

Les passages au Service d'Accueil des Urgences de l'Hôpital Bel-Air de Thionville des patients résidant en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

Wissam Al Shouaib

▶ **To cite this version:**

Wissam Al Shouaib. Les passages au Service d'Accueil des Urgences de l'Hôpital Bel-Air de Thionville des patients résidant en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01932020

HAL Id: hal-01932020

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932020

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ DE LORRAINE FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
2017

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Wissam AL SHOUAIB

Le 25 Janvier 2017

Les passages au Service d'Accueil des Urgences de l'Hôpital Bel-Air de Thionville des patients résidant en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

Membres du jury :

Président :

Mme Christine PERRET-GUILLAUME	Professeure

Juges :

M. Pierre-Edouard BOLLAERT	Professeur
M. Marc KLEIN	Professeur
M. François CUOCO	Docteur en médecine

12 septembre 2016

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens
Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :
Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER
Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Chantal KOHLER
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

==========

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER
Professeur Henry COUDANE

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL
Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY
Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE
Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN
Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – Jean-Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU
Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL
Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT
Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT – Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET
Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER – Professeur François KOHLER
Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur François PLENAT
Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT
Professeur Michel VIDAILHET

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ
2ème sous-section : *(Histologie, embryologie et cytogénétique)*
Professeur Christo CHRISTOV– Professeur Bernard FOLIGUET
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*
Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON
Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER
2ème sous-section : *(Physiologie)*
Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUEL - Professeur François MARCHAL
4ème sous-section : *(Nutrition)*
Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*
Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2ème sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*
Professeure Marie MACHOUART
3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*
Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER
3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*
Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*
Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL
3ème sous-section : *(Immunologie)*
Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO
4ème sous-section : *(Génétique)*
Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : *(Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)*
Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN
2ème sous-section : *(Réanimation ; médecine d'urgence)*
Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*
Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER
4ème sous-section : *(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)*
Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1ère sous-section : *(Neurologie)*
Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT
2ème sous-section : *(Neurochirurgie)*
Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN
3ème sous-section : *(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)*
Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN
4ème sous-section : *(Pédopsychiatrie ; addictologie)*
Professeur Bernard KABUTH
5ème sous-section : *(Médecine physique et de réadaptation)*
Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : *(Rhumatologie)*
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE
2ème sous-section : *(Chirurgie orthopédique et traumatologique)*
Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX
3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*
Professeur Jean-Luc SCHMUTZ
4ème sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)*
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1ère sous-section : *(Pneumologie ; addictologie)*
Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET
2ème sous-section : *(Cardiologie)*
Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL
3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)*
Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA
4ème sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)*
Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
3ème sous-section : *(Néphrologie)*
Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN
4ème sous-section : *(Urologie)*
Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)*
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY
2ème sous-section : *(Chirurgie générale)*
Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD
3ème sous-section : *(Médecine générale)*
Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : *(Pédiatrie)*
Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER
2ème sous-section : *(Chirurgie infantile)*
Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE
3ème sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*
Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL
4ème sous-section : *(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)*
Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*
Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2ème sous-section : *(Ophtalmologie)*
Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE
3ème sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*
Professeure Muriel BRIX

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

==========

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Sophie SIEGRIST

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Docteur Bruno GRIGNON
2ème sous-section : *(Histologie, embryologie et cytogénétique)*
Docteure Chantal KOHLER

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Docteur Jean-Marie ESCANYE
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*
Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH
2ème sous-section : *(Physiologie)*
Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL
3ème sous-section : *(Biologie Cellulaire)*
Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)*
Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD
2ème sous-section : (Parasitologie et mycologie)
Docteure Anne DEBOURGOGNE

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE
2ème sous-section ***(Médecine et Santé au Travail)***
Docteure Isabelle THAON
3ème sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Docteur Laurent MARTRILLE

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS *(stagiaire)*
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN *(stagiaire)*
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
2ème sous-section : ***(Réanimation ; Médecine d'urgence)***
Docteur Antoine KIMMOUN
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA
4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)***
Docteur Nicolas GIRERD

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteure Anne-Christine RAT
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Docteure Anne-Claire BURSZTEJN
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)***
Docteur Fabrice VANHUYSE

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE
3ème sous-section : ***(Médecine générale)***
Docteure Elisabeth STEYER

54ème Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***
Docteure Isabelle KOSCINSKI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : ***(Oto-Rhino-Laryngologie)***
Docteur Patrice GALLET

==========
MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

7ème Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES
Madame Christine DA SILVA-GENEST

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL
Monsieur Alain DURAND

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66ème Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE
Docteur Jean-Michel MARTY

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Présidente de thèse

Madame la Professeure Christine PERRET-GUILLAUME,

Professeure de Médecine Interne

Pour nous avoir fait l'honneur de présider notre jury de thèse,

Pour votre disponibilité et vos précieux conseils,

Nous vous présentons nos plus sincères remerciements.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT,

Professeur de Réanimation Médicale
Chevalier des Palmes Académiques

Pour avoir bien voulu participer à notre jury de thèse,

Nous vous en remercions.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Marc KLEIN,

Professeur d’Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques

Pour avoir accepté d’être présent à notre jury de thèse,

Veuillez accepter notre reconnaissance.

A notre Juge et Directeur de thèse

Monsieur le Docteur François CUOCO,

Médecin urgentiste

Pour avoir accepté de diriger cette thèse,

Pour votre aide, vos conseils, votre soutien et votre disponibilité tout au long de ce travail,

Pour tout ce que vous m'avez enseigné au long de mon internat.

A mes parents

Pour votre soutien moral et financier pendant ces longues années,

Pour vos conseils,

Merci d'avoir toujours été là pour moi.

A ma femme

Pour ta présence à mes côtés depuis le début,

Pour tes conseils,

Pour ta patience et ton aide au quotidien.

A mon fils

Pour tout le bonheur que tu m'apportes

Tu es une source de motivation.

A mon frère

Pour tous les bons moments passés ensemble, en particulier nos matchs de basket entre mes périodes de révision

Une pensée pour ma belle-sœur et ma nièce

A mes beaux-parents

Pour l'intérêt que vous avez porté à mes études,

Pour votre soutien.

A mes amis

Pour avoir été là pour me changer les idées pendant toutes ces années,

Pour votre soutien.

A tout le personnel médical et paramédical que j'ai eu la chance de côtoyer

Pour tout ce que j'ai pu apprendre à vos côtés.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur anatomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS 18

INTRODUCTION 19

1. Présentation du SAU de l'Hôpital Bel-Air 20
   - 1.1 Généralités 20
   - 1.2 Les locaux 20
   - 1.3 Le personnel 21
     - 1.3.1 Le personnel médical 21
     - 1.3.2 Le personnel paramédical 22

2. Présentation des EHPAD 22

3. Justification de l'étude 23

MATERIEL ET METHODE 25

RESULTATS 29

1. Patients inclus 30

2. Caractéristiques des patients 30
   - 2.1 Sexe 30
   - 2.2 Age 31
   - 2.3 Antécédents 32
   - 2.4 Traitements 35

3. Caractéristiques administratives des passages 39
   - 3.1 EHPAD de provenance 39
   - 3.2 Jour et heure d'arrivée 41
   - 3.3 Moyen de transport 43
   - 3.4 Personne ayant adressé le patient 44
   - 3.5 Temps d'attente avant la prise en charge médicale 45
   - 3.6 Durée totale du passage 46

4. Caractéristiques médicales des passages 47
   - 4.1 Motif d'admission 47
   - 4.2 Nombre de passages dans les 30 jours précédant l'arrivée aux urgences 49
   - 4.3 CIMU 50

4.4 Signes de gravité 52
4.5 Prise en charge thérapeutique 54
4.6 Examens complémentaires 58
4.7 Avis spécialisés demandés 61
4.8 Orientation à la sortie 63
4.9 Avis des urgentistes sur le passage 66

5. Liaison EHPAD-Urgences 67
5.1 Dossier de liaison d'urgence 67
5.2 Informations présentes dans le dossier transmis par l'EHPAD 68
5.3 Informations données à l'EHPAD à la fin du passage 70

DISCUSSION 72

CONCLUSION 83

BIBLIOGRAPHIE 85

ANNEXES 91

Annexe 1 92
Annexe 2 95
Annexe 3 96
Annexe 4 101

LISTE DES ABREVIATIONS

ACFA : Arythmie complète par fibrillation auriculaire
ACSD : Ambulatory Care Sensitive Diagnosis
AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
AEG : Altération de l'état général
AIT : Accident Ischémique Transitoire
ASP : Abdomen sans préparation
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive
BU : Bandelette urinaire
CAC : Centre d'Accueil et de Crise
CIMU : Classification Infirmière des Malades aux Urgences
CHR : Centre Hospitalier Régional
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
DLU : Dossier de Liaison d'Urgence
ECBU : Examen cytobactériologique des urines
ECG : Electrocardiogramme
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HBP : Hypertrophie Bénigne de Prostate
HTA : Hypertension artérielle
IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat
IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IDM : Infarctus du myocarde
INR : International Normalised Ratio
IPP : Inhibiteur de la pompe à protons
IV : Intraveineux
ORULOR : Observatoire Régional des Urgences de Lorraine
PTG : Prothèse Totale de Genou
PTH : Prothèse Totale de Hanche
SAC : Salle d'attente couché
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
USIC : Unité de soins intensifs cardiologiques
VNI : Ventilation non invasive

INTRODUCTION

1. Présentation du SAU de l'Hôpital Bel-Air

1.1 Généralités :

Le Service d'Accueil des Urgences (SAU) de l'Hôpital Bel-Air à Thionville, en Moselle, dépend du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Metz-Thionville.
Selon le rapport annuel de l'Observatoire Régional des Urgences de Lorraine ORULOR, il s'agit du 2ème service d'urgences comptabilisant le nombre de passages annuel le plus important de la région Lorraine avec 57 627 passages en 2014, juste derrière le SAU de l'Hôpital Mercy à Metz qui comptabilisait 58 572 passages et devant le CHU adultes de Nancy qui en comptabilisait 42 535 [1].
A noter que le nombre de passages annuels y est en constante progression avec une augmentation de 8% entre 2012 et 2013 et de 4% entre 2013 et 2014 [1].
La population de l'arrondissement de Thionville qui regroupe 105 communes s'élève à 268 581 habitants au 1er janvier 2016, soit 25,15% de la population totale du département de la Moselle [2].
Le nombre de personnes âgés de 75 ans et plus s'élève quant à lui à 90 803 en Moselle et à 22 858 pour l'arrondissement de Thionville, soit 8,7% de la population [3].

1.2 Les locaux :

Le service se situe au rez-de-chaussée du bâtiment principal.

Actuellement, l'organisation du service se répartie en une filière « médecine », une filière « chirurgie », un « déchocage chaud », un « déchocage tiède » et une filière psychiatrique.

Concernant la filière « médecine », celle-ci se compose de 4 salles d'examen au sein desquelles les patients sont successivement installés, conditionnés et examinés par un médecin. Ils sont ensuite transférés au SAC, salle d'attente des patients couchés, où ils patientent le temps d'effectuer et de récupérer les résultats des différents examens complémentaires. Si une réévaluation clinique est nécessaire, une salle supplémentaire est à disposition afin d'assurer un examen clinique dans le respect de l'intimité du patient.

Concernant la filière « chirurgie », elle se compose d'une salle de consultation, d'une salle de suture et d'une salle de plâtre pouvant accueillir 2 patients simultanément.

Les déchocages chauds et tièdes peuvent accueillir respectivement 4 et 3 patients. Y sont pris en charges les patients les plus instables qui nécessitent une surveillance rapprochée ou des soins spécifiques.

La filière psychiatrique se compose de 4 salles.

On trouve également une salle d'accueil des familles, à disposition pour rencontrer les proches des patients si nécessaire.

Au 1er étage se situe l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) qui compte 10 chambres individuelles ainsi que le Centre d'Accueil et de Crise (CAC), composé de 5 chambres.
A cet étage, on y trouve également les chambres de garde, au nombre de 5, ainsi que les vestiaires, les bureaux médicaux et le secrétariat du service.

A noter que l'Hôpital Bel-Air bénéficie d'un service d'urgences pédiatriques annexé au service adulte mais ayant une filière de prise en charge spécifique et indépendante. De même pour les urgences gynécologiques et obstétriques qui se situent dans un autre bâtiment, à proximité de la maternité.

1.3 Le personnel :

1.3.1 Le personnel médical :

Le personnel médical se compose au total de 21 médecins séniors et 8 internes affectés au service, en plus des internes des autres services de l'établissement participant aux gardes.
En journée, de 8h30 à 20h, il y a au minimum 4 médecins séniors en poste :
- Un médecin affecté à l'UHCD et qui, une fois tous les patients hospitalisés dans ce service orientés, descend aider à la prise en charge des patients aux urgences
- Un médecin affecté en médecine qui est chargé de prendre en charge les patients de la filière médecine, voire des déchocages.
- Un médecin « E1 », prenant en charge la filière chirurgie et affecté au 1er départ SMUR
- Un médecin « E2 », participant à la prise en charge des patients en filière médecine, des déchocages et affecté au 2ème départ SMUR.

La répartition est identique la nuit, de 20h à 8h30, avec cette fois-ci le médecin de l'UHCD qui participe dès le début du poste à la prise en charge des patients aux urgences et s'occupe en plus des problèmes des patients hospitalisés à l'UHCD.

En ce qui concerne les internes, en journée, de 8h30 à 18h30, un interne est affecté en filière chirurgie, 2 internes en filière médecine et un interne à l'UHCD le matin qui descend ensuite aider à la prise en charge des patients en chirurgie et qui peut sortir en intervention avec le SMUR, s'il le souhaite.
La nuit, de 18h30 au lendemain 8h30, il y a également un interne en chirurgie, un interne en médecine et un interne « des étages », affecté dans un des autres services de l'établissement, qui participe à la prise en charge des patients de la filière médecine et est amené à être appelé dans les différents services de l'Hôpital pour prendre en charge les problèmes aigus qui peuvent se présenter durant la nuit.

1.3.2 Le personnel paramédical :

Le personnel paramédical se compose de :
- 35 Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE), plus 6 Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat (IADE)
- 18 aides-soignants
- 3 cadres de santé infirmiers
- 1 assistante sociale

Le personnel paramédical se répartit entre le Service d'Accueil des Urgences et l'UHCD avec les effectifs suivants :
- le matin, de 6h à 13h30, il y a 5 infirmiers et 3 aides-soignants en poste
- l'après-midi, de 12h30 à 20h, il y a 7 infirmiers et 4 aides-soignants en poste
- La nuit, de 20h à 6h, il y a 5 infirmiers et 2 aides-soignants en poste.

À ces effectifs, se rajoutent également les infirmiers SMUR :
- 1 IDE SMUR et 1 IADE SMUR en poste de 8h à 20h
- 1 IDE SMUR et 1 IADE SMUR en poste de 20h à 8h

L'IADE SMUR est affecté au 1er départ SMUR, l'IDE SMUR au 2ème départ. Ils participent également tous les 2 à la prise en charge des patients des déchocages.

2. Présentation des EHPAD

Un établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), anciennement dénommé « maison de retraite », est une structure médicalisée ayant pour vocation d'accueillir des personnes âgées dépendantes avec une aide à la vie quotidienne par des agents de service dont la présence est assurée 24h/24 ainsi qu'une surveillance médicale et des soins assurés en continu par des

infirmiers, des aides-soignants et des aides médico-psychologiques [4].

Il existe 3 types d'établissement : les structures privées à but lucratif, les structures associatives ou privées à but non lucratif et les structures publiques [4].
Pour être accueilli en EHPAD, il faut être âgé de plus de 60 ans et être en perte d'autonomie. A noter qu'il existe parfois des dérogations permettant l'admission de personnes de moins de 60 ans [4].

Au 1er janvier 2014, on dénombrait 111 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) en Moselle, ce qui représentait 7423 lits d'hébergement permanent [5].
Ce nombre correspond à un taux d'équipement en EHPAD de 83,8 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus, ce qui est en dessous de la moyenne en France métropolitaine (95,0 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus) [5].

29 EHPAD se situent dans le secteur dépendant du CHR de Thionville. Parmi ces établissements, on dénombre 2 structures privées à but commercial, 27 structures privées à but non lucratif et aucune structure publique [6].

3. Justification de l'étude

En France, environ 500 000 personnes vivent en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) [7].
Or, les résidents d'EHPAD sont une population très peu étudiée : 2% des travaux de recherche internationaux s'y intéressent [7].

Selon les études, les patients provenant d'un EHPAD représentent 9 à 37% des sujets hospitalisés aux urgences [8].

Ces dernières années, nous assistons à une affluence record de patients dans les services d'urgences, parmi lesquels se trouvent de plus en plus de personnes âgées, ce qui rend la prise en charge de ces patients de plus en plus complexes.
En effet, les conditions d'accueil aux urgences sont particulièrement inadaptées à cette population ayant besoin de repères et chez qui toute hospitalisation peut être source de déstabilisation physique et psychique [8].
En France, une personne âgée meurt tous les trois jours dans un service d'urgence [9].

Le service d'accueil des urgences de l'Hôpital Bel-Air, ne déroge pas à ce constat. En effet, durant l'hiver 2014-2015, devant une très forte affluence de personnes

âgées, l'ensemble du CHR a été mis « sous tension » avec création d'une unité de 6 lits de court séjour gériatrique supplémentaires au sein du service de gynécologie de Thionville avec également autorisation d'hospitaliser deux patients par service dans des lits surnuméraires disposés dans les couloirs.

Cette situation est difficilement acceptable pour quiconque, mais d'autant plus pour des personnes âgées fragiles, dépendantes et ayant besoin de repères. Elle est insatisfaisante pour la personne âgée elle-même mais également pour son entourage, pour les médecins urgentistes, les médecins généralistes et toutes les personnes intervenant dans la prise en charge [10].

L'espérance de vie à la naissance, qui est actuellement de 85,1 ans pour les femmes et de 79,0 ans pour les hommes [11], ne cesse de s'accroitre et cette situation de crise précédemment décrite risque de se reproduire de plus en plus fréquemment.

Il est donc important de réfléchir dès maintenant à des solutions afin de limiter les transferts aux urgences des patients âgés, et plus particulièrement de ceux résidants en EHPAD qui peuvent bénéficier de soins et d'une surveillance régulière quotidienne.

MATERIEL ET METHODE

Nous avons réalisé une étude descriptive observationnelle prospective au sein du service d'accueil des urgences de l'Hôpital Bel-Air à Thionville entre le 1er janvier 2016 à 00h01 et le 31 janvier 2016 à 23h59, soit un mois complet.

Tous les patients provenant d'un EHPAD durant cette période ont été inclus dans l'étude dès leur arrivée aux urgences, sans aucun critère sélectif. A noter qu'ont été inclus dans notre étude tous les patients pour lesquels le dossier a été créé à l'accueil à partir du 1er janvier 2016 à 00h01 et avant le 31 janvier 2016 à 23h59, même si le temps de prise en charge a fait que cette date butoir était dépassée au moment de la clôture du dossier.

Préalablement à la réalisation de cette étude, le logiciel Résurgences, logiciel informatique utilisé pour la prise en charge des patients aux urgences du CHR de Metz-Thionville, a été modifié avec création d'une provenance « EHPAD » à remplir par l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IAO) dès l'arrivée du patient dans le service afin de faciliter le repérage des patients et leur inclusion dans l'étude.
Pour chacun des dossiers créés à l'accueil pendant la période de l'étude, quel que soit l'âge du patient, l'IAO devait cocher « OUI » ou « NON » à cet item afin de pouvoir valider la création du dossier administratif, ce qui a permis d'éviter les oublis et d'inclure tous les patients venant d'un EHPAD.

Nous avons également organisé une réunion d'informations avec le personnel médical des urgences afin de les prévenir de la réalisation de l'étude, leur expliquer les modalités de réalisation, leur présenter les différents items du questionnaire et les sensibiliser à l'importance de le compléter de manière exhaustive.
L'ensemble des médecins, séniors et internes, n'ayant pas pu être présents, un courriel leur a été adressé reprenant les explications données au cours de cette réunion.

Le recueil des données s'est effectué par un questionnaire [annexe 1].
L'ensemble des questions ont été intégrées dans le logiciel Résurgences afin de permettre aux médecins urgentistes prenant en charge un patient provenant d'un EHPAD d'y répondre directement de manière informatique sans avoir à reporter les informations sur un questionnaire papier et ainsi d'éviter les pertes de données. Ceci a permis également un gain de temps pour la saisie des réponses par les médecins, de nombreuses données étant automatiquement renseignées par le logiciel ou complétées par l'agent d'accueil à l'arrivée du patient comme par exemple le sexe, l'âge, l'EHPAD de provenance, la date et l'heure d'arrivée, le moyen de transport, le délai avant la prise en charge médicale, la durée totale du passage, etc.

Le questionnaire comprenait :

- Les caractéristiques des patients : sexe, âge, antécédents et pathologies associées, traitements habituels

- Les caractéristiques administratives du passage : EHPAD de provenance, jour et heure d'arrivée, moyen de transport, personne ayant adressé le patient, temps d'attente avant le début de la prise en charge médicale, durée totale du passage

- Les caractéristiques médicales du passage : motif d'admission, nombre de passages le dernier mois, Classification Infirmière des Malades aux Urgences (CIMU), signes de gravité à l'arrivée, thérapeutiques entreprises, examens complémentaires effectués, avis spécialisés demandés, sollicitation de l'équipe mobile de gériatrie, orientation à la sortie, avis du médecin sur le passage

- La liaison entre l'EHPAD et le service d'urgences : présence du dossier de liaison d'urgence (DLU), informations présentes dans le dossier de transfert, information de l'EHPAD par téléphone, documents joints en cas de retour en EHPAD.

Ce questionnaire a été testé pendant deux semaines, en décembre 2015, avant le début de l'étude, afin de sensibiliser et familiariser les praticiens à sa présence et à son utilisation et également de s'assurer de son bon fonctionnement.
Il a ensuite été rendu obligatoire à partir du 1er janvier 2016 à 00h01 : il était ainsi impossible de clôturer le dossier d'un patient pour lequel l'agent d'accueil avait sélectionné « OUI » à la provenance « EHPAD » à l'arrivée du patient aux urgences sans remplir les différents items du questionnaire. Ceci a permis d'avoir des questionnaires complets pour chaque patient inclus.

Les données ont été régulièrement recueillies au cours de l'étude et ont ensuite été intégrées dans un tableur « Excel » afin d'effectuer les différentes statistiques.

Les personnes âgées étant souvent polypathologiques, nous avons regroupé les différents antécédents en grandes catégories (antécédents cardiovasculaires, neurologiques, chirurgicaux, etc.) afin de rendre leur analyse plus explicite puis nous avons ensuite détaillé et analysé les antécédents les plus fréquents.

Concernant les traitements médicamenteux, nous avons analysé les différentes classes de médicaments retrouvées chez les patients inclus dans l'étude en regroupant initialement tous les psychotropes, ceux-ci étant très représentés, puis nous les avons analysés séparément en détaillant la part d'antidépresseurs, d'hypnotiques, de neuroleptiques et d'anxiolytiques.

Nous avons fait de même avec les traitements antalgiques en les regroupant initialement dans l'analyse des traitements habituels des patients avant d'étudier la proportion d'antalgiques de palier 1, 2 et 3. Un tableau récapitulatif situé en annexe rappelle les différentes classes médicamenteuses de chacun de ces paliers [annexe 2].

En ce qui concerne les heures d'arrivée aux urgences, afin de faciliter l'analyse et la rendre plus explicite, nous avons divisé les jours en 3 périodes :
- la nuit profonde, qui correspond à une arrivée entre 00h00 et 08h00,
- la journée, qui correspond à une arrivée entre 08h00 et 18h00,
- la soirée, qui correspond à une arrivée entre 18h00 et 00h00.

RESULTATS

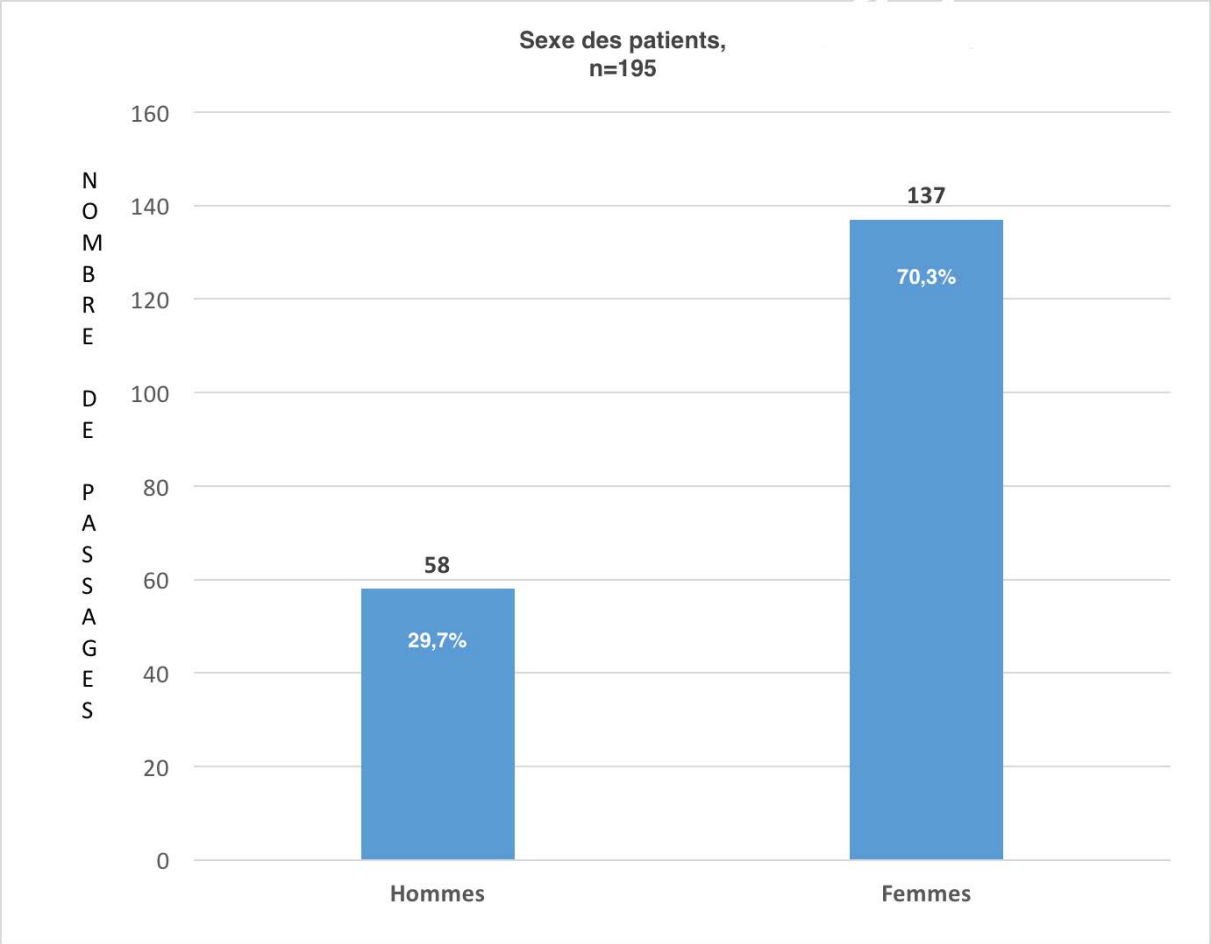
1. Patients inclus :

195 patients ont été inclus durant cette étude qui s'est déroulée du 1er janvier 2016 à 00h01 au 31 janvier 2016 à 23h59.

2. Caractéristiques des patients :

2.1 Sexe :

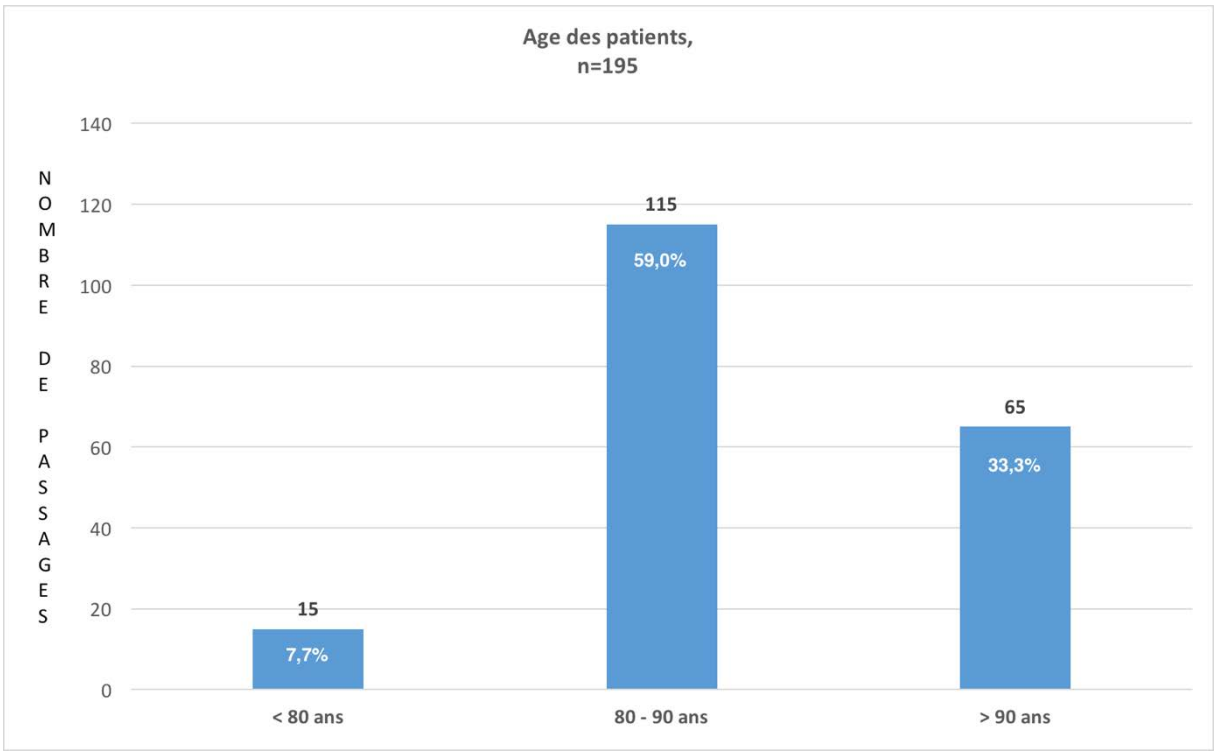
Sur les 195 passages inclus dans l'étude, 137 patients sont de sexe féminin et 58 de sexe masculin soit une proportion de 70,3% de femmes pour 29,7% d'hommes.



2.2 Age :

La moyenne d'âge des patients inclus dans l'étude est de 87,44 ans, avec un âge minimum de 64 ans et un âge maximum de 101 ans.

15 patients ont moins de 80 ans, soit 7,7%.
115 ont un âge compris entre 80 et 90 ans, soit 59,0%.
65 ont un âge supérieur à 90 ans, soit 33,3%.



2.3 Antécédents :

Sur les 195 passages, 6 dossiers transmis par l'EHPAD au moment du transfert aux urgences ne contenaient pas les antécédents du patient. Ces derniers ont cependant pu être récupérés grâce aux précédents passages et il n'y a donc aucune donnée manquante pour l'analyse des antécédents.

Le nombre d'antécédents moyen par patient est de 8,15 avec un minimum de 1 et un maximum de 23.

184 patients, soit 94,4%, ont des antécédents cardio-vasculaires : hypertension artérielle (HTA), dyslipidémie, troubles du rythme, insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde, maladies vasculaires périphériques (artériopathie oblitérante des membres inférieurs, artérite, thrombose veineuse profonde, …).

139 patients, soit 71,3%, ont des antécédents neurologiques : accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), maladie de Parkinson, épilepsie, démence.

137 patients, soit 70,3%, ont des antécédents chirurgicaux, orthopédiques ou autres : appendicectomie, cholécystectomie, hystérectomie, …

81 patients, soit 41,5%, ont des antécédents chirurgicaux orthopédiques : prothèse totale de hanche (PTH), prothèse totale de genou (PTG), fractures, amputation.

84 patients, soit 43,1%, ont des antécédents endocrinologiques : diabète, hyperthyroïdie, hypothyroïdie.

78 patients, soit 40,0%, ont des antécédents rhumatologiques : arthrose, ostéoporose, polyarthrite rhumatoïde, crise de goutte, discopathie vertébrale et lombosciatalgie.

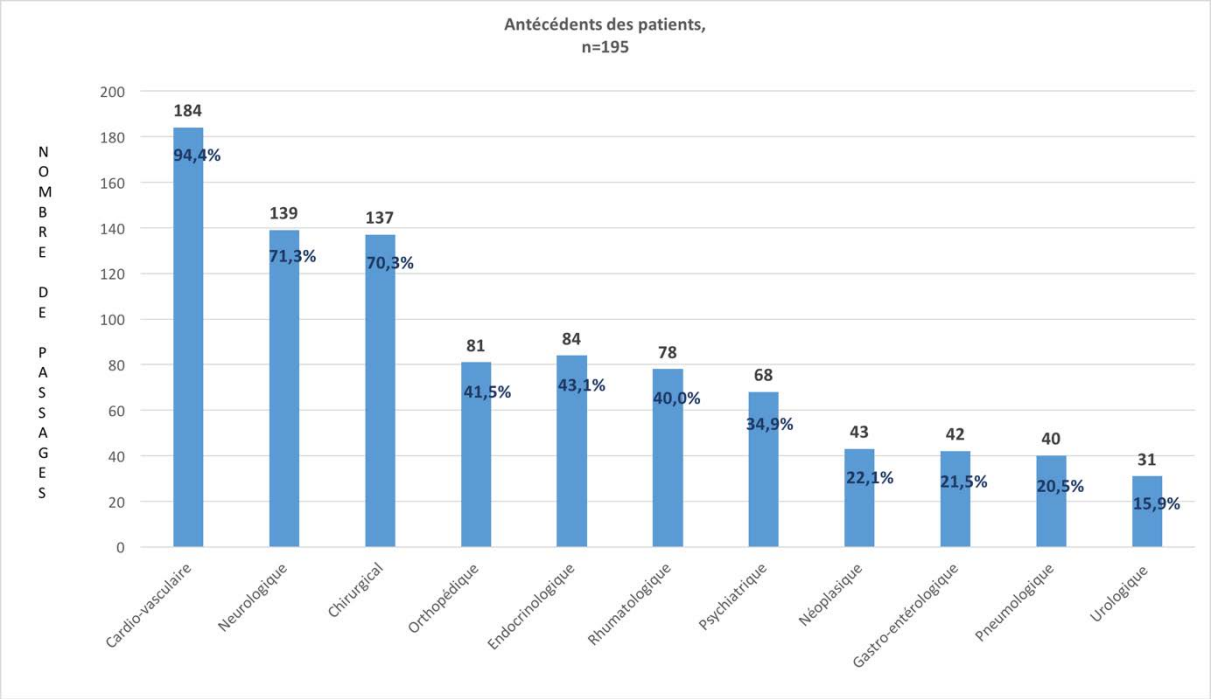
68 patients, soit 34,9%, ont des antécédents psychiatriques : dépression, bipolarité, schizophrénie.

43 patients, soit 22,1%, ont des antécédents néoplasiques : cancer colorectal, néoplasie pulmonaire, néoplasie mammaire, ovarienne ou utérine, lymphome…

42 patients, soit 21,5%, ont des antécédents gastroentérologiques : ulcère gastroduodénal, diverticulose colique, constipation chronique, colopathie fonctionnelle, lithiase biliaire.

40 patients, soit 20,5%, ont des antécédents pneumologiques : asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), fibrose pulmonaire, pneumopathie aiguë, embolie pulmonaire.

31 patients, soit 15,9%, ont des antécédents urologiques : hypertrophie bénigne de prostate (HBP), incontinence urinaire, prostatite, pyélonéphrite.



En détaillant ces antécédents :

172 patients, soit 88,2%, ont une hypertension artérielle (HTA).

111 patients, soit 56,9% ont une démence diagnostiquée.

71 patients, soit 36,4%, ont des troubles du rythme et principalement une arythmie complète par fibrillation auriculaire (ACFA).

57 patients, soit 29,2%, présentent une insuffisance cardiaque.

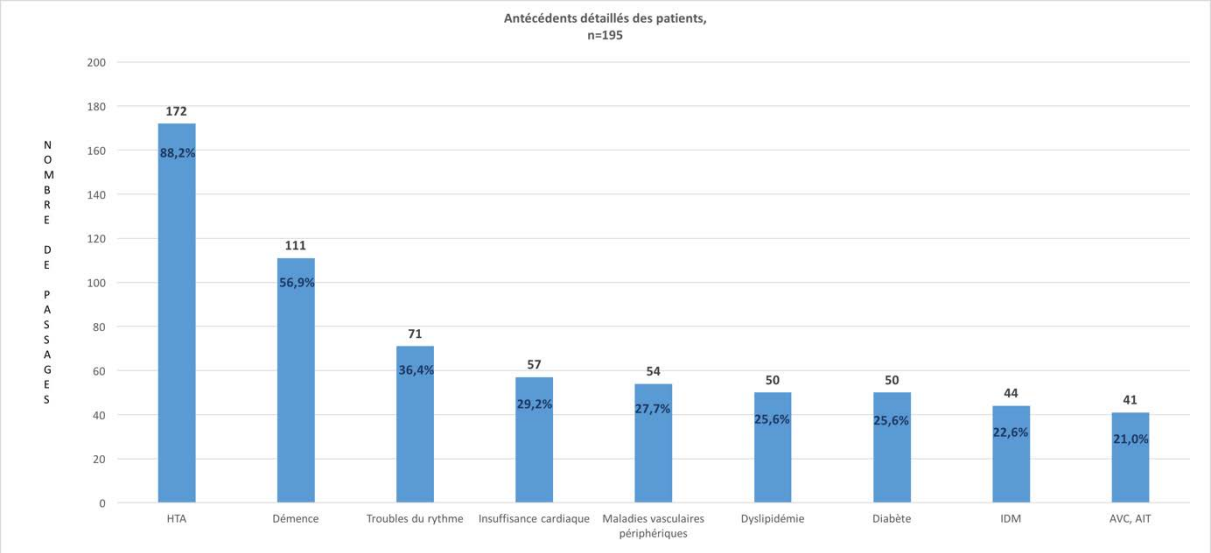
54 patients, soit 27,7%, ont une maladie vasculaire périphérique.

50 patients, soit 25,6%, ont une dyslipidémie.

50 patients, soit 25,6%, sont diabétiques.

44 patients, soit 22,6%, ont été victimes d'un infarctus du myocarde (IDM).

41 patients, soit 21,0%, ont été victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ou d'un accident ischémique transitoire (AIT).



2.4 Traitements :

Sur les 195 passages de l'étude, 12 dossiers transmis par l'EHPAD lors du transfert aux urgences ne contenaient pas les traitements du patient. Les données ne sont cependant manquantes que pour 7 passages, le traitement des patients ayant pu être récupéré grâce aux précédents passages pour 5 d'entre eux.

Le nombre de traitements moyen par patient est de 7,9 avec un minimum de 0 et un maximum de 16.

148 patients, soit 78,7%, ont un antihypertenseur.

141 patients, soit 75,0%, ont un psychotrope.

131 patients, soit 69,7%, ont un anticoagulant ou un antiagrégant plaquettaire.

92 patients, soit 48,9%, ont un traitement antalgique.

89 patients, soit 47,3%, ont un traitement diurétique.

85 patients, soit 45,2%, ont un inhibiteur de la pompe à protons (IPP).

57 patients, soit 30,3%, ont un laxatif.

41 patients, soit 21,8%, ont un traitement pour la thyroïde.

39 patients, soit 20,7%, ont un traitement pour le diabète, antidiabétique oral ou insulinothérapie.

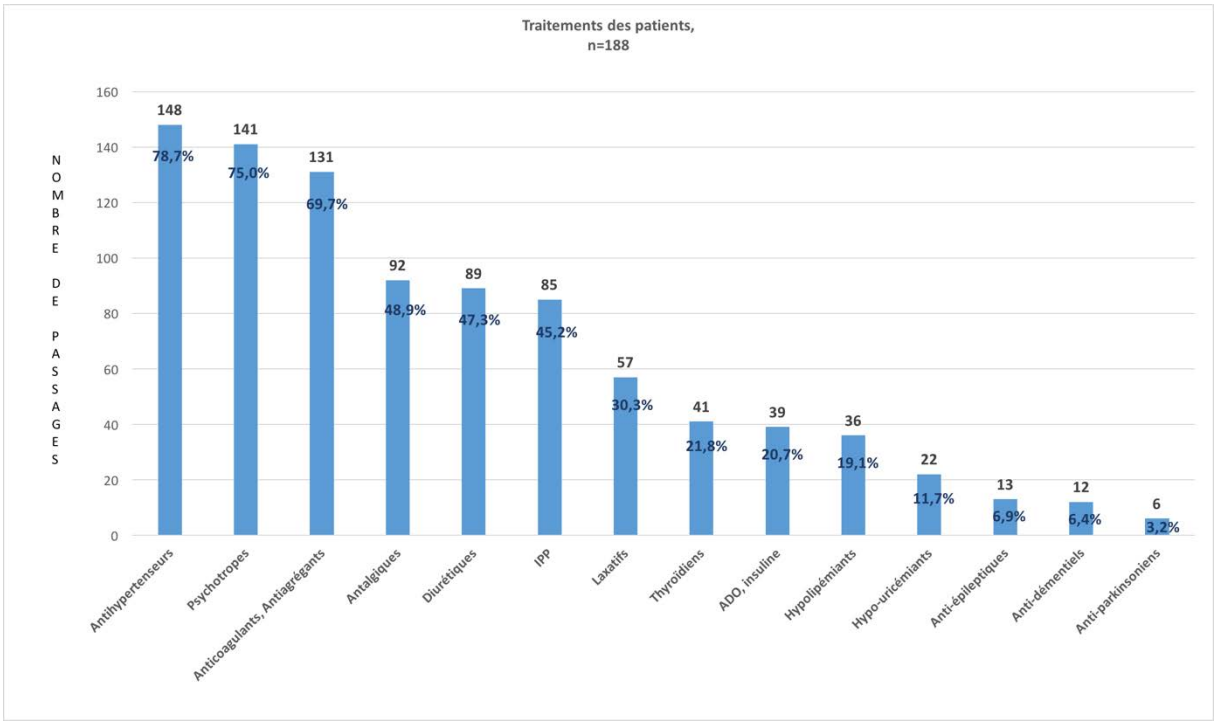
36 patients, soit 19,1%, ont un hypolipémiant.

22 patients, soit 11,7%, ont un traitement hypo-uricémiant.

13 patients, soir 6,9%, ont un traitement anti-épileptique.

12 patients, soit 6,4%, ont un traitement contre la démence.

6 patients, soit 3,2%, ont un anti-parkinsonien.

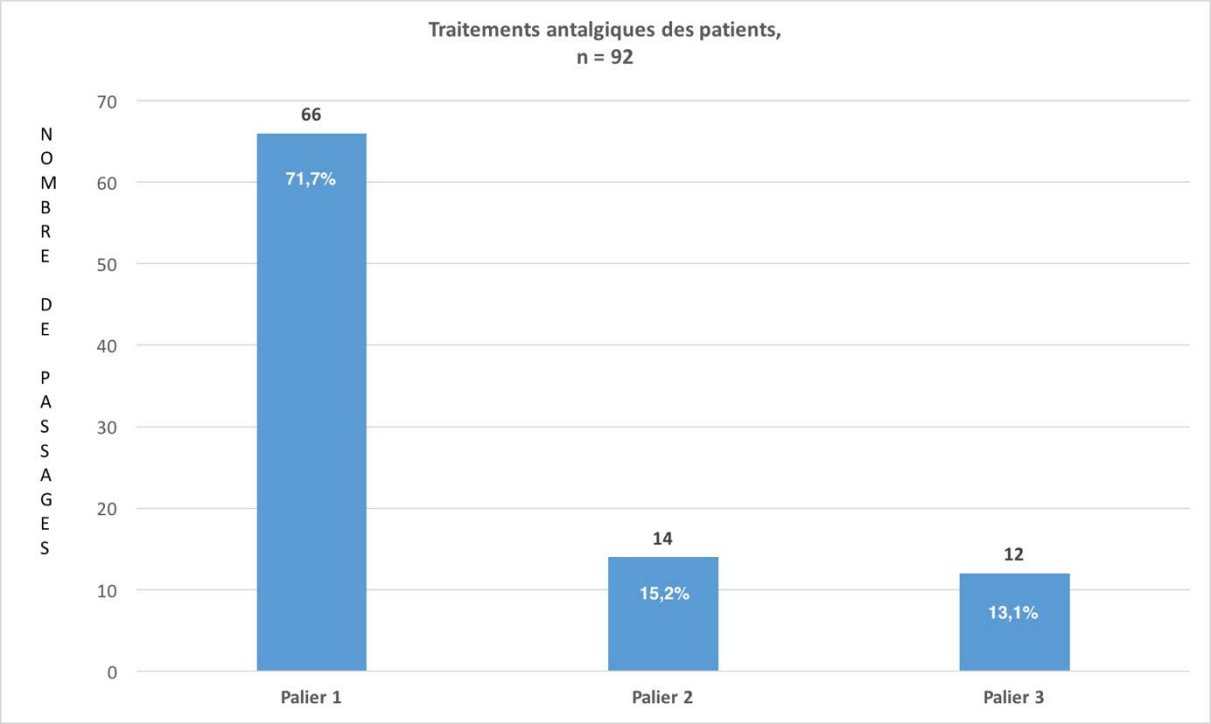

Traitements des patients,
n=188
NOMBRE DE PASSAGES
160
140
120
100
80
60
40
20
0
148
78,7%
141
75,0%
131
69,7%
92
48,9%
89
47,3%
85
45,2%
57
30,3%
41
21,8%
39
20,7%
36
19,1%
22
11,7%
13
6,9%
12
6,4%
6
3,2%
Antihypertenseurs
Psychotropes
Anticoagulants, Antiagrégants
Antalgiques
Diurétiques
IPP
Laxatifs
Thyroïdiens
ADO, insuline
Hypolipémiants
Hypo-uricémiants
Anti-épileptiques
Anti-démentiels
Anti-parkinsoniens

Parmi les 92 patients ayant un traitement antalgique :

66 patients, soit 71,7%, ont un antalgique de palier 1, exclusivement du paracétamol,

14 patients, soit 15,2 %, ont un antalgique de palier 2, tramadol ou codéine,

12 patients, soit 13,1%, ont un antalgique de palier 3 : morphine et dérivés.



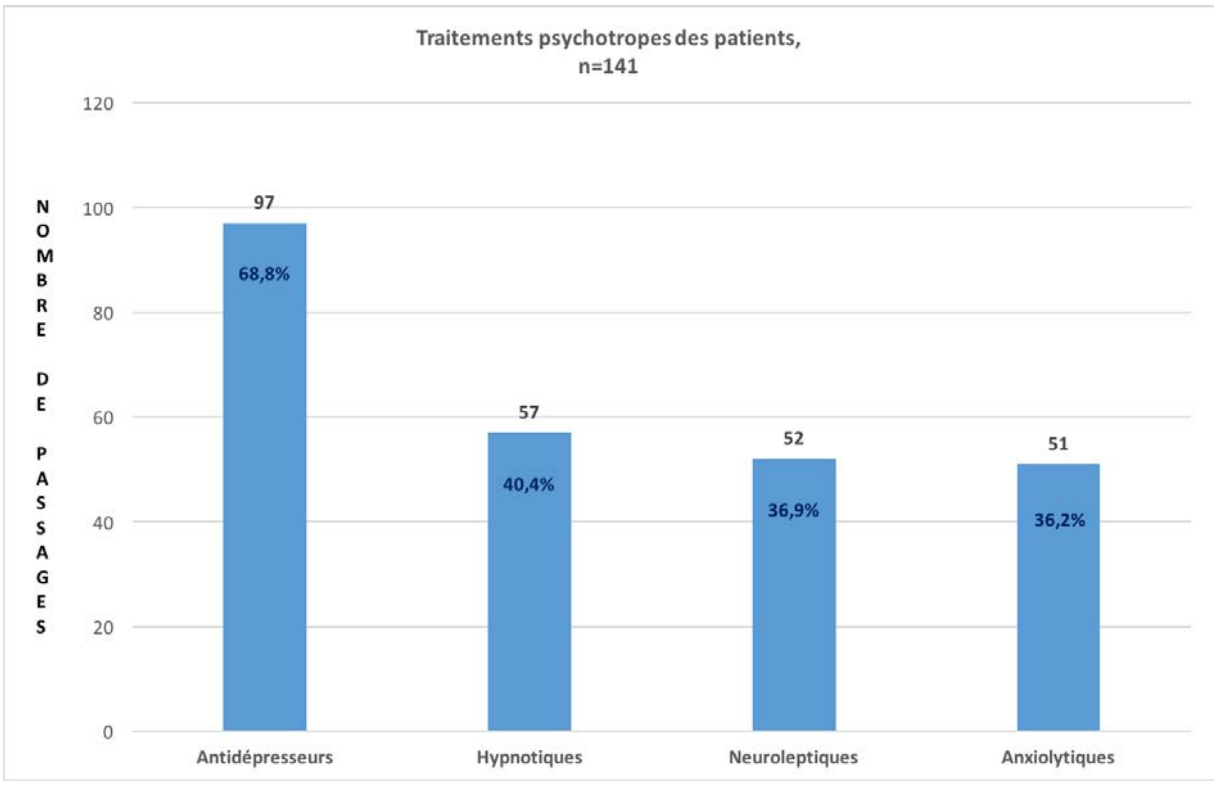
Parmi les 141 patients ayant un traitement psychotrope :

97 patients, soit 68,8%, ont un antidépresseur,

57 patients, soit 40,4%, ont un hypnotique,

52 patients, soit 36,9%, ont un traitement neuroleptique,

51 patients, soit 36,2%, ont un anxiolytique.



3. Caractéristiques administratives des passages

3.1 EHPAD de provenance

Au total, 26 établissements ont adressé des patients aux urgences de l'Hôpital Bel-Air de Thionville entre le 1er janvier 2016 et le 31 janvier 2016.
Ces 26 EHPAD représentent un nombre total de 1844 résidents.

L'EHPAD ayant adressé le plus de patients sur la période étudiée est « Le Witten » à Algrange avec 19 passages suivi par « Le Prieuré de la Fensch » à Ranguevaux et « Sainte-Madeleine à Thionville » avec 16 passages.

Les EHPAD ayant adressé le moins de patient sont « Saint-Joseph » à Rustroff et « Les Châtaigniers » à Hagondange avec un seul passage sur la période étudiée.

L'EHPAD « Sainte-Elisabeth » à Metzervisse a adressé 13 patients.

11 patients viennent des « Opalines » à Mondelange.

3 établissements en ont adressé 10 : « Le Plateau » à Ottange, « Angel Filippetti » à Audun-le-Tiche et « Les Erables » à Yutz.

« Le Kissel » à Hettange-Grande a adressé 9 patients.

« Les Glycines » à Guénange, « Les Prés Saint-Pierre » à Thionville et « Le Clos Fleuri » à Fameck ont adressé 8 patients.

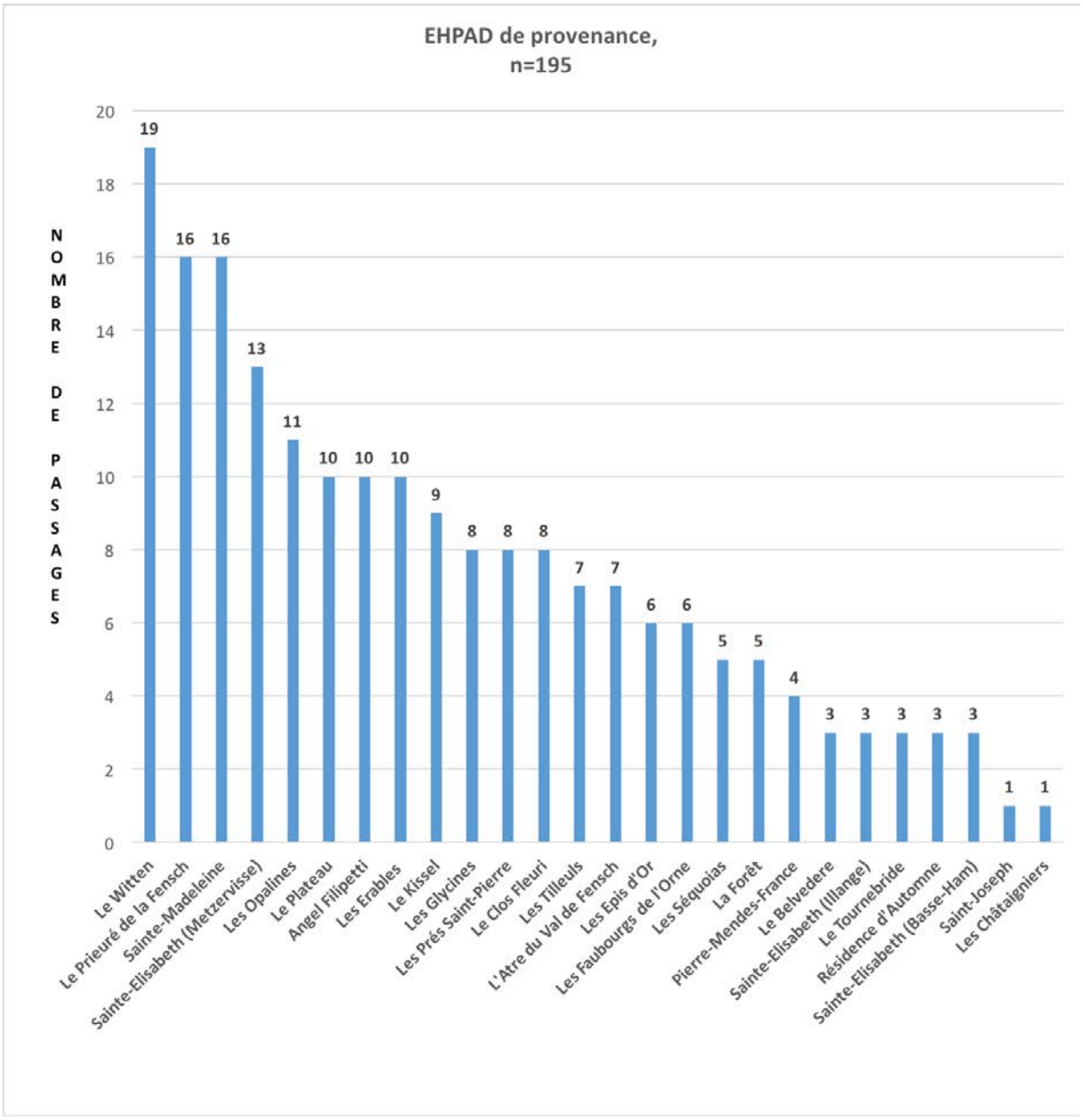
2 établissements en ont adressé 7 : « Les Tilleuls » à Terville et « L'Atre du Val de Fensch » à Fontoy.

6 patients viennent des « Epis d'Or » à Thionville, tout comme pour « Les Faubourgs de l'Orne » à Gandrange.

« Les Séquoias » à Florange et « La Forêt » à Saint-Nicolas-en-Forêt ont adressé 5 patients.

L'EHPAD « Pierre Mendès France » à Moyeuvre-Grande a adressé 4 patients.

5 établissements ont adressé 3 patients : « Le Belvédère » à Algrange, « Sainte-Elisabeth » à Illange, « Le Tournebride » à Hayange, « Résidence d'Automne » à Cattenom et « Sainte-Elisabeth » à Basse-Ham.


EHPAD de provenance,
n=195
NOMBRE DE PASSAGES
0
2
4
6
8
10
12
14
16
18
20
19
16
16
13
11
10
10
10
9
8
8
8
7
7
6
6
5
5
4
3
3
3
3
3
1
1
Le Witten
Le Prieuré de la Fensch
Sainte-Madeleine
Sainte-Elisabeth (Metzervisse)
Les Opalines
Le Plateau
Angel Filipetti
Les Erables
Le Kissel
Les Glycines
Les Prés Saint-Pierre
Le Clos Fleuri
Les Tilleuls
L'Atre du Val de Fensch
Les Epis d'Or
Les Faubourgs de l'Orne
Les Séquoias
La Forêt
Pierre-Mendes-France
Le Belvedere
Sainte-Elisabeth (Illange)
Le Tournebride
Résidence d'Automne
Sainte-Elisabeth (Basse-Ham)
Saint-Joseph
Les Châtaigniers

3.2 Jour et heure d'arrivée

21 passages, soit 10,8%, ont eu lieu un lundi.

24 passages, soit 12,3%, ont eu lieu un mardi.

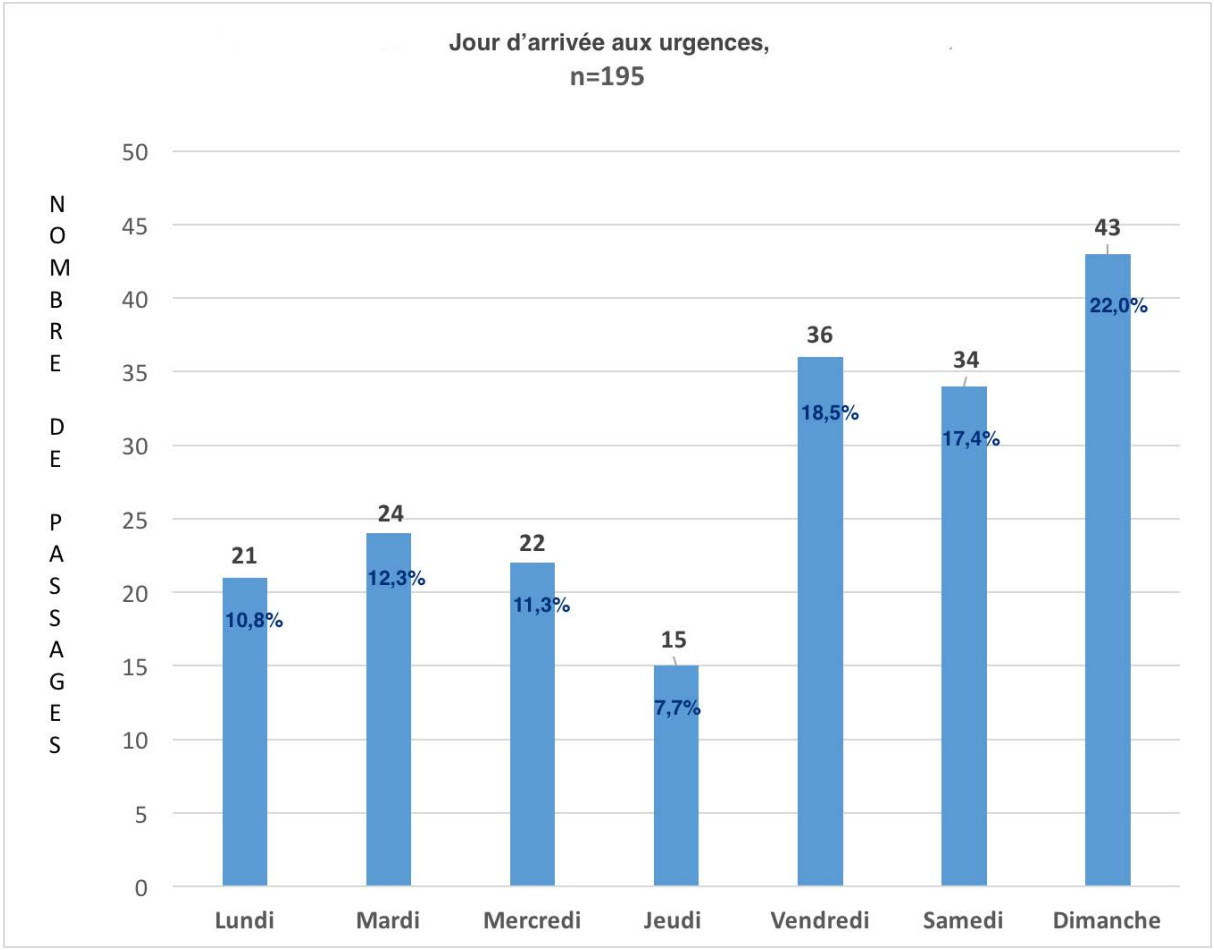
22 passages, soit 11,3%, ont eu lieu un mercredi.

15 passages, soit 7,7%, ont eu lieu un jeudi.

36 passages, soit 18,5%, ont eu lieu un vendredi.

34 passages, soit 17,4%, ont eu lieu un samedi.

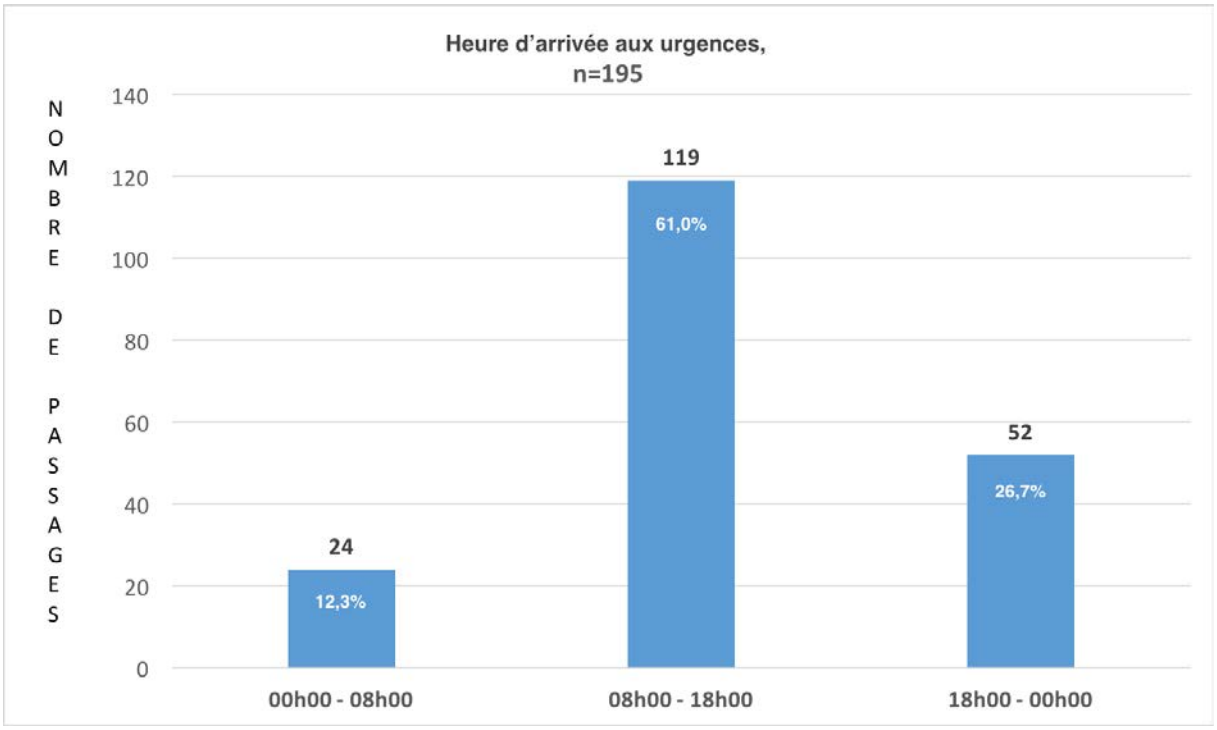
43 passages, soit 22,0%, ont eu lieu un dimanche.



24 passages, soit 12,3%, ont eu lieu entre minuit et 8h00.

119 passages, soit 61,0%, ont eu lieu entre 8h00 et 18h00.

52 passages, soit 26,7%, ont eu lieu entre 18h00 et minuit.

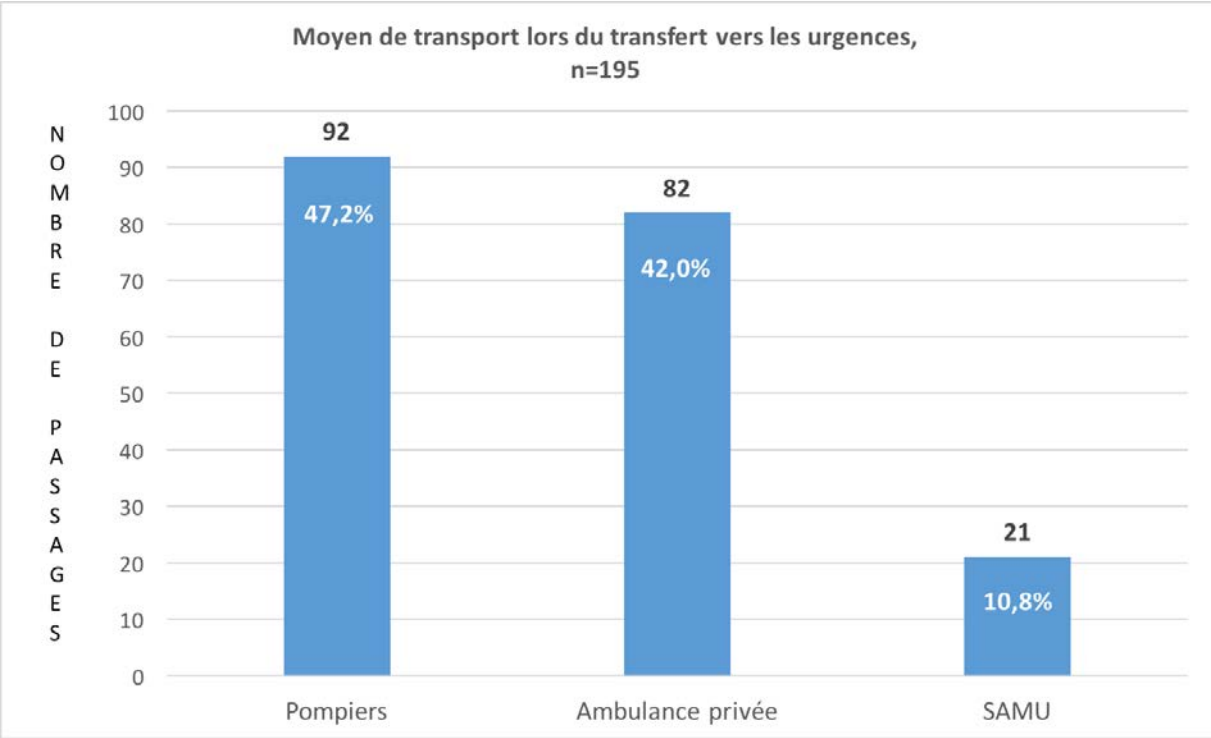


3.3 Moyen de transport

92 patients, soit 47,2%, sont arrivés aux urgences avec les pompiers.

82 patients, soit 42,0%, sont arrivés aux urgences en ambulance privée.

21 patients, soit 10,8%, sont arrivés aux urgences avec le SAMU.



3.4 Personne ayant adressé le patient

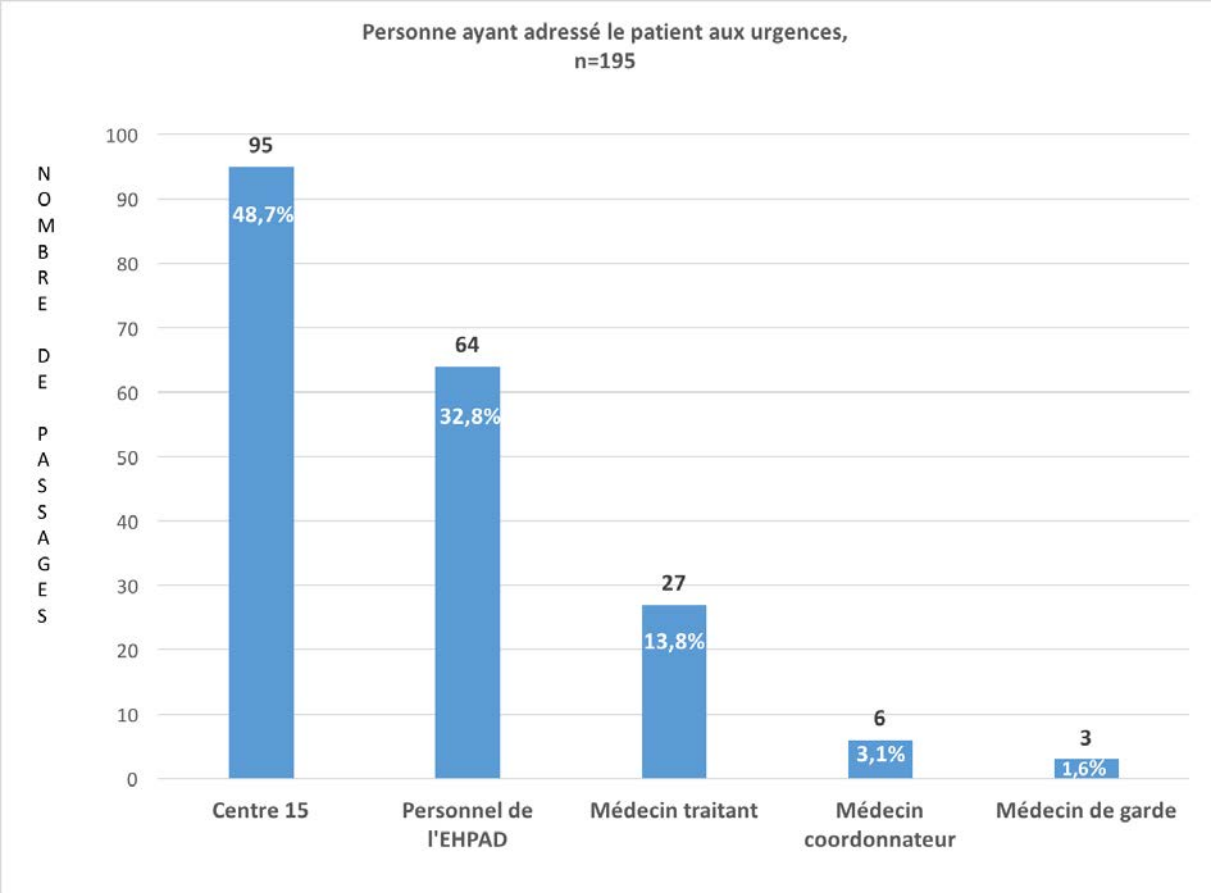
95 patients, soit 48,7%, ont été adressés aux urgences par le médecin de la régulation du centre 15.

64 patients, soit 32,8%, ont été adressés aux urgences par un membre du personnel paramédical de l'EHPAD.

27 patients, soit 13,8%, ont été adressés aux urgences par le médecin traitant.

6 patients, soit 3,1%, ont été adressés aux urgences par le médecin coordonnateur de l'EHPAD.

3 patients, soit 1,6%, ont été adressés aux urgences par le médecin de garde.



3.5 Temps d'attente avant la prise en charge médicale

Le temps d'attente moyen avant le début de la prise en charge médicale est de 2,23 heures avec un minimum de 3 minutes et un maximum de 8,52 heures.

63 patients, soit 32,3%, ont attendu moins de 1h00.

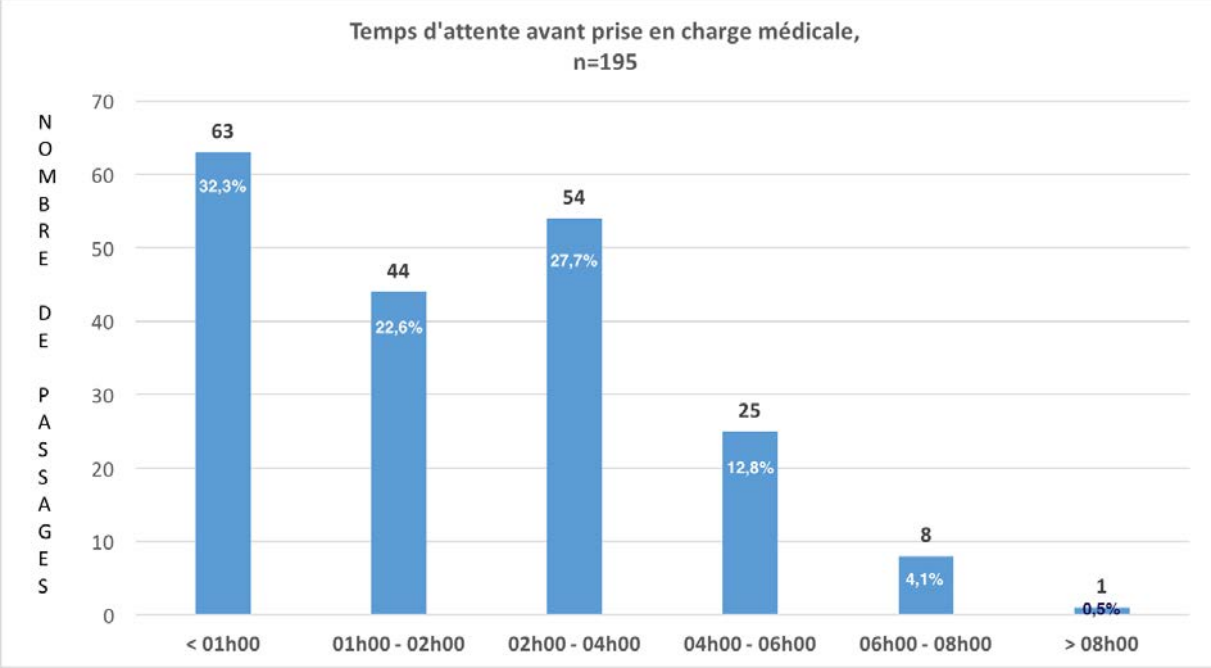
44 patients, soit 22,6%, ont attendu entre 1h00 et 2h00.

54 patients, soit 27,7%, ont attendu entre 2h00 et 4h00.

25 patients, soit 12,8%, ont attendu entre 4h00 et 6h00.

8 patients, soit 4,1%, ont attendu entre 6h00 et 8h00.

1 patient, soit 0,5%, a attendu plus de 8h00.



3.6 Durée totale du passage

La durée totale du passage aux urgences est en moyenne de 7,87 heures avec un minimum de 51 minutes et un maximum de 24,93 heures.

Elle est inférieure à 2h00 pour 5 passages, soit 2,6%.

Elle est comprise entre 2h00 et 4h00 pour 27 passages, soit 13,8%.

Elle est comprise entre 4h00 et 6h00 pour 44 passages, soit 22,6%.

Elle est comprise entre 6h00 et 8h00 pour 40 passages, soit 20,5%.

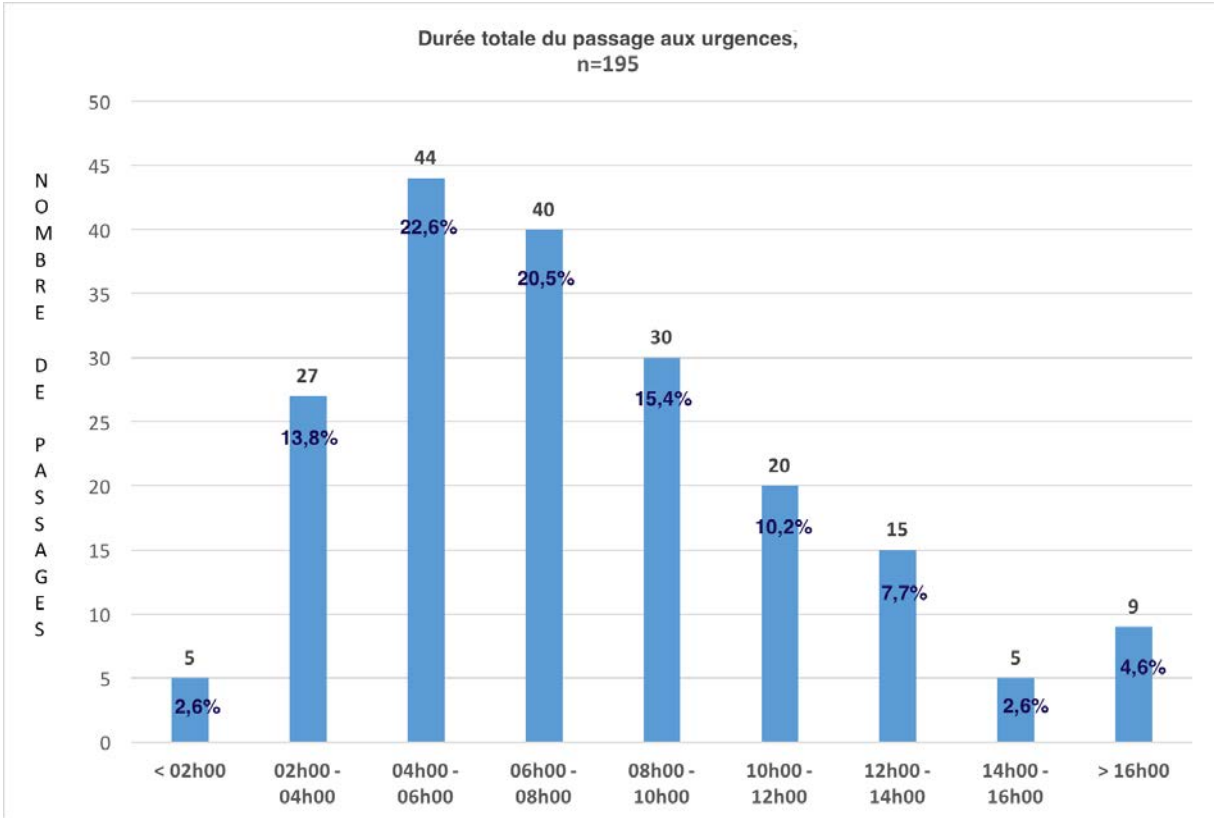
Elle est comprise entre 8h00 et 10h00 pour 30 passages, soit 15,4%.

Elle est comprise entre 10h00 et 12h00 pour 20 passages, soit 10,2%.

Elle est comprise entre 12h00 et 14h00 pour 15 passages, soit 7,7%.

Elle est comprise entre 14h00 et 16h00 pour 5 passages, soit 2,6%.

Elle est supérieure à 16h00 pour 9 passages, soit 4,6%.



4. Caractéristiques médicales des passages

4.1 Motif d'admission

Pour 63 passages, soit 32,3%, le motif d'admission est une dyspnée.

Pour 43 passages, soit 22,0%, le motif d'admission est une chute.

Pour 21 passages, soit 10,8%, le motif d'admission est une douleur abdominale.

Pour 9 passages, soit 4,6%, le motif d'admission est un trouble du comportement : agitation, agressivité, somnolence…

Pour 8 passages, soit 4,1%, le motif d'admission est un déficit neurologique.

Pour 8 passages, soit 4,1%, le motif d'admission est une douleur thoracique.

Pour 8 passages, soit 4,1%, le motif d'admission est une fièvre isolée.

Pour 6 passages, soit 3,1%, le motif d'admission est une altération de l'état général.

Pour 6 passages, soit 3,1%, le motif d'admission est un malaise.

Pour 6 passages, soit 3,1%, le motif d'admission est un problème urinaire : dysurie, anurie, problème avec une sonde urinaire…

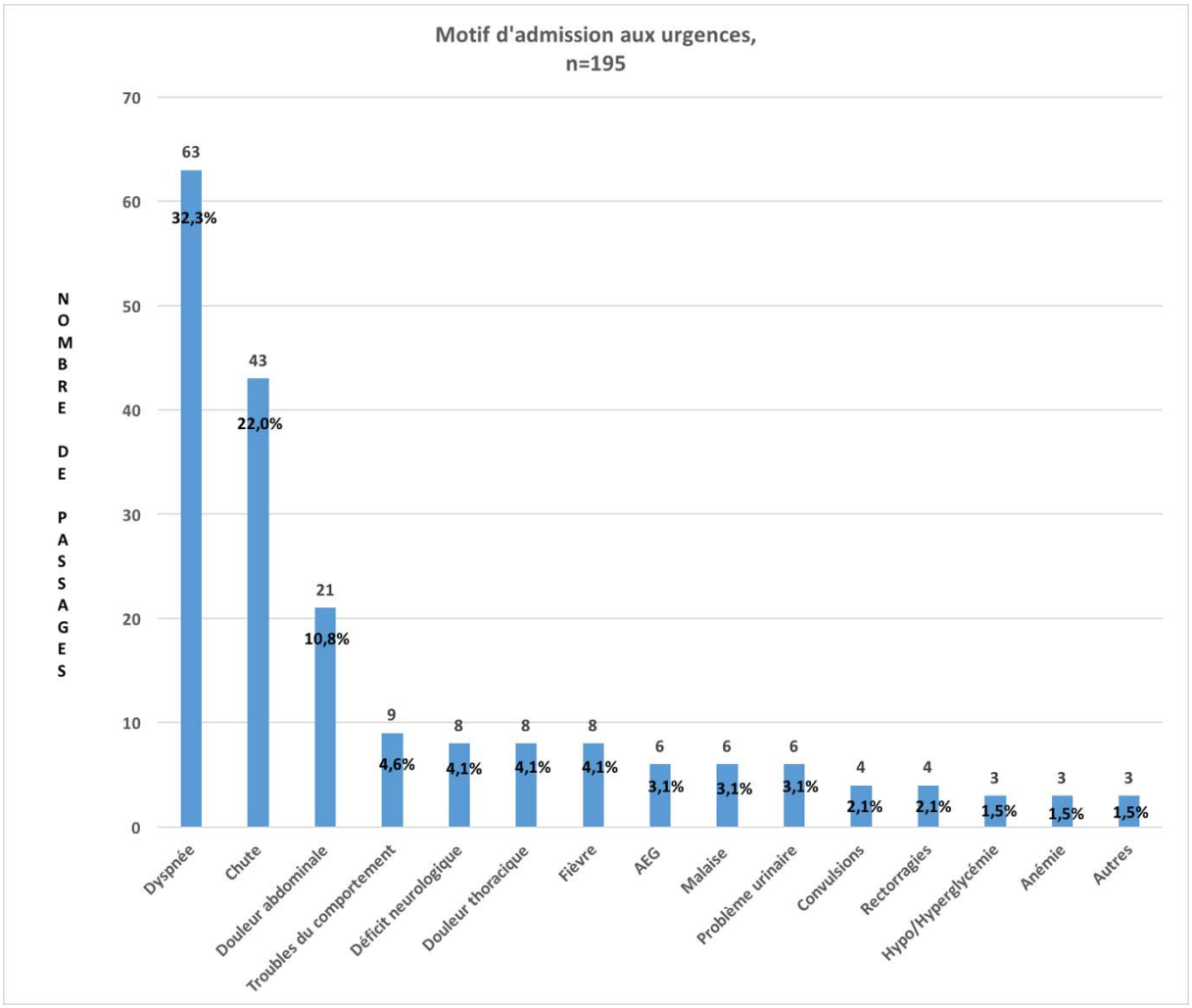
Pour 4 passages, soit 2,1%, le motif d'admission est une crise convulsive.

Pour 4 passages, soit 2,1%, le motif d'admission est un épisode de rectorragies.

Pour 3 passages, soit 1,5%, le motif d'admission est un problème de glycémie, hypoglycémie ou hyperglycémie.

Pour 3 passages, soit 1,5%, le motif d'admission est une anémie.

Pour 3 passages, soit 1,5%, le motif d'admission est autre : épistaxis, ingestion de solution hydro-alcoolique et douleur au niveau d'un membre inférieur.


Motif d'admission aux urgences,
n=195
NOMBRE DE PASSAGES
70
60
50
40
30
20
10
0
63
32,3%
43
22,0%
21
10,8%
9
4,6%
8
4,1%
8
4,1%
8
4,1%
6
3,1%
6
3,1%
6
3,1%
4
2,1%
4
2,1%
3
1,5%
3
1,5%
3
1,5%
Dyspnée
Chute
Douleur abdominale
Troubles du comportement
Déficit neurologique
Douleur thoracique
Fièvre
AEG
Malaise
Problème urinaire
Convulsions
Rectorragies
Hypo/Hyperglycémie
Anémie
Autres

4.2 Nombre de passages les 30 jours précédant l'arrivée aux urgences

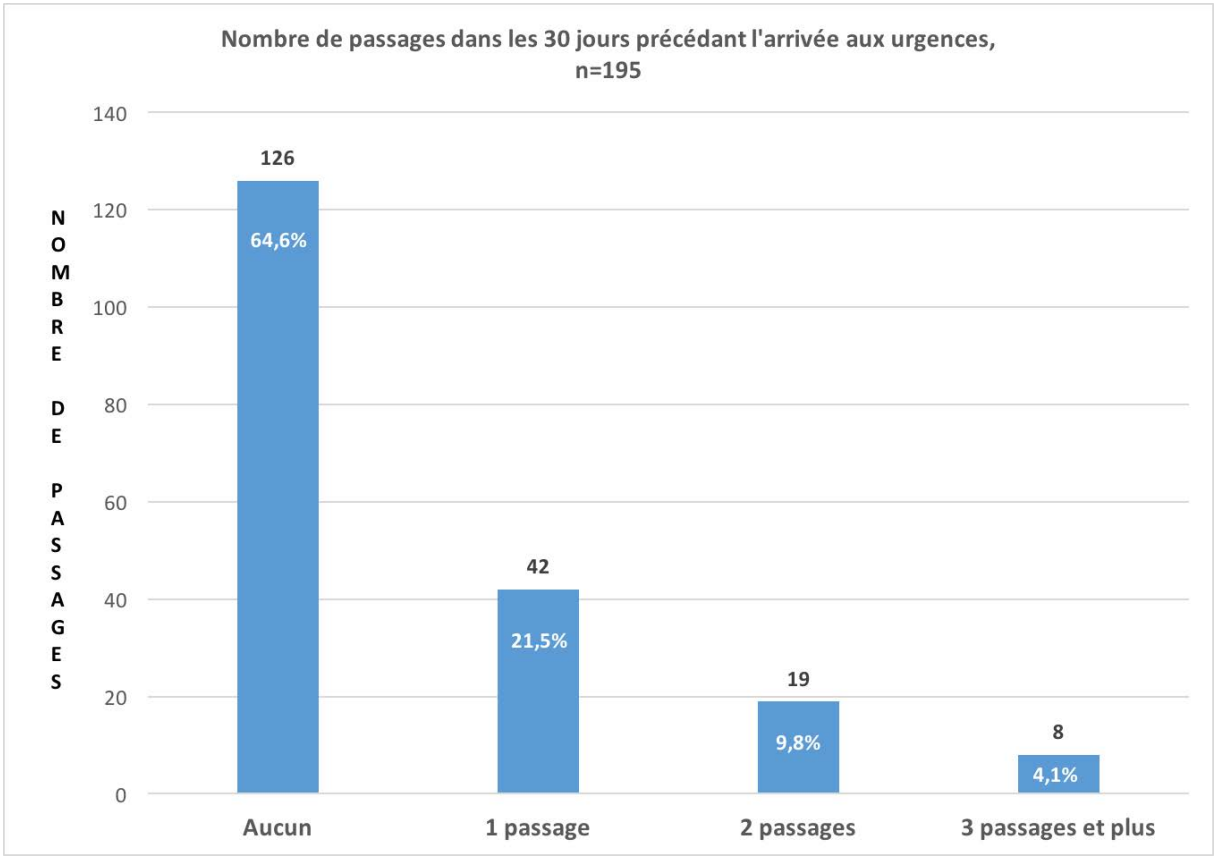
Le nombre moyen de passages aux urgences dans les 30 jours précédant l'arrivée est de 0,62 avec un minimum de 0 passage et un maximum de 10.

Dans 126 cas, soit 64,6%, aucun passage n'a eu lieu dans les 30 jours précédant l'arrivée du patient aux urgences.

Dans 42 cas, soit 21,5%, le patient était passé 1 fois aux urgences dans les 30 jours précédant son arrivée.

Dans 19 cas, soit 9,8%, le patient était passé 2 fois aux urgences dans les 30 jours précédant son arrivée.

Dans 8 cas, soit 4,1%, le patient était passé 3 fois ou plus aux urgences dans les 30 jours précédant son arrivée.



4.3 CIMU

La Classification Infirmière des Malades aux Urgences (CIMU) est l'échelle utilisée par l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IAO) afin de prioriser et trier les passages en fonction de leur gravité. Il s'agit d'une échelle de tri élaborée aux urgences de l'hôpital Saint-Louis en 1996 puis modifiée en 2006 et comprenant 5 niveaux de priorité croissante :

- CIMU 1 : intervention médicale nécessaire dans la minute
- CIMU 2 : intervention médicale nécessaire dans les 20 minutes
- CIMU 3 : intervention médicale nécessaire dans les 90 minutes
- CIMU 4 : intervention médicale nécessaire dans les 120 minutes
- CIMU 5 : intervention médicale nécessaire dans les 240 minutes

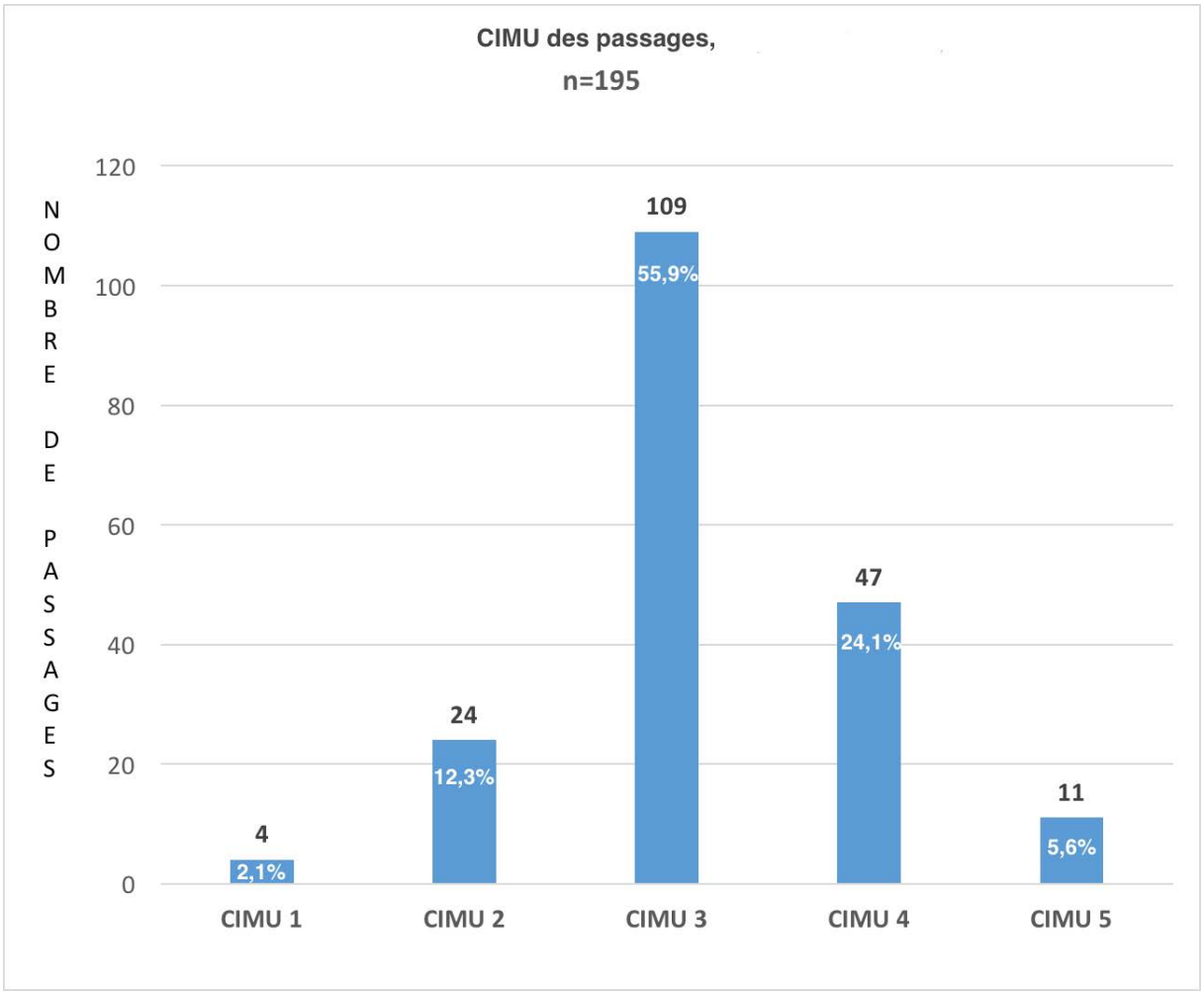
4 patients, soit 2,1%, sont classés CIMU 1.

24 patients, soit 12,3%, sont classés CIMU 2.

109 patients, soit 55,9%, sont classés CIMU 3.

47 patients, soit 24,1%, sont classés CIMU 4.

11 patients, soit 5,6%, sont classés CIMU 5.


CIMU des passages,
n=195
NOMBRE DE PASSAGES
120
100
80
60
40
20
0
4
2,1%
24
12,3%
109
55,9%
47
24,1%
11
5,6%
CIMU 1
CIMU 2
CIMU 3
CIMU 4
CIMU 5

4.4 Signes de gravité

153 patients, soit 78,4%, ne présentent aucun signe de gravité.

21 patients, soit 10,8%, présentent uniquement des signes de gravité respiratoires.

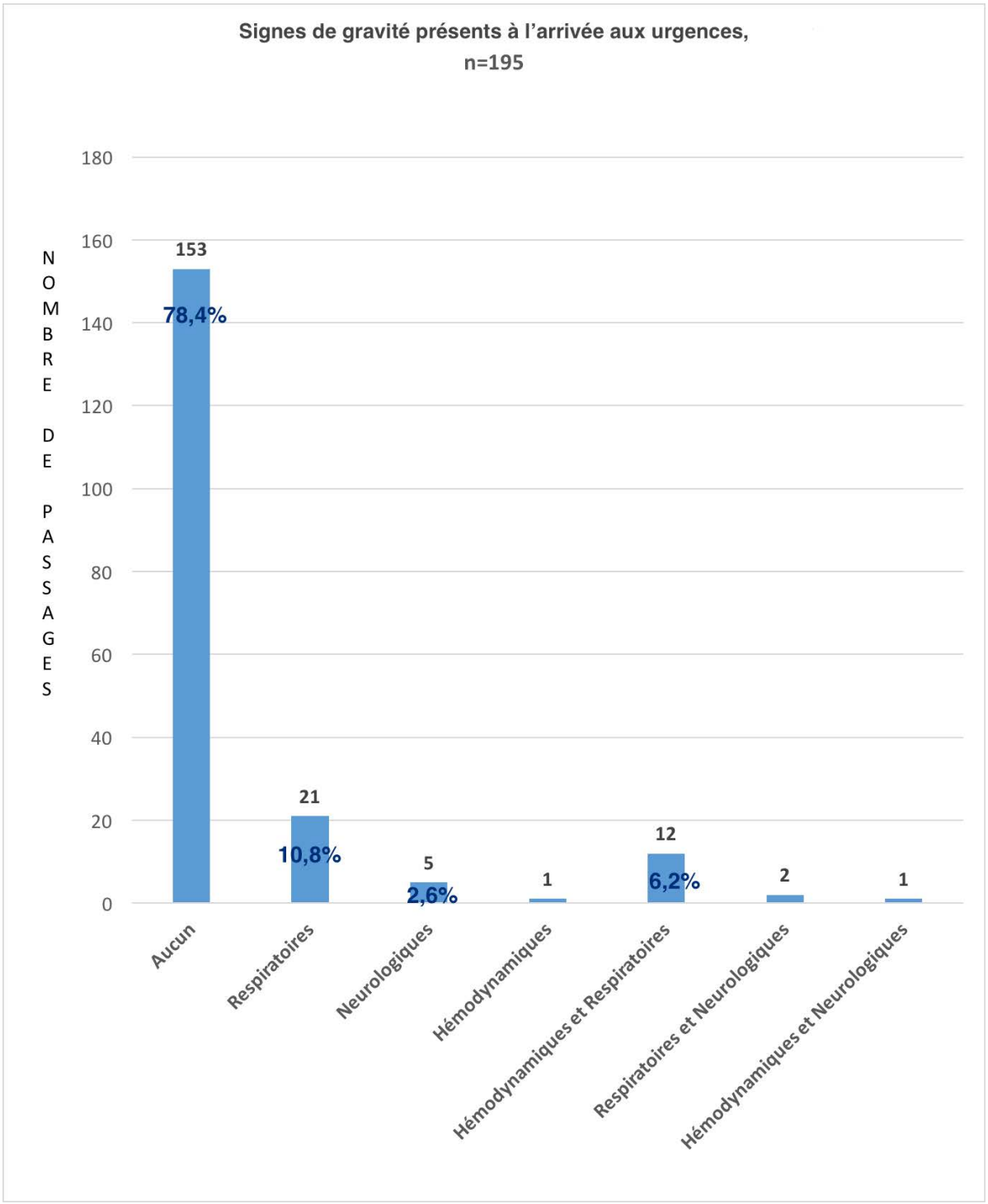
5 patients, soit 2,6%, présentent uniquement des signes de gravité neurologiques.

1 patient, soit 0,5%, présente uniquement des signes de gravité hémodynamiques.

12 patients, soit 6,2%, présentent à la fois des signes de gravité hémodynamiques et respiratoires.

2 patients, soit 1,0%, présentent à la fois des signes de gravité respiratoires et neurologiques.

1 patient, soit 0,5%, présente à la fois des signes de gravité hémodynamiques et neurologiques.


Signes de gravité présents à l'arrivée aux urgences,
n=195
NOMBRE DE PASSAGES
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0
153
78,4%
21
10,8%
5
2,6%
1
12
6,2%
2
1
Aucun
Respiratoires
Neurologiques
Hémodynamiques
Hémodynamiques et Respiratoires
Respiratoires et Neurologiques
Hémodynamiques et Neurologiques

4.5 Prise en charge thérapeutique

78 patients, soit 40,0%, ont bénéficié d'une hydratation intraveineuse.

70 patients, soit 35,9%, ont bénéficié d'un traitement antalgique ou antipyrétique.

65 patients, soit 33,3%, ont bénéficié d'une antibiothérapie.

48 patients, soit 24,6%, ont bénéficié d'une oxygénothérapie ou d'une ventilation non invasive (VNI).

40 patients, soit 20,5%, ont bénéficié d'une aérosolthérapie.

34 patients, soit 17,4%, ont eu un sondage urinaire évacuateur.

32 patients, soit 16,4%, ont bénéficié d'un traitement diurétique.

11 patients, soit 5,6%, ont bénéficié d'un traitement antihypertenseur.

10 patients, soit 5,1%, ont reçu des antiémétiques.

8 patients, soit 4,1%, ont bénéficié d'un traitement antispasmodique.

8 patients, soit 4,1%, ont eu une suture de plaie superficielle ou profonde.

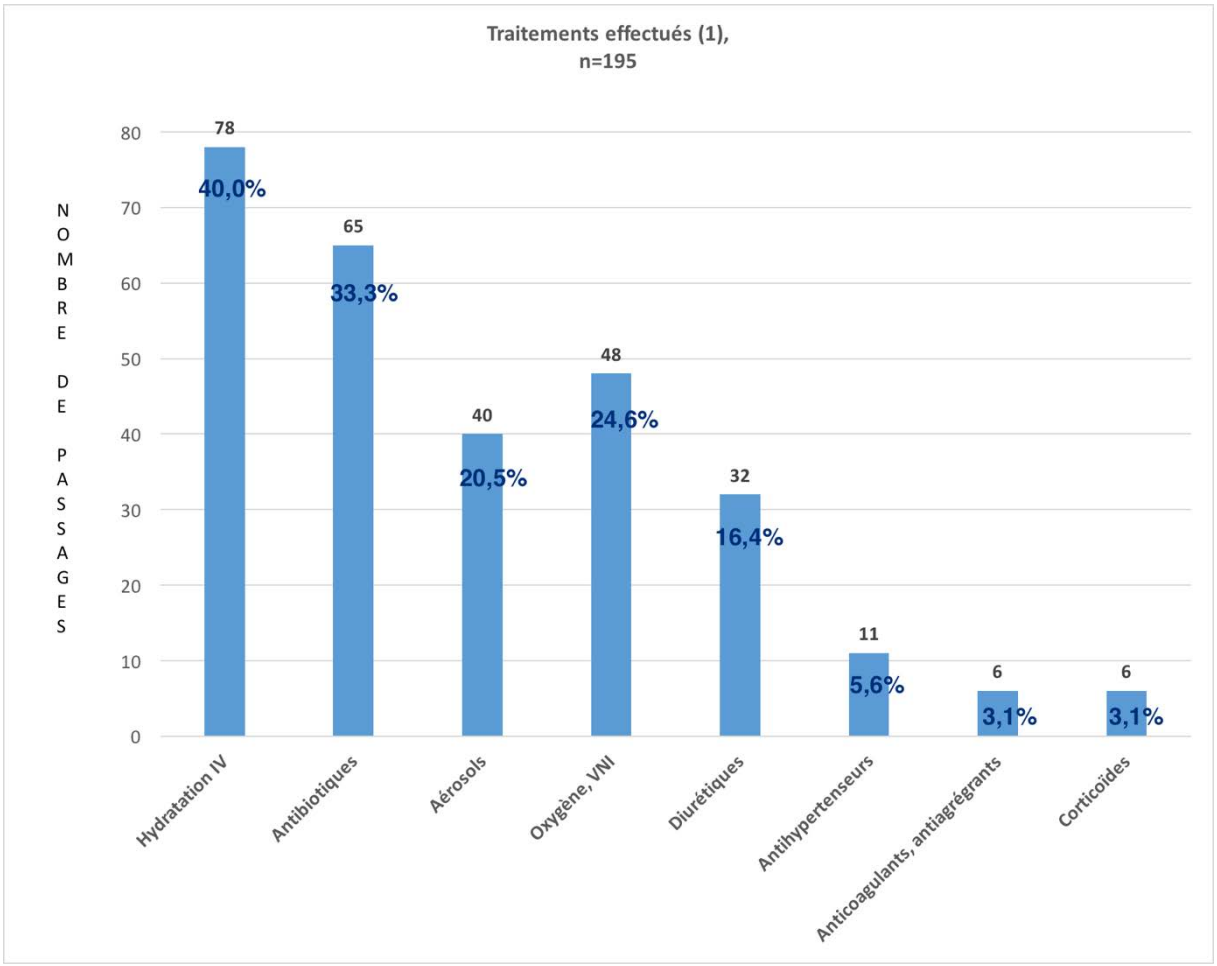
6 patients, soit 3,1%, ont bénéficié d'une anticoagulation ou d'une antiagrégation plaquettaire.

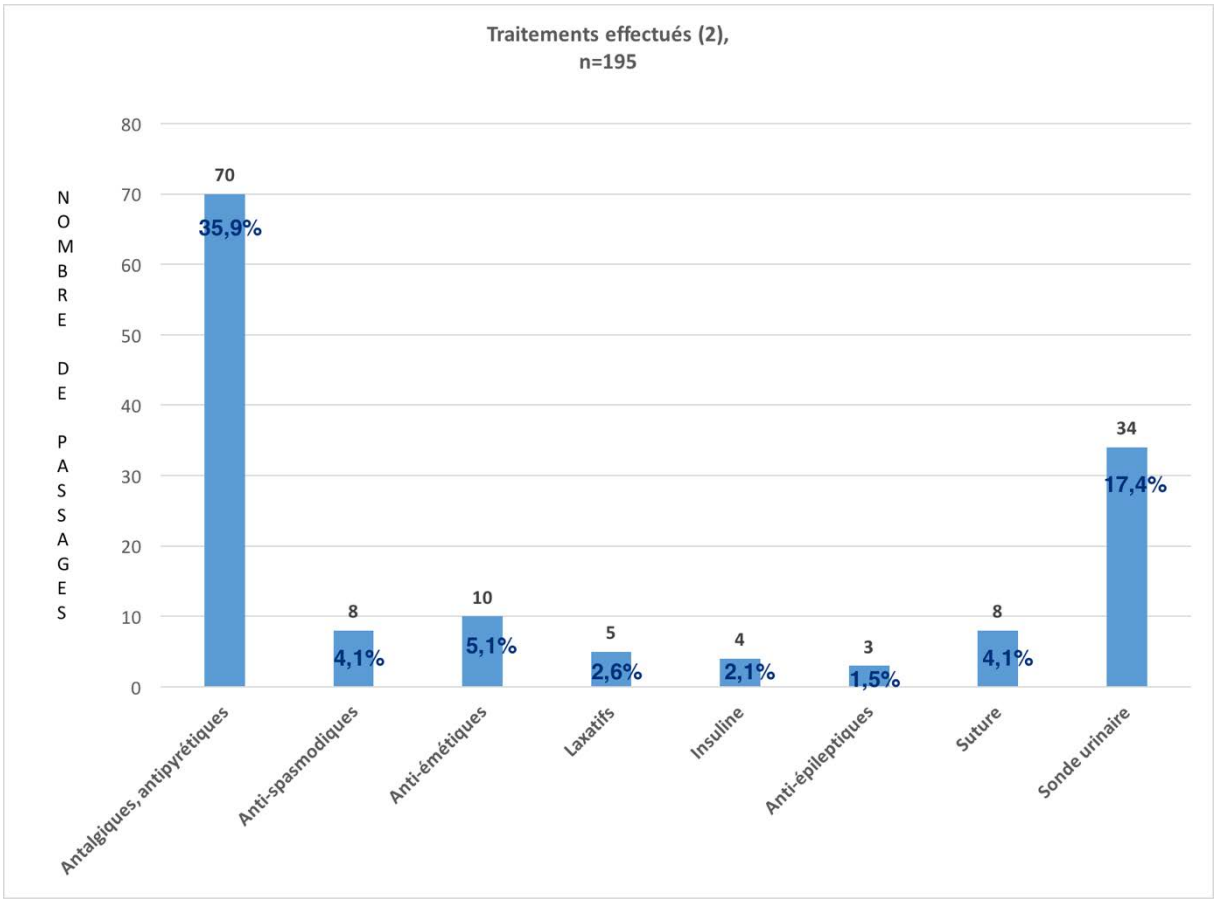
6 patients, soit 3,1%, ont bénéficié d'une corticothérapie par voie systémique.

5 patients, soit 2,6%, ont reçu un traitement laxatif.

4 patients, soit 2,1%, ont bénéficié d'une insulinothérapie.

3 patients, soit 1,5%, ont reçu un traitement anti-épileptique.


Traitements effectués (1),
n=195
NOMBRE DE PASSAGES
80
70
60
50
40
30
20
10
0
78
40,0%
65
33,3%
40
20,5%
48
24,6%
32
16,4%
11
5,6%
6
3,1%
6
3,1%
Hydratation IV
Antibiotiques
Aérosols
Oxygène, VNI
Diurétiques
Antihypertenseurs
Anticoagulants, antiagrégrants
Corticoïdes

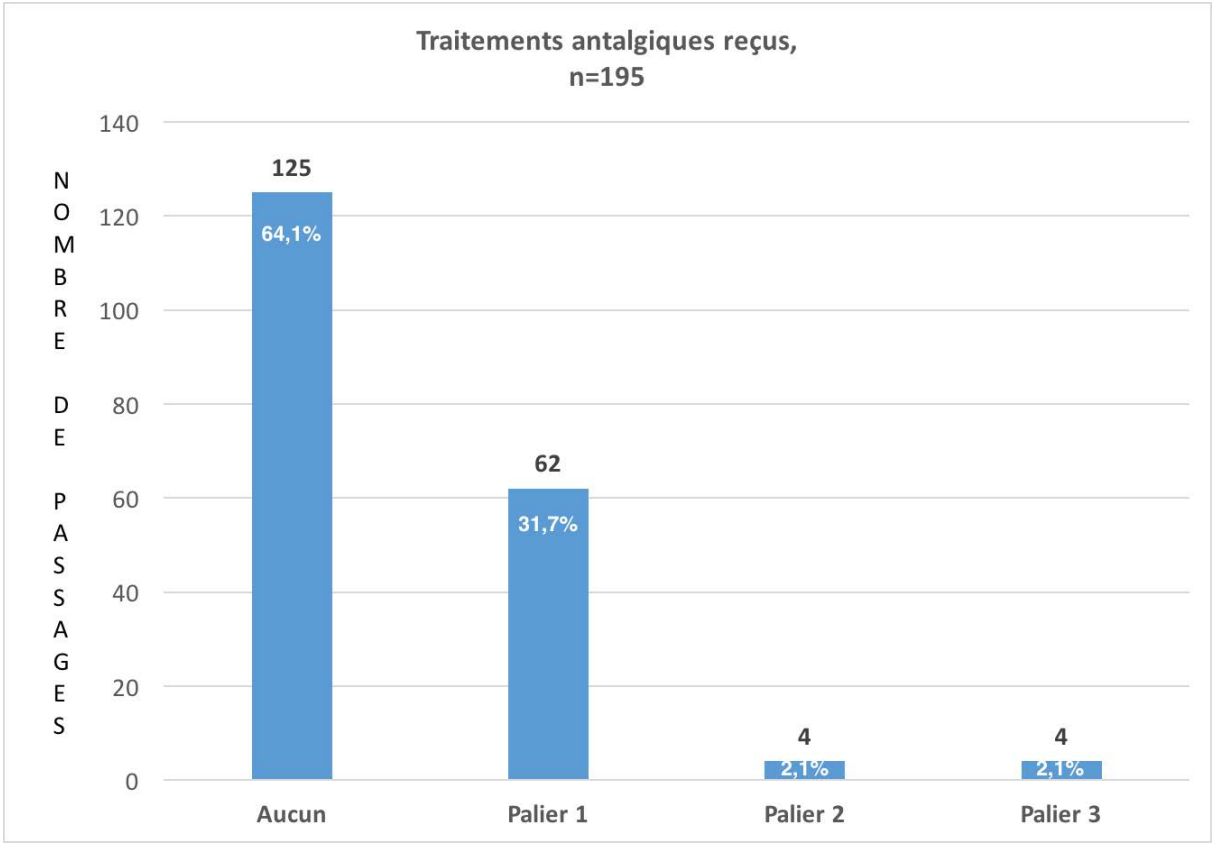

Traitements effectués (2),
n=195
NOMBRE DE PASSAGES
80
70
60
50
40
30
20
10
0
70
35,9%
8
4,1%
10
5,1%
5
2,6%
4
2,1%
3
1,5%
8
4,1%
34
17,4%
Antalgiques, antipyrétiques
Anti-spasmodiques
Anti-émétiques
Laxatifs
Insuline
Anti-épileptiques
Suture
Sonde urinaire

En ce qui concerne la prise en charge de la douleur, 125 patients, soit 64,1%, n'ont reçu aucun traitement antalgique.

62 patients, soit 31,7%, ont reçu un traitement antalgique de palier 1, exclusivement du paracétamol.

4 patients, soit 2,1%, ont reçu un antalgique de palier 2, exclusivement du tramadol.

4 patients, soit 2,1%, ont reçu un antalgique de palier 3, exclusivement de la morphine en intraveineux au pousse-seringue électrique.



4.6 Examens complémentaires

162 patients, soit 83,1%, ont eu un bilan biologique.

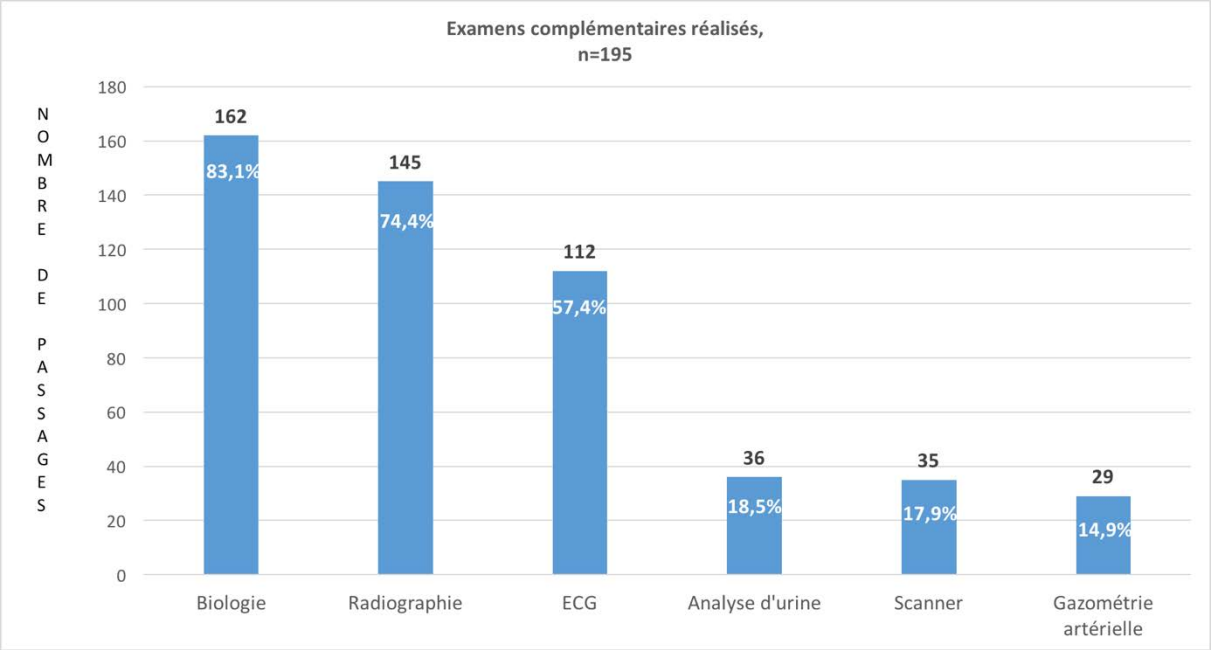
145 patients, soit 74,4%, ont eu une radiographie standard.

112 patients, soit 57,4%, ont eu un électrocardiogramme (ECG).

36 patients, soit 18,5%, ont eu une analyse d'urine : bandelette urinaire (BU) ou examen cytobactériologique des urines (ECBU).

35 patients, soit 17,9%, ont eu un scanner.

29 patients, soit 14,9%, ont eu une gazométrie artérielle.



En détaillant les différentes radiologies standards réalisées,

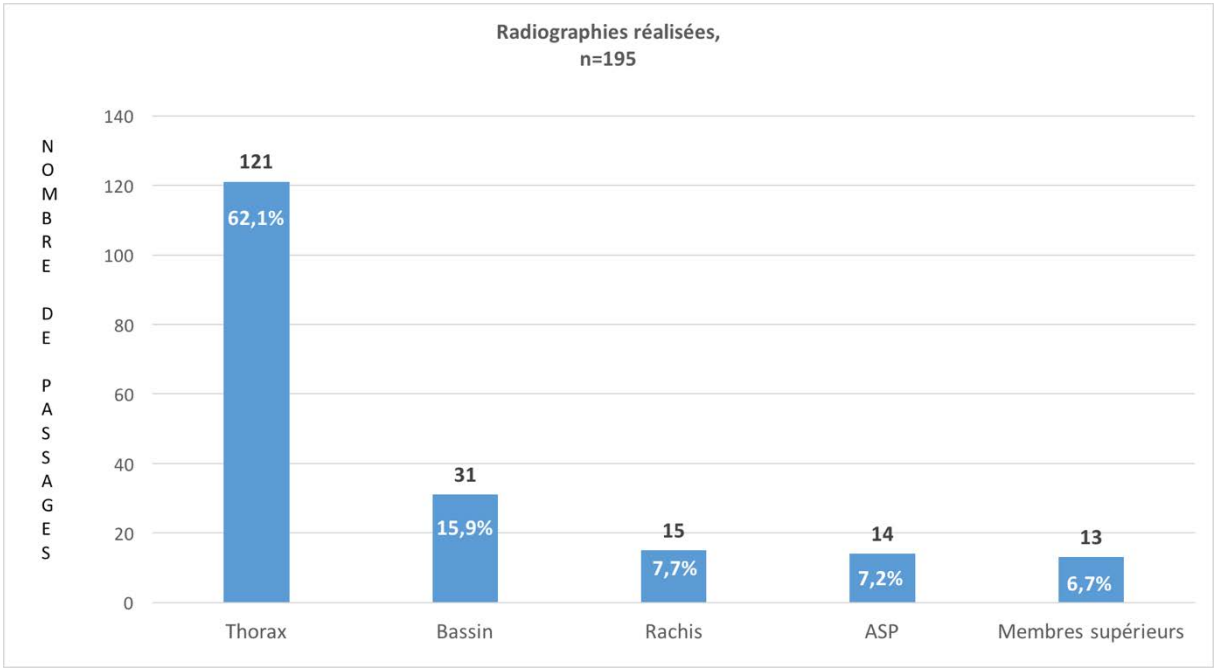
121 patients, soit 62,1%, ont eu une radiographie thoracique.

31 patients, soit 15,9%, ont eu une radiographie du bassin ou de la hanche.

15 patients, soit 7,7% ont eu une radiographie du rachis : rachis cervical, thoracique ou lombaire.

14 patients, soit 7,2%, ont eu un abdomen sans préparation (ASP).

13 patients, soit 6,7%, ont eu une radiographie des membres supérieurs : épaule, coude ou poignet.



En détaillant les différents scanners réalisés,

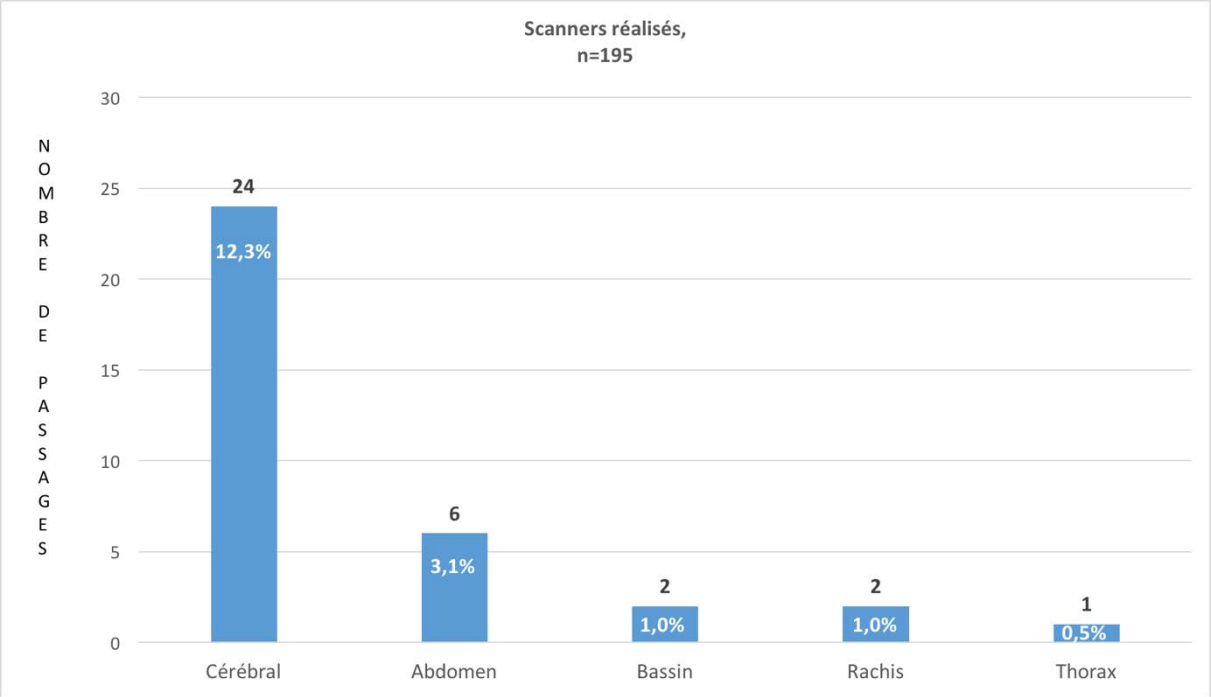
24 patients, soit 12,3%, ont eu un scanner cérébral.

6 patients, soit 3,1%, ont eu un scanner abdomino-pelvien.

2 patients, soit 1,0%, ont eu un scanner du bassin.

2 patients, soit 1,0%, ont eu un scanner du rachis.

1 patient, soit 0,5%, a eu un scanner thoracique.



4.7 Avis spécialisés demandés

Pour 132 passages, soit 67,7%, aucun avis spécialisé n'a été demandé.

Pour 19 passages, soit 9,8%, un avis cardiologique a été demandé.

Pour 12 passages, soit 6,2%, un avis orthopédique a été demandé.

Pour 8 passages, soit 4,1%, un avis neurologique a été demandé.

Pour 5 passages, soit 2,6%, un avis gastroentérologique a été demandé.

Pour 4 passages, soit 2,1%, un avis auprès du chirurgien digestif a été demandé.

Pour 3 passages, soit 1,5%, un avis psychiatrique a été demandé.

Pour 3 passages, soit 1,5%, un avis neurochirurgical a été demandé.

Pour 2 passages, soit 1,0%, un avis dermatologique a été demandé.

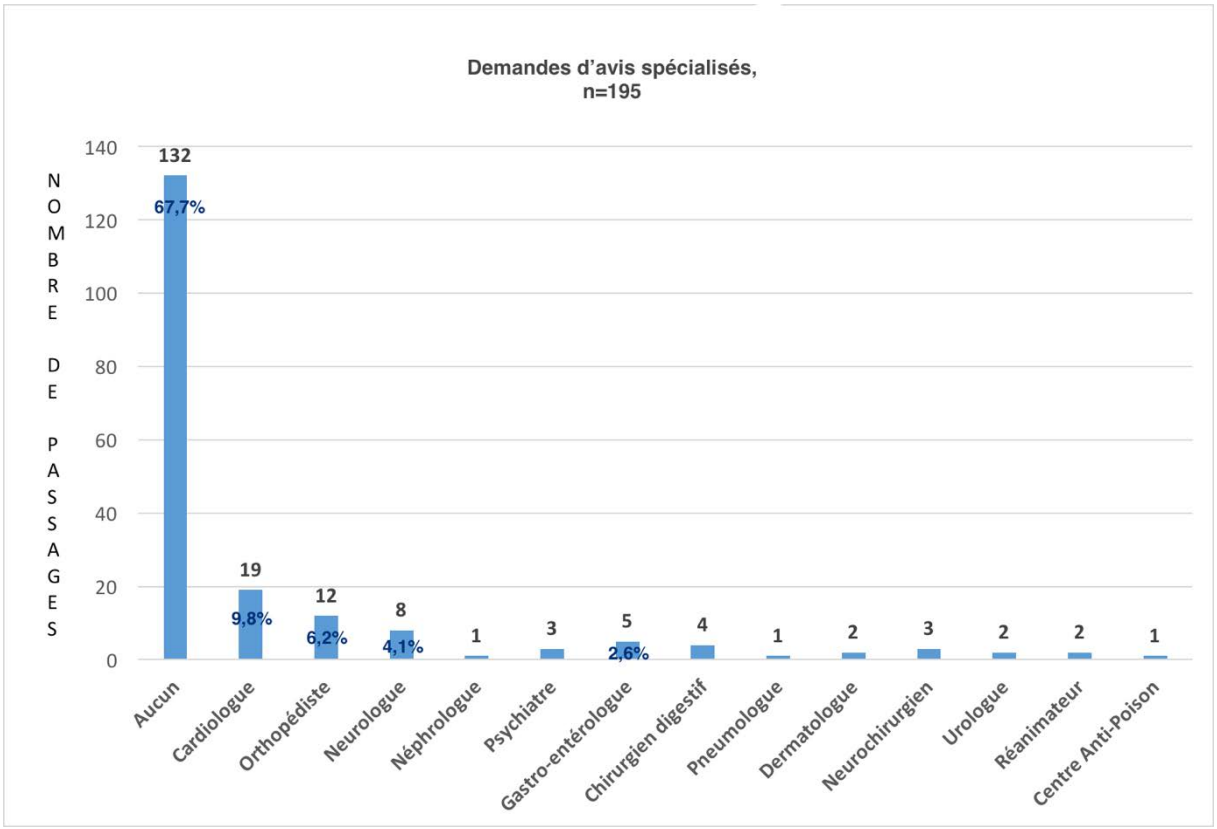
Pour 2 passages, soit 1,0%, un avis urologique a été demandé.

Pour 2 passages, soit 1,0%, un avis auprès du réanimateur a été demandé.

Pour 1 passage, soit 0,5%, un avis néphrologique a été demandé.

Pour 1 passage, soit 0,5%, un avis pneumologique a été demandé.

Pour 1 passage, soit 0,5%, un avis auprès du centre antipoison a été demandé.


Demandes d'avis spécialisés,
n=195
NOMBRE DE PASSAGES
140
120
100
80
60
40
20
0
132
67,7%
19
9,8%
12
6,2%
8
4,1%
1
3
5
2,6%
4
1
2
3
2
2
1
Aucun
Cardiologue
Orthopédiste
Neurologue
Néphrologue
Psychiatre
Gastro-entérologue
Chirurgien digestif
Pneumologue
Dermatologue
Neurochirurgien
Urologue
Réanimateur
Centre Anti-Poison

4.8 Orientation à la sortie

84 patients, soit 43,1%, ont été réadressés à l'EHPAD à la fin de la prise en charge aux urgences.

47 patients, soit 24,1%, ont été hospitalisés à l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD).

18 patients, soit 9,2%, ont été transférés dans un autre hôpital : Hôpital gériatrique Le Kem à Thionville, Clinique Sainte-Elisabeth à Thionville, Hôpital Saint-François à Marange ou Hôpital Saint-Maurice à Moyeuvre-Grande.

11 patients, soit 5,7%, ont été hospitalisés en chirurgie orthopédique.

8 patients, soit 4,1%, ont été hospitalisés en gériatrie.

4 patients, soit 2,1%, ont été hospitalisés en secteur de cardiologie.

4 patients, soit 2,1%, ont été hospitalisés en pneumologie.

4 patients, soit 2,1%, ont été hospitalisés en dermatologie.

3 patients, soit 1,5%, ont été hospitalisés à l'Unité de Soins Intensifs Cardiologiques (USIC).

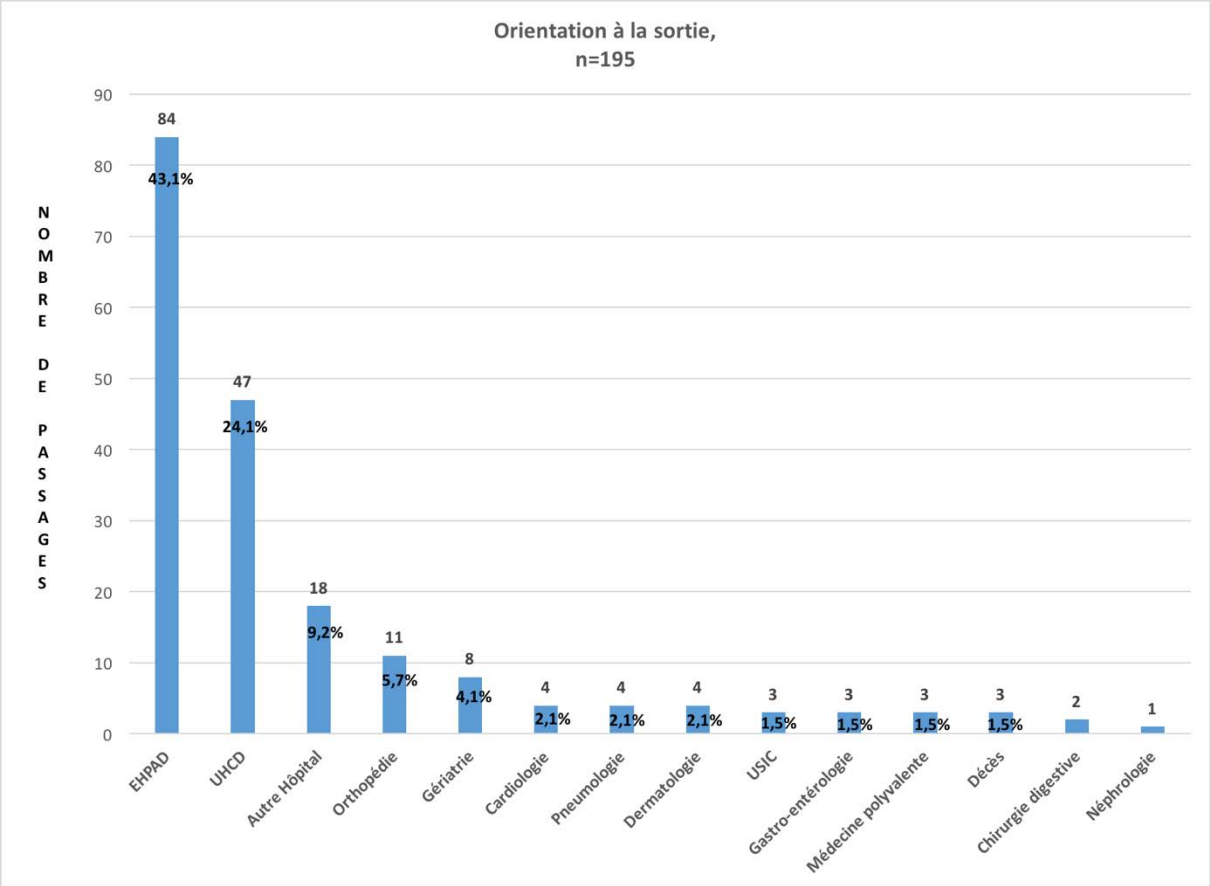
3 patients, soit 1,5%, ont été hospitalisés en gastro-entérologie.

3 patients, soit 1,5%, ont été hospitalisés dans le service de médecine polyvalente.

3 patients, soit 1,5%, sont décédés.

2 patients, soit 1,0%, ont été hospitalisés en chirurgie digestive.

1 patient, soit 0,5%, a été hospitalisé en néphrologie.



En étudiant les orientations des patients après leur séjour à l'UHCD,

23 patients, soit 48,9% des patients hospitalisés à l'UHCD, sont admis dans un autre hôpital (Hôpital gériatrique Le Kem à Thionville, Clinique Sainte-Elisabeth à Thionville, Hôpital Saint-Maurice à Moyeuvre-Grande, Service de médecine polyvalente de Briey ou Service de médecine polyvalente de Hayange).

12 patients, soit 25,5% des patients hospitalisés à l'UHCD, sont admis en gériatrie.

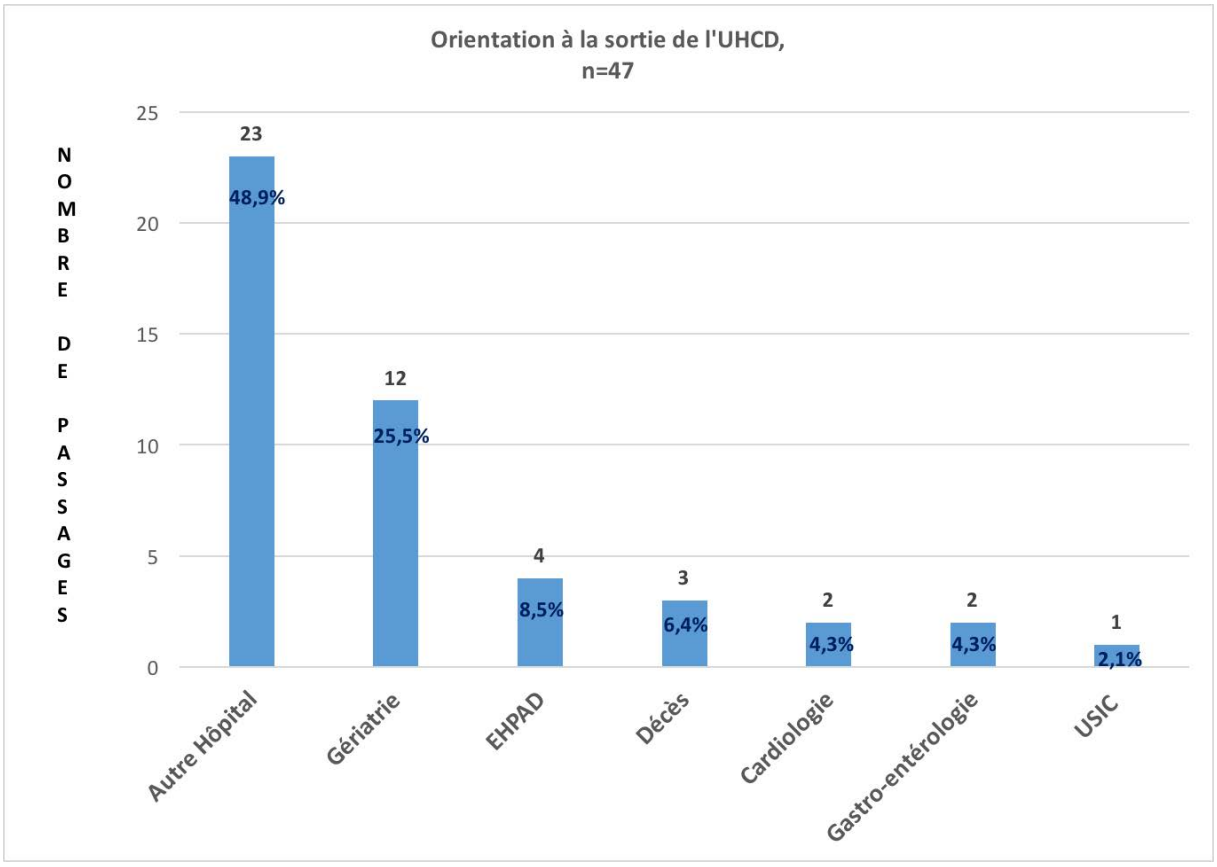
4 patients, soit 8,5% des patients hospitalisés à l'UHCD, retournent en EHPAD.

3 patients, soit 6,4% des patients hospitalisés à l'UHCD, sont décédés.

2 patients, soit 4,3% des patients hospitalisés à l'UHCD, sont admis en cardiologie.

2 patients, soit 4,3% des patients hospitalisés à l'UHCD, sont admis en gastro-entérologie.

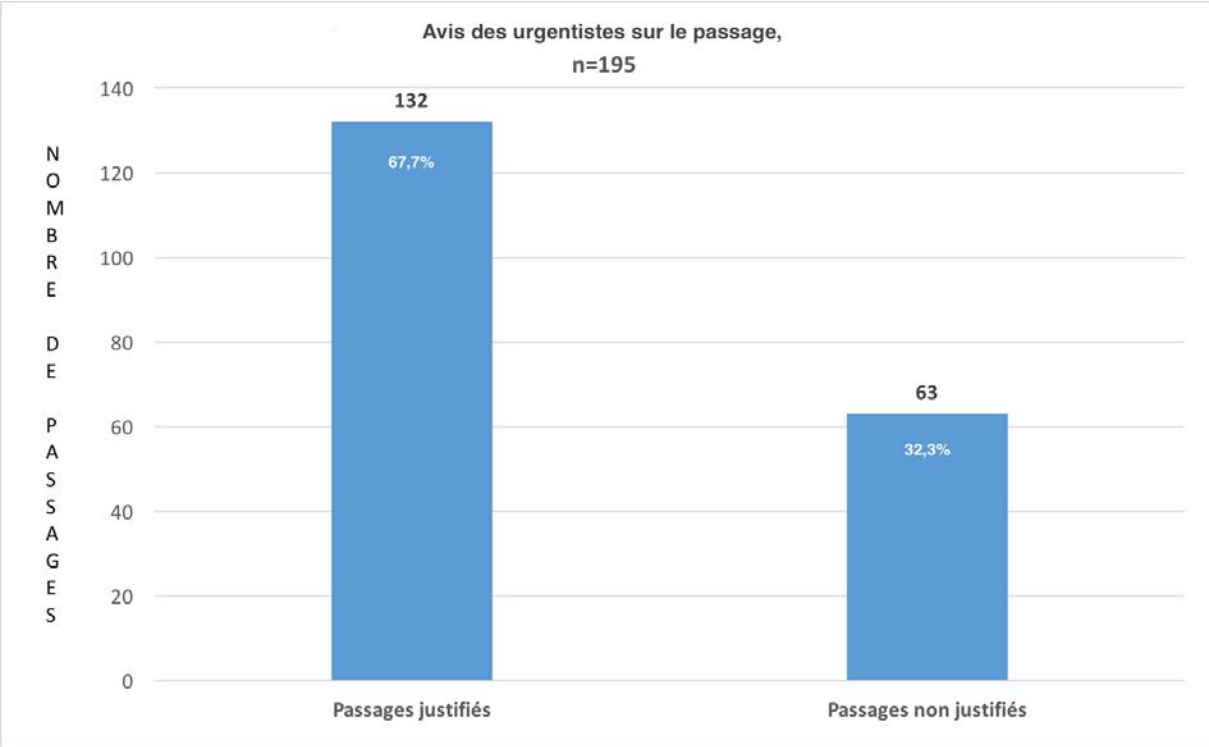
1 patient, soit 2,1% des patients hospitalisés à l'UHCD, sont admis en USIC.


Orientation à la sortie de l'UHCD,
n=47
NOMBRE DE PASSAGES
25
20
15
10
5
0
23
48,9%
12
25,5%
4
8,5%
3
6,4%
2
4,3%
2
4,3%
1
2,1%
Autre Hôpital
Gériatrie
EHPAD
Décès
Cardiologie
Gastro-entérologie
USIC

4.9 Avis des urgentistes sur le passage

Pour 132 passages, soit 67,7%, le médecin urgentiste ayant pris en charge le patient pense qu'une prise en charge aux urgences était justifiée.

Pour les 63 passages restants, soit 32,3%, le médecin urgentiste a jugé qu'une prise en charge aux urgences n'était pas justifiée.

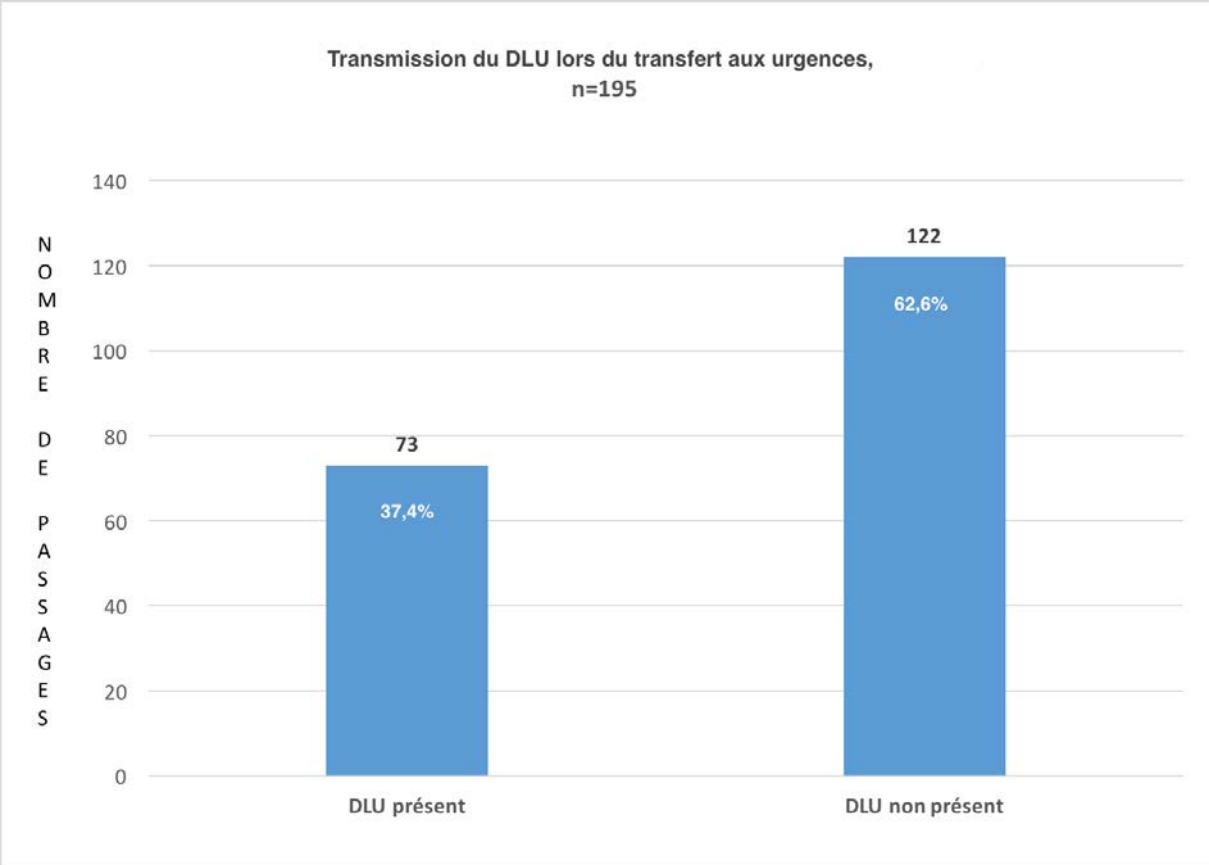


5. Liaison EHPAD – Urgences

5.1 Dossier de liaison d'urgence

Pour 73 passages, soit 37,4%, le dossier de liaison d'urgence (DLU) est présent lors de la prise en charge du patient.

Pour les 122 passages restants, soit 62,6%, le DLU n'est pas transmis par l'EHPAD.



5.2 Informations présentes dans le dossier transmis par l'EHPAD

Bien que le DLU ne soit majoritairement pas transmis par l'EHPAD lors du transfert aux urgences, un dossier patient est tout de même présent pour 192 passages sur les 195.

Dans le dossier transmis par l'EHPAD, que cela soit dans le DLU ou dans un autre dossier patient :

Les antécédents sont précisés pour 189 passages, soit 96,9%.

Les traitements sont précisés pour 183 passages, soit 93,8%.

Le médecin traitant est notifié pour 183 passages, soit 93,8%.

La personne de confiance est mentionnée pour 176 passages, soit 90,3%.

La grille AGGIR est présente pour 147 passages, soit 75,4%.

Le motif de transfert est indiqué pour 66 passages, soit 33,8%.

Les constantes sont indiquées pour 51 passages, soit 26,2%.

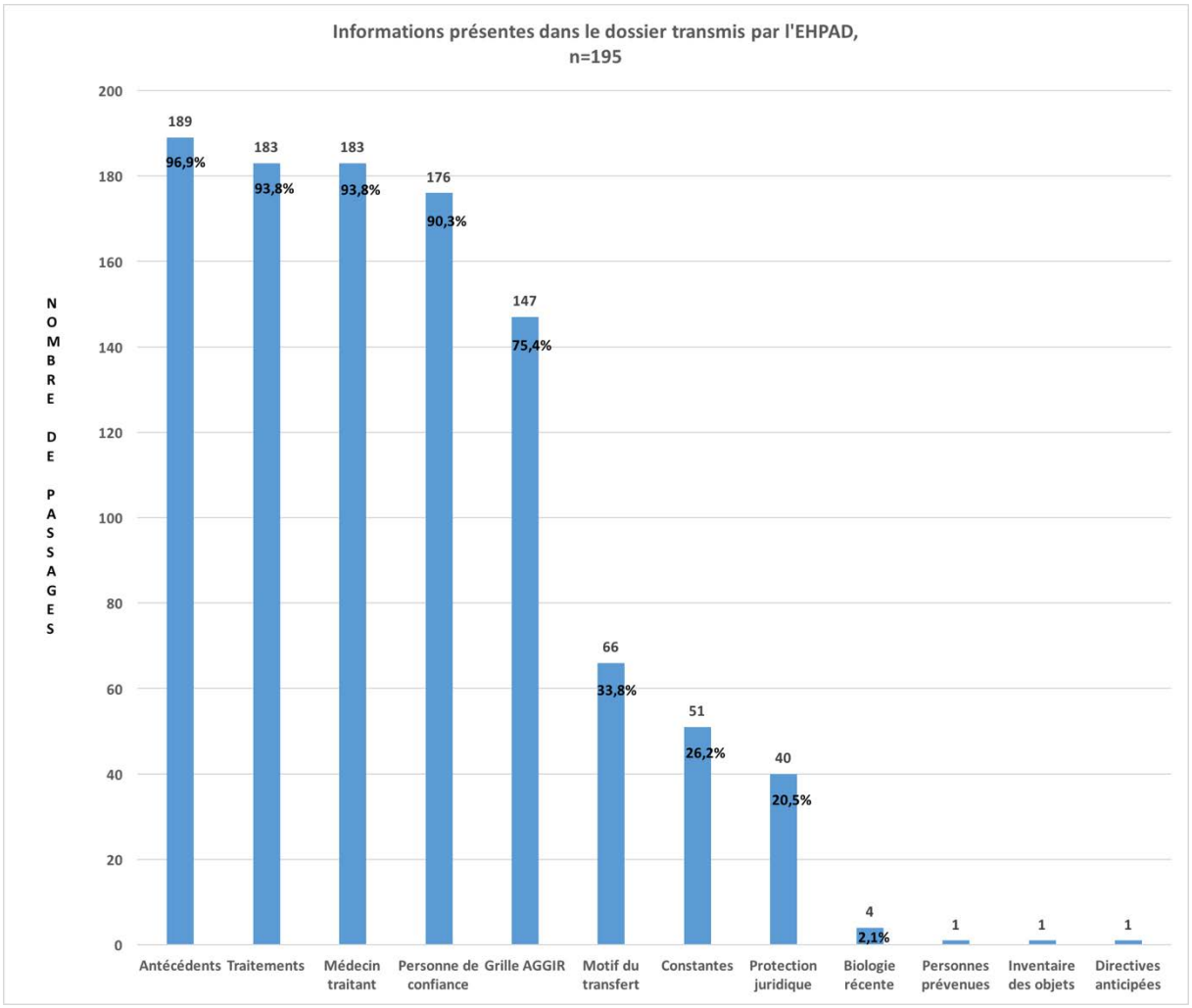
La présence ou non d'une protection juridique est indiquée pour 40 passages, soit 20,5%.

Une biologie récente est jointe pour 4 passages, soit 2,1%.

Les personnes prévenues du transfert sont précisées pour 1 passage, soit 0,5%.

L'inventaire des objets est noté pour 1 passage, soit 0,5%.

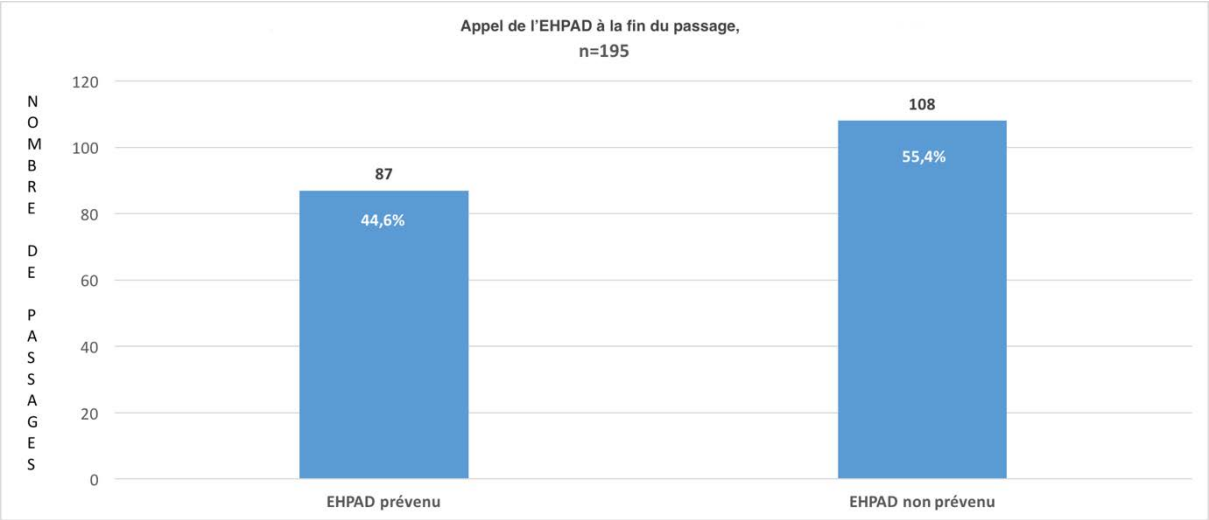
La présence ou non de directives anticipées est mentionnée pour 1 passage, soit 0,5%.


Informations présentes dans le dossier transmis par l'EHPAD,
n=195
NOMBRE DE PASSAGES
200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0
189
96,9%
183
93,8%
183
93,8%
176
90,3%
147
75,4%
66
33,8%
51
26,2%
40
20,5%
4
2,1%
1
1
1
Antécédents
Traitements
Médecin traitant
Personne de confiance
Grille AGGIR
Motif du transfert
Constantes
Protection juridique
Biologie récente
Personnes prévenues
Inventaire des objets
Directives anticipées

5.3 Informations données à l'EHPAD à la fin du passage

Pour 87 passages, soit 44,6%, l'EHPAD a été prévenu par téléphone à la fin de la prise en charge afin de donner des informations sur la prise en charge, le diagnostic retenu et l'orientation du patient.

Pour 108 passages, soit 55,4%, l'EHPAD n'a pas été contacté.

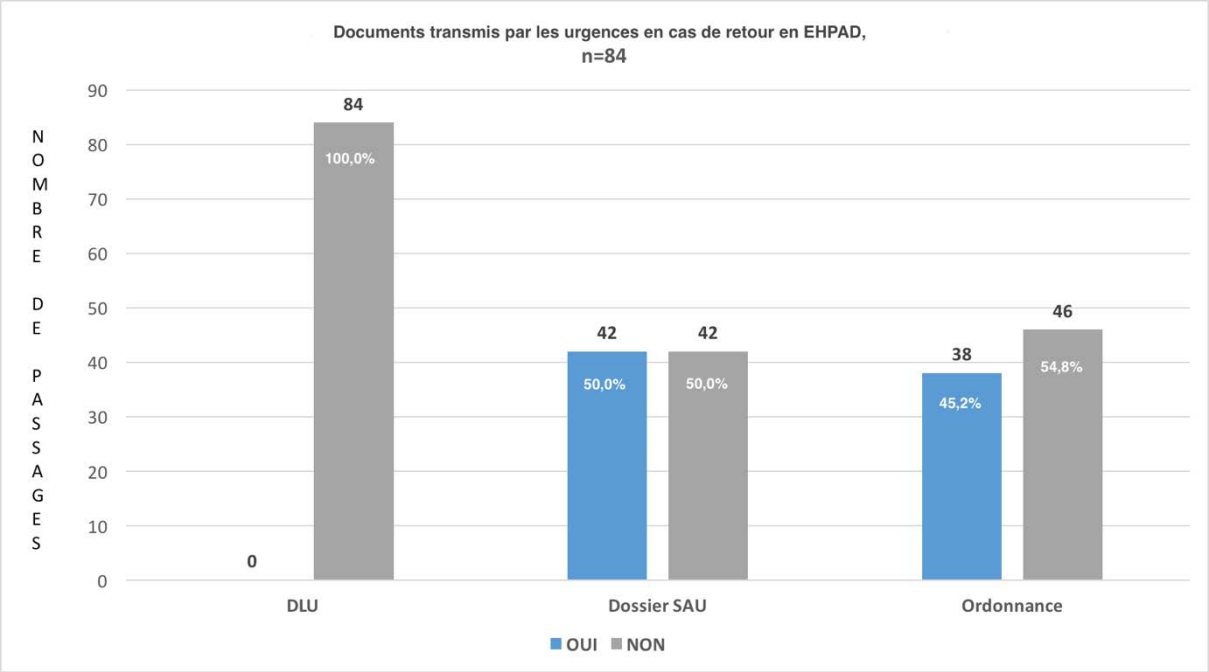


Sur les 195 passages, 84 patients ont été réadressés à l'EHPAD à la suite de leur passage aux urgences.

Sur ces 84 passages, la partie du DLU destinée à être complétée par le médecin urgentiste et adressée à l'EHPAD lors du retour n'a jamais été transmise à l'EHPAD.

Le dossier des urgences a été transmis pour 42 passages, soit 50,0%.

Une ordonnance a été rédigée et transmise à l'EHPAD pour 38 passages, soit 45,2%.



DISCUSSION

Notre étude soulève de nombreux dysfonctionnements concernant les transferts des patients résidant en EHPAD vers les urgences.

Tout d'abord, nous constatons que le nombre de patients inclus dans notre étude est conséquent (195) sur une période relativement courte (31 jours), ce qui montre bien que les transferts des résidents d'EHPAD vers les services d'urgences sont nombreux.

Les 26 établissements ayant adressé des patients dans cette période représentant un nombre total de 1844 lits, 10,6% des résidents sont passés par les urgences de Thionville durant le mois de Janvier 2016. Ce chiffre n'est cependant qu'approximatif car biaisé, un même patient ayant pu être transféré aux urgences plusieurs fois durant notre étude.

La littérature mentionne que ces hospitalisations non programmées sont fréquentes et souvent répétées. Selon les études, 19 à 67% de ces transferts seraient évitables [12].

De plus, des études ont montré que ces hospitalisations ne sont pas sans conséquence chez ces personnes âgées institutionnalisées qui sont fragiles et dépendantes et peuvent induire un déclin fonctionnel ou cognitif.
Ceci a notamment été mis en évidence dans l'enquête effectuée par le Gérontopole de Toulouse en 2010 avec, suite à une hospitalisation, une augmentation des chutes de 5%, de la dénutrition de 14% et de la nécessité de contentions de 23% [13].

Les transferts de résidents d'EHPAD aux urgences sont un problème de santé publique important. Une étude a été réalisée par la HAS en collaboration avec l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médicaux-sociaux (ANESM) en juillet 2015 afin de concevoir une fiche point clés dont le but est de réduire les hospitalisations non programmées des résidents d'EHPAD [annexe 3].

Nous pouvons remarquer que les patients inclus dans notre étude sont très âgés avec un âge supérieur à 80 ans dans 92,3% des cas et même supérieur à 90 ans dans 33,3% des cas avec un âge maximum de 101 ans.

Ces patients, en plus de leur âge avancé, sont également fragiles du fait de leur polypathologie et de leur polymédication.

En effet notre étude a montré un nombre moyen de 8,15 antécédents par patient avec un maximum de 23 antécédents.
Ces résultats sont très proches de ceux retrouvés dans la littérature [14,15,16].

Il s’agit souvent de pathologies graves : 29,2% des patients ont une insuffisance cardiaque, 22,6% un problème coronarien, 21,0% des patients ont été victimes d’un accident vasculaire cérébral, 25,6% sont diabétiques, 22,1% ont des antécédents néoplasiques, …
De même, nous pouvons remarquer que les patients inclus dans notre étude ont un nombre important de traitements chroniques.
En effet, le nombre moyen de traitements par patient est de 7,9 médicaments différents avec un maximum de 16, résultat similaire à d’autres études [15,17].
Cette polymédication n’est pas sans risque chez cette population âgée d’autant plus qu’il s’agit pour la plupart de médicaments fortement pourvoyeur d’effets secondaires ou de complications.

Nous constatons par exemple que 69,7% des patients inclus ont un traitement anticoagulant ou antiagrégant, ce qui peut engendrer des accidents hémorragiques graves chez ces patients pour lesquels le risque de chute est important. Le risque de complications secondaires aux traitements anticoagulants n'est pas négligeable, d'autant plus que l'enquête de pratiques et usages en gériatrie et gérontologie (PUGG) réalisée en 2011 a mis en évidence un suivi de ces traitements insuffisants chez les patients institutionnalisés en EHPAD avec un suivi régulier de l'INR chez seulement 25% des patients, et un traitement en dehors de la zone thérapeutique, avec un sous-dosage ou un surdosage, dans près de 43% des cas [18].

De même, 78,7% des patients de notre travail ont au minimum un traitement antihypertenseur, voire pour la plupart une association de traitements, ce qui majore le risque d’hypotension et donc de chute [19].

Un dernier élément important sur les traitements de ces patients concerne les psychotropes qui sont présents chez 75,0% des patients inclus dans notre étude avec en particulier 51,6% des patients traités par un antidépresseur, 30,3% des patients traités par un hypnotique, 27,7% par un neuroleptique et 27,1% par un anxiolytique. Ces chiffres sont largement supérieurs à ceux retrouvés dans la littérature, notamment ceux de l’étude JAMDA s’intéressant à la consommation de psychotropes chez les résidents d’EHPAD [20]. Ces différentes classes médicamenteuses sont fréquemment associées ce qui n’est pas recommandé [21].

Il paraît donc important d’inciter les médecins traitants à réévaluer régulièrement la nécessité de poursuivre ou non un traitement en fonction de l’évolution de l’état clinique de ces patients fragiles afin de minimiser les effets secondaires et les complications potentiellement graves et pouvant être à l’origine d’un transfert aux urgences.

Etant donné la fragilité de ces patients, les services d'urgences, tels qu'ils le sont actuellement, ne semblent pas être un lieu approprié à leur prise en charge. En effet, le temps d'attente ainsi que la durée totale du séjour aux urgences sont relativement longs et les conditions d'accueil très peu adaptées aux personnes âgées.
Dans notre étude, la durée moyenne d'attente avant le début de la prise en charge médicale est de 2,23 heures avec un maximum atteignant 8,52 heures. En ce qui concerne la durée totale du passage aux urgences, elle est en moyenne de 7,87 heures dans notre étude avec un maximum de 24,93 heures.

Ces durées majorent les risques de complications de décubitus, les patients restant de nombreuses heures sur un brancard. L'immobilisation prolongée en position horizontale entraîne de multiples modifications physiologiques dont certaines surviennent dès les premières heures d'immobilisation. Les conséquences d'un alitement prolongé chez le sujet âgé sont souvent rapides, plus graves et souvent irréversibles. La littérature estime que 5 à 10% des personnes de plus de 85 ans sont incapables de se mouvoir spontanément [22].
Parmi les complications de décubitus, certaines apparaissent de manière précoce et peuvent donc être engendrées suite à un passage aux urgences.

L'atteinte respiratoire due à une diminution de l'amplitude respiratoire conduisant à une diminution de la ventilation aux bases et donc à une stase des sécrétions bronchiques peut être responsable d'infections broncho-pulmonaires et d'atélectasies, d'autant plus chez ces sujets âgés ayant de lourdes comorbidités (pathologies respiratoires chroniques, troubles de la déglutition d'origine neurodégénérative ou séquellaires d'un accident vasculaire cérébral…).
La maladie thromboembolique peut également apparaître précocement, en particulier en cas de déshydratation qui majore le risque de thrombose.
L'immobilisation induit également des troubles digestifs à type de constipation secondaire à une diminution du péristaltisme intestinal, une augmentation du transit alimentaire ainsi qu'à une difficulté plus grande à exonérer en position couchée.
L'atteinte urinaire est également précoce avec des mictions incomplètes conduisant à une rétention d'urine. Le décubitus favorise aussi les infections urinaires et l'incontinence qui peut s'expliquer par le port systématique de protections et une non-réponse du personnel soignant au besoin d'uriner provoquant chez le patient un état de fatigue et de renoncement psychologique.
Les escarres de décubitus apparaissent en quelques heures et peuvent s'aggraver rapidement, d'autant plus en cas de dénutrition ou de pathologies infectieuses en cours [22, 23, 24, 25, 26].

Afin d'améliorer la prise en charge de ces personnes âgées et fragiles, il serait intéressant de réfléchir à la possibilité de créer une filière gériatrique aux urgences

au sein de laquelle les patients seraient pris en charge de manière plus globale et plus adaptée, tout comme il existe des urgences pédiatriques, en se référant aux recommandations de la dernière conférence de consensus sur la prise en charge des personnes âgées aux urgences [27].
Dans notre étude, nous constatons que 56,9% ont une démence diagnostiquée dans leurs antécédents, résultat proche de celui des autres études effectuées [28].

Le transfert des patients résidant en EHPAD vers cet environnement inconnu que sont les urgences et où se côtoient de nombreuses personnes provoque également une perte de repères avec désorientation temporo-spatiale et risque de décompensation aiguë de leur démence.
Une étude américaine a bien montré que les fonctions cognitives des personnes âgées risquaient de décliner deux fois plus rapidement après une hospitalisation [29].

Un autre élément pouvant également majorer la désorientation chez ces patients et dégrader leurs fonctions cognitives est l'orientation à l'issue de leur passage aux urgences.
En effet, dans notre étude, nous constatons un très faible taux d'hospitalisation directe dans un service de médecine ou de chirurgie (22,1%) : 24,1% des patients sont admis en UHCD et vont donc aller dans ce service de manière temporaire avant d'être de nouveau transférés dans un autre service quelques heures plus tard et 9,2% des patients sont transférés dans un autre hôpital, ce qui majore d'autant plus le manque de repères.
En quelques heures, ces patients peuvent donc être amenés à découvrir plusieurs lieux inconnus.
Ce problème pourrait être amélioré en mettant tout en œuvre pour maintenir ces personnes âgées dans leur établissement autant que possible et en privilégiant les entrées directes en hospitalisation, sans passage aux urgences.

Nous venons donc de voir que les services d'urgences ne sont pas un lieu adapté aux résidents d'EHPAD et qu'il est donc essentiel d'éviter les transferts aux urgences quand ceux-ci ne sont pas impératifs.
Or, dans notre étude, nous pouvons remarquer que de nombreux passages ne semblent pas toujours appropriés.
En effet, dans 29,7% des cas, la classification CIMU effectuée par l'IAO était de 4 ou 5, ce qui correspond à un faible niveau d'urgence.
En parallèle à ce chiffre, nous constatons que très peu de patients présentent des signes de gravité à leur admission aux urgences : 78,4% des patients n'ont aucun signe de gravité hémodynamique, respiratoire ou neurologique.
De plus, 32,3% des passages de notre travail sont jugés non justifiés par le médecin urgentiste ayant pris en charge le patient.

Un autre point important concerne la répétition des passages aux urgences pour un même patient. Dans notre étude, 35,4% des patients étaient déjà passés par le service d'accueil des urgences de Thionville dans les 30 jours précédents leur arrivée, avec tout de même un maximum de 10 passages dans les 30 jours.
Nous pouvons également remarquer que, contrairement aux idées reçues, la grande majorité des transferts aux urgences a lieu en journée, entre 8 heures et 18 heures. En effet, notre étude a montré que 61,0% des transferts ont lieu dans cette tranche horaire.
En revanche, on relève une augmentation significative des transferts le vendredi, le samedi et le dimanche avec respectivement 18,5%, 17,4% et 22,0% des passages soit un total de 57,9%. Ceci pourrait s'expliquer par l'absence de médecin disponible le week-end associé à un effectif paramédical moins important au sein de l'EHPAD.

Notre étude montre également que de nombreux transferts aux urgences se font sans avis médical : 32,8% des patients sont directement adressés par le personnel paramédical de l'EHPAD.
Une minorité de transferts se fait après une consultation médicale : 13,8% des patients sont adressés par le médecin traitant, 3,1% par le médecin coordonnateur de l'établissement et 1,6% par le médecin de garde.
Seulement 48,7% des transferts se font après régulation par le centre 15.
Afin d'éviter autant que possible les transferts inappropriés, il serait judicieux d'inciter les établissements à organiser les prises en charge après régulation téléphonique systématique par le médecin régulateur du centre 15.

Les principaux motifs d'admission aux urgences dans notre étude sont la dyspnée, avec 32,3% des passages, et les chutes, qui représentent 22,0% des passages. Ces résultats sont très proches de ceux retrouvés dans la littérature [8].

En ce qui concerne le motif d'admission « dyspnée », qui représente la 1ère cause de transfert dans notre étude, des solutions existent afin de réduire les hospitalisations aux urgences.
Tout d'abord, la mise en place de protocole pluri-professionnel de prise en charge des infections respiratoires basses permettrait d'aller en ce sens. En effet, la littérature mentionne que cela réduit de 12 à 19% les hospitalisations pour ce motif et réduit donc les coûts liés à ces hospitalisations, tout en diminuant la mortalité [30].
Une mesure complémentaire visant à prévenir les infections respiratoires concerne la vaccination, et en premier lieu la vaccination antigrippale qui devrait être systématiquement réalisée chez cette population à risque. Les études montrent un effet significatif de la vaccination antigrippale sur les hospitalisations des patients institutionnalisés pour une pneumopathie ou une grippe [31, 32], sous réserve d'une association à une stratégie globale comprenant des soins d'hygiène,

une nutrition et une hydratation adaptées, …
La vaccination antipneumococcique, quant à elle, n'est pas systématique en France, elle est effectuée en fonction des comorbidités du patient, contrairement aux Etats-Unis et au Canada où elle est recommandée pour tous les patients à partir de 65 ans. La littérature montre une diminution des hospitalisations en cas de vaccination antipneumococcique [33]. Il paraît donc important d'évaluer régulièrement la nécessité de faire ce vaccin et de le proposer aux résidents d'EHPAD, en fonction de l'évolution de leur état de santé.
Notre étude ne s'est cependant pas intéressée à ces vaccinations et un travail complémentaire pourrait être mené pour étudier les taux de vaccination antigrippale et antipneumococcique chez les résidents d'EHPAD.

Les chutes représentent le 2ème motif le plus fréquent d'admission aux urgences dans notre étude avec 22,0% des passages. La littérature montre qu'une supplémentation en vitamine D permet de diminuer les taux de chutes [34] et celle-ci devrait être systématiquement effectuée, sauf contre-indication particulière comme un risque d'hypercalcémie.
Concernant l'activité physique, les études sont moins unanimes avec un effet bénéfique de l'activité physique en contradiction avec une majoration du risque de chute dans les établissements à haut niveau de soins où se trouvent des personnes âgées très fragiles [34].
Afin de réduire les chutes en EHPAD, il est également important de repérer le risque de chute en réalisant un bilan multifactoriel dès l'admission, bilan qui devrait être répété régulièrement, en particulier après un événement intercurrent.
Dans le but de diminuer les transferts aux urgences en cas de chute en EHPAD, la majorité de ces chutes étant sans gravité et la principale raison du transfert étant la nécessité de réaliser une imagerie, il serait intéressant de réfléchir à la possibilité de créer un service mobile de radiologie permettant de faire rapidement des radiographies standards au sein des établissements. En effet, dans notre étude, sur les 43 passages aux urgences dont le motif d'admission était une chute, 23 ont pu rejoindre leur EHPAD, soit dans 53,5% des cas. Ces patients n'avaient donc aucune conséquence traumatologique à leur chute et la réalisation d'une radiographie en EHPAD aurait permis d'éviter leur transfert aux urgences.

L'augmentation des soins primaires réalisables en EHPAD permettrait de réduire ces transferts aux urgences. Notre étude montre en effet que 43,1% des patients retournent directement en EHPAD suite à leur passage aux urgences. 14,4% des patients de notre travail n'ont bénéficié d'aucun examen complémentaire durant leur passage aux urgences. En plus de l'exemple des examens radiologiques que nous venons de citer, la réalisation de certains soins en EHPAD éviterait une partie de ces passages : pansement de plaie sans suture, sutures simples, remplacement d'une sonde urinaire ou nasogastrique, etc.

D'autres solutions peuvent être proposées afin d'améliorer les prises en charge des patients résidant en EHPAD et plus particulièrement afin d'éviter les transferts aux urgences autant que possible.

Premièrement, le développement de la télémédecine permettrait de fournir des soins spécialisés, de transmettre un savoir et des compétences ainsi que d'assurer la régulation des urgences. Ceci permettrait d'accéder plus facilement et plus rapidement à une consultation spécialisée gériatrique.
Une étude a été réalisée en 2014 avec une expérimentation de la télémédecine pour la gestion des situations d'urgence la nuit et les weekends, en l'absence de médecin. Cette étude a mis en évidence une diminution significative des hospitalisations pour les établissements les plus engagés dans la démarche avec une réduction de 11,3% [35].
Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nancy a d'ailleurs mis en place ce service avec des consultations gériatriques de télémédecine avec 5 EHPAD depuis juin 2014 à raison d'une fois par semaine.
Une application pour tablette a également été développée afin de mettre en relation les EHPAD avec le centre 15 Nancéien pour pouvoir évaluer par vidéo la nécessité ou non d'un transfert aux urgences en cas de doute. Ce service a été mis en place dans les 10 établissements faisant le plus appel au centre 15 de Nancy et a permis de ne pas transférer le patient à chaque fois qu'il a été utilisé.
En parallèle, une unité d'hospitalisation dédiée aux admissions directes de patients provenant d'EHPAD a été ouverte avec une capacité de 15 lits afin d'éviter le passage aux urgences avant l'hospitalisation.
Il serait aussi intéressant de généraliser cela à l'ensemble des hôpitaux afin de privilégier les admissions directes en service de court séjour gériatrique, en attribuant par exemple des lits dédiés aux patients provenant d'EHPAD dans ces services.

Le développement des soins palliatifs en EHPAD est une autre solution pour réduire les transferts aux urgences. La littérature montre en effet une diminution des hospitalisations inappropriées [36] associée à un meilleur confort des patients [37].

La réalisation de directives anticipées permet également de diminuer ces transferts [38], et il est important de les rédiger précocement, avant une éventuelle installation de troubles cognitifs. Notre étude a montré que ces directives anticipées ne sont quasiment jamais présentes lors de l'admission aux urgences : directives anticipées jointes au dossier de transfert une seule fois, soit dans 0,5% des cas. En comparaison à ces chiffres, une étude américaine a montré que 34,6% des patients institutionnalisés avaient des directives anticipées bien notifiées dans leur dossier médical [39]. Il serait donc nécessaire de communiquer auprès des médecins traitants et des médecins coordonnateurs sur l'importance de la

rédaction de ces directives dès l'admission en EHPAD pour améliorer les prises en charge, ainsi que sur la nécessité de les réévaluer régulièrement en fonction de l'état du patient afin d'éviter les transferts aux urgences de patients en fin de vie.

En parallèle au développement des soins palliatifs pour les patients institutionnalisés, la promotion de l'hospitalisation à domicile (HAD) en EHPAD permettrait de réduire considérablement les hospitalisations et plus particulièrement les transferts aux urgences. La littérature montre bien que les familles des patients institutionnalisés en EHPAD ont majoritairement une préférence pour la réalisation des soins autant que possible au sein de l'établissement plutôt qu'à l'hôpital [33].

Il paraît également important d'accentuer la collaboration entre les médecins généralistes libéraux, les médecins coordonnateurs et les gériatres afin d'assurer une prise en charge pluridisciplinaire et optimale des patients, dans le but de rendre le parcours de soin le plus adapté en fonction de l'état général du patient, de son âge et de ses comorbidités.

Il serait également nécessaire de développer les protocoles de bonnes pratiques pour la prise en charge des urgences en EHPAD et plus particulièrement en ce qui concerne les pathologies présentes dans l'Ambulatory Care Sensitive Diagnosis (ACSD) qui est une liste nord-américaine de diagnostics avec mention des critères de reconnaissance de la pathologie et conduite à tenir pour la prise en charge précoce afin d'éviter l'hospitalisation (déshydratation, infection urinaire, etc.) [40].
L'étude INTERACT a bien montré que le nombre d'hospitalisations diminue considérablement avec la mise en place de protocoles de soins et de recommandations de non hospitalisation.

En complément de ces protocoles, il serait judicieux d'inciter le personnel paramédical des EHPAD à effectuer des formations complémentaires sur les prises en charge des urgences. La littérature montre bien que le niveau de formation des infirmiers influence les transferts aux urgences et que plus les infirmiers d'un établissement sont spécialisés, plus le nombre de transferts décroit.

La littérature montrant qu'environ 2 patients adressés aux urgences par les EHPAD sur 3 présentent des troubles cognitifs [41], et pouvant donc difficilement donner des informations fiables, il serait également nécessaire de sensibiliser à la fois les EHPAD et les différents services d'urgences sur l'importance d'une transmission exhaustive des informations des patients que cela soit lors du transfert aux urgences ou lors du retour en EHPAD.
En effet, les études montrent que 10% des transferts de ces patients aux urgences

se font sans aucun dossier et 90% avec un dossier dans lequel des informations essentielles sont manquantes [41]. Ces chiffres sont assez proches de ceux de notre étude qui montre l'absence de dossier dans 1,5% des cas et des dossiers incomplets dans 100% des cas.

La Haute Autorité de Santé a travaillé en ce sens en collaboration avec l'ANESM en mettant en place le dossier de liaison d'urgence depuis le mois de Juin 2015. Ce dossier doit être constitué pour chaque résident d'EHPAD, sous la responsabilité du médecin coordonnateur de l'établissement.

Il comprend deux parties [annexe 4] :

- le document de liaison d'urgence qui contient un ensemble d'informations mises à jour régulièrement par le médecin traitant en collaboration avec le médecin coordonnateur : identité, personne référente et personne de confiance, présence ou non d'une protection juridique, pathologies en cours et antécédents, soins palliatifs ou non, présence de directives anticipées, état psychique, accompagnées de documents en annexe (attestation de la carte vitale, de mutuelle, photocopie de la carte d'identité, grille AGGIR, directives anticipées, ordonnances en cours, biologie récente, compte-rendu de la dernière hospitalisation)

- La fiche de liaison d'urgence avec, au recto, les informations sur la situation d'urgence justifiant le transfert (motif, constantes, personnes informées du transfert, liste des objets personnels), et au verso, la partie à remplir par les urgences en cas de retour en EHPAD qui contient les informations utiles à la continuité des soins (diagnostic, prescriptions, personnes prévenues) et qui doit être accompagnée d'une copie du dossier des urgences et éventuellement d'une ordonnance.

L'objectif de la mise en place de ce dossier est d'améliorer les transferts d'informations utiles et nécessaires aux médecins intervenant en urgence pour assurer une prise en charge optimale des résidents d'EHPAD tout en permettant également de renforcer la sécurité, la continuité et la qualité des soins.
Cependant, notre étude a montré un taux d'utilisation du DLU très faible avec une présence de ce dossier dans seulement 37,4% des cas lors du transfert aux urgences. Un dossier est tout de même transmis par l'EHPAD pour quasiment chacun des transferts aux urgences (98,5%) mais ces dossiers sont incomplets et des informations importantes sont manquantes.

La transmission des informations du passage aux urgences serait également à améliorer en cas de retour en EHPAD : dans notre étude, la fiche de retour du DLU n'a jamais été complétée, une copie du dossier des urgences n'est transmise à l'EHPAD que dans 50% des cas et l'établissement n'a été prévenu par téléphone

que dans 44.6% des cas.

Lors de la réunion d'informations organisée au mois de Décembre 2015, avant la mise en route de l'étude, avec le personnel médical des urgences de Thionville, aucun praticien n'avait connaissance de l'existence du DLU, alors que celui-ci était censé être en place depuis 6 mois. Il paraît donc important de majorer la communication au sein des services d'urgences sur les objectifs et l'utilisation du DLU.
L'amélioration de la transmission des informations en cas de retour en EHPAD permettrait très certainement de réduire de manière significative le risque de réhospitalisation.

L'étude INTERACT II a montré que l'utilisation de formulaires de transfert, associée à d'autres interventions (outils d'aide à la décision en situation d'urgence pour les soignants d'EHPAD, formation du personnel) permet de réduire de près de 25% les transferts dans les EHPAD les plus engagés [42].

Notre travail a été réalisé durant le mois de janvier, au moment où de nombreuses pathologies infectieuses sont les plus présentes, en particulier les infections broncho-pulmonaires. Ceci peut induire un biais dans notre étude avec une majoration du nombre de patients adressés par les EHPAD pendant cette période. Il serait intéressant d'effectuer une étude similaire complémentaire à d'autres périodes de l'année afin de pouvoir comparer le nombre de transfert aux urgences et les motifs en fonction de la saison.

CONCLUSION

Les transferts aux urgences des patients institutionnalisés en EHPAD sont fréquents bien que ce ne soit pas un lieu approprié pour ces patients âgés, poly-pathologiques, fragiles et ayant besoin de repères.
La prise en charge de ces patients et les conditions d'accueil ne sont pas optimales et ne sont donc pas sans conséquence sur leur état de santé physique et psychique.
Avec le vieillissement de la population, ces transferts risquent d'être de plus en plus nombreux et il est important de réfléchir dès à présent à des solutions pour améliorer les prises en charge de ces patients afin d'éviter autant que possible ces hospitalisations.

Notre travail a étudié la prise en charge des résidents d'EHPAD aux urgences. Nous avons pu mettre en évidence de nombreux problèmes dans ces prises en charges : temps d'attente, durée de passage, manque de communication entre les EHPAD et les urgences, manque d'informations importantes sur les patients, etc. Des solutions peuvent être apportées pour améliorer cela, dans le but premier d'apporter les meilleurs soins possibles à ces patients âgés et surtout des soins adaptés à leur état physique et psychique.

Les résidents d'EHPAD sont de plus en plus fragiles, avec des lourdes comorbidités et dépendants et il est probable que le personnel de ces établissements manque de moyen matériel et humain pour assurer des prises en charge correctes en cas de problème aigu chez un patient, ce qui les oblige à les transférer aux urgences.
Il serait donc intéressant de réaliser une étude complémentaire en amont du transfert, en EHPAD, sur les raisons qui ont conduit au transfert, les modalités de la prise en charge avant le transfert, les moyens mis en œuvre pour éviter le recours aux urgences, tout en étudiant également les conditions de travail au sein de ces établissements (personnel, moyens matériels à disposition, etc.).

BIBLIOGRAPHIE

1) ARS Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine – Activités des structures d'urgences, panorama 2014 de la région Lorraine, Mars 2015. [en ligne] Disponible sur : http://www.ars.alsace-champagne-ardenne-lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ACAL/ACTUALITES/PUBLICATIONS_2016/ORULOR_rapport_2014.pdf (Page consultée le 23/09/2016).

2) Insee – Recensement de la population, populations légales en vigueur à compter du 1er janvier 2016, Décembre 2015. [en ligne] Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/pages2015/pdf/dep57.pdf (Page consultée le 23/09/2016).

3) Insee – Chiffres clés évolution et structure de la population, département de la Moselle, Juin 2016. [en ligne] Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=POP&millesime=2013&typgeo=DEP&search=57 (Page consultée le 14/11/2016).

4) Service Public – Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Juillet 2016. [en ligne] Disponible sur : https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763 (Page consultée le 23/09/2016).

5) ARS Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine – Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social en Lorraine, Janvier 2015. [en ligne] Disponible sur : http://www.ars.alsace-champagne-ardenne-lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/ACTUALITES/STATISS/STATISS2014Lorraine-version_web.pdf (Page consultée le 23/09/2016).

6) Gouvernement, pour les personnes âgées – Annuaire des EHPAD et maisons de retraite. [en ligne] Disponible sur : http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/annuaire-ehpad-et-maisons-de-retraite/57/0 (Page consultée le 23/09/2016).

7) Rolland Y, Hermabessiere S, Abella Van Kan G, Gérard S, Guyonnet-Gillette S, Vellas B. Description des résidents d'EHPA : données de l'enquête menée par le réseau REHPA (Recherche en établissements d'hébergement pour personnes âgées). Les cahiers de l'année gérontologique 2009;1:35-41

8) Le Fur-Musquer E, Delamarre-Damier F, Decker LD, Le Strat A, Lebatard A, Manigold V, et al. Modalities of hospitalization in emergency of institutionalized patients. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2011;9(4):409-15

9) Sénat – Cambon Christian. Accompagnement des personnes âgées aux urgences hospitalières. Question écrite n°05017, JO Sénat du 28/02/2013 : 669. [en ligne] Disponible sur : https://www.senat.fr/questions/base/2013/qSEQ130205017.html (Page consultée le 23/09/2016).

10) Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique. [en ligne] Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm (Page consultée le 23/09/2016).

11) Insee – Espérance de vie à la naissance par sexe, Janvier 2016. [en ligne] Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/series-longues.asp?indicateur=esperance-vie-naissance (Page consultée le 23/09/2016).

12) Graverholt B, Forsetlund L, Jamtvedt G. Reducing hospital admissions from nursing homes: a systematic review. BMC Health Serv Res 2014;14:36.

13) Rolland Y. Nos aînés fragilisés en maison de retraite médicalisée : une vie de mouvements…Etude épidémiologique descriptive en EHPAD. Toulouse : Toulouse Gérontopôle ; 2010.

14) Rolland Y, Abellan van Kan G, HermabessiereS, Gerard S, Guyonnet Gillette S, Vellas B. Descriptive study of nursing home residents from the REHPA network. J Nutr Health Aging. Oct 2009;13(8):679-683.

15) De Souto Barreto P, Lapeyre-Mestre M, Mathieu C, PIau C, Bouget C, Cayla F, et al. A multicentric individually-tailored controlled trial of education and professional support to nursing home staff: research protocol and baseline data of the IQUARE study. J Nutr Health Aging. Févr 2013;17(2):173-178.

16) Bellelli G, Frisoni GB, Barbisoni P, Boffelli S, Rozzini R, Trabucchi M. The Management of Adverse Clinical Events in Nursing Homes: A 1-Year Survey Study. Journal of the American Geriatrics Societ. 2001;49(7):915-25.

17) Giovanni Emilie. Analyse descriptive des facteurs intervenant dans la décision du transfert des patients venant des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) vers les services d'urgences du CHU de Toulouse. 70 p. Th: médecine générale:Toulouse:2013:1087.

18) Verger P. La politique du médicament en EHPAD – Ministère des affaires sociales et de la santé, Paris, Décembre 2013. [en ligne] Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Politiquedu_medicament_en_EHPAD_final.pdf (Page consultée le 23/09/2016).

19) Butt DA, Mamdani M, Austin PC, Tu K, Gomes T, Glazier RH. The risk of falls on initiation of hypertensive drugs in the elderly. Osteoporos Int. 24 avr 2013.

20) Rolland Y, Andrieu S, Crochard A, Goni S, Hein C, Vellas B. Psychotropic drug consumption at admission and discharge of nursing home residents. J Am Med Dir Assoc. Mai 2012;13(4):407-412.

21) HAS - Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs – Recommandations, Mai 2009. [en ligne] Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf (Page consultée le 23/09/2016)

22) Blanchon MA. Conséquences du syndrome d'immobilisation;Rev Geriatr 2006;31:119-132.

23) Pras P, Bouaziz D, Tardieux PM, Bailleux S. Syndrome d'immobilisation : conséquences et stratégies préventives. NPG 2005 ;5 : 46-51

24) Collège des enseignants de gériatrie. Syndrome d'immobilisation. In : Corpus de Gériatrie – Tome 1. 2000 p101-108

25) Kortebein P, Symons TB, Ferrando A et al. Functionnal impact of 10 Days of Bed Rest in Healthy Older Adults. J Gerontol Med Sci 2008 ;63A :1076-81

26) Rainfray M, Dehail P, Salles N. Complications de l'immobilité et du décubitus. Rev Prat 2007 ;57 :671-6

27) SFMU – 10ème conférence de consensus, prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. Strasbourg ; Décembre 2003. [en ligne] Disponible sur : http://www.sfmu.org/upload/consensus/pa_urgs_long.pdf (Page consultée le 14/11/2016).

28) Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Les soins en EHPAD en 2012 : le financement de la médicalisation et le bilan des coupes PATHOS. Paris : CNSA ; 2013.

29) R.S. Wilson, PhD, L.E. Hebert, ScD, P.A. Scherr, ScD, PhD, X. Dong, MD, S.E. Leurgens, PhD and D.A. Evans, MD. Cognitive decline after hospitalization in a community population of older persons. Neurology. Mars 2012.

30) Loeb M, Carusone SC, Goeree R, Walter SD, Brazil K, Krueger P, et al. Effect of a clinical pathway to reduce hospitalizations in nursing home residents with pneumonia : a randomized controlled trial. JAMA 2006:295(21):2503-10.

31) Jefferson T, Di Pietrantonj C, Al-Ansary LA, Ferroni E, Thorning S, Thomas RE. Vaccines for preventing influenza in the elderly. Cochrane Database Syst Rev 2010;(2):Cd004876.

32) Graverholt B, Forsetlund L, Jamtvedt G. Reducing hospital admissions from nursing homes: a systematic review. BMC Health Serv Res 2014;14:36.

33) Chan Carusone SB, Walter SD, Brazil K, Loeb MB. Pneumonia and lower respiratory infections in nursing home residents: predictors of hospitalization and mortality. J Am Geriatric Soc 2007;55(3):414-9.

34) Cameron ID, Gillespie LD, Robertson MC, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, et al. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. Cochrane Database Syst Rev 2012;12:CD005465.

35) Grabowski DC, O'Malley AJ. Use of telemedicine can reduce hospitalizations of nursing home residents and generate savings for medicare. Health Aff (Millwood) 2014;33(2):244-50.

36) Lemaire A. TéléPallia : modéliser l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs en Ehpad via la télémédecine. Technologies Hospitalières 2015;749:57-61.

37) Hall S, Kolliakou A, Petkova H, Froggatt K, Higginson IJ. Interventions for improving palliative care for older people living in nursing care homes. Cochrane Database Syst Rev 2011;(3):CD007132.

38) Grabowski DC, Stewart KA, Broderick SM, Coots LA. Predictors of nursing home hospitalization: a review of the literature. Med Care Res Rev 2008;65(1):3-39.

39) Cohen-Mansfield J, Lipson S. To hospitalize or not to hospitalize? That is the question: an analysis of decision making in the nursing home. Behav Med. 2006;32(2):64-70.

40) Appendix B. Ambulatory Care Sensitive Condition. [en ligne] Disponible sur : http://archive.ahrq.gov/data/safetynet/billappb.htm (Page consultée le 14/11/2016).

41) Pearson KB, Coburn AF, Flex Monitoring Team. Emergency transfers of the elderly from nursing facilities to critical access hospitals: opportunities for improving patient safety and quality. Policy brief #32. 2013. [en ligne] Disponible sur : http://www.flexmonitoring.org/wp-content/uploads/2013/07/PolicyBrief32-Transfer-Protocols-with-Appendix.pdf (Page consultée le 14/11/2016).

42) Ouslander JG, Lamb G, Tappen R, Herndon L, Diaz S, Roos BA, et al. Interventions to reduce hospitalizations from nursinge homes: evaluation of the INTERACT II collaborative quality improvement project. J Am Geriatr Soc 2011;59(4):745-53.

ANNEXES

Annexe 1 :

ETUDE DES PASSAGES AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES DE L'HOPITAL BEL-AIR DE THIONVILLE DES PATIENTS RESIDANT EN EHPAD :

1ère partie : caractéristiques des patients

1) Quel est le sexe du patient ? :
   - ☐ Masculin
   - ☐ Féminin

2) Quel est son âge ? :

3) Combien a-t-il d'antécédents médicaux ou chirurgicaux ? :

4) Combien a-t-il de traitements au long cours ? :

2ème partie : caractéristiques administratives du passage

1) Quel est le jour et l'heure d'arrivée aux urgences ? :

2) Par quel moyen de transport est arrivé le patient ? :
   - ☐ Ambulance privée
   - ☐ Pompiers
   - ☐ SAMU médicalisé
   - ☐ SAMU démédicalisé
   - ☐ Autre, préciser :

3) Par qui a-t-il été adressé ? :
   - ☐ Médecin traitant
   - ☐ Médecin coordonnateur de l'EHPAD
   - ☐ Médecin de garde
   - ☐ Personnel paramédical de l'EHPAD
   - ☐ Médecin de la régulation du centre 15
   - ☐ Autre, préciser :

4) Quel est le temps d'attente avant le début de la prise en charge médicale ? :

5) Quelle est la durée totale du passage aux urgences ? :

3ème partie : caractéristiques médicales du passage

1) Quel est le motif d'admission ? :

2) Avant ce passage, combien de fois le patient a-t-il été adressé à ce service d'urgences depuis 1 mois ? :

3) Quel était l'état du patient selon la Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) ? :
   - ☐ CCMU P
   - ☐ CCMU 1
   - ☐ CCMU 2
   - ☐ CCMU 3
   - ☐ CCMU 4
   - ☐ CCMU 5
   - ☐ CCMU D

4) A son arrivée aux urgences, le patient présentait-il des signes de gravité :
   - ☐ Hémodynamiques
   - ☐ Respiratoires
   - ☐ Neurologiques
   - ☐ Absence de signe de gravité

5) Quelles ont été les thérapeutiques entreprises durant son passage aux urgences ?

6) Quels examens complémentaires ont été effectués ?

7) Des avis spécialisés ont-ils été demandés ? Si oui, de quelle spécialité s'agissait-il ?
   - ☐ OUI, préciser :
   - ☐ NON

8) L'équipe mobile de gériatrie a-t-elle été sollicitée pour la prise en charge de ce patient ?
   - ☐ OUI
   - ☐ NON

9) Quelle a été l'orientation du patient à la sortie du service d'accueil des urgences ?
   - ☐ Retour en EHPAD
   - ☐ Hospitalisation dans un service de l'hôpital
   - ☐ Hospitalisation dans un autre hôpital
   - ☐ Hospitalisation à l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD)
   - ☐ Décès

4ème partie : liaison entre l'EHPAD et le service d'urgences

1) Lors de la prise en charge, le dossier de liaison d'urgence (DLU) était-il à disposition ?
   - □ OUI
   - □ NON

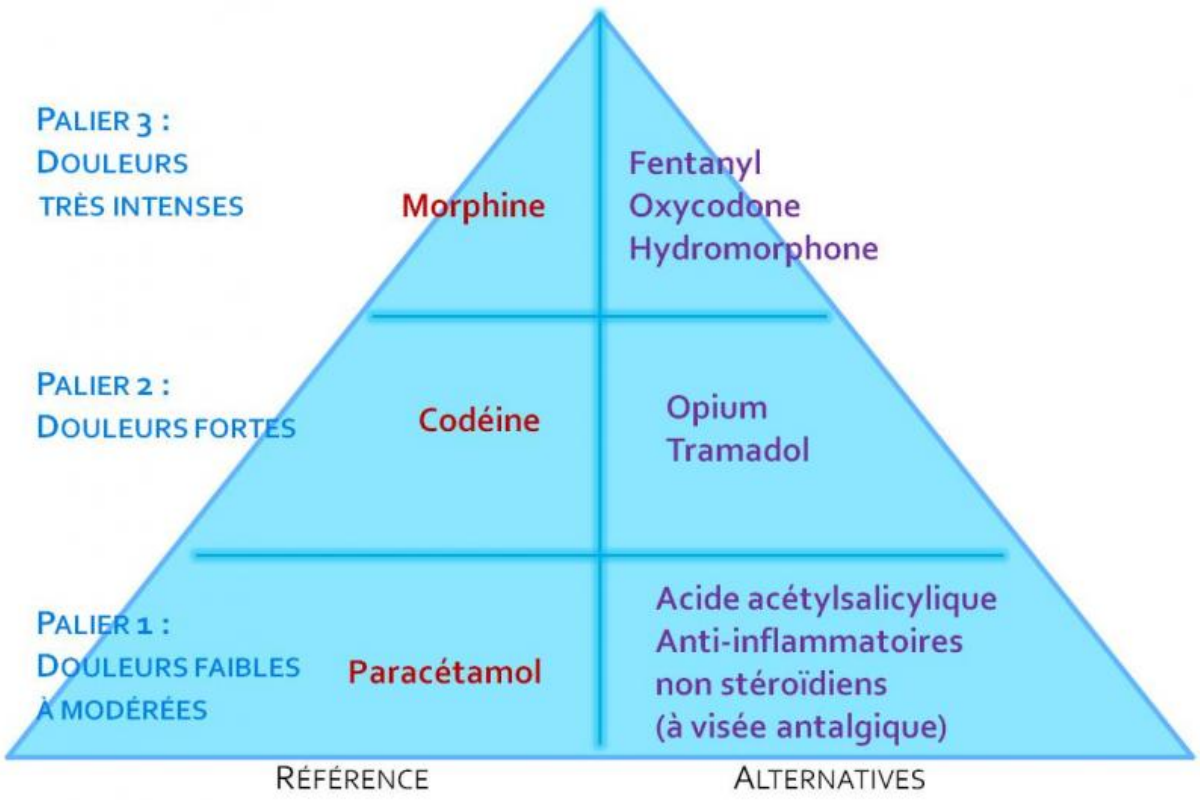
2) Ce dossier de liaison d'urgence comportait-il ces informations :

   - Le motif de transfert : □ OUI □ NON
   - Les constantes du patient : □ OUI □ NON
   - Les personnes informées du transfert : □ OUI □ NON
   - La liste des prothèses et objets personnels : □ OUI □ NON
   - Les coordonnées du médecin traitant : □ OUI □ NON
   - La présence ou non d'une protection juridique : □ OUI □ NON
   - Les antécédents et allergies du patient : □ OUI □ NON
   - La liste des traitements en cours : □ OUI □ NON
   - Les coordonnées de la personne de confiance : □ OUI □ NON
   - La présence ou non de directives anticipées : □ OUI □ NON
   - La grille AGGIR : □ OUI □ NON
   - Les résultats biologiques récents (1-3 mois) avec clairance de la créatinine (et INR si patient sous AVK) : □ OUI □ NON

3) A la fin de la prise en charge, le personnel de l'EHPAD a-t-il été averti par téléphone du diagnostic et de l'orientation du patient ? :
   - □ OUI
   - □ NON

4) En cas de retour en EHPAD :
   - Le document de retour de la fiche de liaison d'urgence a-t-il été complété ? :
     - □ OUI
     - □ NON
   - Une copie du dossier des urgences a-t-elle été transmise ? :
     - □ OUI
     - □ NON
   - Une ordonnance de sortie a-t-elle été rédigée ? :
     - □ OUI
     - □ NON

Annexe 2 :


PALIER 3 :
DOULEURS
TRÈS INTENSES
Morphine
Fentanyl
Oxycodone
Hydromorphone
PALIER 2 :
DOULEURS FORTES
Codéine
Opium
Tramadol
PALIER 1 :
DOULEURS FAIBLES
À MODÉRÉES
Paracétamol
Acide acétylsalicylique
Anti-inflammatoires
non stéroïdiens
(à visée antalgique)
RÉFÉRENCE
ALTERNATIVES

Annexe 3 :

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Anesm
Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

POINTS CLÉS
ORGANISATION DES PARCOURS

Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpad

Les hospitalisations non programmées des résidents en Ehpad sont fréquentes, souvent répétées et très variables selon les pays.

- Certaines hospitalisations et passages aux urgences pourraient être évités si les comorbidités et les syndromes gériatriques étaient pris en charge de façon optimale ou prévenus en Ehpad. Il s'agit d'**hospitalisations potentiellement évitables** (de 19 à 67 % selon les études).
- D'autres hospitalisations peuvent être considérées comme des **hospitalisations inappropriées**. Dans ce cas, la pertinence et/ou le rapport bénéfice/risque sont discutables par rapport à des soins qui pourraient être réalisés dans l'Ehpad ou selon d'autres organisations que le recours à l'hospitalisation, sans perte de chance pour le résident.

Ces hospitalisations non programmées potentiellement évitables et inappropriées ont un impact négatif sur les patients âgés fragiles ou dépendants et favorisent le déclin fonctionnel et cognitif.

Leur prévention relève de plusieurs stratégies complémentaires à mettre en œuvre : d'une part, de la prise en charge optimale des maladies chroniques et des syndromes gériatriques par les médecins traitants, et d'autre part, de la mise en place par l'Ehpad de politiques de prévention des risques et d'alternatives à l'hospitalisation.

Ce travail traite de la réduction des hospitalisations non programmées, potentiellement évitables ou inappropriées, des résidents des Ehpad, en ciblant les causes les plus fréquentes et en se focalisant sur les interventions qui ont démontré leur efficacité dans la littérature.

Les Points Clés

CONDITIONS DE BASE À RÉUNIR

- S'assurer de la permanence des soins,
- Assurer la coordination des soins et la continuité des soins dans l'Ehpad en lien avec le médecin traitant,
- Organiser le travail en pluridisciplinaire,
- Mettre en place les DLU (dossier de liaison d'urgence) et une procédure de gestion des urgences.

FAIRE UN ETAT DES LIEUX ET PRIORISER

- Commencer par un état des lieux des hospitalisations (programmées ou non) et des facteurs de risques d'hospitalisation,
- Evaluer les ressources mobilisables en interne et externe,
- Prioriser les interventions à mettre en place.

MOBILISER LES RESSOURCES INTERNES ET EXTERNES

- Informer et former les soignants,
- Informer et mobiliser les médecins traitants et les autres professionnels libéraux et mettre en place régulièrement *la commission de coordination gériatrique*,
- Informer les résidents et leurs familles,
- Travailler dans un partenariat effectif et conventionner avec les ressources externes.

COMMENCER, SUIVRE, ADAPTER ET POURSUIVRE LES ACTIONS

- Commencer par un ou deux objectifs réalistes et réalisables,
- Suivre et analyser les retours d'expérience et les différents indicateurs en réunions pluriprofessionnelles, adapter les interventions, les formaliser et poursuivre dans la durée,
- Informer et motiver l'ensemble des acteurs,
- S'appuyer sur les succès pour poursuivre avec d'autres objectifs.

Ce qu'il faut faire

Prérequis nécessaire : mettre en place une démarche d'amélioration continue de la qualité

▸ **S'assurer de la permanence des soins** (MEDEC[1], Directeur).

▸ **Impliquer les médecins traitants et les autres libéraux** (MEDEC).

▸ **Organiser en interne :**

- une coordination efficace des équipes soignantes de l'Ehpad entre elles, avec les médecins traitants et avec les autres professionnels libéraux (MEDEC, IDEC[2]) ;
- les plannings soignants afin d'optimiser la continuité des soins (Directeur, IDEC) ;
- le travail en pluridisciplinaire des soignants. (MEDEC, IDEC).

▸ **Communiquer sur les objectifs et interventions à venir :**

- informer et mobiliser les équipes (Directeur, MEDEC, IDEC) ;
- informer et mobiliser les médecins traitants, les autres libéraux (MEDEC, Commission de coordination gériatrique) (Focus 5);
- informer les résidents et les familles (Directeur, MEDEC, IDEC, Conseil de vie sociale).

▸ **Définir des objectifs réalistes et réalisables et les suivre :**

- faire un état des lieux des hospitalisations et de ses facteurs de risque, en particulier sur : les soins palliatifs, les troubles cognitifs, les pneumopathies, les chutes, les médicaments (dont les psychotropes et les AVK[3]), la carence en vitamine D, la vaccination antigrippale et la vaccination antipneumococcique (MEDEC) ;
- prioriser les interventions à mettre en place (MEDEC, Directeur et IDEC) ;
- recueillir les attentes des résidents et de leurs familles ;
- évaluer les ressources internes en fonction des objectifs et former les équipes (MEDEC, IDEC) ;
- évaluer les ressources externes mobilisables en fonction des objectifs et développer les partenariats (MEDEC, directeur) ;
- choisir un ou deux objectifs atteignables et des indicateurs de suivi (MEDEC, IDEC et Directeur) ;
- suivre les résultats en réunions pluriprofessionnelles, adapter les interventions en fonction des retours d'expériences, les formaliser et les poursuivre dans la durée ;
- s'appuyer sur les succès pour poursuivre avec d'autres objectifs.

[1] MEDEC : médecin coordonnateur de l'Ehpad
[2] IDEC : infirmier coordinateur
[3] AVK : antivitamines K (anticoagulants oraux)

Les interventions visant à améliorer la qualité des soins en Ehpad

1. Améliorer la gestion des urgences :

Cette intervention est prioritaire et conditionne la réussite des autres interventions :

Créer des relations de confiance et formaliser les liens avec l'hôpital de secteur et son service des urgences 5 : (MEDEC, Directeur).

Créer un *Dossier de Liaison d'Urgence*[4] (DLU) pour tous les résidents de l'Ehpad (Médecins traitants, MEDEC).

Former les soignants à la gestion du DLU[5] (MEDEC, IDEC).

Rédiger des protocoles de soins pour la gestion des urgences et former les soignants à l'identification et à la conduite à tenir face à ces urgences (MEDEC, IDEC).

S'assurer d'une permanence des soins 24/24h, et au besoin, avoir recours à la télémédecine. (MEDEC, Directeur).

S'assurer d'une régulation médicale des situations d'urgence par le SAMU-Centre 15, notamment, avant tout transfert d'un résident vers un service des urgences. S'appuyer sur des possibilités de prescription téléphonique par le médecin régulateur du SAMU-Centre15 (MEDEC).

2. Augmenter la vaccination antigrippale des résidents et du personnel de l'Ehpad :

- organiser dans l'Ehpad des campagnes de promotion de la vaccination contre la grippe des résidents, des personnels soignants et non soignants et des visiteurs réguliers : familles, bénévoles et professionnels de santé libéraux[6] ;
- organiser pour le personnel de l'Ehpad des séances de vaccination antigrippale qui peuvent être réalisées par les infirmiers de l'Ehpad (en dehors d'une primovaccination)[7];
- promouvoir conjointement la vaccination antipneumococcique des résidents.

3. Diminuer les hospitalisations liées aux pneumopathies en Ehpad :

▸ **Prévenir les pneumopathies des résidents :**

- promouvoir la vaccination antigrippale et la vaccination antipneumococcique des résidents;
- promouvoir la vaccination antigrippale du personnel de l'Ehpad ;
- assurer une bonne l'hygiène buccale et un brossage régulier des dents des résidents ;
- promouvoir les mesures d'hygiènes : précautions standard et précautions complémentaires de type « gouttelettes » en cas d'agents infectieux transmissibles[8] ;
- prévenir les pneumopathies de déglutition : repérer les résidents à risque et former des soignants aux techniques d'aide aux repas et à la conduite à tenir en urgence face aux fausses routes, si nécessaire, prescrire des bilans orthophoniques des troubles de la déglutition.

[4] Dossier de Liaison d'Urgence version 2015 HAS – ANESM.
[5] Guide d'utilisation du DLU 2015 HAS ANESM.
[6] Circulaire DGAS/SD2 n° 2005/245 du 16 septembre 2005 {Direction générale de la Santé, 2006 #137} relative à la vaccination antigrippale dans les établissements médico-sociaux.
[7] Loi N° 2007- 1785 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale {2007 #138}
[8] Rapport du HCSP juillet 2012 : Conduite à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires aiguées dans les collectivités de personnes âgées.

▸ **Traiter les pneumopathies des résidents dans l'Ehpad :**

- élaborer un protocole pluriprofessionnel de traitement des pneumopathies en Ehpad, en collaboration avec les médecins traitants. (Focus 1)

4. Renforcer les soins palliatifs et les soins de support en Ehpad (Focus 3 et Focus 5 Bis)

- identifier les résidents relevant de soins palliatifs ;
- Créer un dialogue sur les directives anticipées et la nomination d'une personne de confiance ;
- promouvoir l'organisation dans l'Ehpad de réunions collégiales de concertation[9] ;
- gérer les situations d'urgence en soins palliatifs :
  - faciliter l'identification des résidents en soins palliatifs, grâce au Dossier de Liaison d'Urgence ;
  - promouvoir les prescriptions anticipées pour les urgences prévisibles.
- développer les soins palliatifs dans l'Ehpad :
  - former des référents qui, à leur tour, diffuseront la culture palliative et les techniques de soins palliatifs à l'ensemble des soignants ;
  - conventionner avec des ressources externes en soins palliatifs et au besoin, avoir recours à la télémédecine.

Les interventions visant les causes les plus fréquentes d'hospitalisations non programmées en Ehpad

Ces interventions ont prouvé leur efficacité sur des facteurs intermédiaires (chutes ou amélioration de la pertinence des prescriptions) mais pas sur la réduction du nombre global des hospitalisations.

1. Diminuer les chutes en Ehpad :

▸ **Proposer une supplémentation systématique en vitamine D à tous les résidents (Focus 2) ;**

▸ **Intervention multifactorielle de prévention des chutes (Focus 4)**

- évaluer les risques de chutes des résidents à partir d'un bilan multifactoriel réalisé à l'admission, puis sur une base annuelle ou au besoin après une chute.
  Selon les résultats, proposer au résident une intervention multifactorielle personnalisée de prévention des chutes;

▸ **Promouvoir l'activité physique des résidents en Ehpad.**

Elle doit être adaptée au degré de fragilité et aux facteurs de risque de chutes repérés au bilan du résident :

- activité physique dans le cadre d'une rééducation ou une réadaptation, en individuel par un kinésithérapeute ;
- activité physique adaptée, en petits groupes homogènes, organisée dans l'Ehpad, avec un kinésithérapeute, un ergothérapeute, un psychomotricien ou un STAPS[10], selon les ressources de l'Ehpad.

L'activité physique contribue au maintien de l'autonomie du résident et doit être maintenue dans l'accompagnement des actes de la vie quotidienne, par des soignants formés à la manutention.

2. Diminuer la iatrogénie liée aux médicaments en Ehpad

▸ **Une politique de gestion du risque autour du médicament**

Mettre en place une politique de réduction du risque de iatrogénie médicamenteuse selon 4 axes d'amélioration[11] :

- améliorer l'usage du médicament (liste des médicaments préférentiels, référentiels de bonnes pratiques sur les psychotropes, protocole de gestion de la douleur, contrôle des pratiques concernant la préparation des médicaments écrasés en Ehpad, recours à une expertise gériatrique, etc);
- sécuriser le circuit du médicament en Ehpad (inscrire la politique du médicament dans le projet d'établissement, impliquer la Commission de coordination gériatrique, préciser les missions du pharmacien en Ehpad, favoriser la déclaration et l'analyse des évènements indésirables liés aux médicaments) ;
- encourager les actions alternatives et complémentaires aux traitements psychotropes[12] ;
- optimiser le système informatique en Ehpad (promouvoir l'informatisation de l'Ehpad et son interopérabilité avec les outils informatiques du médecin traitant et du pharmacien ; logiciel d'aide à la prescription, etc.) ;

▸ **Une réduction des risques de iatrogénie médicamenteuse :**

- promouvoir une conciliation médicamenteuse, portant particulièrement sur les 4 classes de médicaments à hauts risques (les antihypertenseurs/diurétiques, les hypoglycémiants, les anticoagulants oraux et les psychotropes), à l'admission du résident, puis sur une base annuelle et lors de tous événements indésirables graves en lien avec les médicaments. Au besoin recourir à une expertise gériatrique[13] ;
- réévaluer régulièrement les traitements psychotropes (indication, efficacité et effets iatrogènes), en particulier des neuroleptiques[14] et des sédatifs[15], et proposer des alternatives non médicamenteuses[16]. Au besoin, s'appuyer sur une expertise gériatrique ;
- assurer un suivi régulier des INR pour les patients sous anticoagulants oraux[17] (AVK).

[9] Les modalités de ces réunions collégiales sont définies par la Loi Léonetti relative aux droits des malades et à la fin de vie de 2005.
[10] STAPS : Professionnel formé aux Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

[11] Rapport Verger sur la Politique du médicament en Ehpad de déc. 2013. Plan national d'action pour une politique du médicament adaptée aux besoins des personnes âgées 2015.
[12] Recommandation « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs » HAS mai 2009
[13] Programme Prescription médicamenteuse du sujet âgé (PMSA) 2009 HAS
[14] Programme Alerte Maitrise Iatrogénie (AMI) Alzheimer nov.2009
[15] Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé sept.2008 HAS
[16] Accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer et apparentées en établissement médico-social, Anesm avril 2009 (page 23-24)
[17] Prise en charge des surdosages en antivitamines K, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamines K en ville et en milieu hospitalier, 2008 HAS
Protocoles pluriprofessionnels des soins de premier recours Exemple gestion quotidienne des AVK, 2011 HAS.
Bon usage des médicaments antivitamines K, Ansm 2012.

Les interventions visant à optimiser les ressources internes de l'Ehpad

1. Renforcer les capacités en soins de l'Ehpad :

- définir une liste de services de soins et de soins facilement réalisables dans l'Ehpad permettant d'éviter des transferts vers les services des urgences ;
- mettre à disposition les moyens nécessaires à leurs réalisations : dispositifs médicaux (cathéters, sondes ou sets de sutures…) et conventions de partenariat (radiographies dans l'Ehpad, prélèvements biologiques,…) ;
- rédiger des protocoles pour l'utilisation de ces soins et services et former les soignants à l'utilisation de ces protocoles ;
- rendre ces soins et ces services disponibles pour le bon patient et au bon moment, en optimisant la continuité des soins infirmiers et en s'assurant de la permanence de la régulation médicale des urgences.

2. Renforcer les ressources soignantes de l'Ehpad

Au-delà d'un seuil minimal, l'impact de l'augmentation des temps-soignants sur le recours à l'hospitalisation est lié à la capacité de l'Ehpad à mobiliser les bons soins, au bon moment, pour le bon patient.

L'augmentation des temps-soignants doit donc être envisagée dans le cadre d'objectifs définis en fonction des besoins identifiés au regard de la population accueillie. Elle s'accompagne nécessairement :

- d'une optimisation des plannings soignants afin d'assurer au mieux la continuité des soins dans la journée, le week-end et la nuit ;
- de formations des soignants pour améliorer leurs compétences : à la gestion des urgences, aux soins palliatifs et à la prise en charge de la douleur, à la gestion des troubles du comportement et aux protocoles de soins visant à réduire les hospitalisations (traitement des pneumopathies, etc.) ;
- d'un renforcement des capacités en soins de l'Ehpad.

Les interventions visant à renforcer les ressources externes de l'Ehpad

1. Renforcer les expertises gériatriques :

- Intégrer la filière gériatrique :
  - services gériatriques, psychogériatriques ou géronto-psychiatriques, oncogériatriques, hôpitaux de jour, et consultations mémoire, etc.
- Mobiliser une expertise gériatrique dans l'Ehpad :
  - équipe mobile gériatrique extrahospitalière pluriprofessionnelle (EMGE) ;
  - visites régulières ou sur appel d'un gériatre ;
  - numéro unique dédié, entre le gériatre hospitalier et le MEDEC et les médecins traitants intervenant dans l'Ehpad ;
  - réseau de santé gériatrique.

2. Renforcer les expertises en soins palliatifs

- Intégrer la filière des soins palliatifs :
  - unité de soins palliatifs, lits identifiés soins palliatifs des services hospitaliers ;
  - service de gériatrie ou de médecine avec une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP).
- Mobiliser une expertise en soins palliatifs dans l'Ehpad :
  - EMSP extrahospitalière ;
  - réseau de santé de soins palliatifs.

3. Développer les Hospitalisations à Domicile (HAD) :

- Formaliser un partenariat entre l'Ehpad et une HAD ;
- Développer le recours à la HAD en Ehpad. La HAD permet de fournir dans l'Ehpad, au patient pris en charge, des soins hospitaliers complexes et/ou techniques, et de lui assurer une coordination des soins et une permanence des soins infirmiers 24/24h.

4. Développer la Télémédecine en Ehpad :

- développer la télémédecine en Ehpad en partenariat avec les services hospitaliers spécialisés, le SAMU-Centre 15, une EMSP, etc. ;

La télémédecine permet de fournir à l'ensemble des résidents de l'Ehpad des soins spécialisés (gériatriques, psychiatriques, en soins palliatifs, etc) ou d'assurer une régulation médicale des urgences, en particulier dans les zones où les ressources soignantes se raréfient.

Ce qu'il faut éviter

Ne pas hospitaliser le résident alors que son état de santé le nécessite.

Faire sans impliquer les médecins traitants et les autres libéraux.

Critères de suivi

Les indicateurs et leur évolution doivent être interprétés en fonction du profil des résidents et des ressources internes et externes de l'Ehpad. Ils ne sont pas nécessairement le reflet d'un « déficit d'organisation des soins». Ils ne permettent pas de comparer les Ehpad entre eux, ni de définir des normes de bonnes pratiques.

La liste des indicateurs proposés n'est pas exhaustive. Chaque Ehpad choisit ses indicateurs de suivis en fonction de ses priorités, du choix de ses objectifs et des interventions mises en place.

Exemples d'indicateurs :

- nombre d'hospitalisations non programmées avec passage par un service des urgences par an ;
- nombre d'hospitalisations totales par an ;
- consommation globale de neuroleptiques par an dans l'Ehpad ;
- Consommation globale de benzodiazépines et molécules apparentées par an dans l'Ehpad ;
- taux de transferts en Service des urgences avec un DLU ;
- taux de vaccination antigrippale des résidents
- taux de vaccination antigrippale du personnel de l'Ehpad ;
- taux de vaccination antipneumococcique des résidents ;
- taux de chutes pour 1000 jours-résident ;
- nombre de transferts en service des urgences ou d'hospitalisations liées à une chute par an ;
- nombre d'accidents iatrogéniques médicamenteux déclarés par l'Ehpad par an ;
- nombre de directives anticipées signées par les résidents sur un an ;
- nombre de résidents pris en charge en HAD dans l'Ehpad par an ;
- nombre d'interventions d'une EMGE dans l'Ehpad par an ;
- nombre d'interventions d'une EMSP ou d'un réseau de soins palliatifs dans l'Ehpad par an ;
- nombre total de décès, nombre de décès dans Ehpad et nombre de résidents décédés ayant bénéficiés de soins palliatifs dans Ehpad, par an.

La plupart de ces indicateurs figurent déjà dans différents documents, comme le rapport d'activité médicale, l'enquête nationale Bientraitance en Ehpad de l'Anesm et le suivi de la démarche d'amélioration continue de la qualité (évaluation interne).

Ce qu'il faut savoir

LES INTERVENTIONS EFFICACES RETROUVEES DANS LA LITTERATURE :

- Les interventions vivant à améliorer les transferts d'information (DLU) et la gestion des transferts vers les services des urgences.
- La vaccination antigrippale des résidents en Ehpad
- Les protocoles pluriprofessionnels de traitement des pneumopathies en Ehpad
- Les interventions visant à repérer les résidents relevant de soins palliatifs et à augmenter les soins palliatifs en Ehpad
- La planification anticipée des soins des résidents atteints de troubles cognitifs sévères
- Le renforcement des capacités en soins de l'Ehpad.
- Le renforcement de l'expertise gériatrique en Ehpad (équipes mobiles et consultation gériatrique)
- La télémédecine en Ehpad

Les facteurs prédictifs d'hospitalisation

Un âge plus élevé.

Un degré de dépendance plus grand.

Une hospitalisation dans les 6 mois.

Le fait d'être nouvellement admis en Ehpad.

L'absence de directives anticipées ou de programmes de soins palliatifs dans l'Ehpad.

Certaines pathologies : l'insuffisance cardiaque, les difficultés respiratoires, les problèmes génito-urinaires et les infections.

Les contentions, les escarres, la nutrition entérale et l'utilisation de cathéters ou de nouveaux médicaments.

Les principaux motifs des hospitalisations non programmées des résidents des Ehpad sont :

Les chutes (1/3 dont la moitié avec fractures), les décompensations cardiopulmonaires (30 %), puis les problèmes urodigestifs, neurovasculaires et les troubles du comportement.

Les médicaments en Ehpad

20 % des hospitalisations des personnes âgées de 80 ans et plus sont liées à un médicament.

4 classes de médicaments justifient de 80 % de cette iatrogénie : antihypertenseurs/diurétiques, hypoglycémiants, AVK et psychotropes.

Les principales classes de médicaments prescrits en Ehpad sont les psychotropes : les antidépresseurs (32 %), les anxiolytiques (27 %), les hypnotiques (22 %) et les neuroleptiques (15 %). Ils ont un service médical rendu faible.

Les soins palliatifs en Ehpad en France

Plus de 90 000 résidents meurent chaque année en Ehpad, soit en moyenne 20 décès par an par Ehpad. 59 % relèveraient de soins palliatifs. 23 % des résidents sont hospitalisés en urgence au moins une fois dans les deux semaines qui précèdent leur décès. 25 % des résidents décèdent à l'hôpital. 8000 résidents décèdent chaque année dans les heures qui suivent leur admission dans un service des urgences.

Annexe 4 :

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Document de liaison d'urgence

Anesm
Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Date de dernière mise à jour :

Résident
Nom d'usage, prénom .....
Nom de naissance ..... Date de naissance : .....

Ehpad *(nom, adresse, tél., fax, e-mail)*

Contact 24 h/24 h en Ehpad
Tél. : .....

Médecin traitant *(nom, tél., e-mail, adresse)*

Référent de l'entourage
Nom, prénom : .....
Lien de parenté : .....
Tél. : .....

Protection juridique ❑
❑ Tutelle ❑ Curatelle ❑ Sauvegarde ❑
Nom du mandataire judiciaire : .....
Tél. : .....

Établissement de santé de préférence [1] *(nom, tél., adresse)*

Pathologies en cours/antécédents personnels/allergies

Soins palliatifs
❑ En soins palliatifs [2]
❑ Directives anticipées
❑ Personne de confiance
Nom, tél. : .....
Lien de parenté : .....

État psychique
❑ Peut alerter ❑ Orienté ❑ Désorienté
❑ Agité ❑ Opposant ❑ Risque suicidaire

Handicaps / Déficits
❑ Visuel ❑ Auditif ❑ Langage

Gestion des risques
❑ BMR [3]

	Mois/année
❑ Vaccin tétanos	.....
❑ Vaccin grippe	.....
❑ Vaccin pneumocoque	.....

Déplacement/transferts :
❑ Chute ❑ Déambulation ❑ Fugue ❑ Contention

Autres :
❑ Risque d'escarre
❑ Risque de fausses routes

1) Établissement de soins de préférence : pour le patient ou sa famille en cas d'hospitalisation non programmée
2) « En soins palliatifs » : les soins palliatifs sont à privilégier selon l'avis du médecin traitant et inscrits dans le dossier médical
3) BMR : portage par le patient d'une bactérie multirésistante

Juin 2015

Commentaires

CHECK-LIST des documents annexés au DLU

- ❑ Attestation de la carte Vitale
- ❑ Attestation de mutuelle
- ❑ Photocopie de la carte d'identité
- ❑ Grille AGGIR (la plus récente)

- ❑ Photocopie des directives anticipées
- ❑ Photocopies des ordonnances en cours
- ❑ Tableau d'administration des médicaments
- ❑ Résultats récents de biologie (1 à 3 mois) avec clairance de la créatinine et INR (si AVK)
- ❑ Compte rendu de la dernière hospitalisation

(Au besoin)

- ❑ Fiche BMR (bactérie multirésistante)
- ❑ Fiche ou carnet de suivi des soins (glycémie, pansements, perfusion, ventilation, nutrition, etc.)
- ❑ Carnet de suivi du pacemaker ou du défibrillateur implantable
- ❑ Carte de groupe sanguin (si à jour)

- ❑ Liste des capacités en soins[4] de l'Ehpad

4) Capacité en soins de l'Ehpad : ressources médicales et soignantes, injections et perfusion IV, nutrition entérale, oxygénothérapie, soins palliatifs, autres soins techniques, PUI, protocoles de soins, etc.

Juin 2015

HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

FICHE DE LIAISON D'URGENCE

Anesm Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

DOCUMENT DE TRANSFERT DE L'EHPAD vers le service des urgences (SU)

Rempli par *(nom, prénom, fonction) :* ..... **Date/Heure :** .....

Résident

Nom d'usage, prénom.....

Motif de transfert en service des urgences

Constantes du patient

Pouls	Tension artérielle *(max/min)*	Température	Poids récent
.....	.....	.....	.....

❑ Conscient et éveillé ❑ Éveillable ❑ Non éveillable
❑ Douleur récente
Localisation.....

Date et heure de la dernière prise du traitement habituel .....

Date et heure du dernier repas .....

Personnes informées du transfert au service des urgences

❑ « le 15 »
❑ SU
❑ Médecin traitant
❑ Entourage
Nom : .....

Commentaires

Liste des prothèses et objets personnels	Aller (Ehpad)	Retour (SU)
Lunettes	❑	❑
Prothèses dentaires ❑ haut ❑ bas	❑	❑
Prothèses auditives ❑ droite ❑ gauche	❑	❑
Autres dispositifs ou objets personnels	❑	❑

Juin 2015

DOCUMENT DE RETOUR DU SERVICE DES URGENCES vers l'Ehpad

Rempli par *(nom, prénom, fonction) :* ..... **Date/Heure :** .....

Résident

Nom d'usage, prénom.....

Hôpital : .....

Service : .....

Tél./Fax : .....

E-mail : .....

Médecin du SU qui a validé la sortie :

Nom, prénom : .....

Fonction : .....

Tél. : .....

Personnes prévenues du retour en Ehpad :

☎ ❑ Ehpad

☎ ❑ Entourage
Nom : .....

✉ ❑ Courrier au médecin traitant

Documents en annexe :

❑ Ordonnances de sortie

❑ Copie du dossier des urgences

❑ Liste des prothèses et objets complétée au *verso*

Diagnostic ou RPU *(résumé du passage aux urgences)*

Prescriptions : *modification ou arrêt des traitements habituels, examens ou consultations programmés (lieu, date et heure)*

Juin 2015

VU

NANCY, le 15 décembre 2016
Le Président de Thèse

Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

NANCY, le 16 décembre 2016
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9403

NANCY, le 20 décembre 2016

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE

Avec le vieillissement de la population, de plus en plus de personnes âgées, et particulièrement celles résidant en EHPAD, fréquentent les services d'urgences. L'objectif principal de notre travail est de faire une description détaillée des passages aux urgences des résidents d'EHPAD. Afin d'y parvenir, nous avons réalisé une étude prospective sur le mois de janvier 2016 au sein des urgences de l'hôpital Bel-Air à Thionville.
Nous avons ainsi pu étudier 195 passages et mettre en évidence de nombreux dysfonctionnements : transferts parfois non justifiés, durées de prise en charge trop longues, mauvaise communication et perte d'informations entre les EHPAD et les urgences, etc. Les patients sont âgés avec de nombreuses pathologies et de nombreux traitements, ce qui rend les services d'urgences particulièrement inadaptés à leur prise en charge.
Il est important de trouver et de mettre en place dès à présent des solutions pour éviter autant que possible ces transferts aux urgences et, cas échéant, d'améliorer les prises en charge au sein des structures d'urgences.

TITRE EN ANGLAIS

THE NURSING HOME RESIDENTS PASSAGES IN THE EMERGENCY DEPARTMENT OF THE HOSPITAL BEL-AIR IN THIONVILLE

THESE :

MEDECINE GENERALE – ANNEE 2017

MOTS-CLES :

Médecine générale ; EHPAD ; urgences ; transferts ; personnes âgées

INTITULE ET ADRESSE DE l'U.F.R. :

UNIVERSITE DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex