



HAL
open science

Observation du passage des patients provenant d'EHPAD aux urgences : existe-t-il un moyen d'optimisation de la collaboration entre médecins de SAU et médecins généralistes ?

Claire Morana

► To cite this version:

Claire Morana. Observation du passage des patients provenant d'EHPAD aux urgences : existe-t-il un moyen d'optimisation de la collaboration entre médecins de SAU et médecins généralistes ?. Médecine humaine et pathologie. 2018. hal-03297420

HAL Id: hal-03297420

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297420v1>

Submitted on 23 Jul 2021

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>

Année 2018

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Claire MORANA

Le 2 octobre 2018

Observation du passage des patients provenant
d'EHPAD aux urgences : existe-t-il un moyen
d'optimisation de la collaboration entre médecins de
SAU et médecins généralistes ?

Examineurs de la thèse :

Mme le Professeur Laure JOLY	Présidente et juge
M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT	Juge
Mme le Professeur Nelly AGRINIER	Juge
Mme le Professeur Sophie SIEGRIST	Juge et directrice
M. le Docteur Michel AUSSEDAT	Juge et directeur

12 juillet 2018

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 Julien SCALA-BERTOLA

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Président de Conseil Pédagogique : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Karine ANGIOI-DUPREZ

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSEL

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 - 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 - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI

Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - 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 - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - 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 Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE^[1]_[SEP] - Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Michèle KESSLER - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU Professeur Jacques LECLERE - Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeure Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} 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 - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

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

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUSSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

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

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} 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

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Antoine VERGER (stagiaire)

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

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

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIERE

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET

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

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Nicolas GIRERD

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

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénérologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - 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 Würzburg (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 (VIËTNAM)
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

À notre maître et présidente de Thèse

Madame le Professeur Laure JOLY

Professeur des universités-Praticien Hospitalier de gériatrie

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

À notre maître et Jury

Monsieur le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

Professeur des universités-Praticien Hospitalier d'anesthésie réanimation

Chevalier dans l'ordre des palmes académiques

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

À notre maître et Jury

Madame le Docteur Nelly AGRINIER

Professeur des universités-Praticien hospitalier en santé publique et information médicale

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

À notre maître et jury

Madame le Professeur Sophie Siegrist
Professeur associé de médecine générale

Je vous remercie du temps et du soutien que vous m'avez accordés ainsi que de la patience et bienveillance que vous avez toujours eu à mon égard.

À notre maître et jury

Monsieur le Docteur Michel AUSSEDAT

Docteur en médecine d'urgence

Merci de m'avoir accueillie dans votre service, à l'époque encore situé à Bonsecours, et de m'avoir confié ce sujet.

Et merci de votre patience, car ce travail fut plus long que prévu.

À ma famille :

À mes parents qui, bien qu'un peu insistants au départ, ont su me soutenir dans ce projet en me laissant évoluer à mon propre rythme comme ils l'ont également fait pendant l'ensemble de mes études. Merci de votre patience, de votre soutien et de votre accompagnement.

À ma sœur Anne, qui m'a rassurée et a assuré la gestion des crises qu'a pu engendrer ce travail et d'autres phases des études de médecine. Merci de ton amour, merci d'avoir été là pour m'ouvrir la voie. A son mari Guillaume qui m'a épargné les « et elle en est où ta thèse » qu'il a subis plusieurs années. A leurs filles Louise, Adèle et Suzanne que j'aime tendrement.

À mon frère Denis qui sais me faire rire et me changer les idées quand cela devient nécessaire. Merci d'avoir été un modèle à suivre, car tu m'as inspirée par ton engagement écologique. Merci de ton amour. A ta compagne Coline, toujours prête à partager des expériences et des conseils avec le sourire. A leurs enfants Andréa et Camille que j'aime très fort.

À ma belle-famille Françoise, Joël et Carine ; merci de m'avoir accueillie parmi vous avec autant de chaleur et de bienveillance.

À Nonna, malheureusement tu n'auras pas été là pour me voir, enfin, devenir Docteur, ce que tu attendais avec impatience. Tu es et seras toujours dans mes pensées.

À mes maîtres et collègues :

Je remercie les Dr André et Nicolas Chevalier, Dr Clerget et leurs conjointes. Le semestre passé auprès de vous fut merveilleux et n'aurait pu être meilleur. Vous m'avez fait apprécier mon futur métier quand je pouvais manifester des doutes. A vous, vos familles, mais également à l'ensemble de la maison médicale du Thillot (Dr Schlienger, Dr Vercoutre-Schlienger, Dr Vialtel, S. Sonzogni, S. Grisvard, Dr Gaillot, Sandrine et Agnès), votre accueil chaleureux m'a touchée. Merci de m'avoir reçue comme si j'étais un membre de vos familles, merci d'avoir continué à me faire confiance après l'internat. Venir au Thillot, que ce soit professionnellement ou personnellement, sera toujours un immense plaisir.

Merci au Dr Bizot d'avoir été le premier à me donner du travail en tant que remplaçante. Merci de votre confiance et dévouement, merci à votre épouse si conviviale, merci à Matthieu.

Merci aux médecins qui m'ont fait confiance pendant quatre ans, en particulier les Dr Lebailly, Dr Kammerer.

Un grand merci à Monique, secrétaire formidable, qui a égayé mes journées à St Avold. Que ta reconversion te donne tout le bonheur que tu mérites.

À mes amis :

À Aude, mon âme sœur. Ton amitié indéfectible pendant ces douze années m'a offert beaucoup plus que je n'aurais pu l'imaginer. Merci pour ton soutien, merci pour ton écoute, ton réconfort, et merci de me secouer quand cela devient nécessaire. Un grand merci également à ta famille.

À Mélanie, car grandir ensemble en Puisaye nous liera à jamais.

À Lise, ma partenaire de conf', de sous colle, et de voyages en Europe. J'espère que ma soutenance ne sera pas perturbée par des manifestants belliqueux comme la tienne. Et maintenant que cette étape compliquée est passée, envisageons de voyager à nouveau !

À Elisa, toujours là pour me soutenir et me réconforter, au détour de discussions téléphoniques qui n'en finissent pas ! Comme quoi, mettre des kilomètres entre nous n'aura rien changé à nos habitudes. D'énormes bisous à Thomas, Léandre et Priam.

À Sarah, ma super co-interne et mon coach de travail universitaire, qu'aurais-je fait sans toi ? Notre semestre délirant de Remiremont a donné lieu à une belle amitié qui garde ses traditions de rando-roller ; promis cette année je me remets à la plongée et à l'escalade !

Aux Romarimontains, en particulier Christophe, Dimitri, Elysée, à nos soirées babyfoot, pain vin fromage, et à l'administration qu'on aura rendue chèvre.

Aux Déodatien(s) : Camille, Rima, Kathleen, Fanny, Marvin et notre ménagerie. Encore un semestre fou fou fou, une belle façon de clôturer l'internat pour moi. Et encore beaucoup de soirées retrouvailles à venir.

Aux copin(e)s nancéiens et apparentés : Julie, Babou, Charlotte, Cécile, Léo, Pierre, Marie, Caro, Sophie, Woody, Mars... et merci de m'avoir fait découvrir ma future ville d'internat et d'y avoir passé des fêtes endiablées.

À Céline, Wii, Albin, tout le monde a besoin d'un peu de CMA dans sa vie.

À tous les copains croisés au long de mes pérégrinations aux 4 coins de la France, vous avez tous, à votre façon, enrichi ma vie.

Un grand merci à mes correcteurs : JM et Céline.

Une pensée tout particulière à Aubin, Iulia et Lucas.

À Olivier :

Merci d'être là, merci d'être toi. Merci de me supporter quand je sais que c'est un défi au quotidien, de garder le sourire et de me soutenir quand je n'en fais qu'à ma tête. Merci de toujours me faire rire, de toujours me surprendre.

Merci d'être mon présent et mon avenir.

Et merci d'avoir fait entrer Doppler dans ma vie ! (et aux multiples chats que l'on adoptera)

On l'a mené à l'hôpital
Pour le soigner où il avait mal
Il s'était fait mal dans la rue
Mais on l'a soigné autre part
Et il est mort !...

Boby Lapointe

SERMENT

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

Liste des abréviations

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources

AS : Aide-Soignant (e)

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

ECG : Electrocardiogramme

EHPAD : Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes

GEMSA : Groupes d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil

GIR : Groupes iso-ressources

IDE : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

MARPA : Maison d'Accueil Rural des personnes Agées

PDS : Permanence Des Soins

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SPASAD : Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de suite et réadaptation

TDM : Tomodensitométrie

Table des matières

Liste des abréviations	20
I Introduction.....	24
II Modalités d’hébergement des personnes âgées en France	25
A Accueil des personnes âgées autonomes	25
1) Résidences autonomie	25
2) Maison d’accueil rurale pour personnes âgées (MARPA)	27
3) Les résidences services.....	29
B Accueil des personnes âgées dépendantes.....	29
1) Cadre légal et réglementaire	30
2) Critères d’admission.....	31
3) Prestations fournies	31
4) les intervenants	31
5) Les aides financières.....	34
C Accueil des personnes âgées très dépendantes	34
1) USLD (unités de soin longue durée)	35
2) Les unités de soins spécifiques Alzheimer ou syndrome apparenté.....	36
D Situation de l’hébergement des personnes âgées en Lorraine et en Moselle durant l’année 2014	38
1) En Lorraine	38
2) En Moselle	39
III ETUDE.....	40
A Matériel et méthode.....	40
1) Critères d’inclusion.....	40
2) Critères d’exclusion	40
3) Données recueillies	40
4) Critères de jugement :.....	41
5) Analyse statistique :	41
6) Déclaration CNIL :.....	41
B Résultats	42
1) Age et sexe	42
2) Jour et heure d’arrivée [figure 1] [figure 2].....	42
3) Mode de transport [figure 3]	44

4) Temps de passage :	44
5) Orientation : [Figure 4]	44
6) CCMU : [Figure 6]	46
7) GEMSA : [figure 7]	46
8) Motif de consultation : [figure 8]	48
9) Diagnostic principal : [figure 9]	49
10) Réalisation d'un bilan paraclinique : [figure 10]	51
11) Avis spécialisé/actes de soins : [figure 12]	52
12) Passages itératifs :	53
IV Discussion	54
A biais et limites :	54
1) Biais de sélection	54
2) Biais de mesure	54
B Interprétation des résultats et revue de littérature	55
1) Données démographiques	55
2) Jour et heure d'arrivée	55
3) Mode de transport	56
4) Temps de prise en charge	56
5) Orientation	56
6) CCMU	57
7) GEMSA	57
8) Motif de consultation	57
9) Diagnostic	58
10) Bilan paraclinique	58
11) Avis spécialisé et actes de soins	59
12) Passages itératifs	59
C Perspectives	59
1) La permanence des soins	61
2) La télé médecine	63
3) Protocoles de prise en charge précoce à destination du personnel paramédical	64
V Conclusion	66
VI Bibliographie	68
ANNEXE 1	71
ANNEXE 2	73

ANNEXE 3	75
ANNEXE 4	76
ANNEXE 5	77
RESPONSABLES DE TRAITEMENT CONCERNES.....	78
OBJECTIF(S) POURSUIVI(S) PAR LE TRAITEMENT (FINALITES)	79
ANNEXE 6	84
ANNEXE 7	Erreur ! Signet non défini.

I Introduction

Il existe, actuellement, une augmentation des consultations [1] [2] aux urgences qui engendre un débordement de la capacité d'accueil de ces services et des délais d'attentes toujours plus longs.

Il est difficile de trouver une cause à ce problème qui semble multi factoriel [3]. Toutefois un grand nombre de ces consultations ne semble pas répondre à la vocation initiale des urgences et pourraient faire l'objet d'une prise en charge par la médecine de ville.

Par ailleurs, le vieillissement actuel [4] [5] de la population (projection en 2060 : 1/3 de la population aurait plus de 60 ans, +10,4M par rapport à 2007) implique un nombre grandissant de patients âgés aux urgences, notamment de patients résidents d'EHPAD [6] [7], qui pourtant bénéficient d'une structure dans laquelle il existe une prise en charge paramédicale permanente.

Or, il s'agit d'une population de patients plus fragiles ou dépendants chez laquelle ces consultations potentiellement évitables peuvent avoir un effet négatif favorisant de nouvelles comorbidités (déclin cognitif et fonctionnel, pathologies infectieuses, escarres...) [8] [9]. Il paraît donc nécessaire d'évaluer ce phénomène et ses causes les plus fréquentes afin de proposer des alternatives à l'hospitalisation.

Par ailleurs, la médecine générale est également en tension [10] du fait d'une réduction des effectifs de médecins généralistes libéraux depuis 2006 (avec une réduction projetée de 4% de leurs effectifs entre 2012 et 2015, puis de 9,5% pour les dix années suivantes), d'une augmentation de la population et particulièrement chez les plus de 75 ans, porteurs de pathologies plus lourdes et/ou multiples [5]. De ce fait, il sera de plus en plus difficile au médecin traitant de se rendre rapidement au lit du patient, bien que sa présence soit de plus en plus nécessaire.

Ce travail propose une analyse, sur une année, des consultations aux urgences de patients en provenance d'EHPAD. Seront notamment évalués des données démographiques et le profil de leur passage dans les services d'urgence (orientation, temps de passage, bilans complémentaires réalisés, actes thérapeutiques...). Cette analyse se donne pour but de rechercher des pistes d'amélioration de la collaboration entre les médecins hospitaliers des SAU et les médecins traitants, et des alternatives au transfert de cette population particulièrement fragile dans des structures d'urgence.

II Modalités d'hébergement des personnes âgées en France

Il existe plusieurs modalités d'hébergement pour les personnes âgées. Ces établissements peuvent être plus ou moins médicalisés selon qu'ils ont vocation à accueillir des personnes âgées autonomes, dépendantes ou très dépendantes [11] [12] [13]:

- Personnes âgées autonomes : elles peuvent être accueillies en résidence autonomie (anciennement foyer-logement), en résidence services (ensemble hôtelier) ou encore en maison d'accueil rurale pour personnes âgées (MARPA) ;
- Personnes âgées dépendantes : les structures correspondant à ces patients sont les EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ;
- Personnes âgées très dépendantes : elles peuvent être accueillies en Unités de soins longue durée (USLD) ou en unités de soins spécifiques Alzheimer (ou syndrome apparenté).

Il existe également des dispositions visant à prendre en charge tout ou partie des frais d'hébergement selon les ressources des patients.

A Accueil des personnes âgées autonomes

Trois structures principales se distinguent

1) Résidences autonomie

Ce sont des ensembles de logements (des appartements de tailles différentes, du studio T1/T1bis au T3) pour les personnes âgées, associées à des services collectifs. Elles sont majoritairement gérées par des organismes publics ou à but non lucratif.

Elles sont conçues pour accueillir des personnes âgées, seules ou en couple, majoritairement autonomes qui ne peuvent plus ou n'ont plus l'envie de vivre chez elles, que ce soit en raison de difficultés financières, logistiques (accès aux commerces etc.) ou par sentiment d'isolement.

Leurs buts :

- Continuer à vivre de manière indépendante ;
- Bénéficier d'un environnement plus sécurisé ;
- Utiliser des services collectifs (restauration, ménage, blanchisserie, animations...) ;
- Avoir un loyer modéré.

Ces structures n'ont pas vocation à accueillir des résidents dont l'état de santé nécessite des soins permanents ou une assistance quotidienne.

Les soins sont fournis par des intervenants extérieurs dans la plupart des cas (SSIAD, infirmiers libéraux, médecins libéraux ...). Dans certaines résidences autonomie, du personnel médical est présent sur place (aides-soignants ou infirmiers).

a) Critères d'admission :

Les patients doivent être quasi-autonomes. Le niveau d'autonomie, ou de dépendance, d'un patient est défini par la grille AGGIR (*annexe 1*), qui classe les patients en plusieurs groupes (dits « iso-ressources ») de GIR1 (le niveau de dépendance le plus élevé) à GIR6 (le niveau d'autonomie le plus élevé).

Cette grille présente dix-sept points évaluant la capacité d'une personne à réaliser les actes de la vie quotidienne, que ce soit au niveau de son autonomie physique ou psychique.

Dix activités corporelles et intellectuelles (variables discriminantes : cohérence, orientation, toilette corporelle, habillage, alimentation, déplacements intérieurs et extérieurs, communication à distance) et sept activités domestiques et sociales (variables illustratives : gestion, cuisine, ménage, transport, achats, observance des traitements, activités du temps libre) composent la grille AGGIR. Seules les dix activités corporelles et intellectuelles sont utilisées pour établir le score GIR, les autres sont utilisées pour établir un plan d'aide à la personne âgée.

- avoir un niveau de perte d'autonomie évalué en GIR 5 ou 6. Il est possible d'être admis en GIR 4 à condition que la résidence autonomie ait signé une convention avec :
 - d'une part un EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ;
 - et d'autre part un SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) ou un SPASAD (service polyvalent d'aide et de soins à domicile) ou un centre de santé ou un professionnel de santé.
- avoir plus de 60 ans (une dérogation est possible pour les personnes âgées de moins de 60 ans et les personnes en situation de handicap).

b) Prestations fournies :

Le décret du 27 mai 2016 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement définit une liste de prestations minimales délivrées aux personnes vivant dans les résidences autonomie :

- Gestion administrative de l'ensemble du séjour, notamment l'état des lieux contradictoire d'entrée et de sortie, élaboration et suivi du contrat de séjour ;
- Mise à disposition d'un logement privatif avec possibilité d'installer le téléphone et la télévision ;
- Mise à disposition et entretien des espaces collectifs ;

- Accès à une offre d'actions de prévention de la perte d'autonomie, collectives ou individuelles, au sein de la résidence autonomie ou à l'extérieur pour entretenir les facultés physiques, cognitives et créer du lien social ;
- Accès à un service de restauration ;
- Accès à un service de blanchisserie ;
- Accès à internet au moins dans une partie de la résidence autonomie ;
- Accès à un dispositif de sécurité apportant au résident une assistance et un moyen de se signaler 24h/24h ;
- Accès aux animations et aux activités organisées dans l'enceinte de l'établissement, organisation d'activités extérieures.

Selon le projet d'établissement de la résidence-autonomie, la prestation repas du petit déjeuner ou du dîner peut être obligatoire (livrée ou servie en salle) ou facultative (les logements sont équipés d'une petite cuisine).

c) Les aides financières :

Les résidents des résidences autonomie peuvent bénéficier de :

- l'APA (allocation personnalisée d'autonomie);
- l'APL (les aides au logement) ;
- l'ASH (aide sociale à l'hébergement) si la résidence autonomie est habilitée à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement.

L'attribution de ces aides dépend de deux critères :

- des ressources pour l'APA, l'aide au logement et l'ASH ;
- le niveau de perte d'autonomie pour l'APA.

Ces aides peuvent se cumuler.

2) Maison d'accueil rurale pour personnes âgées (MARPA)

Le concept des MARPA , ou maisons d'accueil et de résidence pour l'autonomie, est de préserver le tissu rural et d'éviter que les personnes âgées soient contraintes de s'exiler à « la ville » afin de trouver une maison de retraite alors qu'elles souhaiteraient continuer à vivre dans leur milieu familial [14].

Ces structures à but non lucratif proposent à leur vingtaine de résidents (maximum 24 résidents par maison) un logement privatif et des espaces de vie collective. Chacun dispose donc de son espace personnel tout en conservant ses activités et relations sociales antérieures.

Les buts sont les mêmes qu'en résidence autonomie mais en plus ces établissements s'attachent à conserver le lien avec le milieu rural, avec une réelle ouverture sur l'extérieur, que ce soit l'accès à des espaces extérieurs ou la participation à la vie de village.

a) Critères d'admission :

- Certificat médical attestant du degré d'autonomie de la personne et de la conformité de son état de santé avec les conditions d'accueil de la MARPA ;
- Avoir 60 ans ou plus ;
- Pouvoir assurer les frais d'hébergement, les charges et les repas.

b) Les prestations :

- Logements privatifs (du studio pour les personnes seules au T2 pour les couples), de plain-pied, avec un accès extérieur direct (terrasse ou jardin). Possibilité d'installer la télévision ou le téléphone ;
- Accès à un service de restauration (au choix du résident qui dispose d'une cuisine dans son logement) ; il est également proposé au résident de participer à la réalisation des repas pour l'ensemble des résidents ;
- Accès à un service de blanchisserie ;
- Accès à une offre d'actions collectives ou individuelles de prévention de la perte d'autonomie au sein de la résidence autonomie ou à l'extérieur ;
- Accès à un dispositif de sécurité apportant au résident une assistance et un moyen de se signaler 24h/24h (présence sur place de personnel polyvalent 7j/7 et 24H/24 avec système de téléassistance dans les logements) ;
- Accès aux animations et aux activités organisées dans l'enceinte de l'établissement et organisation d'activités extérieures ;
- Favoriser et suivre l'autonomie du patient ; réorientation par les responsables de maison d'accueil vers un établissement plus adapté en cas de dégradation de l'autonomie.

Il s'agit là aussi d'établissements qui ne sont pas destinés à fournir des soins, cependant l'équipe de professionnels présents (6 à 9 personnes) se charge de la coordination avec les personnels de soin médical ou paramédical (médecin traitant, kinésithérapeutes, infirmiers, SSIAD).

c) Les aides financières :

Les promoteurs de la MARPA ont à cœur d'accueillir toutes les personnes âgées, même à revenu modeste et relevant de tous les régimes.

Les occupants de ces logements peuvent bénéficier :

- de l'aide personnalisée au logement (APL) dispensée par la caisse d'allocations familiales ;
- de l'aide sociale (ASH) sous conditions (MARPA habilitée à la recevoir, patient y vivant depuis au moins 5 ans ;
- de l'allocation personnalisée autonomie (APA).

3) Les résidences services

Il s'agit de logements privés associés à des services collectifs dont les occupants sont locataires ou propriétaires. Elles sont gérées par des structures privées commerciales ou associatives [12].

a) Critères d'admission :

S'agissant d'organismes privés, les critères d'admission dépendent donc de la structure. Elles sont conçues pour des personnes âgées seules, ou en couple ne désirant ou ne pouvant plus vivre dans leur domicile classique.

Ce ne sont pas des établissements sociaux ou médico-sociaux, et ils ne sont généralement pas adaptés à l'accueil des personnes dépendantes.

b) Les prestations :

La vie dans une résidence services permet de :

- continuer à vivre de manière indépendante ;
- bénéficier d'un environnement plus sécurisé (conciergerie, gardiennage...) ;
- utiliser des services collectifs (restauration, ménage, animations...).

S'agissant d'organismes privés et indépendants, la liste des services proposés peut également varier énormément d'une résidence à l'autre.

c) Les aides financières :

Elles n'ont pas de vocation sociale, elles ne sont donc pas habilitées à l'ASH. Toutefois ses occupants (sous conditions) peuvent bénéficier de l'APL ainsi que de l'APA.

B Accueil des personnes âgées dépendantes

Les établissements adaptés pour ces patients sont les EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). Il peut s'agir d'établissements publics, associatifs ou privés à but lucratif [11].

La création de ces structures a été officialisée avec l'arrêté du 26 avril 1999, qui crée un

« contrat » ou « convention » liant l'établissement d'hébergement (pour la partie hôtellerie), l'Etat (pour la partie soins) représenté à l'origine par la DDASS, puis l'ARS pour le contrôle, elle-même représentée par la Sécurité Sociale au titre d'organisme payeur, et enfin le Conseil Général (pour la partie dépendance).

Un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes désigne en France la forme d'institution pour personnes âgées la plus répandue [7]. Il s'agit d'un établissement médico-social destiné à des personnes âgées de 60 ans ou plus. Contrairement aux structures présentées ci-dessus elles bénéficient de chambres médicalisées et d'une équipe présente sur place qui peut fournir des soins médicaux et paramédicaux.

1) Cadre légal et réglementaire

En raison de sa structure unitaire, l'Etat détient la compétence d'édicter les normes juridiques qui fixent le cadre législatif et réglementaire de la politique publique menée par les différents acteurs du secteur. Cependant, s'agissant de la mise en œuvre, l'Etat ne dispose plus que de compétences résiduelles. D'autres personnes morales de droit public (ou privé) œuvrent à titre principal au service des personnes âgées dépendantes.

Le socle juridique date de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Ces infrastructures doivent respecter :

- la réforme des EHPAD : Loi du 24 janvier 1997, complétée par les décrets d'avril 1999 et de mai 2001, modifiée par la Loi de financement de la Sécurité Sociale en 2003 ;
- la réglementation applicable aux établissements médico-sociaux : Loi n° 2002-2 du 02 janvier 2002 qui a permis une rénovation de l'action sociale et médico-sociale et a développé les possibilités de coordination et coopération entre acteurs ;
- La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) qui a encore modifié le droit de ce secteur ;
- la loi d'adaptation de la société au vieillissement : [13]
 - l'article 57 prévoit un ensemble de prestations minimales relatives à l'hébergement (liste fixée par décret du 30 décembre 2015) ;
 - l'article 58 remplace la signature d'une convention tripartite par l'adhésion au CPOM (contrat pluriannuel d'objectif et de moyens) : le contrat fixe les obligations respectives des parties signataires et prévoit leurs modalités de suivi, notamment sous forme d'indicateurs. Il définit des objectifs en matière d'activité, de qualité de prise en charge, d'accompagnement et d'intervention d'établissements de santé exerçant sous la forme d'hospitalisation à domicile.

2) Critères d'admission

Pour être accueilli en EHPAD, il faut :

- avoir plus de 60 ans (toutefois certains départements accordent des dérogations pour l'admission) ;
- et être dépendant, c'est-à-dire présenter une perte d'autonomie, que ce soit sur le plan physique (par exemple limitation de la motricité, utilisation d'aides techniques telles que déambulateur ou fauteuil roulant) ou psychique (diagnostic de troubles cognitifs/démementiels comme la maladie d'Alzheimer), nécessitant une aide aux actes de la vie quotidienne et dont la pathologie stabilisée nécessite une surveillance médicale et infirmière classique, à l'exclusion des pathologies nécessitant des soins techniques auxquels l'EHPAD ne peut répondre. Cette dépendance est évaluée par la grille AGGIR comme vu précédemment.

A partir de la moyenne du GIR de tous les résidents, on peut calculer le GMP ou GIR Moyen Pondéré qui mesure la dépendance globale d'un établissement au regard de la population qu'il accueille. Les EHPAD sont des établissements dont le GMP est supérieur à 300.

3) Prestations fournies

Les EHPAD :

- hébergent des personnes âgées à temps complet ou partiel, de manière permanente ou temporaire ;
- proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés, des actions de prévention et d'éducation à la santé et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée ;
- mettent en place avec la personne accueillie (et avec sa personne de confiance) un projet d'accompagnement personnalisé adapté aux besoins comprenant un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser l'exercice des droits des personnes accueillies.

Ces établissements doivent fournir à chaque résident au minimum les prestations suivantes :

- l'accueil hôtelier (mise à disposition d'une chambre individuelle ou double, accès à une salle de bain comprenant au moins un lavabo, une douche et des toilettes, éclairage, chauffage, entretien et nettoyage, accès à la télévision, à la téléphonie et à internet...) ;
- la restauration (accès à un service de restauration, fourniture de trois repas, d'un goûter et d'une collation nocturne) ;
- le blanchissage (fourniture du linge de lit et de toilette) ;
- l'animation et vie sociale (à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement) ;
- l'administration générale (état des lieux, document de liaison avec la famille, contrat de séjour...).

4) Les intervenants

Les EHPAD disposent d'une équipe pluridisciplinaire médicale, paramédicale, administrative ainsi que d'agents de service.

a) Le médecin coordonnateur

Cette fonction de médecin coordonnateur en EHPAD a été créée par l'arrêté du 26 avril 1999. Chaque médecin traitant dans l'institution ne voit que ses propres patients et il ne peut donc pas s'impliquer dans la gestion de la structure. La fonction du médecin coordonnateur est donc une fonction de soins collectifs et de médecine institutionnelle, et non une fonction de soins directs [15].

Le décret n° 2005-560 du 27 mai 2005 fixe les 11 missions du médecin coordonnateur (*annexe 2*), auxquelles vient s'ajouter une douzième mission par le décret n° 2007-547 du 11 avril 2007 et qui est également complété par le décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur en EHPAD. Ce dernier décret augmente le temps de présence minimale des médecins en fonction de la capacité des établissements. Il renforce également leur mission de coordination des soins prodigués aux résidents.

Récemment, une treizième mission de prescription exceptionnelle est venue s'intégrer aux précédentes par la circulaire n° DGCS/SD3A/2012/404 du 7 décembre 2012 relative à la mise en œuvre du décret du 2 septembre 2011 : la réalisation de prescriptions médicales pour les résidents en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux. Dans ce cas il devra en rendre compte au médecin traitant.

b) L'équipe paramédicale

L'équipe paramédicale comporte :

- des IDE, sous la coordination de l'IDE référente : réalisent au quotidien de nombreuses actions [16] parmi celles-ci :
 - recueil de données cliniques, des besoins et attentes du résident et de son entourage ;
 - établissement du projet de soins ;
 - surveillance de l'évolution de l'état de santé ;
 - assistance technique lors des soins réalisés par le médecin ;
 - information et éducation ;
 - rédaction et mise à jour du dossier patient ;
 - coordination, organisation des activités et des soins d'un patient/d'un groupe de patients ;
 - détection de l'urgence et prise d'initiatives qui s'imposent.

- des aides-soignantes : aident le patient pour les actes de la vie quotidienne qu'il ne peut plus réaliser [17] :
 - dispenser les soins d'hygiène et de confort ;
 - collaborer aux soins préventifs et curatifs ;
 - participer à la distribution et à la prise des repas ;
 - solliciter et stimuler les patients afin de contribuer au maintien, voire au développement, de leur autonomie ;
 - assurer l'entretien de l'environnement direct et indirect du patient ;
 - contribuer à l'écriture et à la mise en œuvre du projet de soin du patient.

- un psychologue : conçoit, élabore et met en œuvre des actions préventives et curatives afin de promouvoir l'autonomie de la personne. Il réalise des actions auprès des résidents (écoute, soutien, stimulation, accompagnement), des familles et du personnel (écoute et conseil). [17]
- des aides médico-psychologiques (AMP) : accompagnent les résidents en réalisant à leur côté des gestes de la vie quotidienne (coucher, lever, toilette...) et les aident à stimuler leurs fonctions cognitives. Elles ont un rôle d'éveil, d'encouragement et de soutien. Elles agissent au sein d'une équipe pluri-professionnelle, sous la responsabilité d'un travailleur social ou paramédical [17].
- les agents de service hospitalier : assurent l'hygiène de l'environnement des résidents (nettoyage des chambres, des sanitaires et des parties communes) et le portage des repas des patients alités [17].

c) Les intervenants libéraux

Tout établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes doit élaborer un projet d'établissement précisant ses modalités d'organisation et de fonctionnement.

Les intervenants libéraux doivent passer une convention avec l'établissement (article L314-12 du code de l'action social et des familles) portant sur l'organisation, la coordination et l'évaluation des soins. L'arrêté du 30 décembre 2010 fixe les modèles de contrat type devant être signés par les professionnels de santé qui exercent à titre libéral et interviennent à ce titre dans les EHPAD.

Dans le respect de la législation, l'EHPAD respecte la liberté des résidents de choisir leur médecin traitant, masseur-kinésithérapeute ou infirmière libérale qui, pour pouvoir intervenir au sein de l'établissement, conclut un contrat avec l'EHPAD.

Dans le cas où le résident n'en aurait pas, l'établissement lui propose, à titre informatif, la liste des intervenants signataires dudit contrat. Si le résident a un médecin ou une infirmière qui n'est pas signataire, il pourra continuer à faire appel à lui, mais sans pouvoir faire supporter cette dépense à l'établissement.

d) La place du médecin traitant

Le médecin coordonnateur n'ayant pas de rôle de suivi de la santé du patient, de la réévaluation et de la prescription des traitements, des examens paracliniques et des soins, c'est le médecin traitant du patient qui continue de se charger de ces missions. Il est donc amené à rendre visite au patient en EHPAD, étant donné qu'il s'agit désormais de son domicile. Il est au centre de la démarche de soins et coordonne le parcours de soins.

Toutefois le profil des patients d'EHPAD est différent de celui des patients habituels du médecin généraliste du fait du profil de dépendance et de polypathologie des résidents d'EHPAD. Ces patients nécessitent souvent un suivi plus rapproché, et statistiquement, des hospitalisations plus fréquentes [18].

L'exercice médical libéral en EHPAD est réglementé par le décret du 30 décembre 2010 qui stipule que : « l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes répond à des conditions particulières d'exercice destinées notamment à assurer l'organisation, l'information, la coordination et l'évaluation des soins ».

Il avait été prévu que le médecin traitant devait signer un contrat avec le directeur de l'établissement qui reprend ces conditions pour pouvoir intervenir au sein de l'établissement et être remboursé par la caisse d'assurance maladie. Ses prescriptions devaient faire partie de la dotation de la structure. Or, suite à une décision du conseil d'état du 20 mars 2013 au nom du principe du libre choix, ce contrat est remis en cause et n'est plus obligatoire. Il précise que les dispositions du contrat type : « ne peuvent être regardées comme imposant au professionnel de santé libéral de recourir à certains actes ou de renoncer aux prescriptions qu'il estimerait nécessaires aux patients ». Les dispositions sur la rupture du contrat signé par le médecin par droit de rétractation du chef d'établissement et celles concernant la résiliation du contrat ont été annulées par le Conseil d'Etat.

Toutefois, il est toujours prévu que le médecin participe à la réunion annuelle de la commission de coordination gériatrique organisée par le médecin coordonnateur (participation indemnisée).

5) Les aides financières

En cas de ressources insuffisantes du résident, les frais peuvent être compensés par :

- Aide sociale à l'hébergement (ASH) sous réserve que le résident choisisse un établissement qui accepte l'ASH ;
- Aides au logement : l'allocation de logement sociale (ALS) ou l'aide personnalisée au logement (APL) qui s'appliquent sur la partie de la facture relative au tarif hébergement ;
- Aide personnalisée d'autonomie (APA) qui s'applique sur la partie de la facture relative au tarif dépendance.

C Accueil des personnes âgées très dépendantes

Une personne âgée très dépendante est une personne qui se trouve dans l'incapacité d'effectuer elle-même les actes de la vie courante (par exemple : impossibilité de se laver, de se nourrir) et dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale constante.

Elle peut être accueillie en unité de soins de longue durée (USLD) ou en unités de soins spécifiques Alzheimer ou syndrome apparenté. Ces unités de soins proposent l'hébergement en chambre individuelle avec des soins médicaux et une surveillance constante. L'admission a en général lieu à la suite d'une hospitalisation ou à la sortie d'un service de soins de suite et réadaptation.

1) USLD (unités de soin longue durée)

[11] [19] [20] [21]

Elles sont considérées comme des services hospitaliers de longue durée de séjour que l'on peut retrouver au sein des EHPAD ou au sein de certains hôpitaux.

a) Critères d'admission

L'admission a généralement lieu après un séjour hospitalier ou en SSR.

Ces structures concernent des patients qui présentent des signes de perte d'autonomie importants et la nécessité de soins médicotecniques continus, de telle façon qu'il est impossible pour ces personnes de retourner à domicile ou dans des structures d'hébergement classiques.

L'admission directe en provenance du domicile est tout de même possible.

Elle se fait sur dossier médical, après validation par le médecin conseil de la CPAM et celui de l'établissement hospitalier.

Il est important de noter qu'il n'existe pas de critère d'âge pour l'admission en USLD, toutefois le taux de patients de moins de 60 ans admis en USLD ne dépassait pas 3% en 2011.

b) Prestations

Comme dans un EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), l'accompagnement proposé est global : l'établissement s'occupe de la vie quotidienne et de la coordination des soins.

La prise en charge des soins dans ces unités est hospitalière. Il n'y a pas d'intervention du médecin traitant dans ce type de structures.

Elles doivent fournir une présence infirmière 24H/24 et une présence médicale nocturne, principalement sous forme d'astreinte.

c) Aides financières

Il existe trois types d'aide publique qui peuvent aider à payer les frais d'hébergement et les frais liés au tarif dépendance :

- l'ASH (aide sociale à l'hébergement) ;
- les aides au logement qui s'appliquent sur la partie de la facture relative au tarif hébergement ;
- l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) en établissement qui s'applique sur la partie de la facture relative au tarif dépendance pour les personnes dont la

dépendance est évaluée en GIR 1-2 et 3-4 (les personnes en GIR 5-6 ne sont pas éligibles à l'APA).

Ces aides dépendent de deux critères :

- les ressources pour l'APA, l'aide au logement et l'ASH ;
- le niveau de perte d'autonomie pour l'APA.

Ces aides peuvent se combiner et s'additionner.

2) Les unités de soins spécifiques Alzheimer ou syndrome apparenté

[22] [23] [24]

L'évolution de la dépendance d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer peut rendre le maintien à domicile difficile, voire impossible.

Il existe des structures spécifiques pour l'accueil des malades d'Alzheimer en établissement : les unités Alzheimer qui prennent place au sein des EHPAD, il existe une grande hétérogénéité de ces structures. Elles sont encadrées par des recommandations de bonnes pratiques professionnelles qui s'inscrivent dans le cadre des mesures 1, 15 et 16 du plan Alzheimer 2008-2012.

Les patients y sont accueillis dans un cadre sécurisé et adapté, dans lequel ils peuvent déambuler sans danger.

Dans cette perspective, l'accompagnement en établissement médico-social a pour but :

- de préserver, maintenir et/ou restaurer l'autonomie de la personne, dans les choix et actes de la vie quotidienne comme dans les décisions importantes à prendre ;
- de mettre en place des mesures préventives et thérapeutiques des troubles psychologiques et comportementaux ;
- d'assurer à chaque personne un accès à des soins de qualité, sans discrimination liée à l'âge ou aux troubles cognitifs ;
- de soutenir les proches en fonction de leurs attentes, de les aider à maintenir un lien avec le malade et de leur proposer une participation active au projet personnalisé.

La définition d'un projet de vie individuel permet de proposer l'accompagnement le plus adéquat à chaque personne. Enfin, les familles sont étroitement associées à la vie quotidienne des patients.

a) Critères d'admission

[22] [25] [27]

Ces unités concernent des patients ayant une maladie d'Alzheimer, ou une maladie apparentée documentée (critères DSM IV ou NINCDS-ADRDA), compliquée de symptômes psycho-comportementaux dont la sévérité et/ou la persistance compromettent la qualité de

vie du patient et sa sécurité, et ne sont pas compatibles avec son maintien dans l'unité traditionnelle de l'EHPAD.

Deux types d'unités ont été créées :

- UHR (Unités d'hébergement renforcées) qui hébergent les résidents ayant des troubles sévères du comportement selon les critères suivants :
 - des troubles mesurés par un score strictement supérieur à 7 à un des items de l'échelle NPI-ES (Inventaire Neuro-Psychiatrique pour équipe Soignante se basant sur 10 variables comportementales et 2 variables neurovégétatives) concernant seulement les troubles perturbateurs suivants : idées délirantes, hallucinations, agitation/agressivité, désinhibition, exaltation de l'humeur/euphorie, irritabilité/instabilité de l'humeur, comportement moteur aberrant ;
 - Et avec une échelle de retentissement du NPI-ES à 5, éventuellement 4 lors de 2 évaluations au cours du mois précédent ;
 - Et mobiles, c'est-à-dire capables de se déplacer seul, y compris en fauteuil roulant ;
 - Et n'ayant pas de syndrome confusionnel (défini par la HAS : « Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation » - Mai 2009).

Les critères de sortie d'un malade de l'UHR sont les suivants :

- La personne est confinée au lit ou au fauteuil ;
 - Les troubles du comportement ont diminué de façon significative : tous les critères du NPI-ES sont inférieurs à 3 pendant un mois.
-
- PASA (Pôles d'activités de soins adaptés) qui proposent un accompagnement spécifique le temps de la journée, 1 à 7 jours par semaine, aux patients de l'EHPAD répondant aux critères suivants :
 - des troubles modérés du comportement mesurés par un score strictement supérieur à 3, à au moins un des items de l'échelle NPI-ES ;
 - des troubles du comportement qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents, dont l'ampleur est mesurée par l'échelle de retentissement NPI-ES entre 2 et 4, et qui interviennent selon une fréquence d'au moins une fois par semaine lors du mois précédent ;
 - n'ayant pas de syndrome confusionnel (défini par la Haute autorité de santé - HAS : « Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation » - Mai 2009) ;
 - mobiles, c'est-à-dire capables de se déplacer seul, y compris en fauteuil roulant ;
 - Et ne remplissant pas les critères d'admissibilité en UHR.

b) Prestations

Les prestations d'une unité Alzheimer sont les mêmes que celles proposées aux résidents d'EHPAD auxquelles s'ajoutent :

- un accueil dans un cadre sécurisé, adapté et dynamisant, dans lequel les résidents peuvent déambuler sans danger ;
- une architecture adaptée évitant les fugues et accidents ;
- un personnel formé : auxiliaires de vie, IDE et animateurs doivent être capables de faire face aux situations délicates induites par la maladie, afin de les désamorcer en douceur. La disponibilité du personnel est l'autre facteur majeur contribuant à une prise en charge optimale ;
- une éventuelle adaptation des horaires aux habitudes de vie et au rythme des résidents ;
- l'équipe soignante peut être enrichie par la présence d'aide médico-psychologique (AMP), assistant de soins en gérontologie (ASG), animateur, musicothérapeute, art-thérapeute, ergothérapeute etc.

c) aides financières

Elles sont les mêmes que celles que l'on peut proposer aux résidents d'EHPAD.

D Situation de l'hébergement des personnes âgées en Lorraine et en Moselle durant l'année 2014

En 2015 en France, 727 930 résidents vivent en établissement d'hébergement pour personnes âgées : 80% d'entre eux résident en EHPAD (soit 585 560) et 4,50% en USLD (soit 32 790). Ce chiffre est en nette augmentation : 34950 de plus qu'en 2014 (38540 patients supplémentaires en EHPAD, en revanche les USLD accueillent 700 patients en moins) [7].

Les établissements d'hébergement des personnes âgées étaient recensés au 1er janvier 2014 [27] comme suit :

1) En Lorraine

a) résidences autonomie/services et MARPA

Pour l'accueil permanent, la Lorraine disposait de 115 foyers logements (5520 places), de 13 maisons de retraite non EHPAD (1929 places).

b) EHPAD

Début 2014, on recensait 265 EHPAD (20209 places) en accueil permanent, 403 places d'accueil temporaire et 452 places d'accueil de jour.

c) USLD et unités de soins spécifiques

Il existait 36 établissements comportant un service d'USLD. Il est à noter que 391 places d'accueil temporaire et 412 places d'accueil de jour étaient dédiées au plan Alzheimer.

2) En Moselle

a) résidences autonomie/services et MARPA

La Moselle disposait de 45 foyers logements (152 places) et 5 maisons de retraite non EHPAD (344 places) pour l'accueil permanent.

b) EHPAD

On recensait 111 EHPAD : 7423 places en accueil permanent, auxquelles s'ajoutent 202 places d'accueil temporaire.

c) USLD et unités de soins spécifiques

On dénombrait 15 USLD (489 places), 199 places d'accueil temporaire étaient dédiées au plan Alzheimer, et 100 places d'accueil de jour (soit leur totalité).

Il est à noter que la Moselle comptait 242297 personnes âgées de plus de 60 ans au 31/12/2013 [28]. L'offre d'hébergement (permanent ou temporaire) en EHPAD et USLD était de 8114 places offrant donc une solution d'hébergement pour 3,38% de la population ciblée.

III ETUDE

A Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude monocentrique descriptive quantitative longitudinale rétrospective portant sur l'ensemble des patients provenant d'EHPAD ayant consulté aux urgences du CHR de Metz hôpital MERCY du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2014 inclus.

Afin de sélectionner la population de l'étude, nous avons utilisé les options de recherche du logiciel Résurgence utilisé au SAU de l'hôpital de Mercy afin de relever tous les dossiers de patients de 60 ans et plus ayant consulté durant l'étude. Nous avons ensuite trié l'ensemble de cette population selon leurs adresses afin de savoir s'ils étaient domiciliés, ou non, en EHPAD.

L'ensemble du recueil de données s'est fait à l'aide du logiciel Résurgence.

1) Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude, tous patients de 60 ans ou plus résidant en EHPAD ou en USLD pendant l'ensemble de l'année 2014 quel que soit le jour ou l'heure d'arrivée.

2) Critères d'exclusion

Ont été exclus de l'étude, tous patients de moins de 60 ans, tous patients de plus de 60 ans ne résidant ni en EHPAD ni en USLD, ou tous patients de 60 ans et plus dont l'adresse de domicile était erronée ou incomplète.

3) Données recueillies

- Age
- Sexe
- Jour et heure d'arrivée
- Mode de transport
- Temps de passage (en heures)
- Orientation
- Si hospitalisation : service ou hôpital d'hospitalisation et concordance avec le diagnostic principal
- Degré d'urgence : coté avec la classification CCMU (*Annexe 3*)
- La consommation en ressources : coté avec la classification GEMSA (*Annexe 4*)
- Motif de consultation
- Diagnostic principal
- Réalisation d'un bilan paraclinique :

- ✓ Réalisation d'un bilan biologique
 - ✓ Réalisation d'un bilan d'imagerie détaillant le type d'imagerie (radiographie conventionnelle, échographie, TDM, IRM, Doppler) et le nombre d'imagerie réalisés par catégorie.
 - ✓ Réalisation d'un ECG
 - ✓ Autres actes de diagnostics : EEG, médecine nucléaire, endoscopie
- Demande d'avis spécialisé et réalisation d'actes de soins :
- ✓ chirurgicaux (réalisation de sutures, retrait de corps étrangers etc...)
 - ✓ médicaux (tout traitement médicamenteux per os, IV ou SC sauf antalgique de palier 1 et sérum physiologique/glucosé 5% et distribution du traitement de fond)
 - ✓ infirmiers (pansements, pose de sonde urinaire, pose de sonde nasogastrique...)
 - ✓ orthopédiques (confection de plâtre, écharpe ou orthèses)
 - ✓ de réanimation (IOT, drain thoraciques/pleuraux, voies centrales)
- Passages itératifs au SAU dans les 6 mois précédents et consultation pour le même motif.

4) Critères de jugement :

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

Les critères de jugement secondaire sont des éléments de la pratique médicale courante : la prescription d'examen paracliniques, la demande d'avis spécialisés, la réalisation d'actes de soins et les classifications CCMU et GEMSA.

5) Analyse statistique :

Les données ont été anonymisées et recueillies dans un tableau Excel afin de réaliser une analyse univariée.

6) Déclaration CNIL :

Ce projet est conforme à la méthode de référence MR 003 de la CNIL. (*Annexe 5*)

B Résultats

Pendant l'année 2014, 15030 dossiers de patients de plus de 60 ans ont été enregistrés aux urgences de l'hôpital Mercy. Après avoir été triés par leur adresse de domicile, 1971 patients ont été inclus dans l'étude (soit 13,11% des dossiers).

Le rapport d'activité 2015 du service d'accueil des urgences adultes de l'hôpital Mercy portant sur l'année 2014 rapporte au total :

- 40586 passages (+7,94% par rapport à 2013) ;
- 20724 passages pour les 15-49 ans (+8,96%) ;
- 10855 passages pour les 50-74 ans (+5,82%) ;
- 9007 passages pour les 75 ans et plus (+8,23%).

Les consultations des plus de 60 ans représentent donc 37% des consultations totales, et les consultants d'EHPAD 4,86% des patients vus aux urgences.

1) Age et sexe

La moyenne d'âge de notre population est 86,52 ans (86 ans et 6 mois). La population est composée de 1410 femmes (71,5%) et de 561 hommes (28,5%).

2) Jour et heure d'arrivée [figure 1] [figure 2]

La fréquentation des urgences en fonction du jour d'arrivée est assez homogène :

289 patients (14,66%) sont adressés le lundi ;

289 patients (14,66%) sont adressés le mardi ;

270 patients (13,70%) sont adressés le mercredi ;

284 patients (14,41%) sont adressés le jeudi ;

295 patients (14,97%) sont adressés le vendredi ;

295 patients (14,97%) sont adressés le samedi et 249 patients (12,63%) sont adressés le dimanche.

Figure 1 : répartition de la fréquentation aux urgences selon le jour de semaine

Les gardes de médecine générale se déroulent de 20h à 08h en semaine, le weekend elles débutent le samedi à 12h et se terminent le lundi matin à 08H et les jours fériés elles durent 24H.

On dénombre 1267 patients (64,28%) qui ont été accueillis en horaires de jour, 704 patients (35,72%) ont été accueillis en horaire de garde.

Figure 2 : Répartition des dossiers selon l'heure d'arrivée

3) Mode de transport [figure 3]

Nous avons constaté 6 modes différents d'arrivée aux urgences :

- ✓ Ambulance privée : 1117 patients (56,67%) ;
- ✓ VSAV (sapeurs-pompiers) : 712 patients (36,12%) ;
- ✓ SMUR (SAMU 57) : 69 patients (3,50%) ;
- ✓ Moyens personnels : 29 patients (1,47%) ;
- ✓ Hélicoptère (via SAMU 57) : 3 patients (0,15%) ;
- ✓ Autres : 41 patients (2,08%).

Figure 3 : Répartition des modes de transport

4) Temps de passage :

Le temps de passage moyen est de 5h39 (339 minutes). Il est à noter le temps de passage le plus court fut de 13 minutes et le plus long de 9h09.

5) Orientation : [Figure 4]

938 patients (47,60%) sont retournés à domicile, parmi eux, 41 patients (2,10%) avec un rendez-vous de consultation spécialisée ultérieure à l'hôpital et 115 patients (5,83%) avec consigne de reconsulter leur médecin traitant.

7 patients (0,35%) sont décédés durant leur passage au SAU.

1 patient (0,05%) est parti sans attendre.

1025 patients (52%) ont été hospitalisés, parmi eux, 952 patients (48,30%) ont été hospitalisés au CHR Mercy, 73 patients (3,70%) ont été transférés dans un autre service hospitalier. Dans 51,6% des cas le patient était hospitalisé dans le service souhaité et qui correspondait à sa pathologie, dans 48,4% des cas il s'agissait d'un hébergement faute de place dans le service correspondant au diagnostic.

Figure 4 : Répartition des orientations post-urgences

La répartition des hospitalisations dans notre hôpital s'est faite comme suit : [figure 5]

- UHCD : 594 patients (57,95%) ;

- Services de soins intensifs/réanimation : 26 patients (2,54%) (9 patients en USINV, 10 patients en USIC, 7 patients en réanimation médicale) ;
- Services de médecine : 167 patients (16,30%) (74 patients en gériatrie, 22 patients en cardiologie, 20 patients en pneumologie, 18 patients en neuro-cardiologie, 12 patients en hépato-gastro-entérologie, 11 patients en médecine polyvalente, 3 patients en endocrinologie, 3 patients en oncologie, 1 patient en hématologie, 1 patient en néphrologie, 1 patient en neurologie, 1 patient en unité de gynécologie-obstétrique) ;
- Services de chirurgie : 165 patients (16,10%) (61 patients en orthopédie, 56 patients en traumatologie, 27 patients en chirurgie viscérale, 10 patients en urologie, 9 patients en chirurgie tête et cou, 2 patients en chirurgie cardio-vasculaire).

Figure 5 : Répartitions des hospitalisations par service

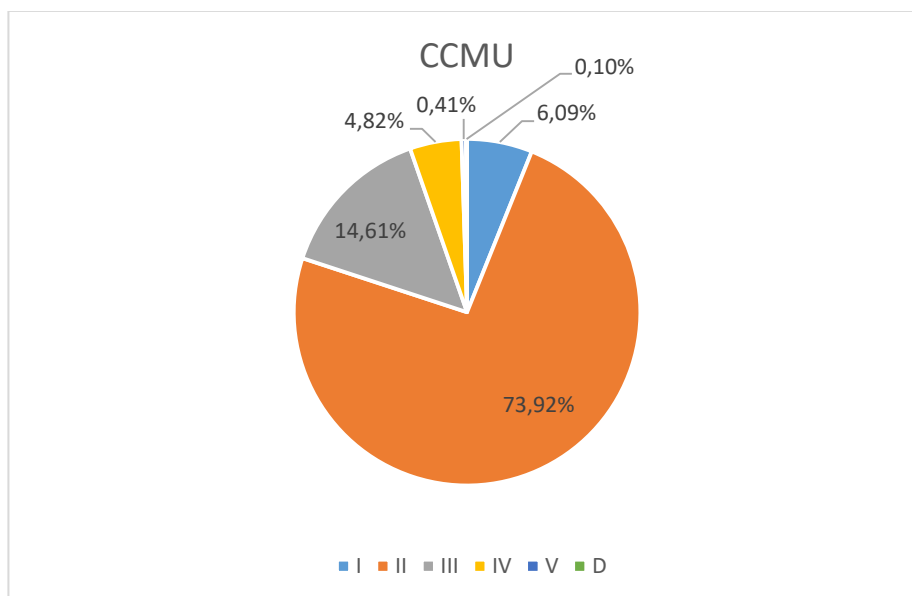
Il est à noter que 3 des transferts externes étaient des hospitalisations au CHS de Jury-les-Metz.

6) CCMU : [Figure 6]

La CCMU est cotée de I (état clinique stable pas d'actes complémentaires) à V (situation engageant le pronostic vital avec gestes de réanimation) avec une sixième classe D (patient décédé avant toute réanimation).

1457 patients (73,92%) ont été cotés II (état stable, actes complémentaires nécessaires), 288 patients (14,61%) ont été cotés III (état pouvant s'aggraver sans mise en jeu du pronostic vital), 120 patients (6,09%) ont été cotés I, 95 patients (4,82%) ont été cotés IV (pronostic vital engagé sans geste de réanimation immédiat), 8 patients (0,41%) ont été cotés V, 2 patients (0,1%) ont été cotés D. 1 patient (0,05%) parti sans attendre n'a pas pu être évalué selon cette classification.

Figure 6 : Répartition des différentes classes CCMU



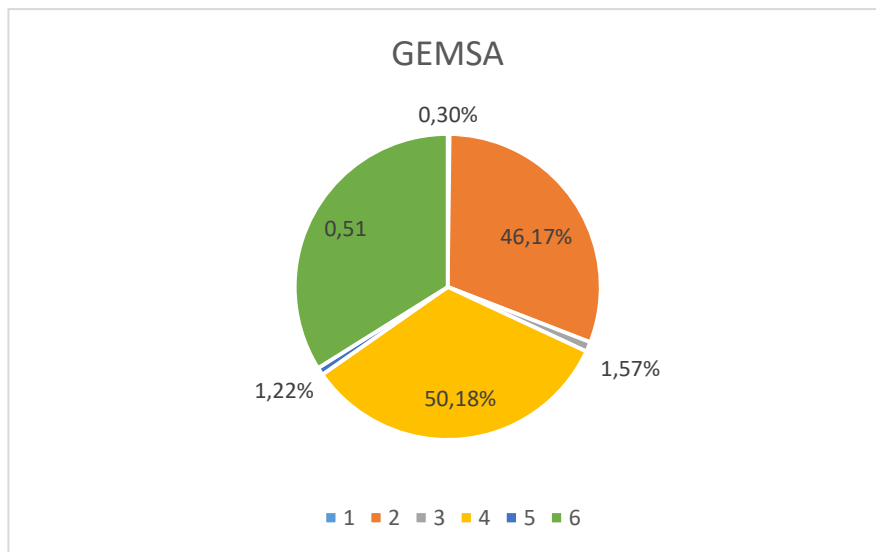
7) GEMSA : [figure 7]

La GEMSA est cotée de 1 à 6.

989 patients (50,18%) ont été cotés 4 (patient non attendu hospitalisé), 910 patients (46,17%) ont été cotés 2 (patient non convoqué sortant après consultation au SAU), 31

patients (1,57%) ont été cotés 3 (patient convoqué pour soins à distance de la prise en charge initiale), 24 patients (1,22%) ont été cotés 5 (patient attendu dans un service et hospitalisé), 10 patients (0,51%) ont été cotés 6 (patient nécessitant une prise en charge immédiate et prolongée) , 6 patients (0,30%) ont été cotés 1 (patient décédé à l'arrivée ou avant tout geste de réanimation), 1 patient (0,05%) parti sans attendre n'a pas pu être évalué selon cette classification.

Figure 7 : Répartition des différents scores GEMSA

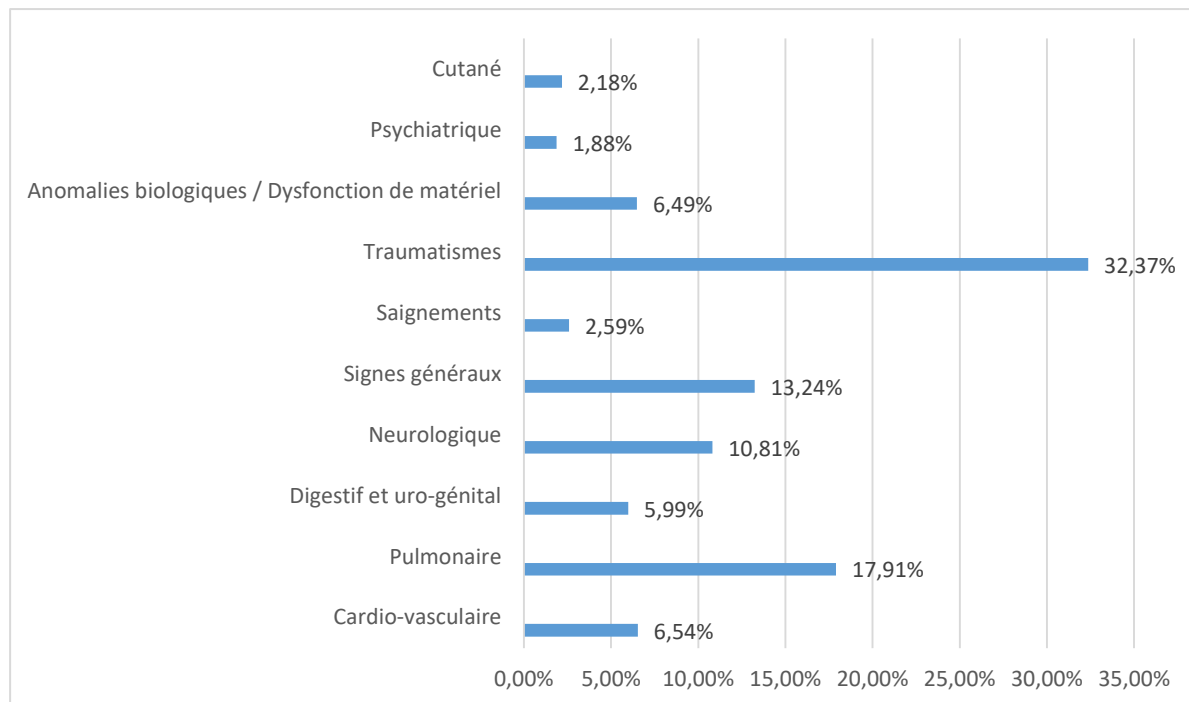


8) Motif de consultation : [figure 8]

Les motifs de consultations étant très variés ils ont été regroupés en 10 classes :

- symptomatologie cardio-vasculaire (douleurs thoraciques, anomalies des constantes hémodynamiques, choc, ACR etc...) ;
- symptomatologie pulmonaire (dyspnée, encombrement, toux, cyanose etc...) ;
- symptomatologie digestive et urogénitale (douleurs, troubles du transit, signes fonctionnels urinaires, vomissements etc...) ;
- symptomatologie neurologique (déficit sensitivomoteur, troubles de la vigilance, convulsions etc...) ;
- Signes généraux (malaise, AEG, asthénie, fièvre, douleur sans localisation précisée) ;
- Saignements extériorisés ;
- Traumatismes (chutes, plaies, corps étrangers) ;
- Anomalies biologiques/dysfonction de matériel médical (troubles de la crase, troubles du bilan ionique/rénal, anomalies de sondes/cathéters ou plâtres) ;
- Symptomatologie psychiatrique/atteinte des fonctions supérieures : (confusion, agitation, intoxication volontaire, anxiété) ;
- affections cutanées non traumatiques (éruption, œdème localisé, ictères, hématomes) ;

Figure 8 : Répartition des différents motifs de consultation



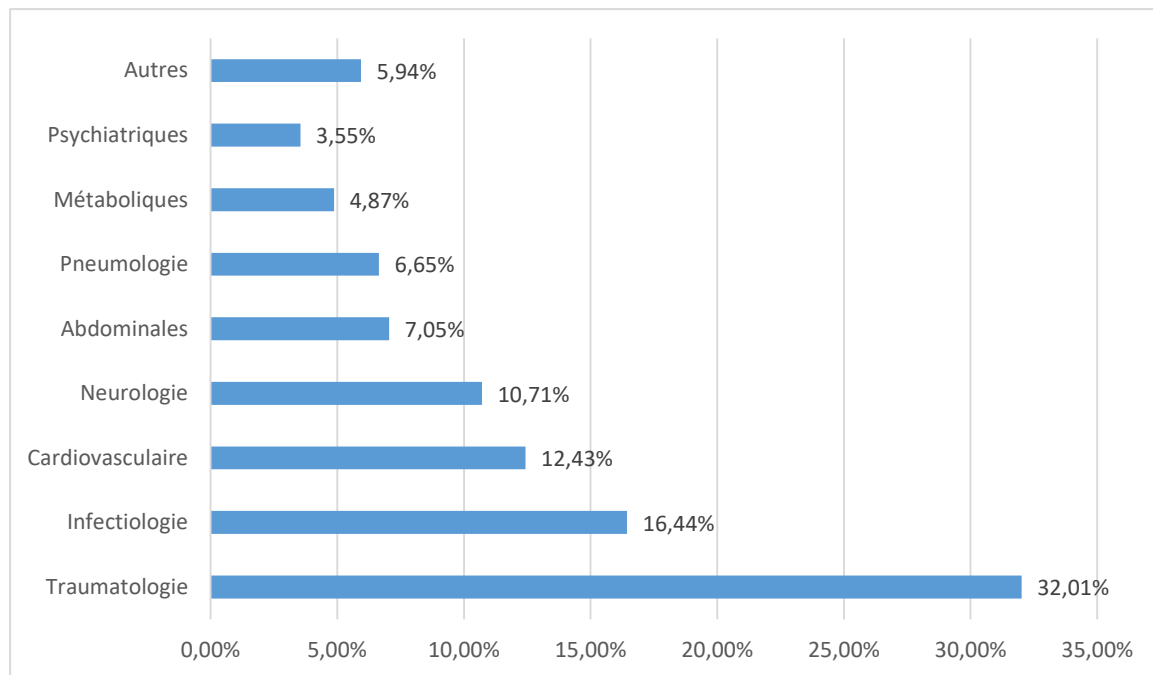
Le motif de consultation le plus fréquent est traumatologique avec 638 patients (32,37%), 353 patients (17,91%) ont consulté pour une symptomatologie pulmonaire, 261 patients (13,24%) ont consulté pour signes généraux, 213 patients (10,81%) ont consulté pour une symptomatologie neurologique, 129 patients (6,54%) ont consulté pour des symptômes cardio-vasculaires, 128 patients (6,49%) ont consulté pour des anomalies biologiques ou dysfonction de matériel, 118 patients (5,99%) ont consulté pour des symptômes abdominaux, 51 patients (2,59%) pour des saignements extériorisés, 43 patients (2,18%) pour des affections cutanées et 37 patients (1,88%) pour des signes psychiatriques/cognitifs.

A noter que 571 patients ont consulté pour chute, ce qui représente 89,5% des consultations pour traumatisme, et 28,97% des consultations au total.

9) Diagnostic principal : [figure 9]

En raison d'une grande variété de diagnostics pour une population aussi importante, ceux-ci ont été regroupés en 9 classes de diagnostic, ces classes étant elles-mêmes subdivisées en 7 à 14 sous-classes. (Annexe 6).

Figure 9 : Répartition des diagnostics



La classe de diagnostic principal le plus fréquemment représentée est la traumatologie avec 631 patients (32,01%) : dans cette classe on retrouve un diagnostic de contusion pour 237 patients (12,02%), de fracture fermée de membre pour 175 patients (8,88%), de plaie pour 104 patients (5,28%).

La seconde classe de diagnostic la plus fréquente est l'infectiologie avec 324 patients (16,44%) : la sous-classe pneumopathie bactérienne représente 155 patients (7,86%), les bronchites aiguës représentent 51 patients (2,59%), les infections des voies urinaires basses représentent 40 patients (2,03%).

Des pathologies cardio-vasculaires sont diagnostiquées chez 245 patients (12,43%) : 70 patients (3,55%) seront traités pour une insuffisance cardiaque, 47 patients (2,38%) pour malaise/syncope, 39 patients (1,98%) pour douleurs thoraciques bénignes.

Des diagnostics neurologiques ont été posés pour 211 patients (10,71%) : pour 106 patients (5,38%) il s'agit d'AVC, pour 31 patients (1,57%) il s'agit d'épilepsie, pour 25 patients (1,27%) il s'agit d'étourdissement/éblouissement.

139 patients (7,05%) ont été diagnostiqués d'une affection abdominale, parmi eux 33 patients (1,67%) présentent une modification du transit, 23 patients (1,16%) présentent une douleur abdominale sévère, 19 patients (0,96%) des douleurs abdominales.

Des diagnostics pneumologiques ont été portés pour 137 patients (6,65%), 87 patients (4,41%) présentent une dyspnée, 13 patients (0,66%) une insuffisance respiratoire aiguë, 12 patients (0,61%) une maladie pulmonaire chronique.

117 patients (5,94%) ont été diagnostiqués d'une affection autre : 41 patients (2,08%) pour une altération de l'état général, 27 patients (1,37%) pour une dysfonction de matériel médical, 16 patients (0,81%) pour un épistaxis.

Une affection métabolique a été diagnostiquée pour 96 patients (4,87%), 61 d'entre eux présentent une anémie (3,09%), 14 présentent une hyper osmolarité (0,71%), 14 présentent une perturbation de la glycémie (0,71%) avec une répartition égale entre les hyper et les hypoglycémies.

Enfin, 70 patients (3,55%) ont été diagnostiqués d'une affection psychiatrique : pour 28 patients (1,42%) il s'agit d'une agitation, pour 15 patients (0,76%) il s'agit d'une inquiétude sur son état de santé, pour 13 patients (0,66%) il s'agit de troubles de la personnalité ou du comportement.

Un patient (0,05%) parti sans attendre n'a eu aucun diagnostic posé.

10) Réalisation d'un bilan paraclinique : [figure 10]

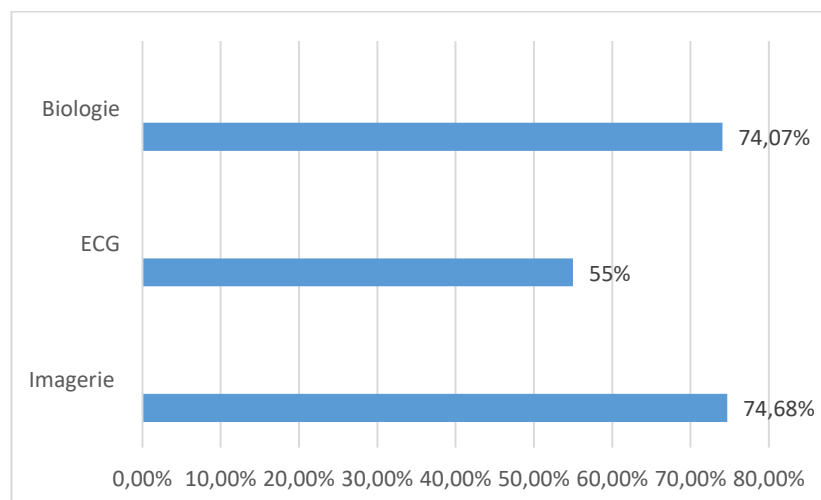
117 patients (soit 5,94%) n'ont bénéficié d'aucun examen paraclinique.

-bilan biologique : 1460 patients (74,07%) bénéficient d'un examen biologique (sanguin ou urinaire) ;

-imagerie : pour 1472 patients (74,68%) une imagerie a été prescrite ;

-ECG : 1084 patients (55%) ont bénéficié d'un ECG.

Figure 10 : Répartition des prescriptions d'examens paracliniques



[figure 11]

1020 patients (51,75%) ont bénéficié d'au moins une imagerie conventionnelle (888 patients ont eu une radio de poumon, 559 patients une radiographie ostéo-articulaire).

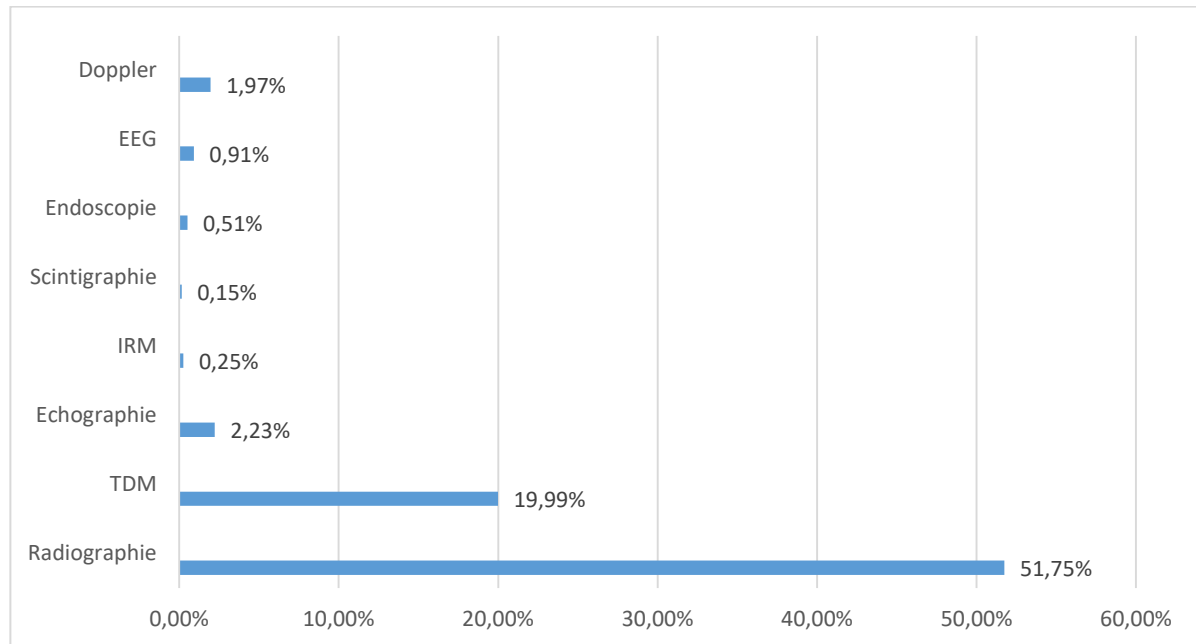
394 patients (19,99%) ont bénéficié d'un examen scannographie.

44 patients (2,23%) ont bénéficié d'un examen échographique.

29 patients (1,97%) ont bénéficié d'un doppler artériel ou veineux.

5 patients (0,25%) ont bénéficié d'une IRM.
3 patients (0,15%) ont bénéficié d'une scintigraphie.
10 patients (0,51%) ont bénéficié d'une endoscopie.
18 patients (0,91%) ont bénéficié d'un EEG.

Figure 11 : Répartition de tous les examens d'imagerie

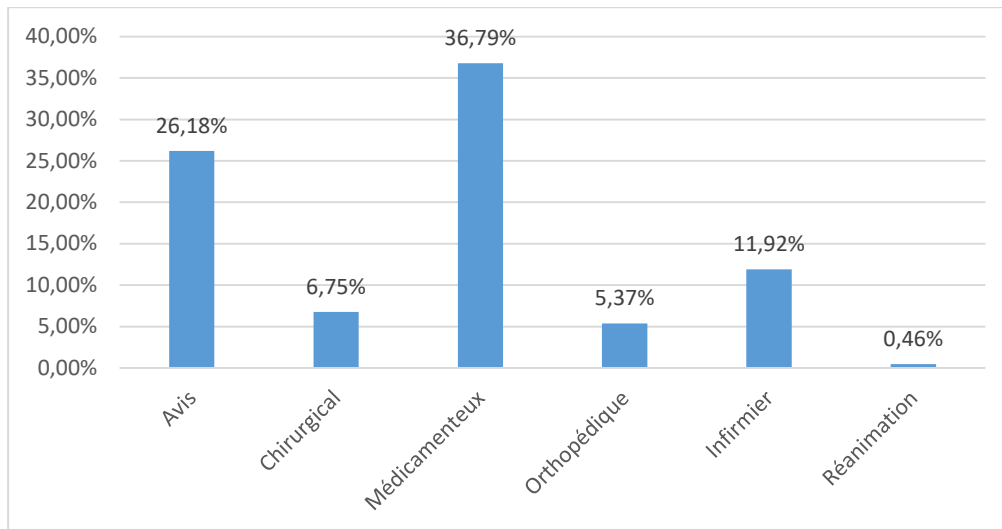


Il est important de noter que 862 patients (43,73%) ont bénéficié d'au moins trois examens complémentaires.

11) Avis spécialisé/actes de soins : [figure 12]

1657 patients (84,07%) ont bénéficié d'un avis spécialisé ou d'un acte de soin : 516 patients (26,18%) ont bénéficié d'un avis spécialisé, 133 patients (6,75%) d'un acte de soin chirurgical, 725 patients (36,79%) d'un traitement médicamenteux, 113 patients (5,73%) d'un acte de soin orthopédique, 235 patients (11,92%) d'un acte de soins infirmiers, 9 patients (0,46%) d'un geste de réanimation.

Figure 12 : Répartition des avis spécialisés et actes de soins



12) Passages itératifs :

868 patients (44,04%) avaient déjà consulté aux urgences dans les 6 mois précédant le passage étudié, 424 d'entre eux avaient au moins consulté une fois pour le même motif (21,51%).

IV Discussion

A biais et limites :

1) Biais de sélection

Cette étude présente un biais de sélection, en effet, la population était choisie à partir de l'ensemble des patients de plus de 60 ayant consulté aux urgences du CHR Metz-Mercy, or il existe des dérogations d'admission en EHPAD [29] pour des patients n'ayant pas atteint 60 ans mais présentant des pathologies somatiques, neuropsychiatriques (pathologies neuro-dégénératives, déficience mentale légère ou moyenne, psychoses chroniques) ou encore des difficultés sociales entraînant une perte d'autonomie et des difficultés de maintien dans un domicile privé ou une structure pour personnes âgées autonomes. L'admission en EHPAD repose sur la décision du directeur d'établissement sous réserve de pouvoir s'acquitter des frais d'hébergement. En pratique, des patients non dépendants et plus jeunes pourraient être résidents d'EHPAD. Selon une étude menée dans le val d'Oise en 2001, 2,0% des patients hébergés en EHPAD avaient moins de 60 ans [30]. Par ailleurs, on rapporte, fin 2015, que 2 340 femmes et 3 130 hommes ayant entre 50 et 59 ans sont accueillis dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées en France, dans le rapport de la DREES [7].

Il existe un second biais de sélection, en effet, les 15030 dossiers initiaux ont été triés selon leurs adresses or, celles-ci se sont parfois avérées incomplètes ou erronées, entraînant alors l'exclusion du dossier de l'étude. Cela a eu pour effet de réduire la population étudiée.

2) Biais de mesure

Il existe un possible biais de mesure. En effet, en analysant les classifications GEMSA et CCMU, on constate certaines incohérences :

- Seulement 8 patients ont été classés CCMU I or, 72 patients n'ont eu aucun examen complémentaire ou soin médical/paramédical ;
- 2 patients ont été classés CCMU D et 6 patients GEMSA 1, alors qu'au total 7 patients sont décédés ;
- 10 patients ont été classés GEMSA 6, 8 patients CCMU V, bien que 26 patients aient été hospitalisés en réanimation ;
- 31 patients ont été classés GEMSA 3 alors que 41 patients ont été classés « retour à domicile avec convocation ultérieure » en orientation ;
- Le total des classes GEMSA IV, V et VI est de 1023 alors que l'orientation retrouve 1025 hospitalisations au total ;
- 1 patient classé CCMU IV correspond à la lecture du dossier informatique à une CCMU II.

Ces discordances peuvent être expliquées de plusieurs façons : d'abord la multitude de praticiens remplissant les dossiers informatiques aux urgences : un même dossier peut être rempli par plusieurs internes et médecins. Ces informations sont souvent remplies à la toute fin de la prise en charge, lors de la clôture du dossier, parfois même après le départ du patient, par un médecin ne l'ayant pas pris en charge directement. Par ailleurs le fonctionnement même d'un service d'urgences implique certains moments de surcharge de travail où il semble moins prioritaire de remplir ce genre d'informations dans les dossiers que de gérer le soin des patients, l'attention qui y est portée est donc moindre.

B Interprétation des résultats et revue de littérature

1) Données démographiques

Concernant les données démographiques de notre population, elles correspondent aux données de la littérature, la population d'EHPAD ayant vieilli d'un an entre 2011 et 2015 passant d'une moyenne de 85 ans à 85 ans et 9 mois [7]. L'étude PLEIAD [31] [32] quant à elle retrouvait une moyenne d'âge de 85,7 ans.

Concernant la répartition des sexes, elle correspond également à celle de la littérature avec 2/3 de femmes et 1 /3 d'hommes [7] [32] [33].

Les patients hébergés en EHPAD en Moselle représentent 3,38% des plus de 60 ans du département, or les dossiers de patients provenant d'EHPAD au CHR de Metz représentent 13,11% des dossiers des plus de 60 ans.

Cela semble confirmer que ces patients, plus fragiles, ont un recours plus important en consultation d'urgence que la moyenne des patients de leur tranche d'âge et confère un intérêt supplémentaire à ce travail d'investigation.

2) Jour et heure d'arrivée

On ne constate pas de réelle différence de fréquentation des urgences par les patients d'EHPAD en fonction du jour de la semaine dans cette étude. Cette stabilité est plus marquée que dans la littérature où l'on voit un discret afflux de patients le vendredi et une fréquentation moindre le dimanche [34] [35]. Cette variation peut traduire une inquiétude de l'équipe soignante le vendredi craignant des complications chez les patients le weekend et adressant plus facilement les patients aux urgences, au contraire le dimanche peut être sujet à moins d'inquiétudes avec le retour du médecin traitant le lundi.

Les patients étaient adressés en dehors des horaires de garde dans près de 2/3 des cas, et lors des gardes (nuit et weekend) dans 1/3 des cas. Cela représente moins de consultations aux horaires de garde que dans la littérature [18] [34] [35]. Les patients d'EHPAD sont bien plus souvent orientés aux urgences hors horaires de garde et weekend que ne le montre l'évaluation des services d'urgences de la région Grand Est en 2016 (seulement 49% de la population générale était admise durant les horaires de permanence de soin et 40% de la population gériatrique) [36].

Il semblerait que les consultations de nuit tendent à diminuer avec le temps. Cela pourrait être expliqué par un changement de comportement des personnels paramédicaux d'EHPAD, ceux-ci ayant intégré que les patients n'étaient pas mieux pris en charge de nuit (moindre accessibilité des examens paracliniques et des avis spécialisés) aux urgences, et que, lorsque la situation le permettait, il était préférable de garder le patient dans son lieu de vie et de refaire le point sur sa situation le lendemain.

3) Mode de transport

Le mode privilégié de transport est l'ambulance privée (56,67%) suivi par l'intervention des pompiers (36,12%). Ces données concordent avec celles de la littérature avec un pourcentage d'arrivée en ambulances privées entre 45 et 80,8% [18] [34] [37] [38] Les différences constatées peuvent être attribuées à la différence d'organisation et de dotations régionales/départementales entre les différents recours de transport d'urgence.

4) Temps de prise en charge

Dans notre étude le temps moyen de passage est de 5h39, 18,11% des patients ont eu un temps de passage supérieur à 8h, ce chiffre est inférieur à celui retrouvé dans le rapport de la DREES en mars 2017 : 23% pour les patients de plus de 75 ans. Il est important de noter que le temps de passage aux urgences des patients âgés de 75 ans et plus est beaucoup plus long que celui des 15 à 74 ans avec pour le premier groupe 23% de passages supérieurs à 8h contre 10% pour le second groupe. Plus ce temps de passage augmente, plus les risques de fragilisation du patient s'élèvent [32] [39].

Le temps de prise en charge moyen est légèrement plus court que celui constaté dans des études similaires [34].

5) Orientation

Concernant le devenir des patients, dans notre étude, 48% étaient réadressés à leur structure de domicile et 52% hospitalisés. Ces chiffres semblent correspondre aux données de la littérature (cela représente un plus faible taux d'hospitalisation que lors de l'évaluation de la DREES en mars 2017 [18] et dans l'étude menée au CHU de Bordeaux en 2014 [35], mais un plus fort taux d'hospitalisation que dans l'étude menée au CHR de Boulogne-sur-mer [34]).

Il est à noter que près de 58% des hospitalisations se font en UHCD ce qui est 3 à 5 fois plus que dans la littérature. Par ailleurs, seulement 3,7% des patients seront hospitalisés dans un autre hôpital (soit 3 fois moins que dans le rapport de la DREES). L'explication du chiffre élevé des hospitalisations en UHCD ne semble donc pas être un manque de lits au sein de l'établissement, mais sans doute une volonté de surveiller ces patients fragiles pour une courte durée et la possibilité de les installer plus rapidement dans une chambre afin de limiter le temps d'attente sur un brancard durant la réalisation des examens paracliniques nécessaires au diagnostic.

6) CCMU

En Lorraine en 2014, l'évaluation d'activité des services d'urgences retrouve 0,02% de CCMU D (décédés), 12,30% de CCMU I et 74,83% de CCMU II (état stable), 11,84% de CCMU III, 0,08% de CCMU IV (état de santé plus grave) et 0,23 de CCMU V (geste de réanimation) [36].

On constate donc qu'il y a moins de dossiers des classes CCMU I et II (état stable) dans notre étude et plus de patients des classes III, IV et V ce qui laisserait penser que les patients adressés aux urgences depuis les EHPAD seraient mieux orientés que dans la population générale, étant donné que leur état de santé est jugé plus sévère et nécessitant plus d'actes thérapeutiques ou diagnostiques. Toutefois, l'estimation du critère de gravité basé sur la classification CCMU peut porter à controverse car il s'agit d'une décision fondée sur un jugement subjectif de l'état de stabilité du patient.

Dans notre étude la classe CCMU la plus représentée est la classe CCMU II (état clinique stable mais actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques nécessaires) avec 73,92% des dossiers.

Parmi ces patients de CCMU II, 176 (12,08%) recevaient uniquement un bilan radio, 12 (0,82%) seulement un ECG, 63 (4,32%) seulement un bilan biologique et 124 (8,51%) un ECG et un bilan biologique sans autre examen paraclinique ni geste thérapeutique. Or s'il est compliqué de faire réaliser un bilan radiologique en urgence en ville à un patient provenant d'EHPAD (difficultés de transport et de planification), réaliser un bilan biologique ou un ECG est tout à fait dans les attributions des IDE des EHPAD.

7) GEMSA

Les deux classes principales GEMSA présentées dans notre étude sont GEMSA 4 : 50,18% (patient non attendu et hospitalisé) et GEMSA 2 : 46,17% (patient non convoqué et sortant après consultation), c'est pour cette deuxième classe que se pose la question de consultation inappropriée.

En effet parmi les patients réadressés à leur domicile sans convocation ultérieure, 62 (6,81%) n'ont eu aucun examen complémentaire, 9 (0,99%) ont bénéficié uniquement d'un ECG, 29 (3,19%) uniquement d'une biologie et 33 (3,63%) d'une biologie et d'un ECG alors que ces bilans peuvent être réalisés à l'EHPAD.

8) Motif de consultation

On constate une différence importante de la proportion des passages au SAU pour motif traumatologique et somatique. Dans cette étude plus du tiers des consultations ont été motivées par une cause traumatologique. C'est plus de 2 fois le résultat retrouvé par l'étude PLEIAD avec 2 à 3 fois plus de chutes (30% dans notre étude vs 15% dans l'étude PLEIAD et 10% pour l'étude de Bordeaux). Toutefois, ces résultats sont cohérents avec ceux retrouvés dans une étude de 2014 [34], dans une étude de 2012 [38], et dans le rapport de la DREES.

De ce fait le nombre de consultations pour motif cardio-respiratoire (24,45%) reste cohérent avec l'étude du CH de Boulogne sur Mer mais bien inférieur à celui des deux autres études.

En revanche le nombre de consultations pour motif neuro-psychiatrique (12,69%) est lui cohérent avec les données de la littérature [40].

9) Diagnostic

Les trois classes principales de diagnostic sont par ordre décroissant : la traumatologie 32,01% des patients (contusion 12,02% ; fracture de membre 8,88% ; plaie 5,28%) l'infectiologie 16,44% des dossiers (pneumopathie 7,86% ; bronchite 2,59% ; infection urinaire basse 2,03%), les pathologies cardiovasculaires 12,43% des dossiers (insuffisance cardiaque 3,55% ; malaise 2,38% ; douleur thoracique bénigne 1,98%).

Si l'on compare ces résultats aux résultats de l'étude Rescue panorama urgences 2016 [36], il apparaît que, pour la population générale, 8 des précédents diagnostics sont retrouvés dans les diagnostics les plus fréquents dans des proportions similaires pour les douleurs thoraciques, les insuffisances cardiaques et les infections urinaires. Bien que la proportion de diagnostic traumatologique soit la même (31-32%) notre population présente plus de consultations pour contusion et fracture mais moins de consultation pour plaie. Pour ce qui est des pneumopathies notre population en présente 6 fois plus ; il y a également une légère augmentation des diagnostics de malaise dans notre population.

Si l'on compare maintenant nos résultats uniquement à ceux de la population des plus de 75 ans on retrouve 7 diagnostics en commun dans le classement des 10 diagnostics les plus fréquents, en revanche nos dossiers comportaient 3 fois plus de diagnostics de contusions et 2 fois plus de pneumopathies, pour les fractures, elles étaient légèrement plus fréquentes dans notre population.

Globalement, dans la littérature, les diagnostics principaux posés sont ceux traumatologiques [18] [34] [35].

10) Bilan paraclinique

Le rapport de mars 2017 de la DREES [18] indique qu'une tendance à prescrire plus d'examens complémentaires chez la personne âgée par rapport à la population générale est bien documentée, et s'explique par la présence de poly pathologies chez ces patients plus fragiles. On leur prescrit en moyenne 1/3 d'examens complémentaires supplémentaires malgré des diagnostics en proportion identique.

Les résultats de notre étude sont très cohérents avec ceux du rapport de la DREES : autant d'examens biologiques (74,07%), un peu moins d'ECG (55% dans notre étude contre 68% pour la DREES) et une proportion légèrement inférieure de patients ayant eu au moins 3 examens complémentaires (43,73% dans notre étude contre 50% pour la DREES).

Dans notre étude, seuls 5,94% des dossiers ne comportent pas de prescription d'examens complémentaires, ce qui est cohérent avec le résultat (93% des patients avaient eu un examen complémentaire) dans une étude de 2012 [41].

Enfin concernant la répartition des types d'imageries réalisées, il semble que la proportion d'imagerie réalisée soit la même que dans une étude conduite la même année que la nôtre, toutefois nos patients recevaient moins souvent de TDM (20% vs 23,5%) ou d'IRM (0,25% vs 0,8%) ou de scintigraphie (0,15% vs 0,3%) et plus souvent d'échographies (2,23% vs 1,9%).

11) Avis spécialisé et actes de soins

Un quart des patients admis a bénéficié d'un avis spécialisé, ce résultat est un peu plus bas que dans une étude réalisée la même année (33,9%).

La part de patients bénéficiant d'un traitement médicamenteux spécifique (36,79%) est cohérente avec une autre étude menée l'année 2014. Dans notre étude, seulement 15 patients (0,76%) ont bénéficié de traitements médicaux sans qu'aucun examen paraclinique, ni autre soin ou avis, n'ait été réalisé, ce qui veut dire que les traitements médicaux réalisés résultent des différents résultats biologiques, d'imagerie ou de l'ECG et n'auraient pas pu être prescrits directement à l'EHPAD car les résultats de ces examens auraient été plus longs à obtenir.

Dans 11,92% des cas, les patients ont bénéficié de soins infirmiers. Parmi eux, seulement 17 patients (0,86%) ont bénéficié de ces soins sans qu'aucun examen complémentaire ou autres soins et avis ne soient réalisés. Dans ce cas 16 patients nécessitaient un changement de sonde urinaire (diagnostic : dysfonction de matériel ou hématurie sur sonde), pour le dernier patient une hyperosmolarité avait été diagnostiquée. L'explication de ce transfert aux urgences pour une dysfonction de matériel pouvant être corrigée par une IDE sans présence médicale s'explique par des horaires de nuit pour 5 d'entre eux (il se peut qu'il n'y ait pas d'IDE la nuit dans l'EHPAD de provenance des patients) ou par le manque de personnel infirmier qui explique que le personnel présent ne puisse gérer cette recrudescence de travail sur un planning déjà chargé.

12) Passages itératifs

Le taux de réhospitalisation dans notre étude (44,04%) semble supérieur aux données de la littérature (16,3%), de même que le nombre de réhospitalisations pour le même motif (21,51% contre 10%). Toutefois les seuls facteurs retrouvés dans la littérature sont : plus de 2 hospitalisations dans l'année et la présence d'une confusion hors démence. Il semble donc difficile de réduire les transferts aux urgences des patients d'EHPAD améliorant uniquement ce paramètre les consultations itératives [42].

Une autre étude retrouve des taux de réhospitalisation d'autant plus important que la période étudiée est longue (14% à 1 mois, 37% à 6 mois et 53% à 1 an) ; ces résultats sont donc plus proches de notre étude (la durée étudiée pour les réhospitalisations était de 6 mois) [43].

C Perspectives

47,60% des patients de notre étude ne bénéficieront pas d'une hospitalisation, qu'ils soient réadressés à leur domicile ou qu'ils soient partis sans attendre. La question se pose alors de savoir si une alternative au transfert aux urgences aurait été possible pour ces patients.

Cependant, pour ces patients, 62 (6,6%) n'ont eu aucun examen complémentaire ou soin, (34 d'entre eux ont été adressés en dehors des horaires de garde), 27 patients (2,88%) n'ont eu qu'un bilan biologique, 9 (0,96%) n'ont eu qu'un ECG.

Au total, chez les patients non hospitalisés, 128 (13,63%) n'ont pas bénéficié d'examens (biologie, ECG) ou de soins (infirmiers, traitements médicamenteux) pouvant être dispensés en EHPAD.

On peut se demander si, pour ces patients, un transfert était vraiment utile, et ce qui a justifié un transfert aux urgences : l'absence de possibilité d'obtenir l'avis du médecin traitant ? L'absence de protocole permettant de gérer la situation ? L'inquiétude des soignants majorée dans les situations où ceux-ci sont isolés ? Ou une demande émanant directement des patients ?

Il pourrait être intéressant de réaliser un travail prospectif, qui viendrait faire suite à cette étude, où l'infirmier du SAU noterait, pendant une période donnée et pour tous les patients provenant d'EHPAD, si le patient était adressé par le médecin traitant ou le médecin coordonnateur et s'il avait pu bénéficier d'un examen clinique préalable au transfert. Deux autres études ont étudié ce paramètre, dans la première 38,4% ont été adressés par le médecin traitant, 2,3% par le médecin coordonnateur [34] ; dans la seconde 40,2% ont été adressés par le médecin traitant, 30,8% par SOS médecin, 5,6% par le médecin coordonnateur [35]. Toutefois ces études ne précisent pas si le patient a été examiné par le médecin l'ayant adressé ou si le conseil a été donné par téléphone. Par ailleurs ces études portent sur des cohortes plus réduites et des périodes de recueil plus courtes (375 patients sur 6 mois [34] ; 284 patients sur 3 mois [35]).

On peut évoquer la problématique du manque d'effectifs en EHPAD. Les équipes paramédicales s'occupent, dans ces structures, de patients dont la prise en charge est plus délicate ; un imprévu (chute, doléances diverses des patients, dysfonction d'un dispositif médical) peut rapidement fournir une surcharge de travail qui favoriserait le transfert aux urgences. Par ailleurs, la présence systématique d'IDE de nuit réduirait également le recours aux hospitalisations en urgence, selon une étude menée en 2013 par l'Observatoire national de la fin de vie qui a montré que près d'un quart des résidents qui décèdent en EHPAD de manière non soudaine sont hospitalisés en urgence au moins une fois au cours des deux semaines qui précèdent leur décès, lorsque l'établissement ne dispose pas de présence infirmière la nuit. Cette proportion tombe à 15 % lorsque l'EHPAD dispose d'une telle présence [44].

Qu'en est-il de la disponibilité médicale en EHPAD ? La présence infirmière apporte un avantage net à ces structures, toutefois les IDE ne peuvent réaliser l'examen complet d'un patient, prescrire des examens ou poser un diagnostic. Le suivi médical d'un résident d'EHPAD échoit à son médecin traitant. Or la charge des médecins traitants étant de plus en plus élevée, il peut être compliqué d'obtenir un avis médical à tout moment de la journée (que ce soit un avis téléphonique ou une visite à domicile). La population tendant à vieillir [5], la population médicale libérale à se réduire [10] et les déserts médicaux à augmenter, il sera probablement de plus en plus difficile d'obtenir une consultation médicale rapide de la part du médecin traitant, lorsqu'un patient d'EHPAD présente de nouveaux symptômes ou une dégradation de son état général.

Doit-on alors reporter la charge des situations d'urgence sur les médecins coordonnateurs ? En effet, la 13^{ème} mission du médecin coordonnateur en EHPAD stipule que le médecin coordonnateur intervient en cas d'urgence vitale en l'absence de médecin sur place (fausse route par exemple), qu'il réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation

d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins, et doit en rendre compte au médecin traitant [45]. En effet, les situations évoquées précédemment, si elles ont justifié un transfert aux urgences les plus proches, devraient résonner avec cette 13^{ème} mission. Et, le cas échéant, un avis médical et un examen clinique auraient pu éviter un transfert coûteux tant sur le plan de la santé publique que sur celui de la santé et du confort du patient, mais aussi augmentant la charge de travail du personnel paramédical (préparation du dossier de liaison, appel du centre 15, gestion du transfert).

Il est toutefois important de noter qu'une présence médicale n'est pas systématique en EHPAD aux horaires « ouverts ». La présence médicale en EHPAD est régie par le décret

n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 [46] et fixe le temps de présence médicale en fonction du nombre de résidents (entre 0,25 et 0,80 temps plein). Quant à l'étude PLEIAD [32] elle constate une présence médicale moyenne de 2 jours par semaine en EHPAD. Doit-on envisager d'augmenter la durée de présence des médecins coordonnateurs ?

Dans une étude menée en 2012 [47], 3/5 des médecins coordonnateurs interrogés déclaraient rencontrer des difficultés liées à un temps de travail insuffisant. Toutefois leurs diverses missions ne tournent pas autour du soin direct du patient mais de l'organisation des soins dans la structure, de la rédaction de protocoles, de la prise en charge de la formation des soignants ou de l'organisation et de la présence dans les différentes réunions régissant ces structures. S'il semble évident qu'une augmentation de leur temps de travail en EHPAD soit bénéfique, est-il réellement pertinent d'envisager systématiquement un travail à temps plein pour le médecin coordonnateur alors que la mission de la gestion médicale des patients reste à la charge des médecins traitants ? Leur retirer cette mission pourrait être mal accueilli par ces derniers comme par leurs patients, pour qui « l'institutionnalisation » se verrait être la fin de leur libre choix de praticien et la perte d'une relation médecin-patient instaurée de longue date et impliquant une confiance mutuelle indispensable au bon déroulement des soins. En effet, l'entrée en EHPAD constitue déjà un bouleversement important de la personne âgée [48], pouvant renforcer son sentiment d'isolement, de dépendance et réactivant des angoisses de mort.

Pour éviter que cette admission déclenche un syndrome de glissement, il faut laisser au patient certains points de repère lui rappelant la vie à son ancien domicile ; en cela le rôle de son médecin traitant est important, et sa visite mensuelle doit être maintenue dans la mesure du possible.

Face à ce constat, on peut décider de se concentrer sur l'organisation de la permanence des soins et l'essor de la télé-médecine.

1) La permanence des soins

En Lorraine, la permanence des soins est une obligation collective [49], conformément à l'article 77 du code de déontologie médicale, fondée sur le volontariat individuel des médecins. Elle repose sur une régulation médicale préalable assurée par les centres de régulation libéraux et les centres 15. Elles s'organisent aussi selon les ressources médicales locales. Dans chaque secteur, il est laissé une large latitude d'organisation des modalités d'astreinte.

La permanence des soins libérale est assurée, partout en Lorraine, en dehors des horaires usuels d'ouverture des cabinets libéraux et centres de santé : de 20 heures à 8 heures en semaine ; de 8 heures à 20 heures les dimanches et les jours fériés ; de 12 heures à 20 heures le samedi.

En Lorraine, les associations de régulation médicale départementales se sont associées au sein de la structure MEDIGARDE.

Le médecin régulateur peut dispenser des conseils médicaux pouvant aboutir à une prescription médicamenteuse par téléphone, d'une durée limitée et non renouvelable. Cette prescription doit être conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles édictées par la HAS. [50]

En Moselle, c'est l'association ADPS 57 qui assure la régulation médicale libérale et ses locaux sont situés au sein de ceux du centre 15 de l'hôpital Mercy. Il n'y a pas de médecin régulateur libéral entre minuit et 08h, le numéro d'appel de MEDIGARDE est interconnecté avec le SAMU 57 et c'est le centre 15 qui régule les appels de nuit profonde.

La nuit profonde est assurée en semaine par le médecin de garde uniquement sous condition de volontariat. En l'absence de médecin volontaire, les patients sont redirigés sur la structure d'urgence la plus proche.

Sur le secteur de Metz, sur les périodes de PDS de première partie de nuit (20h à 00h), de samedis après-midi (12h à 20h), dimanches et jours fériés (8h à 20h), jours de ponts (8h à 20h) il y a deux points fixes de garde : un médecin libéral à la maison médicale (HIA Legouest), un autre médecin mobile en même temps sur le secteur et à son cabinet médical. Sur la période de seconde partie de nuit (00h-8h), il y a deux médecins de garde mobiles ou assurant des consultations à leur cabinet, avec possibilité de couverture du secteur de Maizières-lès-Metz (cumul de l'astreinte).

Ces modalités assurent une permanence de soin de nuit (première partie +/- nuit profonde) et lors des WE et jours fériés. De jour, aux horaires d'ouverture des cabinets médicaux, la PDS est assurée par les médecins traitants et les urgences.

Or, comme évoqué auparavant, la PDSA est difficilement assurée par les médecins traitants concernant les visites à domicile (et donc en EHPAD) du fait d'une sollicitation de plus en plus importante. Des alternatives existent : on peut prendre l'exemple de la Meurthe-et-Moselle [51]. Dans ce département la présence de la structure privée SOS médecin assure un bon relais de la PDSA. Si les appels reçus au standard de SOS ne sont pas régulés et débouchent en majorité sur une visite au domicile du patient, le centre d'appel est interconnecté au SAMU. Cela permet aux médecins d'intervenir en priorité sur les interventions déclenchées par le SAMU et d'informer rapidement les urgences hospitalières quand leur recours est nécessaire.

Il n'existe aucune structure similaire à Metz. Une organisation de ce type, qu'elle soit privée ou dépendante du service public pourrait pallier les difficultés que peuvent éprouver les médecins généralistes à réaliser la PDSA en journée.

2) La télé médecine

En ce qui concerne la télé-médecine, des avancées ont déjà été faites pour faciliter le recours à un avis médical à distance suite à la décision du 07 septembre 2017 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. En effet, deux actes de télé-médecine en EHPAD ont été intégrés à la nomenclature générale des actes professionnels (régissant la tarification des actes médicaux). Le premier acte concerne le transfert du dossier médical en cas de changement de médecin traitant. Le second est la téléconsultation d'un résident en EHPAD par le médecin traitant ou le médecin de garde sur appel d'un professionnel de santé (le plus souvent, un infirmier) pour une modification d'un état lésionnel ou fonctionnel sans mise en jeu du pronostic vital. Cet acte donne lieu à la communication sécurisée par le professionnel de santé au médecin traitant de l'examen clinique du résident, qui peut adresser une prescription thérapeutique par les mêmes canaux. Cet acte est tarifé au même titre qu'une consultation en cabinet. Si, en pratique, une grande majorité de praticiens avait déjà recours à de telles pratiques au quotidien (gestion des INR avec modification de la prescription d'anticoagulant, gestion des insulines, gestion de la fièvre), la reconnaissance de cet acte en tant que télé-médecine permettra de les valoriser et de rassurer le praticien quant à la légitimité de cette pratique. Sa généralisation pourra sans doute conduire le personnel infirmier à tenter de contacter en priorité le médecin traitant plutôt qu'un médecin régulateur du SAMU.

Cette avancée présente tout de même des limites :

- l'absence du médecin traitant ;
- la description d'une symptomatologie plus complexe (bien que non vitale) nécessitant un examen clinique que le personnel infirmier ne peut assurer.

Mais la télé-médecine ne se limite pas à un conseil téléphonique. Au quotidien il arrive déjà régulièrement que les médecins généralistes envoient par mail un ECG à un cardiologue pour obtenir une interprétation rapide, ou des photos de plaies à un dermatologue. De même, régulièrement lors des soins infirmiers des photos de plaies peuvent être prises afin de les ajouter au dossier et de les transmettre au médecin traitant pour qu'il soit tenu au courant de l'évolution des soins. L'évolution des nouvelles technologies (internet, smartphone avec caméra, outils de télésurveillance connectés tels que mesure des glycémies, de la tension ou de la température etc...) et leur démocratisation permettent d'envisager des actes plus complets, par exemple d'observer un professionnel (paramédical ou médical) présent auprès du patient lorsqu'il l'examine et la possibilité de guider ses gestes [52]. Il s'agit alors de télé-assistance qui vient compléter les actes de télé-consultation, de télé-surveillance et de télé-expertise déjà cités auparavant.

Le Rapport Mission thématique n° 7/PS/DA réalisé par le CGES [53] définit un peu plus les modalités de réalisation de télé-consultation et télé-assistance. Pour rendre possible l'usage de ces modalités en EHPAD, il faudrait envisager de passer une convention [52] entre celles-ci et un centre de référence (hôpital public ou privé) et d'équiper les partenaires de cette convention. On pourrait par exemple envisager de centraliser cette fonction dans les centres de régulation des SAMU et les équiper du matériel nécessaire à la télé-consultation. En effet, quand les patients d'EHPAD n'ont pas eu accès à un médecin libéral ou au médecin coordonnateur, le personnel paramédical contacte alors le 15 afin d'organiser un transport entre l'EHPAD et le service d'urgence le plus proche. Il ne s'agirait donc pas systématiquement d'ajouter une charge supplémentaire au médecin régulateur, et cela lui

permettrait de disposer de plus d'éléments médicaux (constantes, ECG, dossier médical informatisé, examen vidéo permettant par exemple de constater d'éventuels troubles de la motilité...) lui permettant de mieux orienter la décision thérapeutique ou le transfert. Cela serait d'autant plus intéressant que celui-ci soit autorisé à transmettre de la même façon une prescription d'examen paracliniques, de traitements ou de consignes de surveillance et de prise en charge.

Toutefois, si l'on envisage cette option, il serait sans doute opportun de renforcer les équipes de régulation médicale qui sont déjà extrêmement sollicitées.

Une alternative serait le développement de centres spécialisés en télé-médecine (centre Medgate à Bâle en Suisse, centre d'Ottawa au Canada) [52]. Ces centres de télé-consultation ouverts 24/24, 7 jours/7 ont un fonctionnement qui se rapproche de la régulation médicale des SAMU centres 15 pour la permanence des soins (PDS) et les urgences médicales.

Dans les pays où ce type de centre existe, le médecin requis (suite à une situation d'urgence médicale ressentie par le patient) n'est pas le médecin traitant. Il réalise la télé-consultation en se fondant sur l'interrogatoire du patient et s'il estime que la situation le nécessite, redirige le patient vers un cabinet médical/une maison médicale/un service d'urgence.

Certains SAMU de France disposent déjà de systèmes de télé-assistance : par exemple le SAMU de Paris est en liaison avec les systèmes de communication des avions AIR France afin d'apporter une assistance médicale aux patients présentant des symptômes en vol, le SAMU 56 assure une télé-assistance d'urgence à l'hôpital de Belle-Île-en-Mer afin d'apporter une aide au diagnostic d'urgence des médecins généralistes de l'île. Elle permet d'éviter des transferts inutiles vers le continent [52].

En Gironde, un programme télé-médecine en EHPAD a été expérimenté entre 2012 et 2014 [54], 96% des médecins répondant à son évaluation étaient satisfaits, 96% estimaient que la télé-médecine avait sa place dans la prise en charge du patient et 55,4% des répondants manifestaient comme attente principale la poursuite du programme.

Si la télé-médecine ne peut et ne doit se substituer à une pratique plus conventionnelle de la médecine de ville, elle peut apporter des solutions intéressantes lorsque la permanence des soins est difficilement assurée. On notera que des projets de télé-médecine sont en test avec le SAMU57 (utilisation de lunettes connectées et d'un logiciel de santé connecté Nomadeec®)

3) Protocoles de prise en charge précoce à destination du personnel paramédical

Si l'on revient aux résultats de l'étude concernant les motifs de consultation, et aux résultats de la littérature, certains sont retrouvés régulièrement. C'est le cas notamment des motifs traumatologiques (38,37%) en particulier les chutes qui représentent quasiment 30% des motifs de consultation.

On peut alors imaginer un protocole de prise en charge type à mettre en place par le soignant présent (IDE ou AS) simplement, sous forme d'arbre décisionnel (exemple Annexe 7), lui permettant rapidement d'établir le niveau de gravité de la situation et de savoir s'il faut contacter ou le médecin traitant ou le centre 15. Par ailleurs si ces arbres décisionnels sont validés par le centre 15, le résultat de l'évaluation par le soignant au lit du patient pourrait déclencher plus facilement une assistance et le transfert aux urgences, ou rassurer

sur le faible risque de la situation et donner plus de temps au médecin traitant pour intervenir.

De plus, ces protocoles pourraient contenir des consignes de surveillance claires à l'équipe paramédicale pour sécuriser les heures suivant, par exemple, la chute.

En gériatrie, la gestion et la prévention primaire et secondaire des chutes sont des sujets primordiaux. On peut facilement trouver des protocoles de prise en charge de celles-ci établis comme recommandation au niveau d'un établissement médical [55].

On peut tout à fait imaginer l'élaboration de ces protocoles pour certains autres symptômes courants : fièvre, toux, hypotension artérielle...

Une expérimentation de ce type est en évaluation depuis 2013 en Ile-de-France sur 21 établissements, celui-ci est piloté par le D^r Christine Chansiaux-Bucalo, gériatre référente médicale au sein de l'ARS [56].

Il s'agit de vingt protocoles répartis en quatre catégories (recommandations générales, symptômes neurologiques, symptômes cardio-respiratoires, symptômes digestifs) qui ont ainsi été rédigés, testés puis diffusés dans toute la région. Chaque EHPAD a reçu une version papier du guide, qui est également disponible sur ordinateur, tablette et mobile.

V Conclusion

Comme nous l'avons évoqué précédemment, la part de la population âgée de plus de 75ans va augmenter pendant les années à venir [5] et les patients hébergés en EHPAD nécessiteront des soins plus lourds et plus d'attention. De ce fait la nécessité d'augmenter les offres de lits d'hébergement est de plus en plus primordiale [7]. Il semble évident qu'il faille réduire au maximum les transferts des personnes âgées aux urgences. Cette population, volontiers plus fragile, augmente ses risques de dégradation à chaque passage en hospitalisation. En effet, pour ceux-ci, la moyenne de temps de passage, le nombre d'exams prescrits et le taux d'hospitalisation seront plus élevés que dans la population générale [18]. Il est difficile de réellement juger de l'absence de pertinence de certaines de ces consultations, d'autant que le jugement se fait a posteriori.

Les patients provenant d'EHPAD bénéficient d'un encadrement paramédical permanent et de la présence d'un médecin coordonnateur (au moins 0,25 temps plein).

Il est intuitif de penser que pour ces patients, une prise en charge peut se faire plus facilement au domicile.

Quand on étudie, sur une année, la population consultant aux urgences du CHR de METZ hôpital de Mercy, et provenant d'EHPAD, on constate que la moitié d'entre eux sera hospitalisée. Quant aux patients réadressés à domicile, seulement 13,63% d'entre eux ne bénéficieront pas d'exams ou de soins qui pourraient être dispensés à domicile.

Il apparaît donc que ces transferts aux urgences sont justifiés dans la très grande majorité des cas. Toutefois, afin d'optimiser l'usage de la filière d'urgence, et le confort des patients, il faudrait garantir un accès plus facile à un conseil ou à un examen médical au domicile.

S'il semble difficile de demander au médecin traitant d'intervenir systématiquement et qu'il n'est pas pertinent de transférer cette charge uniquement au médecin coordonnateur, en revanche, l'avenir serait au meilleur développement de la PDSA et à l'élargissement de son offre, notamment en proposant l'installation de structures fondées sur le fonctionnement de SOS médecins qu'elles soient privées ou publiques.

Par ailleurs, l'essor de la télé-médecine pourrait avoir des avantages significatifs pour apporter un avis précoce au lit du patient. Bien que cette solution demande un investissement, des formations et une réflexion poussée sur son organisation et l'attribution des responsabilités, les projets pilotes organisés, en France ou à l'international, semblent apporter une grande satisfaction à leurs usagers.

Que ce soit dans notre étude ou dans la littérature, certains motifs de consultation semblent récurrents. Il serait intéressant d'éditer des manuels de recommandation et des protocoles de prise en charge immédiate à l'usage des personnels paramédicaux communs à tous les EHPAD. Si l'on associe ces manuels de recommandation à des formations complémentaires, et que ces protocoles sont validés par les centres 15, cela permettrait d'accélérer la gestion du patient, la décision des personnels médicaux et paramédicaux impliqués dans la prise en charge et de favoriser le dialogue entre les intervenants sur place et les centres de régulations, de télé-médecine ou les médecins traitant.

Comme on peut le voir, il n'existe pas de solution unique pour diminuer le recours aux urgences des personnes âgées hébergées en EHPAD, mais l'avancée dans ces différentes perspectives pourrait changer la situation, avec des gains en matière sécurité des patients et d'efficacité des filières d'urgence. Il existe de nouveaux outils, de plus en plus variés qui pourraient faciliter la collaboration entre les praticiens de ville et des structures d'hébergement (médecins traitants, médecins coordonnateurs, personnel paramédical) et les structures de régulation et d'accueil des Urgences.

VI Bibliographie

- [1] Claude Evin. « La place des urgences dans le dispositif de recours aux soins ». Les urgences : un symptôme des changements de la société ? SciencesPo Chaire Santé (2014)
- [2] www.samu-de-France.fr livre blanc –organisation de la médecine d’urgence en France : un défi pour l’avenir
- [3] Perrine Ramé-Mathieu. « Urgences et politique de santé : les coûts et les services rendus » Les urgences : un symptôme des changements de la société ? SciencesPo Chaire Santé (2014)
- [4] Toulemon L. Projections démographiques pour la France et ses régions : vieillissement de la population et stabilisation de la population active. Economie et Statistiques, N°408-409,2007
- [5] Insee, F1008 Projections de population 2007-2060 pour la France métropolitaine : méthode et principaux résultats Nathalie BLANPAIN et Olivier CHARDON ; p97-105
- [6] CNSA, Rapport annuel 2014 : 10 ans de solidarité pour l’autonomie.
- [7] DREES, 728 000 résidents en établissements d’hébergement pour personnes âgées en 2015 Premiers résultats de l’enquête EHPA 2015
- [8] Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpad. Haute Autorité de Santé, Agence nationale de l’évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux. Juillet 2015
- [9] www.samu-de-France.fr Surcharge des Structures des Urgences et gestion des hospitalisations
- [10] DREES, Les projections des effectifs de médecins
- [11] www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-logement-independant-et-beneficier-de-services
- [12] www.agevillage.com Les différentes structures d'accueil pour les personnes âgées
- [13] www.legifrance.fr LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement
- [14] www.marpa.fr
- [15] Dr André Stillmunkés. Le médecin coordonnateur en EHPAD. Département Universitaire de Médecine Générale Capacité de gérontologie
- [16] www.syndicat-infirmier.com Infirmière en EHPAD fiche de poste
- [17] www.maisons-de-retraite.fr Les métiers du grand âge
- [18] DREES Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier
- [19] www.entraidants.fr les centres de long séjour hospitaliers ou unités de soins longue durée
- [20] www.maisons-de-retraite.fr Le long séjour, les unités de soins de longue durée USLD -
- [21] IGAS, A. DELATRE S.PAUL. Unités de soins de longue durée, rapport mars 2016
- [22] www.solidarité-sante.gouv.fr Unités Spécifiques Alzheimer en EHPAD et prise en charge des troubles sévères du comportement Gérontopôle, Hôpitaux de Toulouse , Août 2008

[23] www.maisons-de-retraite.fr Maladie d'Alzheimer

[24] www.ansm.sante.gouv.fr recommandation d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer en établissement médico-social

[25] www.geriatrie-albi.fr CRITERES D'ADMISSIBILITE DES MALADES ALZHEIMER OU APPARENTES EN VUE DE L'OUVERTURE D'UN POLE D'ACTIVITES ET DES SOINS ADAPTES (PASA) DANS UN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES (EHPAD) OU D'UNE UNITE D'HEBERGEMENT RENFORCEE (UHR) EN UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE (USLD) OU EN EHPAD

[26] www.ensembleprevenonsladependance.fr Livre blanc unités de soins, d'évaluation et de prise en charge Alzheimer

[27] drees.solidarites-sante.gouv.fr Accueil des personnes âgées, Etablissements publics ou privés et services, places installées au 01.01.2014

[28] drees.solidarites-sante.gouv.fr Structure par âge de la population, effectifs par classe d'âge au 1^{er} janvier 2013

[29] Nathalie HOSTE GAUSSENS. Prise en charge en EHPAD des personnes de moins de 60 ans. Mémoire de DIU « formation à la fonction de médecin coordonnateur d'EHPAD » Paris V

[30] Marc GASTELLU ETCHEGORRY. Les résidents de moins de 60 ans dans les établissements pour personnes âgées du val d'Oise : adaptation ou inadéquation ? Mémoire de l'école nationale de la santé publique

[31] Roland Y. Nos aînés fragilisés en maison de retraite médicalisée : une vie de mouvement... Etude épidémiologique descriptive en EHPAD. Toulouse : Toulouse Gérontopôle ; 2010

[32] Rolland Y, Andrieu S, Vellas B. Les flux d'entrée et de sortie des résidents des EHPAD en France : résultats de l'étude PLEIAD. Rev Gériatrie. 2012 ; 37(7):543-8.

[33] INSEE, estimation des populations en 2018.

[34] J HOFF. Evaluation des patients résidents en EHPAD adressés au service d'accueil des urgences de Boulogne-sur-Mer Thèse d'exercice médecine générale. Lille 2017

[35] A JACQUOT. Les transferts aux urgences des patients venant d'EHPAD : étude descriptive durant trois mois aux urgences du centre hospitalier universitaire de Saint-André à Bordeaux. Thèse d'exercice de médecine générale. Bordeaux 2017

[36] www.oru-ca.com est-rescue Panorama URGENCES 2016 activité des structures d'urgence région grand est

[37] http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2013_dossier01.pdf Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ?

[38] Dr C DUBOIS Recours aux services d'urgences des patients du Centre Hospitalier Intercommunal de Wasquehal. Thèse d'exercice médecine générale. Lille 2012

[39] CNSA plan solidarité grand âge Présenté par Philippe BAS, Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille

[40] www.capretraite.fr les 10 motifs de recours aux urgences des personnes âgées

[41] Belgacem Sough, Tristan Gauthier, David Clair, Aveline Le Gall, Pascal Menecier, Bruno Mangola. Les personnes âgées de 75 ans et plus en service d'urgences. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement. 2012 ; 10(2) : 151-158. doi:10.1684/pnv.2012.0351

[42] J. Gauthier ^a, J.P. Kisterman ^b, F. Chapalain ^c, A. Texier ^d, P. Manckoundia Réhospitalisation précoce des personnes âgées d'au moins 75 ans admises dans un service de médecine polyvalente post-urgence : taux et facteurs prédictifs. La revue de médecine interne 10.1016/j.revmed.2015.12.006

[43] Bleher Y, Dimet J, Guimard T, Perre P, Février R. Personnes âgées hospitalisées dans un service de médecine polyvalente : description initiale, suivi à un an. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2012 ; 10(1) :47-54 doi:10.1684/pnv.2012.0332

[44] www.senat.fr EHPAD : quels remèdes ? Rapport d'information n°341 (2017-2018) du 7 mars 2018 par M. Bernard BONNE, au nom de la commission des affaires sociales

[45] www.ehpad.org missions du médecin coordonnateur

[46] Décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles ; JORF n°0205 du 4 septembre 2011 page 14968 texte n° 12

[47] Dr Virginie CHAPUT. MEDECIN COORDONNATEUR EN EHPAD ET EN ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX POUR ADULTES : UN METIER DIFFERENT ? Mémoire de DIU médecin coordonnateur en EHPAD Paris V 2012

[48] Badey-Rodriguez Claudine, « L'entrée en institution un bouleversement pour la dynamique familiale », Gérontologie et société, 2005/1 (vol. 28 / n° 112), p. 105-114. DOI : 10.3917/g.s.112.0105.

[49] Permanence des soins en médecine ambulatoire Cahier des charges régional fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire (en substitution du cahier des charges arrêté par le DGARS de Lorraine n°2014-0016 du 14 janvier 2014)

[50] HAS. SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES : Prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale. Février 2009

[51] www.senat.fr Urgences médicales en Moselle 14^e législature ; Question écrite n° 03654 de M. Jean Louis Masson (Moselle - NI) publiée dans le JO Sénat du 13/12/2012 - page 2877

[52] www.solidarites-sante.gouv.fr Rapport La place de la télémédecine dans l'organisation des soins Etabli par : Pierre Simon et Dominique Acker Conseillers généraux des établissements de santé, novembre 2008

[53]www.igas.gouv.fr Rapport : Préfiguration de la mission d'audit interne compétente pour les ministères chargés des affaires sociales

[54] Laura Haw-Shing. Programme « Télémédecine en EHPAD » en Gironde : enquête de satisfaction en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2016.

[55] Dr Madani, AM Carpentier. PREVENTION DES CHUTES CONDUITE A TENIR EN CAS DE CHUTE DEMARCHE PROFESSIONNELLE DE PRISE EN CHARGE AU CH DENAIN

[56] www.iledefrance.ars.sante.fr IDE et aide-soignante en EHPAD - Conduite à tenir en cas d'urgence

Classification GIR

GIR 1

Personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées ou qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

GIR 2

Personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante.

Personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer.

GIR 3

Personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle.

GIR 4

Personnes âgées n'assurant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillement.

GIR 5

Personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

GIR 6

Personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

ANNEXE 2

Les 13 missions du médecin coordonnateur

1° Élabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en œuvre.

2° Donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution.

3° Préside la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement.

- Cette commission, dont les missions et la composition sont fixées par arrêté du ministre chargé des personnes âgées, se réunit au minimum deux fois par an.

Le médecin coordonnateur informe le représentant légal de l'établissement des difficultés dont il a, le cas échéant, connaissance liées au dispositif de permanence des soins prévu aux articles R. 6315-1 à R. 6315-7 du code de la santé publique ;

4° Évalue et valide l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis à l'aide du référentiel mentionné au deuxième alinéa du III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006.

5° Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins.

6° Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

- À cette fin, il élabore une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ;

7° Contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement ;

8° Élabore un dossier type de soins ;

9° Établit, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement. Ce rapport retrace notamment les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents. Il est soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° qui peut émettre à cette occasion des recommandations concernant l'amélioration de la prise en charge et de la coordination des soins. Dans ce cas, les recommandations de la commission sont annexées au rapport ;

10° Donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels.

11° Collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés, d'autres formes de coordination prévues à l'article L. 312-7 du présent code et de réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique.

12° Identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques.

13° Réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.

ANNEXE 3

La Classification Clinique des Malades des Urgences modifiée CCMU

La CCMU modifiée classe selon 7 degrés de gravité les patients de l'urgence pré hospitalière (SMUR) et de l'accueil hospitalier. C'est le médecin SMUR ou de l'accueil qui détermine à la fin de l'examen clinique initial ce degré. L'examen clinique comprend interrogatoire, examen physique et éventuellement E.C.G, SpO2, glycémie capillaire, bandelette urinaire ou hématocrite par micro méthode.

Cette classification est issue de la CCMU à 5 classes à laquelle a été ajoutée 2 nouvelles classes :

- CCMU D, patients déjà décédés à l'arrivée du SMUR ou aux urgences, aucune manœuvre de réanimation n'est entreprise
- CCMU P, patients souffrant d'une pathologie psychiatrique dominante sans atteinte somatique instable associée.

Définitions :

CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable

CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences

CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.

CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

CCMU D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

ANNEXE 4

La **classification GEMSA (Groupes d'étude multicentrique des services d'accueil)** classe les patients en 6 groupes selon leurs modes d'admission et de sortie. Chaque classe regroupe des patients pour lesquels le charge en soins médicaux et paramédicaux, et le volume des examens complémentaires est globalement équivalent. La charge de travail pour le personnel médical et infirmier est plus lourde pour les groupes 4 et 6.

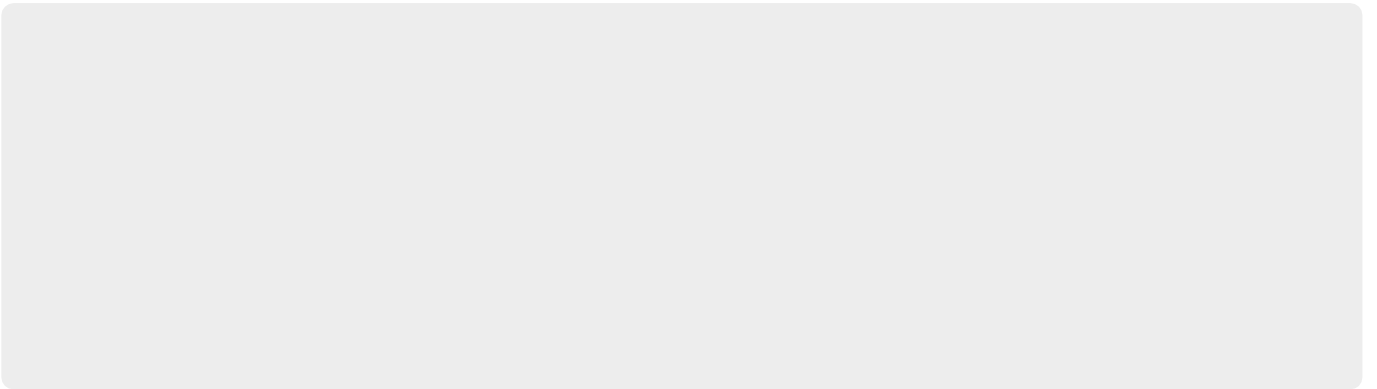
Classe Description

- 1** Patient décédé à l'arrivée ou avant tout geste de réanimation.
- 2** Patient non convoqué, sortant après consultation ou soins (petite chirurgie, consultation médicale...).
- 3** Patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale (surveillance de plâtre, réfection de pansement, ablation de fils, rappel de vaccination, etc.).
- 4** Patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage au service d'accueil des urgences (SAU).
- 5** Patient attendu dans un service, ne passant au service d'accueil des urgences (SAU) que pour des raisons d'organisation (enregistrement administratif, réalisation d'un « bilan d'entrée », refus de certains services de réaliser des entrées directes, etc.).
- 6** Patient nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate importante (réanimation) ou prolongée (surveillance médicale attentive pendant au moins une heure).

ANNEXE 5

DECLARATION

18/08/2018



RECHERCHES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ SANS RECUEIL DU CONSENTEMENT

(Déclaration N° 03)

RESPONSABLES DE TRAITEMENT CONCERNES

Le promoteur de la recherche.

À noter : même si le responsable de traitement n'est pas établi en France et que des personnes résidant en France participent à l'étude, conformément à l'article 5 paragraphe 1 de la loi « informatique et libertés », les dispositions spécifiques relatives aux recherches dans le domaine de la santé doivent être respectées (chapitre IX, section 2).

Dans ce cas, un responsable de traitement non établi en France a la possibilité d'adresser une déclaration attestant de la conformité à une méthodologie de référence auprès de la CNIL.

Le responsable de traitement désigne un délégué à la protection des données et tient à jour, au sein du registre des activités de traitement, la liste des recherches mises en œuvre dans le cadre de la méthodologie de référence.

OBJECTIF(S) POURSUIVI(S) PAR LE TRAITEMENT

(FINALITES) Les traitements de données à caractère personnel visés par la méthodologie de référence ont pour objet :

- | Les recherches non interventionnelles ;
- | Les recherches interventionnelles à risques et contraintes minimales pour lesquelles une information collective est réalisée, après avis du comité de protection des personnes;
- | Les essais de médicaments par grappes.

Système fils du SNDS :

Un responsable de traitement peut utiliser les données issues d'un système fils du SNDS pour un projet de recherche dans le cadre des méthodologies de référence, à condition que les dispositions spécifiques applicables au SNDS soient respectées à la fois :

- | Par le responsable de traitement du système fils et
 - | Par le responsable de traitement de la nouvelle recherche utilisant les données du système fils.
- Les exigences suivantes, prévues par les textes applicables au SNDS, doivent notamment être respectées :
- | L'interdiction d'utiliser les données du SNDS pour les finalités décrites à l'article L. 1461-1 V du CSP (finalités interdites),
 - | Pour les industriels de produits de santé et les assureurs, l'accès aux données et la réalisation des analyses par un bureau d'études ou laboratoire de recherche ou la possibilité de démontrer que les modalités de mise en oeuvre du traitement rendent impossible toute utilisation des données pour l'une des finalités interdites,
 - | Le respect du référentiel de sécurité applicable au SNDS,
 - | Le principe de transparence : transmission du protocole, de la déclaration des intérêts et des résultats à l'INDS.

UTILISATION(S) EXCLUE(S) DU CHAMP DE LA NORME

Sont exclus du périmètre de la méthodologie de référence MR-003 :

- | Les recherches nécessitant le recueil d'un consentement exprès de la personne concernée ;
- | Les recherches nécessitant des traitements de données génétiques dont l'objet est l'identification ou la réidentification des personnes par leurs caractéristiques génétiques ;
- | Les recherches, études ou évaluations nécessitant un traitement des données depuis des bases médico-administratives nationales (par exemple, le SNDS) ;
- | Les recherches pour lesquelles l'information n'est pas conforme à la méthodologie de référence ;
- | Les recherches pour lesquelles l'analyse de l'impact des opérations de traitement envisagées sur la protection des données à caractère personnel indique que le traitement présenterait un risque résiduel élevé pour les droits et libertés des personnes concernées ;
- | Les recherches nécessitant le traitement du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (NIR).

DONNEES PERSONNELLES CONCERNEES

Le responsable de traitement s'engage à ne collecter que les données pertinentes, adéquates et limitées à ce qui est nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées. La nécessité de leur traitement doit être justifiée scientifiquement dans le protocole de recherche. La liste des catégories de données des patients et des données des professionnels de santé pouvant être traitées est limitative et énumérée dans la méthodologie de référence. Les données de santé des patients, leur âge, leur situation familiale ou leurs habitudes de vie peuvent, par exemple, être collectées.

DONNEES EXCLUES DU CHAMP DE LA NORME

Sont exclues les données qui ne figurent pas dans la liste prévue par la méthodologie de référence. Est par exemple exclue la collecte des données de géocodage, du NIR, des opinions religieuses, des données relatives aux infractions.

DUREE DE CONSERVATION DES DONNEES

Les données des patients peuvent être conservées jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche ou, en cas d'absence de publication, jusqu'à la signature du rapport final de la recherche. Les données à caractère personnel des professionnels intervenant dans la recherche ne peuvent être conservées au-delà d'un délai de quinze ans après la fin de la dernière recherche à laquelle ils ont participé. Elles font ensuite l'objet d'un archivage sur support papier ou informatique pour une durée conforme à la réglementation en vigueur.

DESTINATAIRES DES DONNEES

L'accès aux données intervient sous la responsabilité du responsable de traitement ou en application de dispositions légales ou réglementaires spécifiques. La méthodologie de référence distingue les destinataires des données directement identifiantes et les destinataires des données indirectement identifiantes. Les personnes accédant aux données sont soumises au secret professionnel. Elles peuvent relever du responsable de traitement, des centres participants à la recherche ou de structures agissant pour le compte du responsable de traitement. Seuls les professionnels et leurs collaborateurs intervenant dans la recherche dans un lieu de recherche peuvent conserver le lien entre l'identité codée des personnes se prêtant à la recherche utilisée pour associer les données de santé à caractère personnel et leurs nom(s) et prénom(s) (table de correspondance conservée de façon sécurisée). Parmi les destinataires des données directement identifiantes des patients, figurent notamment les professionnels

intervenant dans la recherche et les personnes responsables du contrôle et de l'assurance de qualité. Par ailleurs, des sous-traitants agissant pour le compte du responsable de traitement peuvent être destinataires des données administratives d'identification des personnes se prêtant à la recherche (nom, prénom, coordonnées postales, électroniques et téléphoniques, coordonnées bancaires) sous certaines conditions et pour des missions précises [remboursement des frais, indemnités, suivi des personnes (envoi d'un message textuel, lien vers un questionnaire en ligne, etc.), livraison des produits].

Attention, le traitement de données directement identifiantes et de données de santé par le même

sous-traitant reste exclu de la méthodologie de référence. Le traitement du nom de l'organisme responsable de traitement, même s'il peut révéler un domaine de santé (cancer, sida etc.) est admis dans la méthodologie de référence.

À noter : conformément aux articles 13 et 14 du RGPD, les coordonnées du **délégué à la protection des**

données du responsable de traitement doivent être indiquées dans la note d'information des personnes. Le

délégué à la protection des données peut potentiellement être destinataire de l'identité de la personne si celle-ci

souhaite le contacter. En effet, conformément à l'article 38 paragraphe 4 du RGPD, les personnes concernées

peuvent prendre contact avec le délégué à la protection des données pour toute question concernant le traitement

de leurs données ainsi qu'à l'exercice de leurs droits. Conformément à l'article 38 paragraphe 5 du RGPD, le

délégué à la protection des données est soumis à une obligation de confidentialité ou de secret professionnel en

ce qui concerne l'exercice de ses missions.

En ce qui concerne l'exercice effectif des droits, la personne concernée peut néanmoins être invitée à contacter le

professionnel de santé investigateur l'ayant pris en charge, ce dernier connaissant son identité et son numéro

d'inclusion figurant dans la base de données.

Ces précisions peuvent être apportées dans la note d'information destinée aux personnes concernées.

INFORMATION DES PERSONNES ET RESPECT DES DROITS "INFORMATIQUE ET LIBERTES"

1. Une information générale concernant les activités de recherche dans l'établissement doit être assurée auprès

des personnes concernées (affichage dans les locaux, mention dans le livret d'accueil, etc.)

2. À cette information générale s'ajoute l'information individuelle du patient inclus dans les recherches. Elle doit

être réalisée pour chaque projet auquel le patient participe ou pour lequel les données du patient feront l'objet

du traitement.

3. S'agissant du cas particulier des recherches interventionnelles à risques et contraintes minimales réalisées

selon les conditions prévues à l'article L. 1122-1-4 du code de la santé publique, l'information des personnes

concernées, qui doit contenir l'ensemble des mentions prévues par l'article 14 du RGPD, peut être collective et

les personnes concernées peuvent exercer leur droit d'opposition.

Concernant les patients :

L'information individuelle doit être conforme aux dispositions de l'article 13 du règlement général sur la protection

des données, sauf pour les recherches interventionnelles à risques et contraintes minimales pour lesquelles

l'information peut être collective.

Ainsi, pour chaque recherche, l'information du patient doit notamment porter sur :

- | l'identité et les coordonnées du responsable de traitement ;
- | les coordonnées du délégué à la protection des données du responsable de traitement ;
- | la finalité du traitement de données (présentation du projet de recherche) ;
- | la base juridique du traitement (article 6 du RGPD) ;
- | la nature des informations qui seront utilisées dans la recherche ;
- | les destinataires ou les catégories de destinataires des données ;
- | les droits d'accès, de rectification, d'opposition, à l'effacement, à la limitation du traitement ;
- | les modalités d'exercice de ces droits ;
- | le caractère facultatif de la participation ;
- | le cas échéant, le transfert de données à caractère personnel hors de l'Union européenne et la référence aux garanties appropriées et les moyens d'en obtenir une copie ou l'endroit où elles ont été mises à disposition ;
- | la durée de conservation des données à caractère personnel ou les critères utilisés pour déterminer cette durée ;
- | les informations prévues par l'article L.1122-1 du code de la santé publique ;

Concernant l'information des patients mineurs ou des majeurs protégés :

Doivent également être destinataires de l'information :

- | si le patient est mineur : chacun des titulaires de l'autorité parentale ;
- | si le patient est un majeur protégé : le représentant légal ;
- | si le patient est hors d'état de recevoir l'information : les membres de la famille ou la personne de confiance.

La personne concernée devra toutefois être informée si son état le permet par la suite.

Concernant les professionnels de santé intervenant dans la recherche :

L'information est délivrée par une mention figurant sur des documents remis aux personnes concernées ou sur les

conventions signées par les professionnels de santé intervenant dans la recherche. Cette information reprend les

mentions prévues à l'article 13 du règlement général sur la protection des données.

SECURITE ET CONFIDENTIALITE

La mise en oeuvre de traitements de données à caractère personnel intervenant dans le cadre de la recherche

s'effectue sous la responsabilité du responsable de traitement, et/ou chez des tiers agissant pour son compte.

Le responsable de traitement doit effectuer [une analyse d'impact relative à la protection des données](#), qui doit

couvrir en particulier les risques sur les droits et libertés des personnes concernées. Il met en oeuvre les mesures

techniques et organisationnelles appropriées afin de garantir un niveau de sécurité adapté aux risques identifiés.

Une seule et même analyse peut porter sur un ensemble d'opérations de traitement similaires.

Le responsable de traitement doit mettre en oeuvre et contrôler l'application d'une politique de sécurité et de

confidentialité en application de la méthodologie de référence.

TRANSFERTS DES DONNES HORS DE L'UNION EUROPEENNE

Seules les données indirectement identifiantes des personnes se prêtant à la recherche et les données directement ou indirectement identifiantes des professionnels intervenant dans la recherche peuvent faire l'objet d'un transfert hors de l'Union européenne. Le transfert doit être strictement nécessaire à la mise en oeuvre de la recherche ou à l'exploitation de ses résultats, dans les conditions prévues par méthodologie de référence.

ANNEXE 6

REPARTITION DES DIFFERENTS DIAGNOSTIQUES

Diagnostiques Traumatologique (631 patients, 32.01%)	%	Nombre de patients
Contusions	12.02	237
Fractures fermées de membres	8.88	175
Plaies	5.28	104
Chutes à répétitions	2.33	46
Douleurs non traumatiques	0.91	18
Entorses / Foulures	0.30	6
Fractures fermées de tête / tronc	1.01	20
Fractures ouvertes	0.20	4
Luxations	0.56	11
Rhabdomyolyse	0.51	10

Affections métaboliques (96 patients, 4.87%)	%	Nombre de patients
Anémie	3.09	61
Hyperosmolarité	0.71	14
Dysglycémie	0.71	14
Hypoosmolarités	0.15	3
Iatrogénie	0.15	3
Thyréotoxiose	0.05	1

Pathologies cardiovasculaires (245 patients, 12.43%)	%	Nombre de patients
Insuffisance cardiaque	3.55	70
Malaise / Syncope	2.38	47
Douleurs thoraciques bénignes	1.98	39
ACR réanimés	0.05	1
Cardiopathie ischémique chronique	0.05	1
Choc cardiogénique	0.41	8
Décès	0.1	2
Fibrillation / Flutter auriculaire	0.36	7
HTA essentielle	0.25	5
Hypovolémie / Déshydratation	1.22	24
IDM	0.51	10
TVP	0.20	4
Troubles de la conduction intracardiaque	1.22	24
Vascularite limitée à la peau	0.15	3

Affections psychiatriques (70 patients, 3.55%)	%	Nombre de patients
Agitation	1.42	28
Inquiétudes sur l'état de santé	0.76	15
Troubles de la personnalité / comportement	0.66	13
Intoxication volontaire / éthylique	0.20	4
Syndrome anxio-dépressif	0.20	4
Hallucinations / Psychose non organique	0.15	3
Troubles du sommeil non organique	0.10	2
Difficultés liées à une situation psychosociale	0.05	1

Affections abdominales (139 patients, 7.05%)	%	Nombre de patients
Modification du transit	1.67	33
Affections abdominales sévères	1.76	23
Douleurs abdominales	0.96	19
Saignements digestifs	0.76	15
Rétention aigue d'urine	0.71	14
Saignements génito-urinaire	0.71	14
Nausées / Vomissements	0.46	9
Gastrite	0.25	5
Insuffisance rénale aigue	0.25	5
Corps étrangers dans les voies digestives	0.1	2

Pathologies infectieuses (324 patients, 16.44%)	%	Nombre de patients
Pneumopathie bactérienne	7.86	155
Bronchite aigüe	2.59	51
Infections des voies urinaires basses	2.03	40
Sepsis sans précision	1.12	22
Erysipèle	0.91	18
Infection des voies biliaires	0.61	12
Pyélonéphrite	0.51	10
Fièvre	0.41	8
Pneumopathie d'inhalation	0.41	8
Choc septique	0.25	5
Phlegmons des gaines tendineuses	0.1	2
Conjonctivite	0.05	1

Affections neurologiques (211 patients, 10.71%)	%	Nombre de patients
AVC	5.38	106
Epilepsie	1.57	31
Etourdissement / Eblouissement	1.27	25
Démence	0.76	15
Somnolence	0.46	9
Troubles de la vision	0.30	6
Affection du nerf facial	0.20	4
Atteinte des fonctions vestibulaires	0.20	4
Céphalée	0.20	4
Coma	0.15	3
Tumeur	0.15	3
Maladie de Parkinson	0.05	1

Affections pneumologiques (137 patients, 6.65%)	%	Nombre de patients
Dyspnée	4.41	87
Insuffisance respiratoire aigüe	0.66	13
Maladie pulmonaire chronique	0.61	12
Toux	0.41	8
Corps étrangers des voies respiratoires	0.30	6
Epanchement pleural	0.20	4
Œdème pulmonaire	0.15	3
Embolie pulmonaire	0.10	2
Hémoptysie	0.05	1
Tumeur	0.05	1

Autres (117 patients, 5.94%)	%	Nombre de patients
AEG	2.08	41
Dysfonction de matériel médical	1.37	27
Epistaxis	0.81	16
Hémorragie / Hématome	0.46	9
Œdème localisé	0.41	8
Anorexie / Dysphagie	0.20	4
Examen médical général	0.20	4
Bouchon de cérumen	0.10	2
Allergie / Choc anaphylactique	0.10	2
Macroglossie	0.05	1
Soins palliatifs	0.05	1
Tumeur	0.05	1
Prurit	0.05	1

VU

NANCY, le **04 septembre 2018**
Le Président de Thèse

NANCY, le **05 septembre 2018**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Laure JOLY

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA
THÈSE/ 10397

NANCY, le 07 septembre 2018

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ
DE LORRAINE,

**Professeur Pierre
MUTZENHARDT**

Résumé de la thèse

Sujet : évaluer tout au long de l'année 2014 les consultations au SAU du CHR Metz hôpital de Mercy des patients âgés domiciliés en EHPAD.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude descriptive quantitative longitudinale rétrospective monocentrique.

Résultats : 1971 dossiers de consultation ont été étudiés. Il s'agissait de 1410 femmes et 561 hommes (moyenne d'âge 86,5 ans). L'orientation comportait 52% d'hospitalisations, 47,3% de retours à domicile et 0,35% de décès. 57,93% des hospitalisations se faisaient en UHCD. Les motifs principaux de consultation étaient répartis ainsi : traumatismes (32,37%) dont chute (28,97%), pathologies pulmonaires (17,91%), signes généraux (13,24%), et les diagnostics : traumatologie (32,01%) dont contusion (12,02%), infectiologie (16,44%) dont pneumopathie bactérienne (7,86%), affections cardiovasculaires (12,43%) dont insuffisance cardiaque (3,55%). 94,06% des patients bénéficiaient d'un examen paraclinique (biologie 47,40% ; imagerie 74,68% ; ECG 55%). On notera que 43,73% des patients ont eu au moins trois examens paracliniques. Par ailleurs, 26,18% des patients ont bénéficié d'un avis spécialisé et 61,65% d'un acte thérapeutique. Enfin, 44,04% des patients avaient consulté aux urgences dans les 6 mois précédant leur passage.

Conclusion : Il est difficile de réellement juger de l'absence de pertinence de certaines de ces consultations, d'autant que le jugement se fait a posteriori. On constate que les patients d'EHPAD ont un recours important aux consultations d'urgence, leur situation implique un temps de passage plus long, de nombreuses prescriptions d'examens complémentaires et un plus fort taux d'hospitalisation. La collaboration entre le personnel soignant libéral ou de structure d'EHPAD et le médecin régulateur pourrait être améliorée par différents axes : élargissement de l'offre de PDSA, exemple de SOS médecin, augmentation de la présence des médecins coordonnateurs à l'EHPAD, formation du personnel paramédical et protocoles de soins précoces édités par le SAMU et enfin essor de la télé-médecine qui offre de nombreuses possibilités de développement de la médecine à l'avenir.

Titre en Anglais : How to optimize the collaboration between ER physicians and general practitioners : a study of admissions of patients from nursing home to the emergency room.

Thèse : médecine Générale année 2018

Mots clés : EHPAD, Urgences, Collaboration médecins libéraux médecins régulateurs

Intitulé et adresse :

Université de Lorraine

Faculté de médecine

9 av de la forêt de Haye

54505 Vandœuvre-lès-Nancy
