des patients sont hospitalisés en UHCD pour une prise en charge supérieure à 24h. Le devenir de ces patients n'a pas été pris en compte au cours de cette étude. 1,6% des patients décèdent dans les 24 premières heures de leur prise en charge, chiffre cohérent avec les données de la littérature [21,45].

Parmi les patients non hospitalisés, 100% des patients présentant une pathologie d'ordre rhumatologique et néphrologique ne sont pas hospitalisés. Ce chiffre doit être relativisé car il concerne un effectif minime (2 cas rhumatologiques et 1 cas néphrologique). Les patients adressés pour éliminer un diagnostic sont tous retournés dans leur EHPAD d'origine. Ces demandes d'élimination diagnostique ne concernaient pas les étiologies traumatologiques.

Les patients avec un diagnostic d'ordre traumatologique, iatrogénique et psychiatrique sont significativement moins susceptibles d'être hospitalisés : 80% de retours à domicile pour les iatrogénies, 78,8% pour les pathologies traumatologiques et 75% pour les pathologies psychiatriques. Il paraît donc légitime de sensibiliser les personnels soignants à de nouvelles prises en charge pour adapter au mieux la filière de soins. Il ne s'agit pas de limiter l'accès aux soins d'urgence mais de

favoriser une prise en charge efficace pour ces personnes vulnérables.

D'après les recommandations de la SFMU, les deux composantes principales déterminant l'admission au SAU d'une personne âgée est son état clinique (monopathologie aiguë, poly-pathologie décompensée) et l'absence de solution alternative [25].

Plusieurs pistes existent dans ce domaine, elles sont nombreuses et variées et encore peu étudiées. D'un côté, cela passe par la sensibilisation des équipes soignantes à la reconnaissance de certaines pathologies : prévention des chutes, protocoles traumatologiques (par exemple les traumatisés crâniens et leur surveillance), reconnaissance des pathologies cardio-pulmonaires, reconnaissance des troubles du comportement, de l'altération de l'état général.

D'un autre côté, la littérature propose d'autres types de prise en charge : les hospitalisations programmées, l'organisation des examens en ambulatoire, la mise en place d'un fast-track pour les personnes âgées dans un service d'urgence [46], l'unité péri-opératoire de gériatrie (UPOG) à la Pitié-Salpêtrière, une filière d'urgence dédiée aux personnes âgées à Limoges (Tchalla et al) [47].

Le désir du patient est un facteur qui n'est pas suffisamment pris en compte.

Ce travail pourrait être complété par l'évaluation des moyens disponibles dans les 34 centres du secteur du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer et des interventions des médecins généralistes dans ces EHPAD, de même que par la proposition d'une homogénéisation des pratiques sur l'ensemble du secteur, en collégialité avec l'ensemble des praticiens, en amont et en aval du SAU. Les

gériatres du centre hospitalier ont d'ailleurs été consultés pour ce travail. Il a été décidé qu'une concertation, en aval de cette étude, pourrait être envisagée pour adapter nos prises en charge.

Il sera proposé aux médecins coordonnateurs et généralistes du secteur de nous accompagner, dans cette évaluation, afin d'envisager une modification des pratiques qui soit la plus adaptée possible.

VI/ CONCLUSION :

Notre étude ne nous permet pas d'identifier des facteurs de non hospitalisation pour les résidents des EHPAD adressés au SAU de Boulogne-sur-Mer, cela en raison d'une trop grande variabilité des éléments analysés. Néanmoins l'analyse nous a permis de mettre en évidence l'intérêt d'organiser de nouvelles filières de soins plus adaptées à cette population et la nécessité de renforcer la formation des soignants.

Elle met en évidence certaines limites, notamment dans le partage d'informations et l'accès aux soins en dehors d'une structure hospitalière. Une meilleure coordination entre médecine de ville et médecine hospitalière permettrait une meilleure prise en charge de ces patients.

Parallèlement, il serait intéressant de compléter notre étude en évaluant la prise en charge en aval des urgences et en évaluant les durées d'hospitalisation des patients, et aussi d'analyser avec des outils validés, rétrospectivement, la proportion d'hospitalisations évitables ou inappropriées.

VI/ BIBLIOGRAPHIE :

- [1] http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T14F096
- [2] Insee, estimations de population.
- [4] Insee, Établissements d'hébergement pour personnes âgées au 31/12/2011
- [3] Insee, scénario central des projections de population 2007-2060.
- [5] Insee Nord Pas de Calais n°138, Aout 2013 Le vieillissement de la population du Nord-Pas-de-Calais se poursuit
- [6] DREES - ARS - FINESSE - Données SAE 2013 déclarées par les établissements - Base administrative
- [7] Schwebel G, Manciaux MA, Baumann C. Recours au service d'accueil des urgences des personnes âgées en provenance des établissements d'hébergement. *La revue de gériatrie* 2005 ; 30 : 547-556
- [8] Robert MOULIAS, Sylvie MOULIAS, Alain FRANCO, Sylvie MEAUME Le syndrome du soin inapproprié. Une situation gériatrique courante sévère, mais curable *La Revue de Gériatrie*, Tome 37, N°5 MAI 2012
- [9] Gill TM, Gahbauer EA, Han L, Allore HG. Factors Associated With Recovery of Prehospital Function Among Older Persons Admitted to a Nursing Home With Disability After an Acute Hospitalization. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1 déc 2009;64A(12):1296-1303.
- [10] Retour en EHPAD après une hospitalisation : modalités et qualité des transmissions, Isabelle Delabrière, Emmanuelle Delzenne, Cédric Gaxatte, François Puisieux *La Presse Médicale*, Volume 43, numéro 1, pages e1-e7 (janvier 2014)
- [11] Congy F, Piette F, Speciel P, Davido A, Abalain C, Guillet C, et al. Les personnes âgées admises par le service d'urgences du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière. *La revue de gériatrie* 1990 ; 15 : 45-56.
- [12] Fanello S, Moutel L, Houssin L, Durand-Stocco C, Roy P.M. Analyse de la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus par le service des admissions et urgences d'un grand hôpital. *Santé publique* 1999 ; 11 : 465-482.
- [13] Saliba D, Kington R, Buchanan J et al. Appropriateness of the decision to transfer nursing facility residents to hospital. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:154- 163.
- [14] Finn J C, Flicker L, Mackenzie E. Interface between residential aged care facilities and a teaching hospital emergency department in Western Australia. *MJA* 2006; 184:432-435
- [15] Ouslander G, Lamb G, Perloe M, Givens J, Kluge L, Rutland T, et al. Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents : frequency, causes, and costs. *J Am Geriatr Soc* 2010;58:627-35.
- [16] R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. [Internet]. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria.; 2016. Available from: <http://www.R-project.org/>.
- [17] CNSA Juillet 2014
- [18] ROLLAND Yves ; ANDRIEU Sandrine ; HEIN Christophe ; VELLAS Bruno Les flux d'entrée et de sortie des résidents des EHPAD en France: résultats de l'étude PLEIAD, *la revue de gériatrie* 2012, vol. 37, n°7, pp. 543-548
- [19] Drunat O, Roucou Y. Filières de soins hospitaliers et sujets âgés : expérience du centre hospitalier de Lagny Marne La Vallée. *La revue de gériatrie* 1994 ; 19 : 297-307.
- [20] Petitot C, Chapuis F, Touzet S, Fournier G, Bonnefoy M. Passage inapproprié des personnes âgées aux urgences médicales d'un établissement hospitalier universitaire : une enquête prospective. *La revue de gériatrie* 2008 ; 33 : 761-769
- [21] Fanello S, Moutel L, Houssin L, Durand-Stocco C, Roy P.M. Analyse de la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus par le service des admissions et urgences d'un grand hôpital. *Santé publique* 1999 ; 11 : 465-482.
- [22] Observatoire régional de la santé région Midi-Pyrénées. "Analyse Des Rapports D'activité Médicale Des Ehpads de La Région Midi-Pyrénées," January 2015.
- [23] <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/4abb9687-af88-4bd8-9873-41b2eacec266>

- [24] Éloïse Le Fur-Musquer, Florence Delamarre-Damier, Laure de Decker, Anne Le Strat, Anne Lebatard, Véronique Manigold, Fabienne Yvain, Régis Séhier, Claire Moulinoux, Claire Moisan, Pascal Chevalet, Vincent Ould-Aoudia, Gilles Berrut. Modalités d'hospitalisations en urgence des sujets âgés hébergés en établissements pour personnes âgées dépendantes. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*. 2011;9(4):409-415. doi:10.1684/pnv.2011.0305
- [25] 10ème CONFERENCE DE CONSENSUS PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE AGÉE DE PLUS DE 75 ANS AUX URGENCES 5 Décembre 2003- STRASBOURG TEXTE LONG J. Bouget, F. Carpentier, J. Kopferschmitt, H. Lambert, P. Lebrin, T. Rusterholtz
- [26] Schmidt, J., El Khoury, C. &Gueugniaud, P.Y. Enquête nationale du 11 juin 2013 sur les structures d'urgences : où en sommes-nous ? *Ann. Fr. Med. Urgence* (2014). doi:10.1007/s13341-014-0486-3
- [27] Observatoire Régional des urgences du Limousin ORULIM Filière de soins gériatriques : le flux des personnes âgées de 75 ans ou plus en provenance des EHPAD, ayant recours aux services des urgences en Limousin Juillet 2011
- [28] Belgacem Sough, Tristan Gauthier, David Clair, Aveline Le Gall, Pascal Menecier, Bruno Mangola. Les personnes âgées de 75 ans et plus en service d'urgences. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*. 2012;10(2):151-158. doi:10.1684/pnv.2012.0351
- [29] Enquête nationale des inadéquations hospitalières. Synthèse de la revue bibliographique. Sanesco/DHOS, 2009.
- [30] Bergman H, Clarfield M. Appropriateness of patient transfer from a nursing home to an acute-care hospital : A study of emergency room visits and hospital admissions. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:302-306.
- [31] Hanger HC, Fletcher V, Sidwell A. Acute medical admissions for older people from residential care facilities: are they appropriate? *N Z Med J*. 2011 Jun 24;124(1337):24-32
- [32] Éloïse Le Fur-Musquer, Florence Delamarre-Damier, Anne Sonnic, Gilles Berrut. Existe-t-il des facteurs prédictifs de l'hospitalisation non programmée de résidents d'EHPAD ?. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*. 2012;10(2):137-142. doi:10.1684/pnv.2012.0344
- [33] Tang M, Woo J, Hui E, Chan F, Lee J, Sham A, et al. Utilization of emergency room and hospitalization by Chinese nursing home residents : a cross-sectional study. *J Am Med Dir Assoc* 2010 ; 11 : 325-332.
- [34] M. Planchet, Evaluation du recours aux avis spécialisés pour les patients des urgences non hospitalisés, Hôpital d'Instruction des Armées Laveran.
- [35] Durif N. Motifs d'hospitalisations en unités de gériatrie aiguë des personnes âgées vivant en EHPAD par leurs médecins généralistes. Thèse d'exercice : médecine générale. Poitiers, 2008 ; 1074
- [36] Jones S, Dwyer P, White L, Firman R. Patient transfer from nursing home to emergency department : outcomes and policy implications. *Academic Emergency Medicine* 1997 ; 4 : 908-915.
- [37] Nagaratnam N, Gayagay G. Validation of the cumulative illness rating scale in hospitalized nonagerians. *Arch Gerontol Geriatr* 2007 ; 44 : 29-36.
- [38] Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors, and strategies for prevention. *Age Ageing* 2006 ; 35 (Suppl 2) : ii37-41.
- [39] «Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Recommandations » Société Française de Gériatrie et Gérontologie Haute Autorité de Santé Avril 2009
- [40] E. Jehlé, D. Honnart, C. Grasleguen, J. Bouget, C. Dejoux, P. Lestavel, C. Santias, F. Carpentier, comité de pilotage Traumatisme crânien léger (score de Glasgow de 13 à 15) : triage, évaluation, examens complémentaires et prise en charge précoce chez le nouveau-né, l'enfant et l'adulte
- [41] HAS, Brochure « Amélioration de la prescription médicamenteuse en EHPAD (PMSA) », 2006
- [42] Ankri Joël, « Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé », *Gérontologie et société*, 4/2002 (n° 103), p. 93-106.
- [43] CRPV, (1998). Etude sur les hospitalisations liées à un effet indésirable médicamenteux.

- [44] Laroche ML, Charmes JP, Merle L. Potentially inappropriate medications in the elderly : a French consensus panel list. *European Journal of Clinical Pharmacology* 2007;63:725-31.
- [45] C. Rothmann, D. Evrard, La mort aux urgences, *Journal Européen des Urgences*, Volume 18, Issue 1, 2005, Pages 3-9, ISSN 0993-9857, [http://dx.doi.org/10.1016/S0993-9857\(05\)82458-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0993-9857(05)82458-6).
- [46] L. Arrouy , L. Strohmenger, J. Attal, M.-C. Moussu, S. Braconnier, S. Beaune, Évaluation de la mise en place d'un fast-track pour les personnes âgées de plus de 85 ans dans un service d'urgence *Ann. Fr. Med. Urgence* (2016) 6:233-239
- [47] P Ray, J Boddaert, Comment améliorer la prise en charge des patients âgés aux urgences ? *Ann Fr Med Urgences* (2016) 6 :231-232

Annexe 1

Questionnaire SAU : patients adressés par un EHPAD

IAO

Etiquette

Date.....

Heure.....

EHPAD:

Motif :

- Neurologique
- Cardiologique
- Pneumologique
- Gastro-enterologique
- traumatologique
- Chirurgical :
- Hyperthermie / infection
- Agitation/confusion/trouble psycho-comportemental
- Soins palliatifs
- Autre :

Degré d'urgence :

- CCMU : 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Moyen de transport au SAU

- Ambulance privée
- Pompier
- Taxi
- SMUR

Personne adressant le patient :

- Médecin traitant
- Médecin de garde
- Médecin Coordonnateur
- IDE
- Aide-soignant
- Famille

Documents apportés :

- Courrier de transfert si oui, y a-t-il un projet de soin ? O oui O non
- Dossier médical
- Dossier paramédical
- Traitement

Médecin

Bilan biologique : oui
 non

Bilan d'imagerie :

-Radiographie : oui non si oui précisez :

-Scanner : oui non si oui précisez :

- IRM : oui non

ECG : oui non

Traitements :

- IV
- Per os

Avis Spécialiste : Oui non Si oui, précisez :

Les informations contenues dans le dossier de transferts vous ont-elles aidé dans la prise en charge ?
 oui non

Diagnostic :

.....

Heure de sortie :

Orientation :

- Retour en EHPAD
- Hospitalisation : service :
- UHCD
- Décès

Annexe 2 :

Classification CCMU

- **CCMU P** : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable
- **CCMU 1** : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
- **CCMU 2** : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences
- **CCMU 3** : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.
- **CCMU 4** : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.
- **CCMU 5** : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.
- **CCMU D** : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

Annexe 3 : Déclaration CNIL

Traitement N° XX	« TITRE »	
Date de mise en œuvre :	1 ^{er} mai 2016	
Finalité principale :	Thèse médecine	
Détail des finalités du traitement	-Etude médico économique des patients d'EHPAD adressé aux urgences - - -	
Service chargé de la mise en œuvre	DIM	
Fonction de la personne ou du service auprès duquel s'exerce le droit d'accès	Dr J SICOT DIM	
Catégories de personnes concernées par le traitement	Patients EHPAD adressé aux urgences	
Données traitées	Catégories de données traitées	Détails des données traitées
	Données administratives Nom Prénom DDN IPP Données de santé Motif recours urgences diagnostic	
Catégories de destinataires	Catégories de destinataires	Données concernées
	<u>Au plan INTERNE</u> Dr Julie HOFF <u>Au plan EXTERNE</u>	IPP Nom Prénom DDN diagnostic GHM GHS
Sécurité	Détail de la sécurité sur la connexion Serveur accessible que en intranet + login +MDP	
Durée de conservation	2 ans	
Mise à jour (date et objet) :		

Annexe 4 :

Répartition des patients adressés au SAU en fonction de leur EHPAD d'origine

EHPAD	Localisation	Nombre de patients	%
St-Antoine	Desvres	41	10,9
Ste-Famille	Marquise	28	7,5
La Fregate	Boulogne-sur-Mer	28	7,5
La Domaniale	Belle et Houlefort	25	6,7
Belle Fontaine	Neufchatel	24	6,4
Gaston Houzel	Boulogne-sur-Mer	23	6,1
Georges Honoré	St Léonard	23	6,1
Les Mouettes	Boulogne-sur-Mer	23	6,1
La Catalane	Hesdin	22	5,9
St Augustin	Boulogne-sur-Mer	18	4,8
Les Sinoplies	Wimereux	16	4,3
La Corvette	Boulogne-sur-Mer	12	3,2
Notre Dame de Boulogne	Boulogne-sur-Mer	10	2,7
La caravelle	Boulogne-sur-Mer	10	2,7
L'océane	Boulogne-sur-Mer	9	2,4
Eugène Sarazin	Camiers	9	2,4
Maison Dominicaine	Hardinghem	8	2,1
Albert Calmette	Camiers	7	1,9
Les Jardins d'Arcadie	St Martin-Boulogne	7	1,9
Notre Dame des campagnes	Caffiers	5	1,3
Résidence Guynemer	Wimereux	4	1,1
JF Souquet	Boulogne-sur-Mer	3	0,8
Les Hauts de France	St Martin-Boulogne	3	0,8
Résidence Mahaut d'Artois	Hesdin	3	0,8
La Fontaine Médicis	Cucq	2	0,5
La Goelette	Bellebrune	2	0,5
Résidence St Exupéry	Lestrem	2	0,5
Résidence MGEN	St Leu	2	0,5
Au temps des Cerises	Audruicq	1	0,3
Résidence Arnoul	Ardres	1	0,3
Résidence du petit preures	Preures	1	0,3
Les Eprioux	Fruges	1	0,3
Résidence Magellan	Boulogne-sur-Mer	1	0,3
Villa Sylvia	Berck	1	0,3

Annexe 5 :

Récapitulatif des diagnostics

Diagnostics traumatologiques (109 patients, 29,2%)	%	<i>Nb patients</i>
Contusions	28,5	31
Traumatisme crânien sans signe de gravité	24,9	27
Hématome sous dural aiguë	1,8	2
Hématome sous dural chronique	0,9	1
Fracture	26,6	29
Plaie	7,4	8
Entorse	1,8	2
Chute à répétition sans traumatisme aiguë	1,8	2
Réfection de plâtre	1,8	2
Luxation épaule	0,9	1
Luxation acromio-claviculaire	0,9	1
Tendinopathie	0,9	1
Hématome	0,9	1
Tassement vertébral	0,9	1

Diagnostics psychiatriques (8 patients, 2,2%)	%	<i>Nb patients</i>
Troubles du comportement	25	2
Confusion	25	2
Crise d'angoisse	12,5	1
Syndrome dépressif	12,5	1
Tentative de suicide	12,5	1
Demande de SPDT	12,5	1

Diagnostics pneumologiques (57 patients, 15,2%)	%	<i>Nb patients</i>
Pneumopathie	68,4	39
Bronchite	15,7	9
Décompensation respiratoire	10,5	6
Fausse route	1,8	1
Bouchon muqueux dans trachéotomie	1,8	1

Diagnostics cardiovasculaire (38 patients, 10,2%)	%	<i>Nb patients</i>
Décompensation cardiaque	31,6	12
Malaise lipothymique	23,7	9
Trouble du rythme	18,5	7
Trouble de la conduction	7,9	3
Poussée hypertensive	5,3	2
Angor	2,6	1
Surdosage AVK	2,6	1
Embolie pulmonaire	2,6	1
Thrombose veineuse profonde	2,6	1
Ischémie mb inférieur	2,6	1

Diagnostics neurologiques (30 patients, 10,2%)	%	<i>Nb patients</i>
Crises convulsives	36,7	11
AVC	30	9
AIT	16,7	5
Evolution patho démentielle	10	3
Etat cognitif habituel	3,3	1
Céphalée chronique	3,3	1

Autres diagnostics (21 patients, 5,6%)	%	<i>Nb patients</i>
Anémie	23,7	5
Epistaxis	18,9	4
AEG sans critère d'hospitalisation	14,2	3
Arrêt cardiaque	4,8	1
Cachexie	4,8	1
Douleur résolutive	4,8	1
Escarre	4,8	1
Ingestion savon	4,8	1
Saignement dentaire	4,8	1
Suspicion maltraitance	4,8	1
Syndrome de glissement	4,8	1
Urticaire	4,8	1

Diagnostics métaboliques (13 patients, 3,5%)	%	<i>Nb patients</i>
Déshydratation	30,7	4
Hyperglycémie	15,4	2
Hypokaliémie	15,4	2
Hypoglycémie	7,7	1
Hyponatrémie	7,7	1
Suspicion d'insuffisance surrénalienne aigue	7,7	1
Rhabdomyolyse	7,7	1
Hypothyroïdie	7,7	1

Diagnostics HGE et chirurgie viscérale (44 patients, 11,8%)	%	<i>Nb patients</i>
Constipation	31,7	14
Prolapsus stomial	11,3	5
Syndrome subocclusif	6,8	3
Repose sonde nasogastrique	6,8	3
Cholécystites lithiasiques	4,5	2
Vomissements	4,5	2
Mélena	4,5	2
Rectorragie	2,3	1
Découverte néoplasie hépatique	2,3	1
Hernie inguinale non compliquée	2,3	1
Colite infectieuse	2,3	1
Angiocholite	2,3	1
Gastro entérite aigue	2,3	1
Demande de pose de GPE	2,3	1
Repose sonde de gastronomie	2,3	1
Syndrome de Mallory Weiss	2,3	1
Ulcère gastrique	2,3	1
Volvulus	2,3	1
Abcès	2,3	1

Diagnostics urologiques (29 patients, 7,6%)	%	<i>Nb patients</i>
Infection urinaire	55,2	16
RAU	20,7	6
Repose sonde vésicale	17,3	5
Hématurie	3,4	1
Phimosi serré	3,4	1

Diagnostics infectieux (10 patients, 2,7%)	%	<i>Nb patients</i>
Erysipèle	40	4
Choc septique	30	3
Sepsis sans point d'appel	30	3

Annexe 6 :

Courrier envoyé aux EHPAD du secteur de Boulogne-sur-Mer

Julie Hoff
Interne de Médecine Générale



Boulogne-sur-Mer, le 1^{er} juin 2015,

Objet : Demandes d'informations concernant l'organisation des soins dans les EHPAD du secteur du Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer

Madame, Monsieur,

Je suis interne de médecine générale au Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer et dans le cadre de mon travail de thèse d'exercice je souhaite évaluer la prise en charge des résidents des EHPAD du secteur qui sont adressés au Service d'Accueil des Urgences.

C'est dans cette optique que je m'adresse à vous. Je souhaiterais évaluer les moyens dont dispose chaque EHPAD du secteur afin de cibler au mieux les pratiques actuelles quant à l'adressage des patients aux urgences. Mon étude a pour but d'améliorer la prise en charge de ces patients fragiles. Pour ce faire, il me paraît primordial d'évaluer les moyens disponibles en amont de leur arrivée aux urgences.

C'est pourquoi je souhaiterais avoir un entretien avec un membre de votre équipe.

Je reste à votre disposition pour toute question relative à ce travail et je vous remercie pour votre participation.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

Julie HOFF

AUTEUR : Nom : HOFF

Prénom : Julie

Date de Soutenance : 22 mars 2017

Titre de la Thèse : EVALUATION DES PATIENTS RESIDANT EN EHPAD

ADRESSES AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES DE BOULOGNE-SUR-MER

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine

DES + spécialité : Médecine Générale – Médecine d'Urgence

Mots-clés : Urgences, EHPAD, Hospitalisation

Résumé : CONTEXTE : Devant l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et du recours au SAU, leur prise en charge est un enjeu de santé publique. Cette population, fragile, est à risque de développer un syndrome de soins inappropriés. Les objectifs sont de décrire la population des EHPAD entrant aux urgences de Boulogne-sur-Mer et de rechercher des facteurs de non hospitalisation.

METHODE : Il s'agit d'une étude prospective monocentrique observationnelle, de juin 2015 à avril 2016, étudiant les passages aux urgences des patients des EHPAD, à travers les données sociodémographiques et médicales recensées grâce à un questionnaire qui retrace la prise en charge aux urgences du patient.

RESULTATS : 374 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 85,25 ans avec une prépondérance féminine. Les patients étaient principalement adressés en semaine, la journée, transportés en ambulance privée. 63,9% étaient classés CCMU 3. Une CCMU élevée augmentait significativement le risque d'hospitalisation. 50% avaient bénéficié d'un avis médical avant leur entrée aux urgences. 52% étaient adressés avec un courrier, 42,2% avec un dossier de liaison complet. 33,9% avaient bénéficié d'un avis spécialisé, avis principalement neurologique (18,1%), cardiologique (17,3%), traumatologique (16,5%), avec un risque significativement plus élevé d'hospitalisation. La réalisation d'examens complémentaires augmentait significativement le risque d'hospitalisation. La durée moyenne de prise en charge était de 6 heures. On comptait 38,1% d'hospitalisation, 1,6% de décès. Les principaux diagnostics étaient traumatologiques (29,2%), pneumologiques (15,2%). 78,8% des patients présentant une pathologie traumatologique n'étaient pas hospitalisés contre 35% des cas pneumologiques.

CONCLUSION : Même si nous n'avons pas identifié de facteur de non hospitalisation permettant d'optimiser la prise en charge, des pistes d'amélioration dans la prise en charge existent : efforts de tenue des dossiers de liaison, importance du courrier de transfert... La coordination des soins entre les EHPAD et l'hôpital doit être renforcée et de nouvelles filières envisagées.

Composition du Jury :

Président : Professeur WIEL

Assesseurs :

Professeur PUISIEUX

Docteur RENARD

Docteur POHER