

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2015

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Anne-Cécile VELLARD-HAMELIN
Née le 19 juin 1986 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 24 septembre 2015

**Description du parcours de soins
et des hospitalisations des résidents en EHPAD.**

Président de thèse : Professeur Agathe RAYNAUD-SIMON

Directeur de thèse : Docteur Thomas CARTIER

DES de Médecine Générale

SERMENT D'HIPPOCRATE

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 seront 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.

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Agathe Raynaud-Simon,

Je vous remercie d'avoir accepté la présidence de ma thèse et de juger aujourd'hui ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Thomas Cartier,

Je te remercie d'avoir accepté de diriger et de juger cette thèse, et de m'avoir accompagnée tout au long de cette étude et de mon internat. Merci pour tes conseils, ta bienveillance, ton exigence et ta précision, ils m'ont été précieux. Trouve ici l'expression de ma profonde gratitude et de mon respect pour toutes ces missions que tu mènes de front.

A Madame le Professeur Homa Adlé-Biassette et Monsieur le Professeur Olivier Chassany,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail et d'apporter un autre regard sur ce sujet. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Catherine Bayle et Monsieur le Docteur Michel D'Urso,

Je vous remercie du fond du cœur d'avoir accepté de participer à ce projet. Merci de m'avoir ouvert les portes de vos EHPAD, de m'avoir prodigué vos conseils afin de monter ensemble ce projet. J'ai, grâce à vous, pu découvrir ce monde si mal connu des EHPAD, et qui gagne tant à ce que l'on en prenne soin. Veuillez trouver l'expression de ma très sincère et amicale reconnaissance.

Aux équipes soignantes des EHPAD de Péan et de Sainte Monique, aux médecins traitants intervenant au sein de ces EHPAD

Je vous remercie d'avoir accepté de participer au recueil d'information pour cette thèse. Vous êtes les petites mains sans lesquelles je n'aurai pu parvenir à cet aboutissement. Je vous suis très reconnaissante pour ce travail au quotidien, qui s'est ajouté à vos missions déjà bien nombreuses. Je vous en remercie très chaleureusement.

A mes Maîtres de stage de médecine générale, Mesdames les Docteurs Véronique Bourguignon et Catherine Majerholc, et Monsieur le Docteur Didier Frèche,

Je vous remercie de m'avoir transmis votre goût et votre vision de la médecine générale. Vous m'avez fait découvrir la médecine de ville, si différente de la médecine hospitalière. J'ai beaucoup appris à votre contact et à votre exemple. Vous m'avez conforté dans mon choix de pratiquer cette spécialité. Veuillez trouver l'expression de ma très sincère gratitude.

A Mesdames les Docteurs Giuseppina Lanfranchi, Marie Neiss et Carole Raso,

Chères Giuse et Marie, votre humanité et votre professionnalisme m'ont marquée et m'ont donné goût à la gériatrie. Je garde un excellent souvenir de ces mois passés à vos côtés. Merci pour votre gentillesse.

Merci à toi Carole de m'avoir transmis ta vision des soins palliatifs. Je suis très heureuse d'avoir découvert à tes côtés le travail de réseau de ville. Tu m'as permis de conforter ma décision d'enrichir ma formation dans ce domaine.

Je suis heureuse de pouvoir vous présenter ce travail aujourd'hui. Veuillez trouver l'expression de mon amicale reconnaissance.

A vous tous chers confrères qui avez participé à faire de moi le médecin que je suis.

Merci pour vos enseignements et vos exemples.

A mes parents,

Cher Papa, je suis très émue et heureuse de te présenter mon travail aujourd'hui. Par ton exigence envers toi-même, tu m'as transmis le goût pour le travail accompli. Merci pour l'exemple de ton humanité envers tes patients. Je suis très heureuse que tu t'épanouisses dans cette nouvelle voie que tu as prise.

Chère Maman, merci à toi pour ton soutien sans faille, pour tout ton dévouement pendant ces longues années études. Elles n'ont pas été faciles tous les jours ! Merci d'avoir eu confiance en moi et de me l'avoir souvent exprimé.

Je vous remercie également pour votre relecture attentive et vos remarques avisées.

Merci pour toutes les valeurs que vous nous avez transmises. Je suis fière de vous.

Je vous aime.

A mes beaux-parents, Jean-Pierre et Michèle

Merci à vous de m'avoir si gentiment accueillie dans votre famille. Je suis très touchée par l'estime que vous avez plusieurs fois témoignée pour cette belle profession.

Soyez sûrs de mon affection.

A mes frères Pierre et Martin, mes belles-sœurs et mes beaux-frères,

Merci à vous mes deux grands-frères pour votre amour et votre complicité. Je vous souhaite de toujours rester unis et riches de nos différences.

Je vous aime très fort !

Merci à vous, chers frères et sœurs d'adoption, pour votre affection et pour tous ces bons moments partagés. Que nous ayons toujours la joie de nous retrouver !

A mes grands-parents,

A mes très chères sous-colleuses, Angélique, Olivia et Perrine,

Sans vous, la vie aurait été moins belle !

Merci pour votre soutien pendant ces années de travail partagées, pour nos sous-colles « gastronomiques », pour tous les bons moments vécus ensemble pendant les années difficiles, pour ces retrouvailles trop peu nombreuses, mais toujours si heureuses.

A mes amis des bancs de fac,

A Bérengère,

A notre longue amitié !

A vous tous que je ne peux citer, vous seriez nombreux, mais qui m'avez soutenue par votre affection et votre amitié fidèle.

A Etienne,

Merci pour ce que tu es.

Merci pour ton optimisme, ta patience, ton humour
(que tu as su manifester jusque dans la relecture de ce travail...)

Merci pour notre amour.

A Lucile et Abigaëlle,

Vous avez fait de moi une Maman.
Je vous aime du plus profond de mon cœur.
Je serai toujours là pour vous.

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE	2
REMERCIEMENTS	3
TABLE DES MATIERES.....	6
TABLE DES ILLUSTRATIONS	9
I. Figures.....	9
II. Tableaux.....	9
LISTE DES ABREVIATIONS.....	10
INTRODUCTION.....	11
I. Contexte démographique.....	12
1. Vieillesse de la population.....	12
2. Institutionnalisation des personnes âgées.....	12
II. Des résidents fragiles hospitalisés depuis les EHPAD.....	13
1. Définition du concept de fragilité	13
2. Fréquence et conséquences des hospitalisations en EHPAD	14
III. Des services d'urgences inadaptés pour la prise en charge des personnes âgées	15
1. Définition du patient gériatrique à l'hôpital	15
2. Recours aux urgences des résidents d'EHPAD	15
3. Les urgences, porte d'entrée de l'hôpital	15
4. Complexités de la prise en charge des patients âgés aux urgences.....	16
5. Retentissement sur le fonctionnement du système de santé.....	17
IV. Prévenir les hospitalisations en urgence	17
1. Anticiper et limiter les hospitalisations en urgence	18
A. Critères des médecins hospitaliers	18
B. Critères des soignants en EHPAD.....	18
2. Organiser le transfert dans les meilleures conditions.....	20
A. Différer l'hospitalisation	20
B. Renforcer la filière de soins gériatrique.....	20
3. Améliorer la prévention des hospitalisations	22
A. Repérer les résidents à risque d'hospitalisation	23
B. Rôles spécifiques des médecins.....	23
V. Problématique.....	25
METHODE	26
I. Objectifs de l'étude	27
1. Objectif principal.....	27
2. Objectifs secondaires	27
II. Type d'étude.....	27
III. Lieu d'étude.....	27
IV. Période de l'étude	28
V. Population de l'étude.....	28
1. Critères d'inclusion	28
2. Critères d'exclusion.....	29
VI. Information des résidents	29
VII. Recueil et analyse des données	29
1. Questionnaire établissement.....	30
2. Fiche du résident en accueil définitif	31
3. Fiche hospitalisation effective ou hospitalisation évitée	31
4. Tableau de suivi du résident	32
5. Tableau de flux.....	33

RESULTATS 34

<i>I. Caractéristiques des établissements d'étude</i>	36
1. Caractéristiques d'hébergement	36
2. Filière de soins et convention de coopération.....	36
3. Organisation des soins	37
4. Caractéristiques de la population générale et des flux.....	38
<i>II. Description de l'échantillon étudié</i>	40
1. Description de l'échantillon total des résidents et du sous-groupe des résidents hospitalisés.....	40
A. Caractéristiques sociales.....	40
B. Caractéristiques descriptives générales.....	41
C. Caractéristiques médicales.....	42
2. Comparaison de l'échantillon total des résidents et du sous-groupe des résidents hospitalisés	43
3. Modifications des caractéristiques des résidents en fin d'étude.....	44
<i>III. Description des flux des résidents</i>	45
1. Généralités.....	45
2. Hospitalisations.....	45
3. Décès.....	46
4. Autres mobilités.....	47
A. Sortie pour convenance personnelle	47
B. Changement d'EHPAD	47
C. Changement d'aile.....	47
<i>IV. Description des parcours de soins des résidents</i>	48
1. Consultations	48
A. Description de l'ensemble des consultations et comparaison avec les consultations au sein du sous-groupe des résidents hospitalisés	48
B. Description des consultations précédant la 1 ^{ère} hospitalisation et comparaison avec l'ensemble des consultations des résidents hospitalisés	51
2. Hospitalisations.....	55
A. Mode d'hospitalisation	55
B. Description du séjour.....	59
C. Communication	61
3. Réhospitalisations	64
4. Hospitalisations évitées	64
A. Nombre.....	64
B. Mode de décision	65
C. Motif médical.....	65
D. Cause de l'évitement	65

DISCUSSION 66

<i>I. Objectif principal</i>	67
1. Description des flux des résidents	67
A. Hospitalisation	67
B. Décès	68
2. Description des parcours de soins en ville	69
A. Profil des consultations.....	70
B. Evolution des consultations à l'approche de l'hospitalisation	73
3. Description des hospitalisations des résidents en EHPAD	74
A. Description d'une hospitalisation type	74
B. Mode d'hospitalisation	75
C. Description du séjour.....	78
D. Communication	82
<i>II. Objectifs secondaires</i>	86
1. Description des résidents de l'échantillon	86
A. Caractéristiques des établissements d'étude	86
B. Description du résident type	86
C. Modifications des caractéristiques des résidents en fin d'étude	90
2. Facteurs associés à la survenue d'une hospitalisation.....	91
A. Caractéristiques du résident.....	91

B.	Evènements de vie du résident	92
C.	Evènements personnels.....	95
D.	Soins disponibles en EHPAD	95
3.	Hospitalisations évitées	97
4.	Propositions d'amélioration.....	98
A.	Augmentation de moyens humains et matériels.....	98
B.	Formation du personnel	99
C.	Amélioration de la communication	99
D.	Renforcement de la filière gériatrique entre ville et hôpital	99
III.	<i>Limites et forces de l'étude</i>	100
1.	Limites.....	100
A.	Puissance de l'étude	100
B.	Représentativité de l'échantillon.....	101
C.	Recueil des données	101
2.	Forces.....	102
A.	Intérêt du sujet	102
B.	Recueil des données	102
CONCLUSION		103
ANNEXES		106
ANNEXE 1 :		107
ANNEXE 2 :		109
ANNEXE 3 :		111
ANNEXE 4 :		114
ANNEXE 5 :		115
BIBLIOGRAPHIE.....		116
PERMIS D'IMPRIMER		121

TABLE DES ILLUSTRATIONS

I. Figures

FIGURE 1 : COMPARAISON DES CLASSES DE GIR ENTRE L'ÉCHANTILLON TOTAL DES RESIDENTS ET LE SOUS-GROUPE DES RESIDENTS HOSPITALISES.....	41
FIGURE 2 : COMPARAISON DES TYPES DE PATHOLOGIES CHRONIQUES ENTRE L'ÉCHANTILLON TOTAL DES RESIDENTS ET LE SOUS-GROUPE DES RESIDENTS HOSPITALISES	42
FIGURE 3 : COMPARAISON DES TYPES DE SOINS PARAMEDICAUX ENTRE L'ÉCHANTILLON TOTAL DES RESIDENTS ET LES RESIDENTS HOSPITALISES.....	43
FIGURE 4 : REPARTITION DES INTERVENANTS EN CONSULTATION AU SEIN DE L'ÉCHANTILLON TOTAL DES RESIDENTS ET DU SOUS-GROUPE DES RESIDENTS HOSPITALISES	49
FIGURE 5 : COMPARAISON DE LA NATURE DE LA CONSULTATION EFFECTUEE EN FONCTION DU TYPE D'INTERVENANT AU SEIN DE L'ÉCHANTILLON TOTAL DES RESIDENTS.....	49
FIGURE 6 : NOMBRE MOYEN DE CONSULTATIONS PAR SEMAINE EN FONCTION DU DELAI EN JOURS AVANT LA PREMIERE HOSPITALISATION.....	51
FIGURE 7 : EVOLUTION DE LA NATURE DES CONSULTATIONS EN FONCTION DU DELAI AVANT LA PREMIERE HOSPITALISATION	52
FIGURE 8 : REPARTITION DES INTERVENANTS EN CONSULTATION AU SEIN DU SOUS-GROUPE DES RESIDENTS HOSPITALISES PAR RAPPORT AUX CONSULTATIONS PRECEDANT LA PREMIERE HOSPITALISATION	52
FIGURE 9 : COMPARAISON DU TYPE D'INTERVENANT EN CONSULTATION EN FONCTION DU DELAI AVANT LA PREMIERE HOSPITALISATION	53
FIGURE 10 : REPARTITION DES HOSPITALISATIONS EN FONCTION DES JOURS DE LA SEMAINE	55
FIGURE 11 : REPARTITION DES HOSPITALISATIONS EN FONCTION DES MOIS DE L'ANNEE	56
FIGURE 12 : REPARTITION DES HOSPITALISATIONS EN FONCTION DE L'HORAIRE SELON LE TYPE D'HOSPITALISATION	56
FIGURE 13 : REPARTITION DES INITIATEURS DES HOSPITALISATIONS.....	57
FIGURE 14 : REPARTITION DU MODE DE TRANSPORT EN FONCTION DU TYPE D'HOSPITALISATION.....	58
FIGURE 15 : FREQUENCE DES MOTIFS D'HOSPITALISATION EN FONCTION DU TYPE D'HOSPITALISATION	59
FIGURE 16 : REPARTITION DES HOPITAUX DESTINATAIRES EN FONCTION DU TYPE D'HOSPITALISATION	60

II. Tableaux

TABLEAU 1 : COMPARAISON DES CARACTERISTIQUES D'ACCUEIL DES EHPAD.....	36
TABLEAU 2 : COMPARAISON DE L'OFFRE DE SOINS DES EHPAD.....	37
TABLEAU 3 : COMPARAISON DES CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ET DES FLUX DES RESIDENTS EN EHPAD SUR L'ANNEE 201338	
TABLEAU 4 : COMPARAISON DES CARACTERISTIQUES SOCIALES ET PHYSIQUES ENTRE L'ÉCHANTILLON TOTAL DES RESIDENTS ET LE SOUS-GROUPE DES RESIDENTS HOSPITALISES.....	40
TABLEAU 5 : COMPARAISON DES DECISIONS PRISES A L'ISSUE DES CONSULTATIONS ENTRE L'ÉCHANTILLON TOTAL DES RESIDENTS ET LES RESIDENTS HOSPITALISES	50
TABLEAU 6 : COMPARAISON DES DECISIONS A L'ISSUE DES CONSULTATIONS TOTALES DES RESIDENTS HOSPITALISES ET DES CONSULTATIONS PRECEDANT LA PREMIERE CONSULTATION	54
TABLEAU 7 : RESUME DES DECISIONS A L'ISSUE DE LA CONSULTATION EN FONCTION DU DELAI AVANT LA PREMIERE HOSPITALISATION	54

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-Soignant

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DLU : Dossier de Liaison d'Urgence

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EGS : Evaluation Gérontologique Standardisée

EMG : Equipe Mobile de Gériatrie

ETP : Equivalent Temps Plein

GIR : Groupe Iso Ressource

GMP : GIR Moyen Pondéré

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

MMS : Mini Mental State

ONFV : Observatoire National de la Fin de Vie

PMP : Pathos Moyen Pondéré

SAU : Service d'Accueil des Urgences

INTRODUCTION

I. Contexte démographique

1. Vieillesse de la population

L'évolution de la démographie française tend vers un vieillissement de la population. Au 1^{er} janvier 2015, la part des personnes âgées de plus de 75 ans représentait 10% de la population française (1). A l'horizon 2050, elle représentera 16% de la population (2). L'accélération, liée au vieillissement de la génération « papy-boom », sera importante jusqu'en 2035, puis elle s'infléchira (3).

En effet, l'espérance de vie à la naissance s'accroît chaque année, elle dépasse désormais 80 ans. En France en 2014, elle était en moyenne de 85,4 ans pour une femme, et de 79,2 ans pour un homme. En vingt ans, l'espérance de vie des femmes a progressé de 3,6 ans, celle des hommes de 5,6 ans (4).

Or, l'accroissement de l'espérance de vie pose le problème de la prise en charge de la longévité. Cette dernière est un défi pour notre société, pour notre système de soins et de solidarité nationale. Dans un rapport public de novembre 2005, la Cour des Comptes insiste sur l'augmentation à venir des dépenses liées à la prise en charge du grand âge et de la dépendance (5).

Nous devons donc anticiper ces mutations, et renforcer notre capacité à prévenir et prendre en charge la dépendance liée au grand âge.

2. Institutionnalisation des personnes âgées

L'accroissement de la longévité s'accompagne de la multiplication et de l'aggravation des pathologies propres aux sujets âgés, et de la progression de leur dépendance (6,7).

Ainsi, la perte d'autonomie d'une personne âgée, définie comme l'incapacité d'assurer seule certains actes de la vie quotidienne, toucherait 7% des personnes de plus de

60 ans (8). Dans ces situations, le maintien au domicile peut devenir difficile, motivant l'institutionnalisation.

10% de la population âgée de plus de 75 ans vit en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (6). Au 1er janvier 2011, 7 752 EHPAD accueillait 592 900 résidents (9). L'accueil de ces sujets a un coût important et croissant pour notre société. En 2013, il représentait une dépense annuelle de 7,6 milliards d'euros, soit trois fois plus qu'en 1995 (10).

II. Des résidents fragiles hospitalisés depuis les EHPAD

1. Définition du concept de fragilité

Selon la Conférence de consensus relative à la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans aux urgences, la fragilité se définit comme « un risque de déséquilibre entre des éléments somatiques, psychiques et sociaux, provoqué par une agression même minime. En pratique, elle se manifeste et s'évalue par l'apparition de troubles cognitifs, comportementaux et sensoriels, de polyopathologies, de polymédications, et par l'accroissement des besoins d'aide dans la vie quotidienne. La fragilité peut être patente ou latente » (11).

Sont définis comme critères de fragilité (12,13) :

- un âge supérieur à 80 ans,
- un nombre de comorbidités supérieur à trois,
- la présence d'au moins un syndrome gériatrique (trouble de la marche, chutes, incontinence, perte de poids, confusion mentale ou démence, nécessité de contention),
- l'atteinte d'au moins une activité de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se déplacer, s'alimenter, être continent).

Les résidents en EHPAD sont des personnes fragiles, qui réunissent en effet plusieurs de ces critères. La moyenne d'âge des résidents en EHPAD est de 85 ans (13), ils

présentent en moyenne 6 pathologies (7). Près de la moitié d'entre eux souffre de démence (7). La présence d'un syndrome gériatrique ou de la survenue d'une perte d'autonomie ont le plus souvent motivé leur institutionnalisation.

2. Fréquence et conséquences des hospitalisations en EHPAD

Le risque annuel de transfert vers un service d'urgence est important pour les résidents d'EHPAD (14) :

- l'enquête REHPA décrivant la population des résidents en EHPAD en 2008, a montré que 13,5% des résidents avaient été hospitalisés dans les 3 derniers mois précédents l'étude, dont 50% vers les services d'urgence et 15% directement en service de gériatrie (15) ;
- l'étude PLEIAD menée par le gérontopôle de Toulouse en 2010 ayant notamment pour but d'étudier les mouvements des résidents entre EHPAD et hôpital, a montré que 25% des résidents étaient transférés. 70% des sorties ont concerné une hospitalisation, dont 57,7% en service d'urgence et 7,7% en service de gériatrie (13).

L'hospitalisation peut être délétère pour les résidents d'EHPAD : elle est source de déstabilisation physique et psychique (13,16). Elle accroît la fragilité et la dépendance des sujets âgés, et augmente leur perte définitive d'autonomie (8). Ainsi, seuls 31,6% des résidents récupèrent leur état antérieur après une hospitalisation (14). Cette perte d'autonomie peut être le fait de la pathologie aiguë ayant conduit à l'hôpital, mais aussi la conséquence d'un défaut de prise en charge globale et personnalisée au cours de l'hospitalisation pour ces sujets âgés (17).

III. Des services d'urgences inadaptés pour la prise en charge des personnes âgées

1. Définition du patient gériatrique à l'hôpital

Selon la Conférence de consensus précitée, en structure hospitalière, le patient gériatrique est défini comme « un patient âgé polypathologique ou très âgé présentant un fort risque de dépendance physique ou sociale et ne relevant pas d'un service de spécialité » (11).

2. Recours aux urgences des résidents d'EHPAD

Les personnes âgées représentent une part importante des patients consultant chaque année aux urgences en France. Ainsi, entre 11,8% et 27,8% de ces patients sont des sujets âgés de plus de 75 ans (18–21). Les sujets de plus de 80 ans constituent même la deuxième classe d'âge des personnes consultant le plus fréquemment en service d'accueil des urgences (SAU), après les nourrissons (19).

Les résidents d'EHPAD, quant à eux, représentent 16 à 38% de l'ensemble des patients ayant recours aux urgences en France (18,20,22). Cette constatation permet de formuler l'hypothèse selon laquelle la médicalisation de ces établissements est insuffisante au regard des problématiques médicales soulevées (20). Bien que le diagnostic médical soit souvent déjà posé en EHPAD, le manque de personnel paramédical, notamment infirmier, oblige le médecin traitant à envisager une hospitalisation en urgence, en dépit des risques encourus pour le patient (23).

3. Les urgences, porte d'entrée de l'hôpital

« De l'extérieur, l'hôpital apparaît comme une forteresse, un bastion de techniques et de savoir, qui ne peut être forcé que par son pont-levis : les urgences » (24). Ecrite en 1989, cette affirmation reste malheureusement encore trop d'actualité.

En effet, les urgences constituent le point d'entrée de l'hôpital pour 60 % des résidents d'EHPAD. Seuls 21 % de ces patients sont ensuite pris en charge en service de gériatrie (25).

Pourtant, une part importante des résidents hospitalisés en urgence ne nécessiteraient pas de l'être, et pourraient être pris en charge au cours d'une hospitalisation programmée (12).

4. Complexités de la prise en charge des patients âgés aux urgences

La prise en charge des sujets âgés aux urgences est complexe. Son retentissement peut être néfaste pour le patient comme pour le service.

L'organisation des soins aux urgences ne prend pas suffisamment en compte les besoins des personnes âgées fragiles. Le délai d'attente et le temps de consultation de ces patients est plus long que pour la moyenne des autres patients (8,16,23,24), et ce d'autant plus lorsque l'hospitalisation n'est pas justifiée (22). Le patient âgé présente ensuite plus de risques d'être mal orienté, faute de prise en charge gériatrique spécifique initiale (22).

Par ailleurs, la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans implique une mobilisation importante de ressources au sein des services d'urgence (21). Le temps passé au chevet du malade est majoré, les examens complémentaires sont plus fréquents, l'orientation plus complexe et chronophage. A l'issue de leur passage au SAU, ces patients sont plus fréquemment hospitalisés. En effet, leur taux d'hospitalisation est deux fois plus important que celui des autres patients, entre 40 et 79%, contre 20 à 39,8% (3,18,24,26). Ces sujets représentent un tiers des séjours hospitaliers et plus des deux tiers des admissions non programmées à l'hôpital (8).

5. Retentissement sur le fonctionnement du système de santé

Cette situation est insatisfaisante pour le résident et son entourage, comme pour les médecins urgentistes et les médecins traitants (12,27). Elle contribue significativement à l'engorgement des SAU et à une augmentation du temps d'attente aux urgences, et retentit sur la prise en charge des autres patients (3).

En 2008, une étude de la DREES a mis en évidence l'impact du vieillissement de la population sur l'évolution de la demande de soins hospitaliers. Si on fait l'hypothèse d'un statu quo en matière d'organisation et de comportements, les séjours hospitaliers, tous âges confondus, pourraient augmenter de près de 25% entre 2004 et 2030 du seul fait du vieillissement de la population (28). Devant l'accroissement de la demande et son retentissement prévisible en termes d'organisation des soins et de poids financier pour la société, il est urgent d'agir.

Le taux d'hospitalisation des résidents en EHPAD témoigne de la capacité de la structure à faire face à des problématiques médicales. Au vu des conséquences de ces hospitalisations sur l'état de santé de ces résidents et de leur retentissement sur le fonctionnement du système de santé, prévenir les transferts vers les services d'urgences doit être un objectif majeur de leur prise en charge (15).

IV. Prévenir les hospitalisations en urgence

Dans son mémoire portant sur la prise en charge des urgences en EHPAD, le Docteur Kurtzman propose de travailler selon trois axes afin de prévenir les hospitalisations en urgence des résidents, et de limiter leur retentissement (27) :

- anticiper et limiter les hospitalisations en urgence,
- organiser le transfert dans les meilleures conditions,
- améliorer la prévention des hospitalisations.

1. Anticiper et limiter les hospitalisations en urgence

Les hospitalisations évitables représentent une part non négligeable des hospitalisations depuis les EHPAD. Selon les études, elles concernent 31 à 67% de ces transferts (19,22,29,30). Elles ont des conséquences pouvant être néfastes sur l'état de santé des résidents, sur le fonctionnement de l'hôpital et représentent un coût financier important (31). Toute décision d'hospitalisation doit donc être soigneusement pesée.

Il convient alors de définir les critères déterminants d'une décision d'hospitalisation.

A. Critères des médecins hospitaliers

Selon la Conférence de consensus relative à la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans aux urgences, les déterminants de l'admission en service d'urgence sont (11) :

- l'état clinique du patient (instable ou difficile à évaluer),
- l'absence d'alternative (environnement social ou réseaux déficients).

Une admission au SAU est « justifiée » si elle correspond aux besoins du patient. Elle est « appropriée » si elle constitue la réponse la plus efficiente. Il peut cependant être fait recours au service des urgences si aucune autre alternative n'est accessible (11).

B. Critères des soignants en EHPAD

a. Critères liés à la situation clinique

En EHPAD, la décision d'hospitalisation n'est pas toujours une décision médicale. Elle ne tient donc pas toujours compte des critères hospitaliers précités. Elle dépend le plus souvent du degré d'urgence analysé par le soignant.

« L'urgence vraie » se définit comme une détresse médicale inopinée, c'est-à-dire une situation aiguë de danger mettant en péril la vie du patient. « La fausse urgence » se définit comme une situation d'urgence ressentie, pouvant être liée à l'angoisse du médecin (traitant ou coordonnateur), de l'infirmier, de l'aide-soignant (AS), du directeur ou de la famille, et qui ne correspond pas en réalité à une situation d'urgence vraie pour le résident (32).

b. Critères liés aux moyens médicaux

La décision d'hospitalisation dépend également des moyens disponibles en EHPAD pour faire face à une situation médicale. Il existe un taux minimal d'hospitalisations incompressible lié à l'impossibilité de prendre en charge une situation médicale sur le lieu de résidence du patient, par manque de moyens matériels et humains.

L'EHPAD est un milieu médicalisé mais non hospitalier. La présence d'infirmiers diplômés d'état (IDE) permet la mise en œuvre de certains types de prises en charge (perfusions sous-cutanées, oxygénothérapie, surveillance clinique, surveillance d'une nutrition entérale...) Mais l'EHPAD ne dispose pas, entre autre, d'un accès aisé en urgence aux examens paramédicaux (biologie ou imagerie), voire à un électrocardiogramme ; l'infrastructure ne permet pas toujours non plus d'instaurer un traitement par voie parentérale. La prise en charge hospitalière s'avère alors indispensable.

Par ailleurs, la présence médicale n'est pas permanente en EHPAD, et tous les établissements ne bénéficient pas d'une présence infirmière de nuit. Une surveillance médicale rapprochée continue ne peut se faire.

Le recours aux urgences est donc inévitable lorsque l'EHPAD ne dispose pas de moyens diagnostics ou thérapeutiques pour faire face de façon adaptée à la survenue du problème (20).

2. Organiser le transfert dans les meilleures conditions

A. Différer l'hospitalisation

Le passage aux urgences étant délétère pour le résident comme pour le service, il doit être évité dans la mesure du possible. Si l'hospitalisation est indiquée, le transfert doit se faire dans les meilleures conditions.

Pour cela l'hospitalisation doit être anticipée ou différée autant que faire se peut, de façon à adresser le résident directement dans le service adapté en évitant le service des urgences. L'hôpital de jour doit être envisagé dans la mesure du possible lorsqu'il s'agit de faire des examens complémentaires ou de pratiquer des soins ambulatoires (chimiothérapie, petite chirurgie...)

Cela implique une bonne communication et un travail de collaboration entre ville et hôpital dans le cadre de la filière gériatrique.

B. Renforcer la filière de soins gériatrique

a. Définition de la filière de soins gériatrique

Une filière de soins correspond à la trajectoire au sein d'un système de soins organisé pour un type de patient défini (33). Un réseau de soins se définit par la collaboration de professionnels de santé et d'organismes à vocation sanitaire ou médico-sociale, afin de répondre à un besoin de santé pour une population dans un secteur géographique donné (33).

L'organisation de la filière de soins gériatrique est régie par la circulaire de la Direction de l'hospitalisation et de la Direction des soins (DHOS) de mars 2002 complétée par celle de mars 2007 (34,35). Ces filières s'appuient sur un travail de partenariat au travers de réseaux de soins, au sein de leur territoire d'implantation. Les EHPAD font partie intégrante des filières locales de soins gériatriques.

La filière gériatrique a pour objectif de permettre à la personne âgée de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale adaptée à son état de santé. La prise en charge d'un patient au sein d'une filière permet de prendre en compte sa fragilité et de chercher à préserver son autonomie, tout en organisant son retour sur son lieu de vie dans les meilleures conditions.

Au sein de ces filières, le patient âgé peut ainsi bénéficier (34) :

- d'une palette complète de prises en charge spécifiques en gériatrie, dans le cadre d'hospitalisations programmées et non programmées, en consultation, ou en hôpital de jour,
- d'un avis gériatrique à tout moment de sa prise en charge,
- d'un accès aux plateaux techniques dans les délais requis par son état de santé pour éviter toute perte de chance,
- d'un accompagnement à sa sortie d'hospitalisation afin de réduire le risque de réhospitalisation.

La filière de soins gériatrique est également chargée de la formation de tous les acteurs professionnels concernés.

b. Conventions de coopération entre EHPAD et hôpital

Dans le cadre de la filière gériatrique, le développement de conventions de coopération entre établissements de santé et EHPAD a pour objectif de renforcer le travail de partenariat au sein des réseaux gériatriques locaux (34,36). Ces conventions précisent les modalités d'admission à l'hôpital depuis un EHPAD, et de retour en structure. Elles définissent également les outils de partage d'informations médicales et les partenariats envisagés (27).

Ces conventions offrent des bénéfices pour la structure hospitalière (37) :

- entrées organisées en évitant les urgences,
- meilleure utilisation de la filière gériatrique,
- développement d'une culture gériatrique commune,
- retours facilités dans les EHPAD,
- optimisation du parcours du malade en aval de l'hôpital.

Renforcer les filières de soins gériatriques doit permettre de favoriser les hospitalisations directes dans les services de spécialités pour les résidents d'EHPAD.

c. Amélioration de la communication en cas de transfert en urgence

En cas de nécessité de transfert en urgence, une bonne communication entre soignants permet d'optimiser la prise en charge du patient en milieu hospitalier.

Pour cela, le médecin coordonnateur a pour rôle de former les équipes de soignants et de définir avec elles les procédures d'hospitalisation afin de contribuer à la qualité de l'information transmise. Il doit également inciter les médecins traitants à transmettre les informations nécessaires concernant la prise en charge de leurs patients (37).

Le médecin généraliste est tenu de respecter les procédures d'hospitalisation mises en place et d'utiliser les documents spécifiques établis. Il s'assure de la transmission au médecin hospitalier des éléments nécessaires à la prise en charge thérapeutique, médicale et médico-sociale du résident. Dans la mesure du possible, un contact direct téléphonique entre médecin de ville et médecin hospitalier permet de s'assurer du partage des informations nécessaires à la continuité des soins pour le patient.

3. Améliorer la prévention des hospitalisations

Afin d'améliorer la prévention des hospitalisations, il est nécessaire de repérer précocement les résidents à risque d'être hospitalisés, et de définir les rôles des différents intervenants médicaux dans la gestion de ce risque.

A. Repérer les résidents à risque d'hospitalisation

La définition de facteurs de risques prédictifs d'hospitalisation permettrait de repérer précocement les résidents à risque d'hospitalisation, et de prendre en amont les mesures nécessaires afin d'éviter leur transfert. Si celui-ci n'est pas évitable, une hospitalisation anticipée peut alors être envisagée ; le transfert s'effectuerait dans de meilleures conditions. La prise en charge hospitalière du patient s'en trouverait ainsi grandement améliorée.

B. Rôles spécifiques des médecins

a. Missions du médecin coordonnateur (37,38)

Les missions confiées au médecin coordonnateur sont définies par le Code de l'action sociale et des familles.

Dans le cadre des missions n°10 et 11, le médecin coordonnateur doit travailler en partenariat avec les filières gériatriques de son secteur géographique. Il favorise la coordination des différentes structures de soins en développant un partenariat avec les structures hospitalières locales (39). Il met tout en œuvre pour que le résident bénéficie de la filière gériatrique, en ayant accès au bon niveau de la filière de soins, et en évitant au maximum le recours aux urgences et l'hospitalisation complète.

Dans le cadre des missions n°5, 6 et 7, le médecin coordonnateur doit également travailler conjointement avec les médecins traitants intervenant au sein des EHPAD afin de coordonner la prise en charge médicale des résidents (39). Il s'assure que le médecin généraliste connaît les limites de prise en charge au sein de l'EHPAD pour permettre des soins de qualité. Il participe à sa formation afin de favoriser l'acquisition d'une culture gériatrique commune.

b. Rôles du médecin généraliste

Le médecin généraliste possède un rôle capital dans la prise en charge des résidents en EHPAD. Par sa proximité, sa bonne connaissance du résident, sa capacité de suivi au long cours, il est l'acteur central de la prise en charge de son patient (35). La convention de médecin traitant établie auprès de la Sécurité Sociale par contrat mutuel avec le patient, renforce ce rôle.

Il est en effet le principal décisionnaire en matière d'orientation pour son patient. Il doit donc bien connaître et maîtriser le fonctionnement de la filière gériatrique de son secteur. Lorsqu'il estime qu'un bilan global est nécessaire, il doit pouvoir avoir accès de façon anticipée à des consultations d'évaluation gériatrique ou aux pôles d'évaluation gériatrique pluridisciplinaire (35).

Quand il estime qu'une hospitalisation est nécessaire, le médecin traitant doit évaluer avec l'équipe soignante les bénéfices et les risques liés à une éventuelle hospitalisation, afin de s'assurer au mieux de la pertinence de la décision et de son adéquation avec le projet de soins et de vie du résident.

V. Problématique

Les personnes âgées de plus de 75 ans représentent donc une part de plus en plus importante en termes de démographie dans notre pays. Elles voient leur dépendance s'accroître avec leur âge, et leur état de santé se fragiliser. Dans ce contexte, le taux d'institutionnalisation en EHPAD augmente chaque année.

Le nombre des consultations aux urgences et d'hospitalisations des résidents d'EHPAD augmente également. Ces hospitalisations sont à la fois cause et conséquence de leur fragilisation. Cette situation est insatisfaisante pour les résidents et leurs familles, comme pour les services hospitaliers, les équipes soignantes et les médecins traitants, du fait de la complexité liée à la prise en charge des patients gériatriques dans des services qui ne leur sont pas adaptés. Le coût financier de cette prise en charge est lourd, pour un bénéfice qui n'est pas toujours optimal pour le patient en termes de qualité de vie.

Le renforcement de la filière gériatrique ces dernières années a pour objectif d'améliorer la prise en charge globale des sujets âgés et de favoriser un accès direct pour ces patients aux services de santé les plus adaptés.

La population des résidents en EHPAD est peu étudiée (13). Si certaines études françaises se sont penchées sur la problématique des hospitalisations des résidents en provenance des EHPAD, aucune à notre connaissance n'a retracé le parcours de soins de ces résidents. Analyser ce parcours est un préalable nécessaire à une amélioration de l'utilisation de la filière gériatrique.

Dans cette étude, nous avons choisi d'étudier les parcours de soins des résidents en nous penchant sur la fréquence et le profil des consultations médicales, des hospitalisations effectives et des hospitalisations évitées. Nous avons cherché à savoir si l'utilisation de la filière gériatrique était satisfaisante, et s'il existait des facteurs associés aux hospitalisations qui permettraient d'anticiper celles-ci.

METHODE

I. Objectifs de l'étude

1. Objectif principal

L'objectif principal de notre étude était de décrire les parcours de soins des résidents en EHPAD sur une population institutionnalisée dans deux EHPAD à Paris, en décrivant :

- les flux des résidents,
- leurs parcours de soins en ville,
- leurs hospitalisations.

2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient, au sein de deux EHPAD :

- de décrire l'échantillon total des résidents et le sous-groupe de résidents hospitalisés,
- de rechercher les facteurs associés à une hospitalisation,
- de décrire les hospitalisations évitées,
- d'en tirer des propositions permettant de limiter les hospitalisations de résidents.

II. Type d'étude

Nous avons mené une étude observationnelle, longitudinale, prospective.

III. Lieu d'étude

Nous avons mené notre étude au sein de deux EHPAD, Péan et Sainte Monique.

Ces deux EHPAD sont des établissements privés à but non lucratif, situés respectivement dans les 13^{ème} et 14^{ème} arrondissements à Paris. L'EHPAD Péan dépend de l'association ACPA « Accueil et Confort Pour Personnes Agées ». L'EHPAD Sainte Monique dépend de l'association « Notre Dame de Bon Secours ».

Ces deux EHPAD disposent d'unités de vie protégées, espaces de vie dédiés aux résidents souffrant de démence. Les résidents vivant dans ces unités bénéficient d'une prise en charge spécifique permettant de faire face aux conséquences de la démence, se traduisant fréquemment par une perte d'autonomie, des troubles du comportement, une désorientation et des troubles anxio-dépressifs.

Le recrutement des EHPAD était effectué sur la base du volontariat, après contact téléphonique avec le médecin coordonnateur. Celui-ci demandait l'accord oral du directeur de l'EHPAD. Il a été accordé dans les deux cas.

IV. Période de l'étude

Les résidents inclus dans l'étude ont été suivis du 1^{er} janvier 2014 au 30 juin 2014.

V. Population de l'étude

1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- être institutionnalisé au sein de l'EHPAD Péan ou Sainte Monique à la date du 1^{er} janvier 2014,
- être présent le jour de l'inclusion.

2. Critères d'exclusion

6 résidents de l'EHPAD Péan ont été exclus sur décision du médecin coordonnateur. Ils étaient considérés comme totalement autonomes sur le plan médical, gérant leurs consultations sans concertation avec l'équipe paramédicale. Le recueil des données ne pouvait donc être réalisé avec fiabilité,

Par ailleurs, le volume total d'informations à recueillir étant important pour un seul investigateur, nous avons choisi de limiter notre étude à certains étages. Les résidents des 1^{er}, 2^{ème}, 7^{ème} et 8^{ème} étages de l'EHPAD Sainte Monique et les résidents des 5^{ème} et 6^{ème} étages de l'EHPAD Péan ont été exclus de l'étude après concertation avec les médecins coordonnateurs et les équipes infirmières. Aucun résident vivant en unité de vie protégée n'a ainsi été inclus.

VI. Information des résidents

Conformément aux dispositions de l'article 56 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les résidents et leurs familles étaient informés de l'étude en cours et pouvaient s'opposer au recueil des données les concernant. L'information et la procédure d'opposition étaient données par voie d'affichage dans les lieux de vie des deux EHPAD. Aucune opposition n'a été signalée.

VII. Recueil et analyse des données

Les données ont été recueillies au sein des EHPAD par le biais de :

- un questionnaire portant sur les caractéristiques de l'établissement,
- une fiche portant sur les caractéristiques de chaque résident en accueil définitif,
- une fiche pour chaque hospitalisation effective ou hospitalisation évitée,
- un tableau de suivi des consultations pour chaque résident,
- un tableau de suivi des flux pour chaque EHPAD.

Ces supports de recueil de données ont été rédigés après concertation entre les investigateurs et les médecins coordonnateurs.

Chaque résident s'est vu attribuer un numéro d'inclusion comportant deux lettres et deux chiffres. Nous avons ensuite eu recours à une table de correspondance mettant en relation l'identité du résident et son numéro d'inclusion. Ces tables étaient conservées par les investigateurs. Après la phase de recueil d'informations, les analyses ont ainsi été effectuées sur les données anonymisées

Les données étaient retranscrites sur support informatique grâce aux logiciels Excel® et Word®. L'analyse statistique a été réalisée à partir des fonctions d'analyse statistique du logiciel Excel® et du logiciel BiostaTGV®. Nous avons utilisé le test exact de Fischer pour l'analyse des variables qualitatives binaires, et le test t de Student non apparié pour l'analyse des autres variables quantitatives.

1. Questionnaire établissement

L'objectif de ce questionnaire était de décrire les caractéristiques de chaque EHPAD et leur fonctionnement. Il était renseigné par chaque médecin coordonnateur.

Ce questionnaire est présenté en l'annexe 1.

Ont été relevé :

- les caractéristiques du médecin coordonnateur (date de prise de fonction, taux de présence, parcours antérieur),
- les caractéristiques de l'établissement (capacité d'accueil, tarif journalier d'accueil, pourcentage de résidents déments, existence de conventions avec des structures hospitalières...),
- les caractéristiques des médecins généralistes intervenant auprès des résidents (nombre, situation géographique),

- les données descriptives et quantitatives du personnel intervenant dans l'établissement,
- les données descriptives et quantitatives des flux de résidents sur l'année 2013 (année précédant la présente étude),
- les caractéristiques et spécificités des étages étudiés,
- l'existence d'un protocole établi en cas d'urgence médicale en l'absence d'un médecin, et sa description.

2. Fiche du résident en accueil définitif

L'objectif de cette fiche était de décrire les caractéristiques de chaque résident inclus. Elle était renseignée en début d'étude par l'investigateur principal, après consultation des dossiers papiers et informatiques des résidents.

Cette fiche est présentée en annexe 2.

Ont été relevé :

- les caractéristiques du résident au premier jour de l'étude (année de naissance, sexe, statut marital, date d'entrée dans l'EHPAD, MMS, GIR, poids, couverture sociale),
- les antécédents et les prises en charge actuelles et antérieures,
- les modifications des caractéristiques du résident évaluées le dernier jour de l'étude (Mini Mental State (MMS), Groupe Iso Ressource (GIR), poids, changement d'étage au sein de l'EHPAD).

3. Fiche hospitalisation effective ou hospitalisation évitée

On appelle « hospitalisation effective » tout transfert vers un hôpital, y compris pour une consultation au SAU sans admission au décours. Une hospitalisation pouvait être anticipée ou décidée en urgence.

On appelle « hospitalisation évitée » toute situation au cours de laquelle la possibilité d'une hospitalisation a été évoquée par le médecin référent avec le résident, sa famille, l'équipe paramédicale ou tout autre médecin. L'hospitalisation n'a finalement pas été décidée, et l'évènement a été signalé par le médecin coordonnateur.

L'objectif de cette fiche était de décrire les caractéristiques de chaque évènement, de type « hospitalisation effective » ou « hospitalisation évitée ». Elle était renseignée par le médecin coordonnateur. Les fiches renseignées étaient relevées tous les mois par l'investigateur.

Cette fiche est présentée en annexe 3.

Ont été relevés, en cas d'hospitalisation effective :

- la date de l'évènement,
- le mode de l'hospitalisation,
- les caractéristiques du séjour,
- les caractéristiques de la communication entre EHPAD et hôpital.

Ont été relevés en cas d'hospitalisation évitée :

- la date de la décision,
- le motif de la demande d'hospitalisation,
- le motif de l'évitement.

4. Tableau de suivi du résident

L'objectif de ce tableau était de synthétiser toutes les consultations médicales des résidents inclus, et leurs caractéristiques.

Au sein de l'EHPAD Sainte Monique, ce tableau était renseigné par les deux IDE référentes s'occupant des résidents.

Les membres des équipes infirmières varient beaucoup plus au sein de l'EHPAD Péan, il était difficile d'obtenir un recueil fiable par le même mode que celui effectué sur l'EHPAD Sainte Monique. Les tableaux ont donc été remplis directement par les médecins traitants lors de leurs passages. Ils avaient été informés de l'étude par écrit et si possible par oral. Les données étaient relevées tous les mois. Les informations manquantes concernant les rendez-vous de spécialistes étaient complétées par l'investigateur après consultation de l'agenda commun et consultation des dossiers des résidents.

Ce tableau de suivi est présenté en annexe 4.

Ont été relevé pour chaque consultation par un médecin :

- la date,
- la nature de la consultation (suivi ou urgence),
- l'intervenant,
- les décisions prises à l'issue de la consultation.

5. Tableau de flux

L'objectif de ce tableau était de tracer tous les déplacements hors de l'EHPAD des résidents inclus. Il était renseigné par le médecin coordonnateur. Les tableaux étaient vérifiés tous les mois par l'investigateur.

Ce tableau de flux est présenté en annexe 5.

Ont été relevé pour chaque mouvement de résident :

- la date de départ et de retour,
- la durée de l'absence (en jours),
- le motif du déplacement : hospitalisation, décès, nouveau lieu de vie, sortie supérieure à 48h pour convenance personnelle.

RESULTATS

Dans un premier temps, nous décrirons les caractéristiques des établissements étudiés, puis l'échantillon total des résidents et le sous-groupe des résidents hospitalisés.

Dans un deuxième temps, nous étudierons les flux des résidents de l'échantillon et les parcours de soins de ces derniers. Nous décrirons ensuite les caractéristiques des consultations médicales des résidents, des hospitalisations effectives et des hospitalisations évitées.

I. Caractéristiques des établissements d'étude

Les principales caractéristiques d'accueil des EHPAD sont exposées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Comparaison des caractéristiques d'accueil des EHPAD

		Ste Monique	Péan
Capacité d'accueil		130	94
Nombre d'étages		8	5
Nombre d'unités de vie protégées		1	2
Tarif journalier	Hébergement	84,93 €	83,09€
	Dépendance	GIR 1-2 : 21,82 €	GIR 1-2 : 28,53 €
		GIR 3-4 : 13,86 €	GIR 3-4 : 18,06 €
		GIR 5-6 : 5,90 €	GIR 5-6 : 7,72 €
Convention	SAU	Hôpital Saint Joseph	Hôpital Cochin
	Gériatrie	Hôpital Saint Joseph	Hôpital Broca

1. Caractéristiques d'hébergement

La capacité d'hébergement au sein de l'EHPAD Sainte Monique était supérieure à celle de l'EHPAD Péan. Le coût de l'institutionnalisation, composé du tarif d'hébergement et du tarif lié au degré de dépendance du résident, établis dans le cadre des conventions tripartites entre EHPAD, Agence Régionale de Santé et Conseil Général, était comparable entre les deux EHPAD.

2. Filière de soins et convention de coopération

Les deux EHPAD étaient intégrés dans le réseau gériatrique local. Une convention de coopération était établie entre l'EHPAD Sainte Monique et l'hôpital Saint Joseph d'une

part, et entre l'EHPAD Péan et l'hôpital Cochin ou l'équipe mobile de gériatrie (EMG) de l'hôpital Broca d'autre part.

3. Organisation des soins

L'organisation médicale et paramédicale des 2 EHPAD était différente. Le tableau 2 en présente les caractéristiques.

Tableau 2 : Comparaison de l'offre de soins des EHPAD

	Ste Monique		Péan	
ETP médecin coordonnateur	1		0,4	
ETP IDE jour	7,5		7,5	
ETP IDE nuit	2		0	
Nombre d'auxiliaires de vie et d'aides-soignants	Matin	4	Matin	10
	Après-midi	3	Après-midi	9
	Nuit	4	Nuit	3
Effectifs de kinésithérapeutes	10 (libéraux)		2 (salariés)	
Autre personnel paramédical intervenant ponctuellement	Psychologue	2	Psychologue	1
	Ergothérapeute	1	Ergothérapeute	1
	Orthophonistes	6	Orthophoniste	6
Nombre de médecins généralistes intervenant	20		10	
Spécialités des autres médecins intervenant	Dermatologue		Dermatologue	
	Cardiologue		Cardiologue	
			Orthopédiste	

ETP : Equivalent Temps Plein

Au sein de l'EHPAD Sainte Monique, le médecin coordonnateur était présent à temps plein, offrant une présence médicale toute la journée en semaine ; 1/3 de son temps de présence était dédié à la coordination, 2/3 étaient dédiés aux soins. Au sein de l'EHPAD Péan, le médecin coordonnateur était présent à temps partiel, partageant son activité avec l'hôpital Broca et l'EMG.

Le personnel paramédical, rapporté au nombre de résidents, était moins nombreux dans l'EHPAD Sainte Monique par rapport à l'EHPAD Péan. L'EHPAD Sainte Monique était cependant le seul à offrir une présence infirmière de nuit.

Dans le cadre du protocole établi pour le personnel paramédical en cas de situation d'urgence pour un résident, les médecins traitants étaient les premiers sollicités. En cas d'indisponibilité, et si le médecin coordonnateur était absent, l'IDE ou l'AS faisait appel au 15 qui oriente selon la nécessité vers SOS Médecin ou les Urgences Médicales de Paris, un service d'ambulanciers, les pompiers ou le SAMU.

4. Caractéristiques de la population générale et des flux

Le tableau 3 présente les caractéristiques de la population générale des deux EHPAD et les flux des résidents sur l'année 2013. Il permet d'en faire la comparaison.

Tableau 3 : Comparaison des caractéristiques de la population et des flux des résidents en EHPAD sur l'année 2013

	Ste Monique	Péan	
GMP	720	781	
PMP	204	191	
Pourcentage de résidents déments	75%	70%	
Nombre d'entrants	33	19	
Nombre de résidents décédés	31	22	
Nombre de sortants	6	7	
Provenance d'entrée			
	Hôpital	10	8
	Domicile, foyer logement	18	19
	EHPAD	5	3
Destination de sortie			
	Retour au domicile	3	7
	Autre EHPAD	3	0
	Hospitalisation	0	1
Nombre d'hospitalisations	46	48	

Le GIR Moyen Pondéré (GMP) représente le cumul de l'ensemble des GIR des résidents d'un EHPAD à un instant T. Il représente le niveau moyen de dépendance des résidents et permet à la structure de percevoir des aides financières en conséquence (40).

Le Pathos Moyen Pondéré (PMP) est un indicateur globalisé de la charge en soins médicaux et techniques pour une population donnée. Il résulte d'un algorithme associant à chaque état pathologique un profil de soins, et permettant d'estimer le niveau de soins pour chaque résident (41).

Les résidents de l'EHPAD Péan étaient en moyenne plus dépendants, mais présentaient une charge en soins moindre. Le pourcentage de résidents présentant une démence était comparable.

Le taux de mortalité rapporté au nombre de résidents était supérieur au sein de l'EHPAD Sainte Monique, soit 31% des résidents décédés en 2013, contre 23% à Péan. Le nombre d'hospitalisations rapporté au nombre de résidents était également supérieur au sein de l'EHPAD Sainte Monique, soit 2,8 hospitalisations par résident en 2013, contre 1,9 à Péan.

II. Description de l'échantillon étudié

140 résidents ont été inclus dans l'étude, soit 71 résidents au sein de l'EHPAD Péan et 69 au sein de l'EHPAD Sainte Monique. 19 résidents (14%) ont été hospitalisés au cours de l'étude, 9 en provenance de l'EHPAD Péan et 10 en provenance de l'EHPAD Sainte Monique.

1. Description de l'échantillon total des résidents et du sous-groupe des résidents hospitalisés

Tableau 4 : Comparaison des caractéristiques sociales et physiques entre l'échantillon total des résidents et le sous-groupe des résidents hospitalisés

		Echantillon total des résidents (n=140)	Résidents hospitalisés (n=19)	p
Sex-Ratio	(F/H)	5,7	2,8	NS
	Homme ^a	21 (15%)	5 (26%)	
	Femme ^a	119 (85%)	14 (74%)	
Age ^b		89,9 ± 6,7 (70-104)	89,4 ± 6,3 (79-100)	NS
Statut Marital				NS
	Veuf ^a	75 (54%)	9 (48%)	
	Célibataire ^a	44 (31%)	5 (26%)	
	Marié ^a	21 (15%)	5 (26%)	
Ancienneté (années) ^b		4,4 ± 3,2 (1-15)	3,2 ± 2,1 (1-9)	0,04
Poids (kg) ^b		56,5 ± 12,3 (31-95)	56,8 ± 10,8 (34-78)	NS
MMS ^b		17,4 ± 8,6 (0-30)	16,2 ± 8,1 (1-29)	NS

a : n (%) ; b : moyenne ± écart type (min-max) ; NS : non significatif ; significatif si p < 0,05

A. Caractéristiques sociales

Les caractéristiques sociales des résidents de l'échantillon total et du sous-groupe des résidents hospitalisés sont exposées dans le tableau 4.

Les résidents étaient principalement des femmes. Leur âge était comparable à celui des hommes (90,1 ans contre 89,3 ans). Les résidents veufs représentaient la part la plus importante de l'échantillon total, suivis par les célibataires et les personnes mariées. En moyenne, les femmes étaient institutionnalisées depuis plus longtemps que les hommes (4,6 ans contre 3,1 ans).

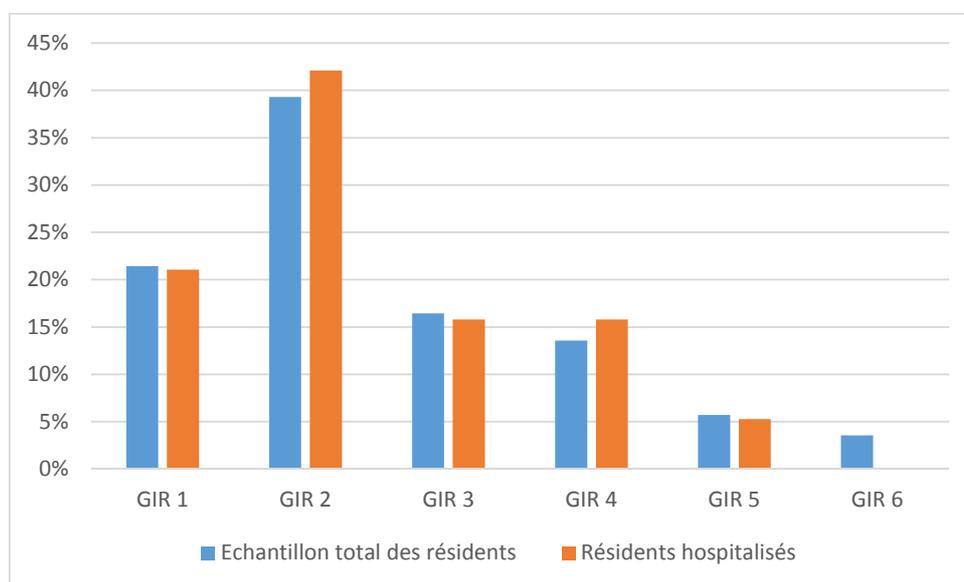
Au sein de l'échantillon total, 105 résidents (75% de l'échantillon total) étaient en Affection Longue Durée (ALD). 19 résidents (14%) bénéficiaient de l'Aide Sociale. Au sein du sous-groupe des résidents hospitalisés, 13 résidents (68% du sous-groupe des résidents hospitalisés) étaient en ALD. 2 résidents (10%) bénéficiaient de l'Aide Sociale.

B. Caractéristiques descriptives générales

Les caractéristiques de poids et de degré de démence évalué par le MMS sont exposées dans le tableau 4.

Les caractéristiques du degré de dépendance évalué par le score de GIR sont exposées dans la figure 1. Les résidents très dépendants (GIR 1 et 2) étaient majoritaires.

Figure 1 : Comparaison des classes de GIR entre l'échantillon total des résidents et le sous-groupe des résidents hospitalisés



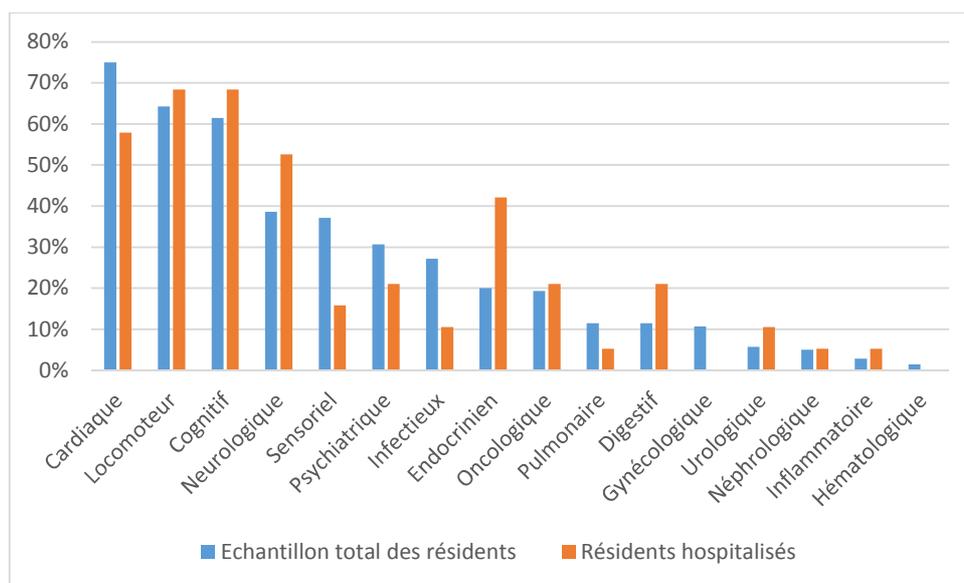
C. Caractéristiques médicales

a. Pathologies

Au sein de l'échantillon total, les résidents présentaient en moyenne 4,2 types de pathologies chroniques $\pm 1,7$ (1-9). Au sein du sous-groupe des résidents hospitalisés, les résidents présentaient en moyenne 4,1 types de pathologies chroniques $\pm 1,9$ (1-8).

Le détail de ces types de pathologies chroniques est exposé dans la figure 2. Les pathologies cardio-vasculaires, de l'appareil locomoteur, et les pathologies cognitives étaient retrouvées chez plus de 50% des résidents.

Figure 2 : Comparaison des types de pathologies chroniques entre l'échantillon total des résidents et le sous-groupe des résidents hospitalisés

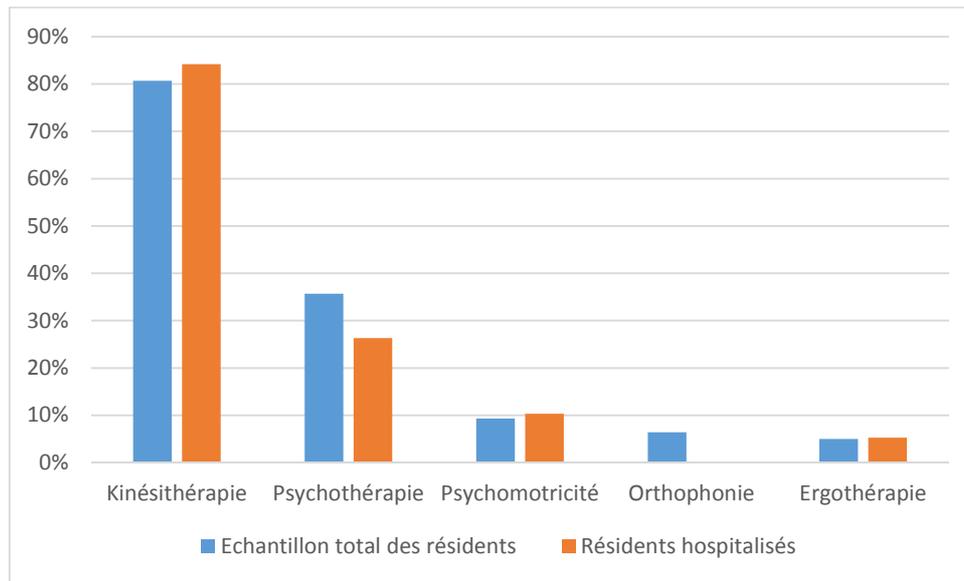


b. Prises en charge

Au sein de l'échantillon total, les résidents recevaient en moyenne 8,4 médicaments $\pm 3,4$ (1-17) et bénéficiaient de 1,4 types de soins paramédicaux $\pm 0,8$ (0-4). Au sein du sous-groupe des résidents hospitalisés, les résidents recevaient en moyenne 9,4 médicaments $\pm 3,1$ (5-16) et bénéficiaient de 1,3 types de soins paramédicaux $\pm 0,7$ (0-3).

Parmi ces soins, ont été relevé : les interventions des kinésithérapeutes, des psychologues, des orthophonistes, des psychomotriciens et des ergothérapeutes. Le détail de ces soins est exposé dans la figure 3.

Figure 3 : Comparaison des types de soins paramédicaux entre l'échantillon total des résidents et les résidents hospitalisés



2. Comparaison de l'échantillon total des résidents et du sous-groupe des résidents hospitalisés

Les résidents hospitalisés étaient institutionnalisés depuis en moyenne 1,2 ans de moins que les résidents de l'échantillon total ; la différence était significative ($p=0,04$).

Ils présentaient plus fréquemment une pathologie endocrinienne ; la différence était significative ($p=0,04$).

Aucune autre différence entre les deux groupes n'était significative.

3. Modifications des caractéristiques des résidents en fin d'étude

La perte de poids à la fin de l'étude était plus importante au sein du sous-groupe des résidents hospitalisés, soit $-2,5\text{kg} \pm 5,9$ (-14;+16) contre $-0,6 \text{ kg} \pm 5,5$ (-22;+6).

L'augmentation du nombre de médicaments était plus importante au sein du sous-groupe des résidents hospitalisés, soit $+0,6 \pm 1,8$ (-2;+7) contre $+0,3 \pm 1,9$ (-5;+3).

Cependant, les différences constatées n'étaient pas significatives.

Le MMS et le score GIR n'ayant pas été réévalués chez tous les résidents en fin d'étude, l'aggravation de la démence et de la dépendance n'a pu être estimée.

III. Description des flux des résidents

1. Généralités

La durée moyenne d'observation des résidents était de 170 jours \pm 38 (9-182). Cette durée était ramenée à 153 jours \pm 53 (37-182) pour les résidents hospitalisés. La différence n'était pas significative.

Au total, nous avons observé 40 mouvements entre EHPAD et extérieur :

- 25 hospitalisations,
- 11 décès au sein d'un des EHPAD,
- 1 changement définitif d'EHPAD,
- 3 sorties de plus de 48h pour convenance personnelle.

Les mouvements ont concerné 29% des résidents. 63% des transferts ont eu lieu vers l'hôpital.

2. Hospitalisations

Les résidents ont été hospitalisés en moyenne 0,2 fois \pm 0,5 (0-3) au cours des 6 mois d'observation. Au sein du sous-groupe des résidents hospitalisés, le nombre moyen d'hospitalisation sur cette période était de 1,3 \pm 0,6 (1-3).

19 résidents ont été hospitalisés au moins 1 fois, soit 14% de l'échantillon total. Parmi eux, 14 résidents ont été hospitalisés 1 fois (10%), 4 résidents 2 fois (3%), 1 résident 3 fois (1%).

Au cours des deux années précédant l'étude, les sujets du sous-groupe des résidents hospitalisés avaient été hospitalisés plus fréquemment que les résidents de l'échantillon total, soit 1,2 fois \pm 1 (0-4) contre 0,8 fois \pm 1 (0-4). Au cours des six mois précédant l'étude, ce taux était comparable dans les deux groupes cités, soit 0,5 fois \pm 0,8 (0-3) contre 0,3 fois \pm 0,6 (0-3). Les différences n'étaient pas significatives.

3. Décès

17 résidents (12%) sont décédés au cours de la période d'étude. 11 décès (65%) ont eu lieu en EHPAD, 6 (35%) à l'hôpital dont 4 (23%) au SAU.

La mortalité des résidents ayant été hospitalisés était plus importante que celle des résidents de l'échantillon total, soit 32% contre 12%. La différence était significative ($p=0,04$). La mortalité des résidents hospitalisés en urgence était plus importante que celle des résidents dont l'hospitalisation était anticipée, soit 5 décès (28% des décès) contre 1 (14%).

Le délai moyen de survenue du décès après le début de l'étude était comparable entre les deux groupes, soit 90 jours \pm 55,6 (37-168) dans le sous-groupe des résidents hospitalisés contre 83,6 \pm 60 (9-177) dans l'échantillon total. En cas d'hospitalisation, le décès survenait en moyenne 13,7 jours \pm 29,6 (0-74) après l'admission. Aucun des résidents revenus en EHPAD après hospitalisation, n'est ensuite décédé au cours de l'étude.

L'âge moyen des résidents décédés était comparable entre les deux groupes, soit 91,8 ans \pm 7,1 (81-99) au sein du sous-groupe des résidents hospitalisés contre 92 \pm 5,5 (81-99) dans l'échantillon total.

Ces différences n'étaient pas significatives.

Parmi les 6 résidents pour lesquels une hospitalisation a été évitée, 3 sont décédés, en moyenne 15 jours \pm 13,2 (0-25) après la décision de non-hospitalisation.

4. Autres mobilités

A. Sortie pour convenance personnelle

Trois résidents (2%) sont sortis plus de 48h pour convenance personnelle. Aucun des résidents hospitalisés n'est sorti pour cette raison.

B. Changement d'EHPAD

Un résident (1%) a changé d'EHPAD. Il n'avait pas été hospitalisé.

C. Changement d'aile

Quatre résidents (2%) ont changé d'aile au sein de leur EHPAD. Parmi les résidents hospitalisés, 2 (10%) ont changé d'aile après leur hospitalisation.

IV. Description des parcours de soins des résidents

1. Consultations

A. Description de l'ensemble des consultations et comparaison avec les consultations au sein du sous-groupe des résidents hospitalisés

a. Nombre

Nous avons recensé 526 consultations médicales au cours de l'étude. Les résidents hospitalisés ont bénéficié d'un plus grand nombre de consultations que les résidents de l'échantillon total, soit en moyenne 5,8 consultations par résident $\pm 3,8$ (1-15) contre $3,8 \pm 2,9$ (0-15). La différence était significative ($p=0,04$).

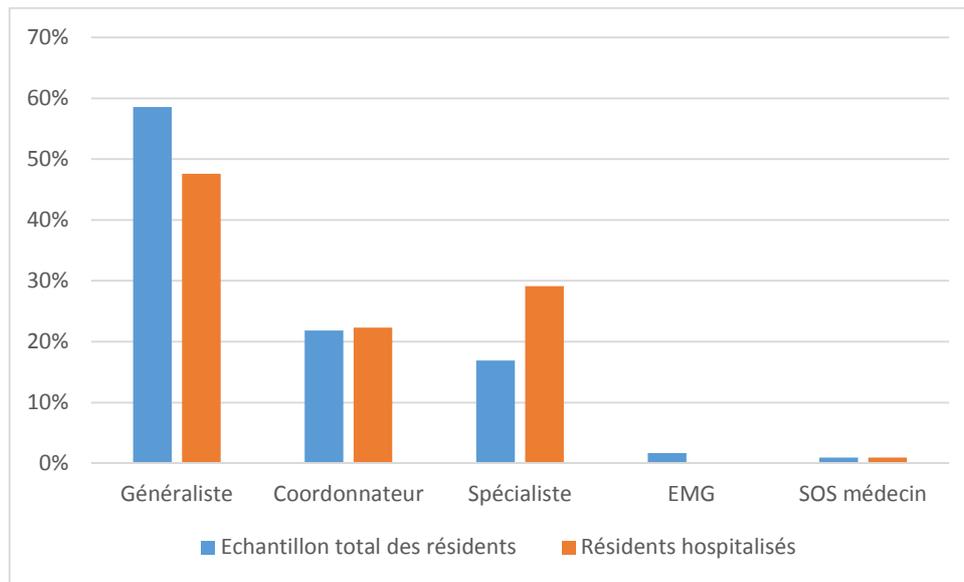
b. Nature de la consultation

Au sein de l'échantillon total, les consultations de suivi étaient plus fréquentes que les consultations en urgence, soit 396 consultations de suivi (75%) contre 130 consultations d'urgence (25%). Au sein du sous-groupe des résidents hospitalisés, le pourcentage de consultations de suivi était comparable, soit 76 consultations (73%). La différence n'était pas significative.

c. Intervenants

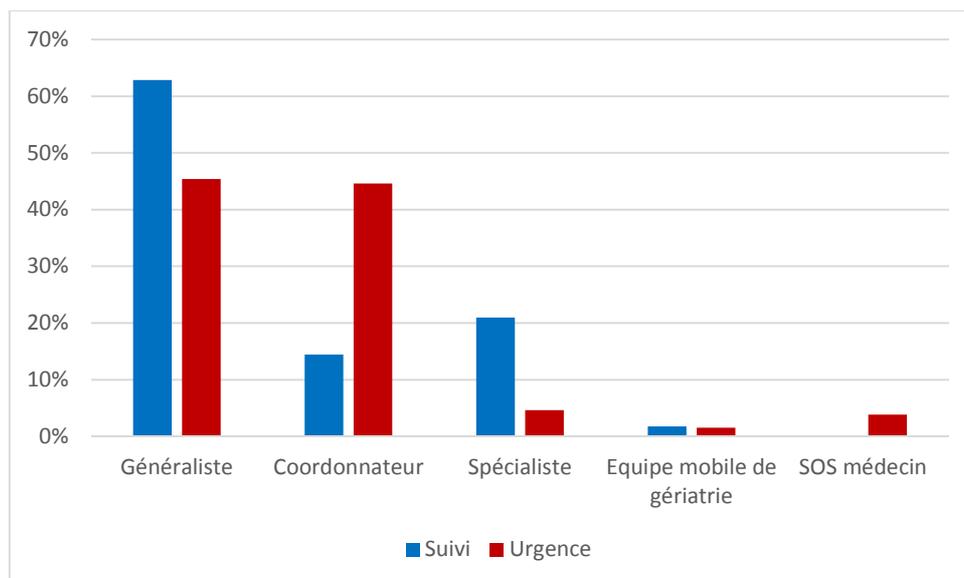
La figure 4 illustre la répartition des différents intervenants en consultation au sein des deux échantillons. Les différences n'étaient pas significatives.

Figure 4 : Répartition des intervenants en consultation au sein de l'échantillon total des résidents et du sous-groupe des résidents hospitalisés



La figure 5 permet de comparer la nature de la consultation effectuée en fonction du type d'intervenant. On constate que le médecin généraliste intervenait plus fréquemment dans un contexte de suivi, et le médecin coordonnateur dans un contexte d'urgence.

Figure 5 : Comparaison de la nature de la consultation effectuée en fonction du type d'intervenant au sein de l'échantillon total des résidents



d. Décisions prises à l'issue de la consultation

Le tableau 5 présente les décisions prises à l'issue des consultations dans les deux groupes de l'étude.

Tableau 5 : Comparaison des décisions prises à l'issue des consultations entre l'échantillon total des résidents et les résidents hospitalisés

	Consultations dans l'échantillon total des résidents (n=526)	Consultations dans le sous-groupe des résidents hospitalisés (n=103)	p
Pas d'action	254 (48%)	40 (39%)	NS
Examen complémentaire	78 (13%)	13 (15%)	NS
Biologie	59 (11%)	11 (11%)	NS
Imagerie	12 (2%)	2 (2%)	NS
Modification du traitement	208 (39%)	46 (45%)	NS
Aigu	131 (25%)	21 (21%)	NS
Chronique	83 (16%)	26 (25%)	0,03
Spécialiste	15 (3%)	8 (8%)	0,03
Hospitalisation évitée	4 (1%)	1 (1%)	NS

n (%) ; NS : non significatif ; significatif si $p < 0,05$

Le traitement chronique était plus fréquemment modifié au sein du sous-groupe des résidents hospitalisés que dans l'échantillon total des résidents. La différence était significative.

L'avis d'un spécialiste était plus fréquemment requis au sein du sous-groupe des résidents hospitalisés que dans l'échantillon total des résidents. La différence était significative.

Les autres différences n'étaient pas significatives.

B. Description des consultations précédant la 1^{ère} hospitalisation et comparaison avec l'ensemble des consultations des résidents hospitalisés

a. Nombre et fréquence

Au sein du sous-groupe des résidents hospitalisés, les résidents ont bénéficié en moyenne de 3,5 consultations \pm 2,8 (0-13) avant la première hospitalisation. La figure 6 illustre la fréquence des consultations par semaine avant la première hospitalisation en fonction du délai en jours avant l'hospitalisation. On constate une nette accélération de la fréquence des consultations au cours des semaines précédant l'événement.

Figure 6 : Nombre moyen de consultations par semaine en fonction du délai en jours avant la première hospitalisation

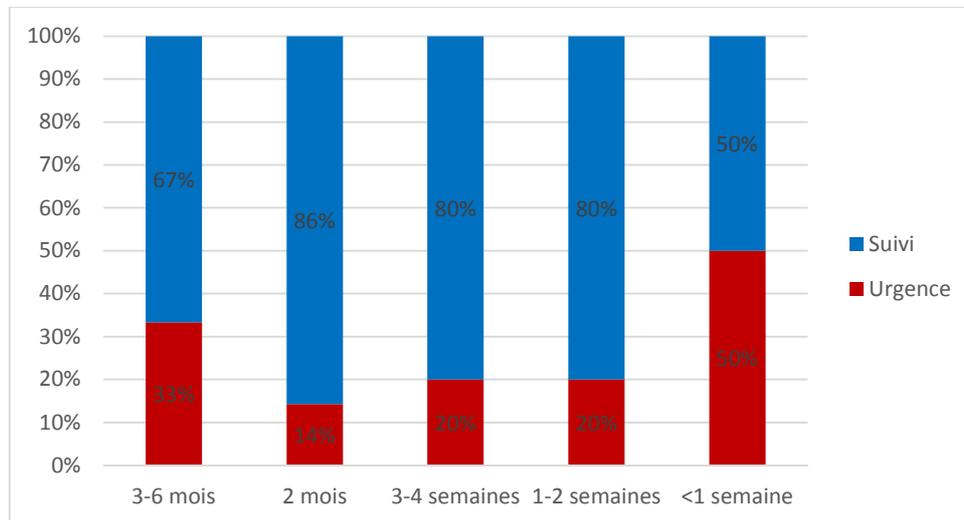


b. Nature de la consultation

Concernant les consultations précédant la 1^{ère} hospitalisation, les consultations de suivi restaient plus fréquentes que les consultations en urgence, soit 45 consultations (68%) contre 21 consultations (32%).

La figure 7 illustre la répartition de la nature des consultations en fonction du délai avant l'hospitalisation. La part des consultations en urgence augmentait à l'approche de l'événement.

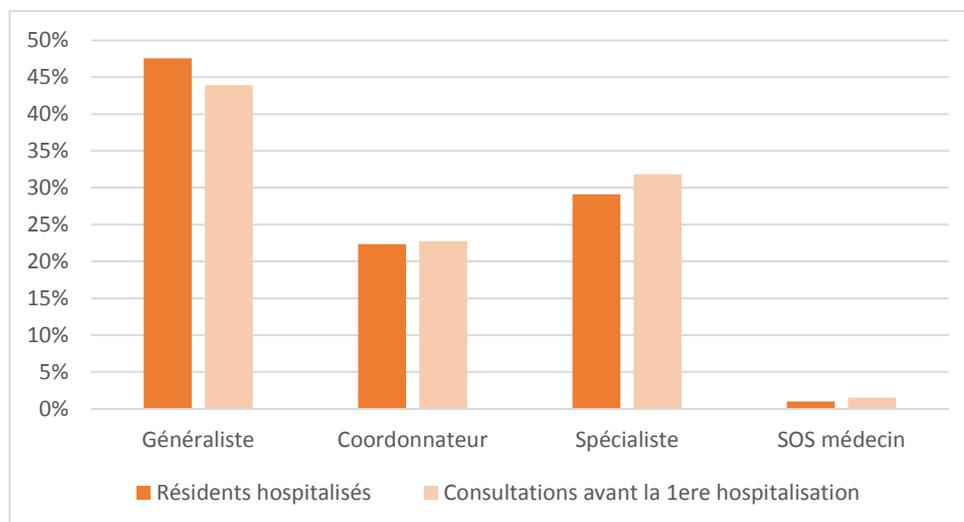
Figure 7 : Evolution de la nature des consultations en fonction du délai avant la première hospitalisation



c. Intervenant

La figure 8 compare la répartition des différents intervenants en consultation au sein du sous-groupe des résidents hospitalisés par rapport aux consultations précédant la première hospitalisation. La répartition était comparable dans les deux groupes.

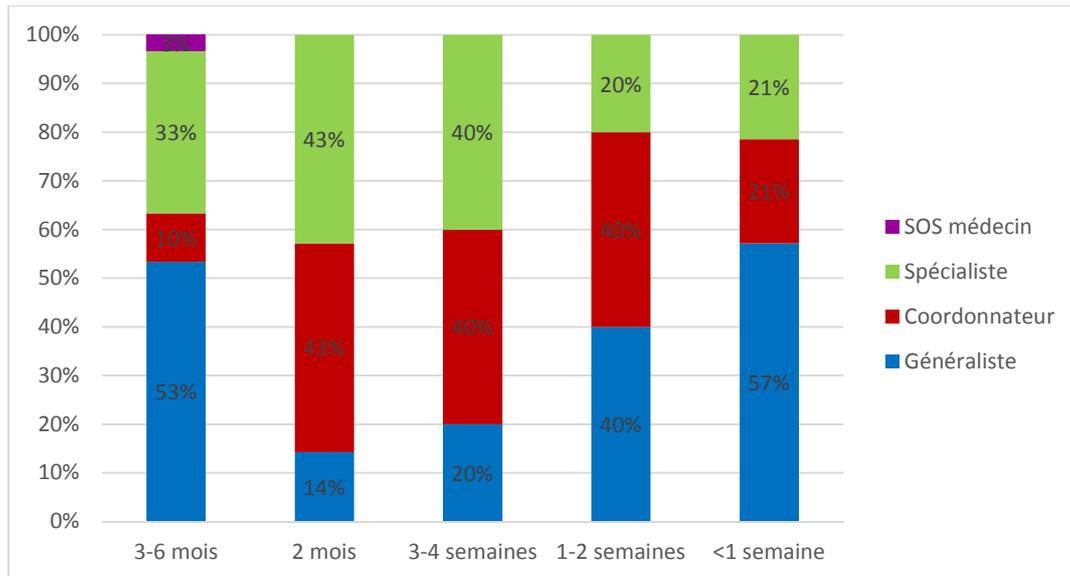
Figure 8 : Répartition des intervenants en consultation au sein du sous-groupe des résidents hospitalisés par rapport aux consultations précédant la première hospitalisation



La figure 9 illustre la répartition des intervenants en fonction du délai avant l'événement.

La fréquence de l'intervention du médecin généraliste augmentait à l'approche de l'évènement.

Figure 9 : Comparaison du type d'intervenant en consultation en fonction du délai avant la première hospitalisation



d. Décisions à l'issue de la consultation

Le tableau 6 présente les décisions à l'issue des consultations au sein du sous-groupe des résidents hospitalisés et lors des consultations précédant la première hospitalisation. Le profil des décisions était comparable.

Tableau 6 : Comparaison des décisions à l'issue des consultations totales des résidents hospitalisés et des consultations précédant la première consultation

	Consultations du sous-groupe des résidents hospitalisés (n=103)	Consultations précédant la 1^{ère} hospitalisation (n=66)	p
Pas d'action	40 (39%)	24 (36%)	NS
Examen complémentaire	13 (15%)	8 (12%)	NS
Biologie	11 (11%)	6 (9%)	NS
Imagerie	2 (2%)	2 (3%)	NS
Modification du traitement	46 (45%)	29 (44%)	NS
Aigu	21 (20%)	14 (21%)	NS
Chronique	26 (25%)	15 (23%)	NS
Spécialiste	8 (8%)	5 (8%)	NS
Hospitalisation évitée	1 (1%)	1 (1%)	NS
Décision hospitalisation	8 (8%)	7 (11%)	NS

n (%) ; NS : non significatif ; significatif si p < 0,05

Le tableau 7 présente le résumé des décisions prises en fonction du délai avant la première hospitalisation et le pourcentage des types de décision selon le groupe de délai.

Tableau 7 : Résumé des décisions à l'issue de la consultation en fonction du délai avant la première hospitalisation

	3-6 mois	2 mois	3-4 semaines	1-2 semaines	< 1 semaine
Pas d'action	11 (37%)	5 (71%)	4 (40%)	1 (20%)	4 (21%)
Examen complémentaire	1 (3%)	0	1 (10%)	2 (40%)	4 (29%)
Biologie	1 (3%)	0	1 (10%)	1 (20%)	3 (21%)
Imagerie	0	0	0	1 (20%)	1 (7%)
Modification du traitement	17 (58%)	1 (14%)	5 (50%)	2 (40%)	4 (29%)
Aigu	8 (27%)	1 (14%)	2 (20%)	1 (20%)	2 (14%)
Chronique	9 (30%)	0	2 (30%)	2 (20%)	2 (14%)
Spécialiste	4 (13%)	0	1 (10%)	0	0
Hospitalisation	0	1 (14%)	0	0	6 (43%)
Hospitalisation. Evitée	0	0	1 (10%)	0	0

n (%) – Nombre (et pourcentage) de consultations au cours de la période indiquée aboutissant à la décision désignée

2. Hospitalisations

A. Mode d'hospitalisation

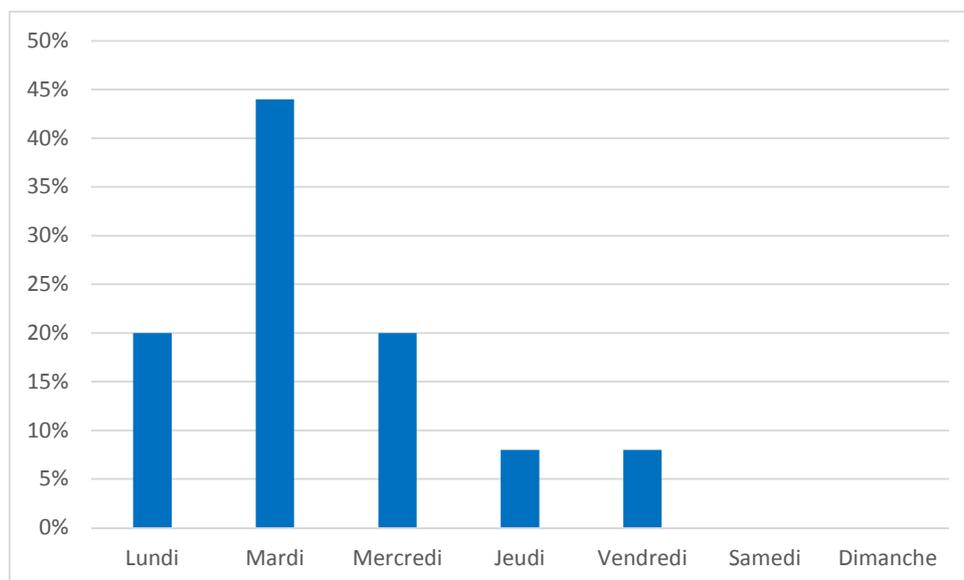
25 hospitalisations ont été observées chez 19 résidents. 13 résidents ont été hospitalisés en provenance de l'EHPAD Sainte Monique, 12 en provenance de l'EHPAD Péan.

18 hospitalisations (72%) ont eu lieu en urgence, 7 hospitalisations (28%) étaient anticipées.

a. Moment

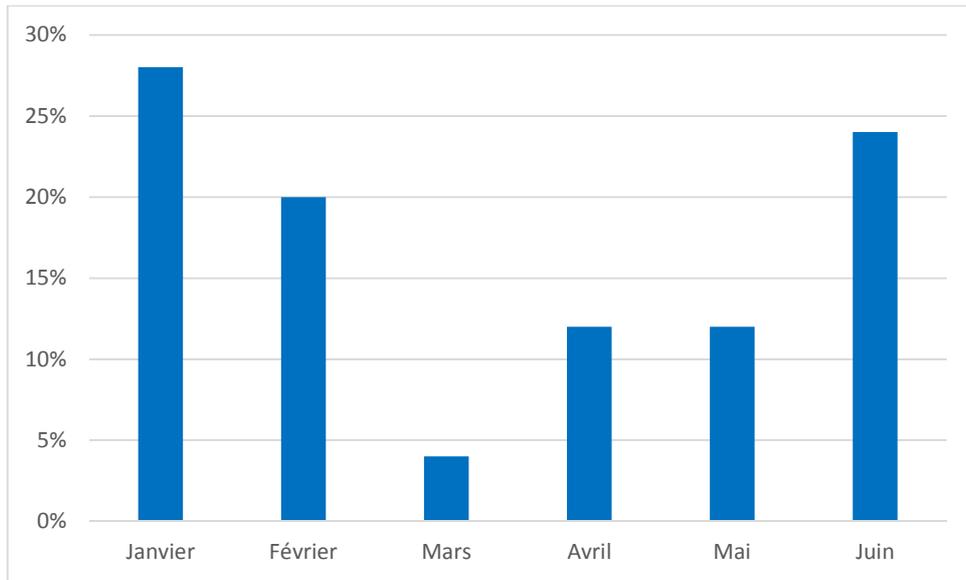
La figure 10 illustre la répartition des hospitalisations en fonction des jours de la semaine. Elles avaient principalement lieu en début de semaine avec un pic le mardi (11 hospitalisations soit 44%). Aucune hospitalisation n'a eu lieu le week-end.

Figure 10 : Répartition des hospitalisations en fonction des jours de la semaine



La figure 11 illustre la répartition des hospitalisations selon les mois de l'année. L'étude portait sur les mois de janvier à juin. Les mois de janvier, février et juin cumulaient 18 événements soit 72% des hospitalisations.

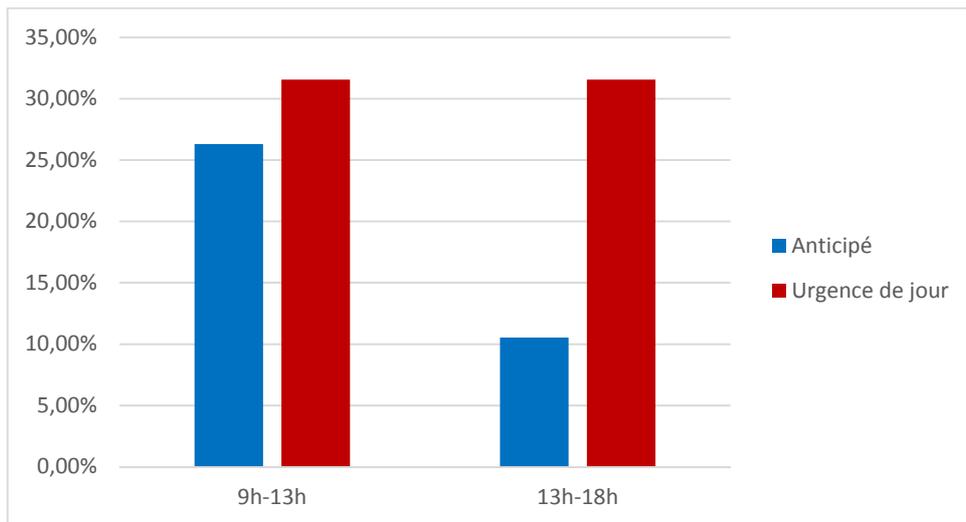
Figure 11 : Répartition des hospitalisations en fonction des mois de l'année



19 hospitalisations (76%) ont eu lieu de jour (9h-18h) dont 12 en urgence, et 6 hospitalisations (24%) ont eu lieu de nuit. Toutes les hospitalisations de nuit avaient lieu en urgence.

La figure 12 illustre la répartition des hospitalisations de jour en fonction de leur horaire en fonction du type d'hospitalisation.

Figure 12 : Répartition des hospitalisations en fonction de l'horaire selon le type d'hospitalisation



b. Initiateur

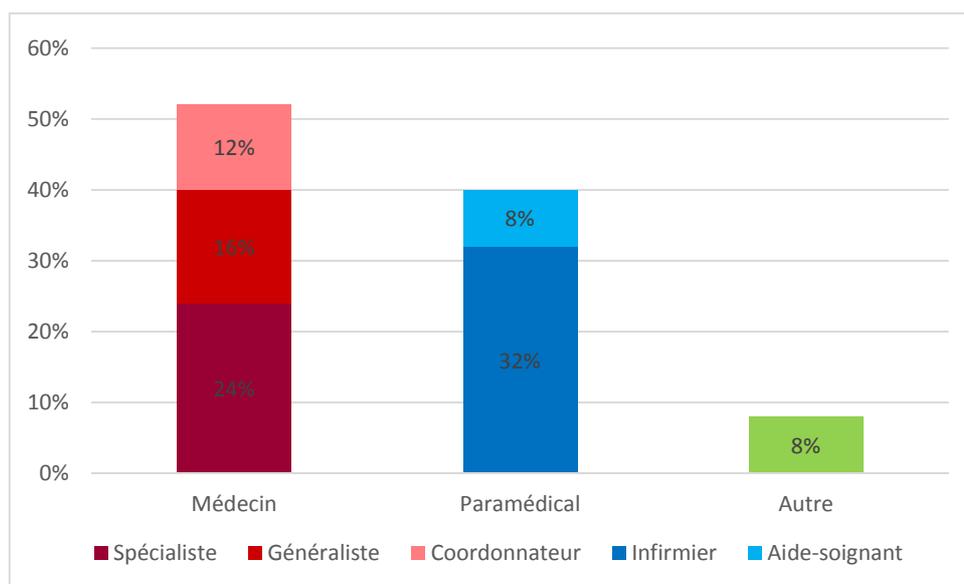
La figure 13 illustre la répartition des initiateurs des hospitalisations.

Un médecin était à l'origine de la décision dans 52% des cas. Le personnel paramédical était à l'origine de la décision dans 40% des cas.

L'intervention d'un autre décideur était rare :

- SOS médecin – 1 hospitalisation
- le directeur de l'établissement, en accord avec la famille, via le SAMU – 1 hospitalisation, suite à un incident à l'extérieur de l'EHPAD au cours d'une sortie autorisée d'une durée inférieure à 24h.

Figure 13 : Répartition des initiateurs des hospitalisations



En cas d'hospitalisation anticipée, la décision de transfert était prise par un médecin spécialiste dans 5 cas (71%), ou par le médecin coordonnateur dans 2 cas (29%).

En cas d'hospitalisation en urgence, la décision de transfert était prise par un infirmier dans 8 cas (44%), par un médecin généraliste dans 4 cas (22%), ou par un aide-soignant dans 2 cas (11%).

En cas d'hospitalisation en urgence de jour, le médecin coordonnateur était absent dans 11 cas (92%).

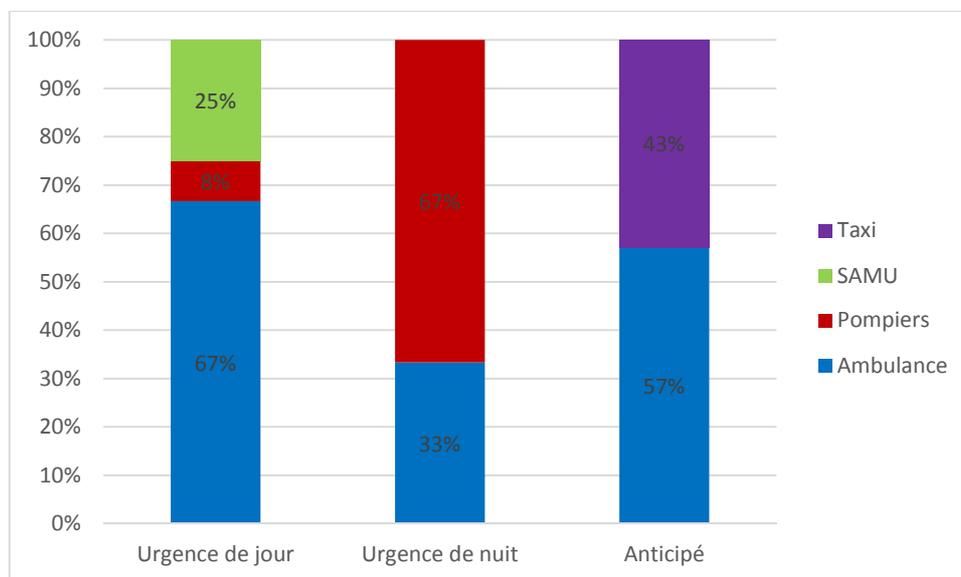
En cas d'hospitalisation en urgence de nuit, la décision de transfert était prise pas un infirmier dans 3 cas (50%). Ces trois cas concernent l'hospitalisation de résidents de l'EHPAD Sainte Monique.

c. Mode de transport

La figure 14 illustre la répartition du mode de transport en fonction du type d'hospitalisation.

En cas d'hospitalisation en urgence de jour, le transfert s'effectuait principalement en ambulance, en cas d'hospitalisation en urgence de nuit, il s'effectuait principalement avec les pompiers. En cas d'hospitalisation anticipée, le transfert s'effectuait en ambulance ou en taxi.

Figure 14 : Répartition du mode de transport en fonction du type d'hospitalisation



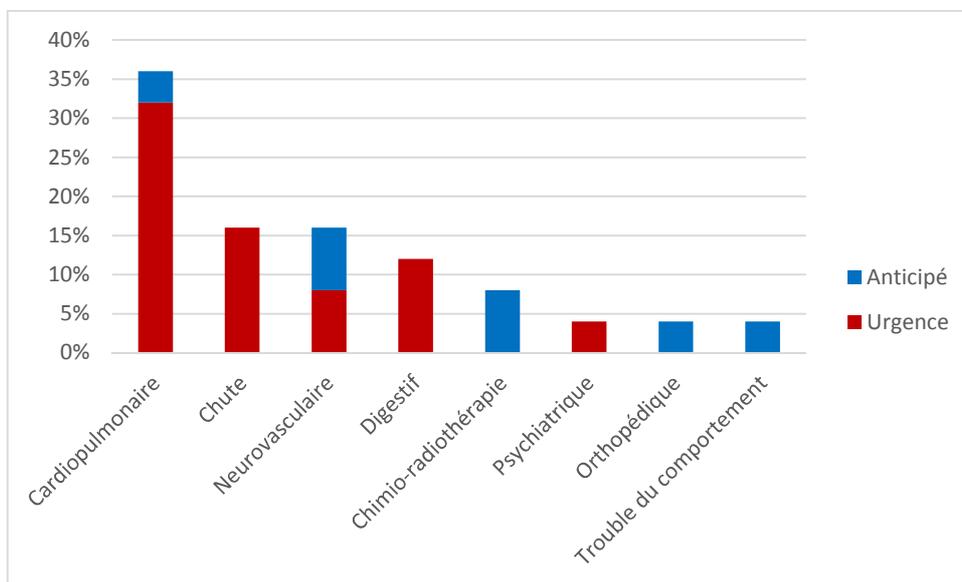
B. Description du séjour

a. Motif d'hospitalisation

La figure 15 illustre la répartition des motifs d'hospitalisation en fonction du type d'hospitalisation.

Les causes pouvaient se combiner.

Figure 15 : Fréquence des motifs d'hospitalisation en fonction du type d'hospitalisation



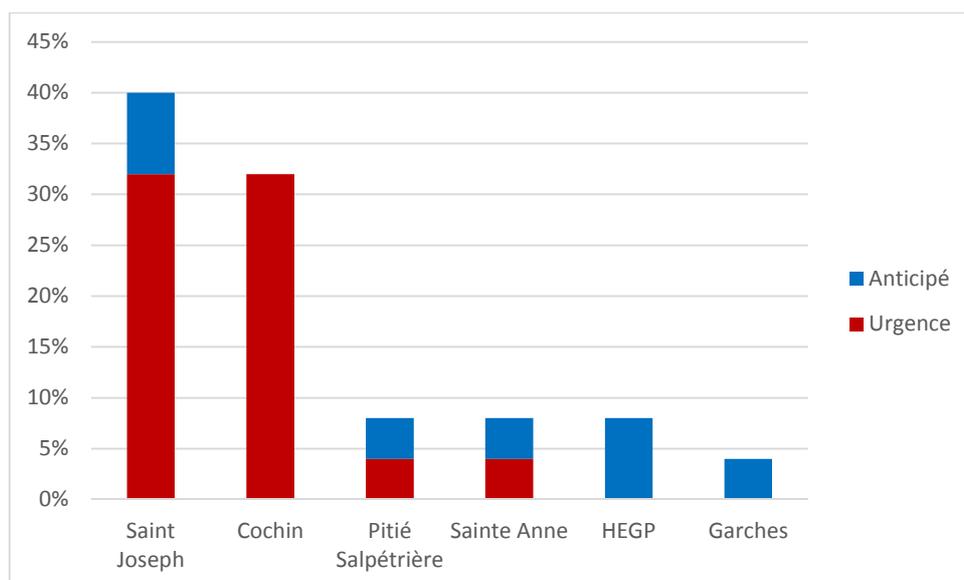
b. Lieu de transfert

- **Hôpital destinataire**

La figure 16 illustre la répartition des hôpitaux destinataires en fonction du type d'hospitalisation.

Les résidents hospitalisés en urgence étaient adressés dans 72% des cas dans un hôpital ayant signé une convention de soin avec l'EHPAD (hôpital Saint Joseph - 10 cas ; hôpital Cochin - 8 cas).

Figure 16 : Répartition des hôpitaux destinataires en fonction du type d'hospitalisation



- **Service destinataire**

16 résidents (64%) ont été adressés aux urgences.

9 résidents (36%) ont été hospitalisés directement en service de spécialité :

- gériatrie – 2
- neurologie – 2
- oncologie – 2
- neurochirurgie – 1
- orthopédie – 1
- réanimation – 1

Tous les résidents hospitalisés en urgence sont passés par le SAU, sauf 2 (via le service de réanimation et via le service de neurologie). Les résidents n'ont pu être admis directement en gériatrie que dans le cas d'hospitalisations anticipées.

Parmi les 16 résidents ayant consulté au SAU :

- 6 (37,5%) sont retournés en EHPAD,
- 4 (25%) sont décédés,
- 6 (37,5%) ont été transférés.

Ces transferts se sont effectués vers les services de :

- gériatrie – 2
- pneumologie – 2
- médecine interne – 1
- gastro-entérologie – 1

c. Transferts intra-hospitaliers

Les résidents ont été hospitalisés en moyenne dans 1,4 services \pm 0,7 (1-4). 18 (72%) l'ont été dans 1 service, 6 (24%) dans 2 services, 1 (4%) dans 4 services.

Aucun résident n'a été secondairement transféré suite à une hospitalisation anticipée.

d. Durée de séjour

Les résidents ont été hospitalisés en moyenne 8,5 jours \pm 17,6 (0-74). Les résidents qui ne sont pas décédés ont été hospitalisés en moyenne 6,8 jours \pm 10,9 (0-46). Les résidents qui sont décédés ont été hospitalisés en moyenne 16,4 jours \pm 28,8 (0-74).

C. Communication

a. A l'admission

- ***Dossier de liaison d'urgence***

Le dossier de liaison d'urgence (DLU) était systématiquement joint en cas d'hospitalisation en urgence, en dehors d'un cas où le résident avait été hospitalisé au départ de son domicile. Il contenait :

- les données administratives,
- les observations de la fiche d'urgence,
- les antécédents, allergies, pathologies en cours,
- les traitements, vaccins, régime alimentaire,
- le GIR, les derniers relevés (poids, constantes...),
- les examens biologiques.

- ***Courrier médical – contact téléphonique***

Un courrier médical était joint dans 7 cas (28%), soit dans 3 situations en cas d'hospitalisation en urgence de jour et dans 4 situations en cas d'hospitalisations anticipées. Dans les cas d'hospitalisations en urgence de nuit, il n'y avait jamais de document médical joint.

Le service destinataire était joint par téléphone dans 8 cas (32%).

- ***Délai d'admission en cas d'hospitalisation anticipée***

En cas d'hospitalisation anticipée, le temps moyen entre la prise de décision de d'hospitalisation et l'hospitalisation effective était de 10,7 jours \pm 7,1 (0-21).

b. A la sortie

- ***Compte rendu médical – contact téléphonique***

Chez les résidents non décédés, un compte rendu médical était transmis le jour du retour dans 13 cas (68%). L'EHPAD était joint par téléphone durant l'hospitalisation du résident pour partager une information d'ordre médical dans 14 cas (56%). Les appels concernaient le plus souvent l'évolution de la situation médicale du résident (90%) et son éventuel décès (28%).

- ***Ordonnance de sortie***

L'ordonnance de sortie était différente de l'ordonnance d'entrée dans 12 cas (63%). L'ordonnance était considérée comme inadaptée et modifiée dès le retour de l'hôpital dans 3 cas (16%). Les ordonnances considérées comme inadaptées correspondaient uniquement à des ordonnances ayant été modifiées. Nous n'avons pas relevé le motif de l'inadéquation de ces ordonnances.

- ***Délai de retour***

La sortie de l'hôpital a été différée à la demande de l'EHPAD dans un seul cas (décalage de 3 jours, correspondant à une période de week-end).

- ***Réponse apportée***

Dans 19 des cas (76%), les médecins coordonnateurs ont estimé que l'hospitalisation avait permis de répondre de façon adaptée à la problématique ayant motivé l'hospitalisation.

Dans les 6 autres cas, les motifs évoqués de réponse inadaptée étaient les suivants :

- pas d'étiologie retrouvée – 3 fois
- retour sans compte-rendu hospitalier – 2 fois
- ordonnance inadaptée – 1 fois
- pas d'exploration menée en rapport avec le symptôme motivant l'hospitalisation – 1 fois
- reprogrammation, chirurgie impossible – 1 fois
- multiples complications au cours de l'hospitalisation, retour envisagé tardif et refus du retour malgré la demande du médecin coordonnateur – 1 fois.

Ils pouvaient se combiner.

3. Réhospitalisations

5 résidents ont été hospitalisés plusieurs fois au cours de l'étude.

- Un résident : 2 hospitalisations → deux cures de chimiothérapie à 14 jours d'intervalle
- Un résident : 2 hospitalisations → une réhospitalisation en gériatrie, 78 jours après un passage au SAU
- Deux résidents : 2 hospitalisations → deux séjours au SAU
 - o à 13 jours d'intervalle – même motif d'hospitalisation
 - o à 56 jours d'intervalle – motif d'hospitalisation différent
- Un résident : 3 hospitalisations →
 - o au SAU, 4 jours après une 1^{ère} hospitalisation en neurologie
 - o puis à nouveau au SAU, 21 jours après la 2^{ème} hospitalisationLes trois motifs d'hospitalisation étaient a priori distincts.

Le délai moyen de réhospitalisation était de 31 jours \pm 26,7 (4-78). La durée moyenne du deuxième et troisième séjour était plus brève, soit 4,8 jours \pm 5,1 (0-13).

4. Hospitalisations évitées

A. Nombre

6 hospitalisations évitées ont été signalées.

Parmi elles, 2 ont été signalées au sein du sous-groupe des résidents hospitalisés. Un seul de ces deux résidents est décédé au cours de l'étude.

B. Mode de décision

Le jour de la décision de non-hospitalisation, 5 résidents ont bénéficié d'une consultation. Il s'agissait d'une consultation de suivi dans 4 cas et d'une consultation en urgence dans 1 cas.

La décision de ne pas hospitaliser était prise par le médecin coordonnateur dans 3 cas, par le médecin généraliste dans 1 cas, par l'EMG dans 1 cas.

Aucune action n'a été réalisée à l'issue de la consultation dans 3 cas. Un examen complémentaire (biologie) a été demandé dans 1 cas. Le traitement aigu a été modifié dans 3 cas. Le traitement chronique n'était jamais modifié. Aucun avis de spécialiste n'était demandé.

C. Motif médical

Les motifs médicaux qui auraient pu justifier une hospitalisation étaient :

- une dyspnée – 2 fois
- une altération de l'état général – 2 fois
- une décompensation cardiaque – 1 fois
- des symptômes neurologiques – 1 fois
- des escarres – 1 fois

Ils pouvaient se combiner.

D. Cause de l'évitement

Les hospitalisations étaient évitées dans tous les cas en raison d'une balance bénéfico-risque défavorable. Dans 2 cas, l'hospitalisation a été évitée car le motif invoqué était résolu entre-temps, dans 1 cas en raison du refus du résident. Les motifs pouvaient se combiner.

DISCUSSION

I. Objectif principal

L'objectif principal de notre étude était de décrire les parcours de soins des résidents au sein de deux EHPAD à Paris, en étudiant les flux des résidents, leur parcours de soins de ville et leurs hospitalisations.

1. Description des flux des résidents

Dans notre étude, les transferts ont concerné 29% des résidents. Nous avons mis en avant que la majorité de ces transferts, soit 62%, avaient lieu vers l'hôpital. 14% des résidents ont été hospitalisés au moins une fois.

12% des résidents sont décédés. La majorité de ces décès est intervenue au sein des EHPAD. Les résidents décédés avaient un nombre d'hospitalisations significativement plus élevé.

A. Hospitalisation

Les taux de transfert et d'hospitalisation observés dans notre étude étaient comparables avec les données de la littérature.

D'après l'étude PLEIAD, les transferts concernent en moyenne 25% des résidents d'EHPAD chaque année. Les transferts en provenance ou à destination de l'hôpital représente 70% de ces flux (13).

Les hospitalisations en EHPAD concernent quant à elles 13,5 à 15% des résidents chaque année (15,2). 11% sont hospitalisés une fois, 1,8% deux fois, 0,7% trois fois et plus (15).

Le taux d'hospitalisation en urgence observé dans notre étude était en revanche plus élevé que dans les données de la littérature. Ainsi, les auteurs de l'étude le Fur-Musquer *et al.* estiment ce taux à 8% (42).

Prenant en compte les chiffres de la littérature, nous savions que nous pouvions attendre une vingtaine d'hospitalisations pour 140 résidents. Cependant, forts du nombre d'hospitalisations observé dans les deux EHPAD au cours de l'année 2013, nous comptions sur la survenue d'un plus grand nombre d'événements. En effet, les résidents de notre échantillon ont été hospitalisés en moyenne 0,2 fois. Ce taux était estimé à 0,3 pour ces mêmes résidents au cours des 6 mois précédant notre étude.

Nous pouvons donc formuler les hypothèses suivantes :

- soit les hospitalisations étaient moins nombreuses au final sur l'année 2014 que sur l'année 2013,
- soit leur répartition était inégale au cours des mois, et elles se concentraient plus fréquemment sur la deuxième partie de l'année.

En effet, la disponibilité des soignants et les risques médicaux varient au cours d'une année. La présence médicale est par exemple moins importante au cours des mois de juillet et août ; les facteurs climatiques quant à eux influencent l'incidence de certaines pathologies (augmentation du risque de déshydratation et de ses conséquences en été, pics épidémiques saisonniers : grippe, diarrhée d'étiologie virale en période hivernale). Les mois de juillet à décembre n'étaient pas pris en compte au cours de notre étude. Le nombre d'hospitalisations était justement susceptible d'être fortement influencé par ces facteurs au cours de cette période.

B. Décès

Dans notre étude, le taux de mortalité et l'âge des résidents décédés était comparable aux données de la littérature selon lesquelles 10,1 à 24,6% des résidents d'EHPAD décèdent chaque année (43–45) à un âge moyen de 90,4 ans (13,45).

Le pourcentage de résidents décédés au sein de leur EHPAD était également comparable aux données de la littérature qui estiment ce taux entre 65,3 et 74 % (13,44,45).

Les résidents décédés au cours de notre étude avaient un nombre d'hospitalisation significativement plus élevé que les résidents dans leur ensemble. Nous pouvons formuler les hypothèses selon lesquelles :

- soit le transfert a été justifié par l'apparition d'une aggravation de l'état général d'un résident lié à un processus pré-mortem,
- soit l'hospitalisation a elle-même causé une aggravation des facteurs de fragilisation, accélérant la survenue du décès.

Ces deux hypothèses sont probablement intriquées.

De façon générale, d'après les auteurs de l'étude Rousseau *et al.*, les résidents d'EHPAD hospitalisés ont un risque majoré de décès notamment à leur arrivée aux urgences ; ils représentent en effet 40% des patients décédant dans les 72h après leur admission au SAU (45).

Dans notre étude, le pourcentage de résidents décédés au SAU était plus élevé que dans les données de la littérature, où il est estimé entre 8 et 18,4% (24,43). Les résidents de notre échantillon présentaient un état général plus fragile que la moyenne des résidents en EHPAD en France ; en effet nous montrerons par la suite qu'ils étaient globalement plus dépendants, plus déments et recevaient un plus grand nombre de médicaments. Ils avaient donc un risque de décès majoré, ce qui peut expliquer cette différence.

2. Description des parcours de soins en ville

A notre connaissance, aucune étude en France ne porte sur le volume et les caractéristiques des consultations en EHPAD.

Notre étude a permis de montrer que les résidents hospitalisés bénéficiaient également d'un volume de consultations significativement plus important que les résidents de l'échantillon total. Nous avons également mis en évidence que la fréquence des consultations augmentait de façon significative à l'approche de la première hospitalisation, atteignant un pic au cours de la dernière semaine.

A. Profil des consultations

La consultation type d'un résident était une consultation de suivi effectuée par le médecin généraliste ou le coordonnateur. Dans 50% des cas, aucune action spécifique n'était menée. Le traitement était modifié dans 1/3 des cas ; il s'agissait plus souvent de l'introduction d'un traitement aigu. Il y avait peu de demande d'examen complémentaire.

Au sein du sous-groupe des résidents hospitalisés, le profil des consultations était comparable. On note cependant que le traitement chronique était significativement plus souvent modifié dans ce sous-groupe. L'avis du spécialiste était également significativement plus souvent demandé.

a. Intervenants

- ***Médecins généralistes***

Nous avons pu mettre en évidence une bonne utilisation du parcours de soin coordonné par le médecin traitant. En effet, le médecin généraliste était l'intervenant le plus fréquent en consultation, le plus souvent dans le cadre d'un suivi, et ce pour le bénéfice de son patient.

En effet, d'après les auteurs de l'étude italienne Bellelli *et al.*, les médecins travaillant au sein des maisons de retraites semblent poser de meilleurs diagnostics et avoir des taux d'hospitalisations moins élevés que ses confrères n'intervenant que de façon

ponctuelle (46). Un suivi régulier par un intervenant référent en EHPAD semble donc être le gage d'une meilleure prévention des hospitalisations.

- **Médecins coordonnateurs**

Nous avons constaté qu'une part conséquente des consultations en urgence était menée par un médecin coordonnateur. En effet, dans le cadre de la 13^{ème} des missions qui leurs sont confiées, les médecins coordonnateurs ne sont habituellement tenus d'intervenir dans les prescriptions pour les résidents que dans des situations d'urgence (10). Dans ce cadre, ils sont amenés à modifier ou introduire des traitements tout en informant les médecins traitants. Cette intervention précoce permet de stabiliser une situation médicale aiguë.

Ainsi, la possibilité de l'intervention en urgence du médecin coordonnateur apparaît également comme le gage d'une meilleure prévention des hospitalisations.

Cependant nous avons constaté que certaines consultations de suivi étaient également effectuées par un médecin coordonnateur. Rappelons en effet que celui de l'EHPAD Sainte Monique possédait une activité de coordination (1/3 de son temps de présence) mais également une activité de soins (2/3 de son temps de présence). Il était donc amené à intervenir comme médecin référent pour un certain nombre de résidents.

b. Type de consultation

Les consultations de suivi, dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques, arrivaient en tête des motifs de consultations.

Deux études australiennes ont permis de montrer que la prise en charge des pathologies chroniques est également le principal motif de consultation en maison de retraite. Dans l'étude O'Halloran *et al.*, les auteurs décrivent le contenu des consultations des médecins généralistes en maison de retraite pendant 2 ans (47). Ils

montrent que 77,2% des consultations concernent la prise en charge d'une maladie chronique. Dans l'étude de Gordon *et al.*, les auteurs dressent la liste et comparent les motifs de consultations les plus fréquents en maison de retraite et ceux des consultations des personnes âgées en ville (48). Ils montrent que le suivi de la démence tient la 1^{ère} place ; elle est significativement plus fréquente en structure. Les maladies cardiovasculaires (en particulier l'insuffisance cardiaque) et neuropsychiatrique (notamment la dépression) se trouvent en 2^{ème} place.

c. Action menée

Nous avons par ailleurs étudié les décisions prises à l'issue des consultations menées en EHPAD. Les résultats observés sont comparables à ceux de l'étude australienne de O'Halloran *et al.* (48). Dans cette étude, 77,9% des consultations aboutissent à une prescription médicamenteuse. 3,6% des patients sont adressés à un spécialiste, 24,5% bénéficient d'un bilan biologique, 3,3% d'une imagerie.

Une autre étude australienne de Taylor *et al.* apporte par ailleurs un éclairage intéressant sur l'évolution dans le temps de ces consultations. Cette étude porte sur les consultations des résidents en maison de retraite entre 1998 et 2011 et montre que la fréquence des consultations pour chaque résident s'accroît chaque année. Cependant le nombre de consultations longues ou complexes reste stable, tandis que seul le nombre de consultations courtes augmente, ce malgré l'aggravation de la dépendance des résidents (49). En effet, on s'attendrait à ce que les consultations longues et complexes augmentent proportionnellement à la lourdeur de la prise en charge médicale des patients.

Ce résultat contradictoire nous pousse à nous interroger quant à l'adéquation des consultations dispensées en EHPAD au regard de l'augmentation du nombre d'hospitalisations des résidents. Les médecins intervenant en EHPAD ont-ils réellement le temps d'effectuer une prévention adaptée et un suivi approfondi de ces résidents lourds sur le plan médical et sur le plan de la dépendance ? Leur charge de travail en cabinet est importante et le temps destiné aux visites est retreint. Les interventions en EHPAD sont chronophages et complexes (informations difficiles à

obtenir, personnel paramédical peu disponible pour accompagner les médecins auprès des résidents, mobilisation plus complexe des spécialistes pour obtenir des avis au sein des EHPAD, obtention d'examens complémentaires plus difficiles...) Le mode de tarification à l'acte du médecin libéral ne l'encourage par ailleurs pas à pratiquer des consultations longues lorsque l'emploi du temps est déjà chargé.

Envisager différemment la rémunération des médecins intervenant en EHPAD pourrait les inciter à passer plus de temps au chevet des résidents, et leur permettre de dispenser des consultations plus longues et donc plus approfondies. En effet, il est légitime que les actes complexes soient mieux rétribués que les visites simples. Il existe la cotation « VL » correspondant au tarif de 46 euros qui rémunère une visite longue et complexe réalisée au domicile du patient atteint de maladie neuro-dégénérative par le médecin traitant. Elle pourrait dans ce cadre être étendue aux consultations transversales en EHPAD.

Par ailleurs, certains directeurs d'EHPAD font le choix d'employer un médecin généraliste à temps plein. Sa disponibilité lui permet ainsi de passer plus de temps auprès du résident pour prendre en charge des problématiques complexes, tout en étant dégagé des contraintes existantes pour les médecins généralistes.

B. Evolution des consultations à l'approche de l'hospitalisation

La fréquence des consultations en urgence et la part des consultations effectuées par le médecin généraliste augmentaient à l'approche de l'hospitalisation. Le profil général des actions menées au décours de la consultation restait comparable, malgré une augmentation modérée de la demande d'examens complémentaires. Près de la moitié des consultations la dernière semaine donnaient lieu à une décision d'hospitalisation.

La comparaison du profil :

- des consultations des résidents de l'échantillon total avec celles des résidents hospitalisés, d'une part,
- des consultations totales des résidents hospitalisés avec celles précédant la 1^{ère} hospitalisation, d'autre part,

montre que :

- il existe une décompensation des pathologies chroniques sous-jacentes au sein de la population des résidents hospitalisés, comme en témoignent l'augmentation des modifications des traitements chroniques et de la demande d'avis de spécialistes dans ce sous-groupe par rapport à l'échantillon total ;
- une acutisation de cette décompensation mène à l'hospitalisation du résident, comme le montrent la part croissante des consultations en urgence, l'augmentation de leur fréquence à l'approche de l'événement, et l'augmentation des demandes d'examen complémentaires au sein des consultations précédant la 1^{ère} hospitalisation.

3. Description des hospitalisations des résidents en EHPAD

A. Description d'une hospitalisation type

L'hospitalisation type d'un résident avait lieu dans un contexte d'urgence, en semaine, de jour, dans le cadre de la prise en charge d'une décompensation cardio-respiratoire, ou des complications d'une chute. Le médecin était le premier initiateur, suivi par l'infirmier ; le médecin généraliste était plus souvent impliqué dans la décision en cas d'urgence, le spécialiste en cas d'hospitalisation anticipée. Le départ se faisait en ambulance, vers le service d'urgence de l'hôpital correspondant.

Le résident était adressé aux urgences avec son DLU ; un courrier rédigé par un médecin était joint et/ou un contact téléphonique pris dans respectivement 1/3 des cas. Le résident retournait en EHPAD ou était transféré dans un autre service dans 3/4 des cas ; il décédait aux urgences dans 1/4 des cas. L'hospitalisation durait en moyenne 8 jours.

Le résident était ré-adressé en EHPAD avec un compte rendu médical dans 2/3 des cas. Le médecin hospitalier joignait l'EHPAD par téléphone au cours de l'hospitalisation dans la moitié des cas. L'ordonnance était modifiée dans 2/3 des cas.

B. Mode d'hospitalisation

Nous avons observé que la majorité des hospitalisations avait lieu en urgence. Plusieurs études confortent ce résultat, estimant que les transferts vers l'hôpital se font en urgence dans 71% à 82,6% des cas (13,17,20).

a. Moment

La répartition des hospitalisations dans le temps était comparable avec les données de la littérature.

En effet, les hospitalisations en provenance des EHPAD ont fréquemment lieu en semaine (42 à 72,3%), plus souvent le jour, notamment l'après-midi (34,5% le matin contre 41,2% l'après-midi), que la nuit (22,7%) (42,45,50).

Dans notre étude, il existait un pic d'hospitalisation le mardi. Ce pic était également constaté dans l'étude de Fanello *et al.*, où un taux de consultation de 19,7% des patients âgés de plus de 75 ans est observé (18). L'augmentation de l'activité médicale réactionnelle après une diminution de cette activité le week-end pourrait expliquer ce pic. Effectivement, dans l'étude Drunat *et al.*, les deux jours qui encadrent le week-end sont les plus chargés en consultations aux urgences (24).

Prendre en compte ces variabilités pour organiser les hospitalisations pouvant être anticipées, semble nécessaire pour permettre une meilleure gestion du flux d'aval aux urgences mais également une meilleure gestion des lits d'hospitalisations.

b. Initiateur

Dans notre étude, la proportion d'hospitalisations initiées par des soignants par rapport aux médecins était supérieure à celle retrouvée dans la littérature.

- **Médecins**

Pour autant, nous avons observé que les médecins restaient les principaux initiateurs d'hospitalisation, mais de façon moins fréquente que dans d'autres études, selon lesquelles ce taux est estimé entre 66,6 et 81,5% des situations (21,27,42).

Dans notre étude, le médecin généraliste prenait moins fréquemment la décision de l'hospitalisation que selon les chiffres rapportés dans la littérature, et inversement concernant le médecin coordonnateur. En effet, selon ces données, le médecin généraliste est initiateur de l'hospitalisation dans 27,8 à 46,2%, et le coordonnateur dans 2,5% (27,42,50).

Nous avons montré que le suivi régulier par le médecin traitant est gage d'une meilleure prévention des hospitalisations, de par sa meilleure connaissance du patient et sa capacité d'anticipation. Il y a donc moins d'hospitalisations initiées par le médecin traitant parce que son action permet de les éviter.

La présence du médecin coordonnateur est également un facteur limitant les hospitalisations. Dans notre étude, nous avons constaté que la quasi-totalité des hospitalisations en urgence de jour avait lieu en l'absence du médecin coordonnateur. Dans le cadre de la 13^{ème} mission précédemment évoquée, son intervention rapide, son avis ou sa prescription dans une situation aiguë permettent de mettre en place les soins appropriés au sein de l'EHPAD, en différant les hospitalisations, en collaboration avec le médecin traitant (38). Cependant, sa connaissance des possibilités thérapeutiques et des limites de la prise en charge au sein de son EHPAD, donne d'autant plus de poids à ses décisions d'hospitalisation.

Par ailleurs, nous avons constaté que le spécialiste et le médecin coordonnateur étaient plus souvent impliqués que le médecin généraliste dans les décisions d'hospitalisations anticipées. En effet, organiser ces transferts est très chronophage. Une bonne maîtrise de la filière gériatrique est nécessaire. Nous pouvons supposer que le médecin généraliste par manque de temps n'est pas en mesure d'organiser lui-même ces hospitalisations. Il délègue probablement parfois ce genre de décision en sollicitant l'aide d'un confrère spécialiste ou du coordonnateur. Faciliter la

communication entre le médecin traitant et la filière gériatrique hospitalière permettrait de favoriser l'organisation d'une hospitalisation anticipée et de mieux impliquer le médecin traitant dans cette organisation.

De tels dispositifs ont déjà pu être testés dans différentes régions, comme le rapporte par exemple le Docteur Kurtzman dans la région toulonnaise, au travers de la mise en place d'une ligne téléphonique directe permettant au généraliste de joindre aisément la filière gériatrique hospitalière afin de réguler les hospitalisations non urgentes et d'éviter le passage des résidents au SAU. Des résultats concluants ont pu être obtenus, la plupart des patients étant hospitalisés dans la semaine (27).

- ***Infirmiers***

Nous avons observé que les infirmiers étaient les deuxièmes initiateurs les plus impliqués dans les demandes d'hospitalisations, de façon plus fréquente que dans d'autres études, selon lesquelles ce taux est évalué entre 10,1 et 20,4% des situations (27,42).

Dans notre étude, 24% des hospitalisations avaient lieu de nuit. Dans 50% des cas, un infirmier était à l'origine du transfert. Le manque de puissance de notre étude ne nous permet pas de conclure quant à l'efficacité de la présence d'un infirmier de nuit pour limiter les hospitalisations.

Cependant, d'après l'étude de l'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV) sur la fin de vie des personnes âgées, la présence d'un infirmier de nuit permettrait d'éviter 18 000 hospitalisations de résidents en fin de vie chaque année, et de diminuer de 37% le taux d'hospitalisation au cours des deux dernières semaines de vie des résidents qui décèdent de façon non-soudaine (51). Elle permettrait aussi de diminuer de 32% le taux de décès des résidents à l'hôpital en limitant leur transfert (51). Une expérimentation mise en place par l'ARS est pour l'heure en cours en Ile-de-France (32).

- **Aides-soignants**

Nous avons observé que les aides-soignants étaient les troisièmes initiateurs d'hospitalisation, de façon moins fréquente que dans d'autres études, selon lesquelles ce taux est évalué à 20% des situations (27).

Ce résultat peut être expliqué par le fait que la présence médicale ou infirmière est au total plus importante au sein des EHPAD de notre étude que dans la majorité de ces établissements en France. Par ailleurs, les dispositifs de prévention déjà mis en place peuvent permettre de diminuer l'hospitalisation des résidents à l'initiative des aides-soignants par le biais d'une meilleure formation du personnel et de l'établissement de protocoles au sein de l'établissement.

c. Mode de transport

Les résultats de notre étude étaient comparables aux données de la littérature, selon lesquelles le transfert des résidents vers les structures hospitalières se fait en ambulance dans 50 à 94% des cas, ou avec les pompiers dans 5 à 26,1% des cas (12,42,52).

C. Description du séjour

a. Motifs d'hospitalisation

Les résultats de notre étude étaient comparables aux données de la littérature, selon lesquelles les principaux motifs de recours aux urgences en EHPAD sont (17,20,24,27,42) :

- les causes respiratoires : 28,2 à 34%
- les causes cardiologiques : 18,5 à 23 %
- les chutes : 16,5 à 48,9 %
- les causes neurologiques : 11 à 29,2 %

Il existe un taux minimal incompressible d'hospitalisations depuis les EHPAD secondaires à des situations relevant exclusivement d'une prise en charge hospitalière. L'objectif du travail de prévention est de réduire autant que possible la part évitable des hospitalisations.

- ***Causes cardio-pulmonaires***

Les causes cardio-pulmonaires représentent une part importante des hospitalisations en urgences en provenance des EHPAD. Il est donc nécessaire de mettre l'accent sur leur dépistage et leur prise en charge précoce (surveillance des constantes telles que la tension artérielle, la fréquence respiratoire, la saturation du sang en oxygène, du poids, des œdèmes, mise en place de protocoles communs médicamenteux). Un travail collaboratif entre les services hospitaliers et les EHPAD permettrait de mieux organiser leur prise en charge hospitalière (accès direct dans les services concernés des hôpitaux correspondants, protocoles de prise en charge aux urgences).

- ***Chutes***

Les hospitalisations au décours de chutes sont le plus souvent dues à l'absence d'avis médical possible en urgence et à la nécessité d'obtenir une imagerie. Former le personnel paramédical aux critères déterminant la nécessité d'une consultation aux urgences dans ce contexte, et faciliter l'accès aux examens de radiologie au sein des EHPAD limiteraient également ces transferts.

- ***Situations de fin de vie***

Au cours de notre étude, 25% des résidents adressés au SAU sont décédés dans ce service. Le protocole de notre étude ne nous permettait pas d'identifier si les résidents transférés étaient en fin de vie. Certaines données de la littérature montrent qu'il est fait recours aux services d'urgence dans les 15 derniers jours de vie dans 18 à 33% des cas (44,51). Ces hospitalisations sont à limiter autant que possible. Elles ne sont en effet souhaitables ni pour les résidents et leurs familles, pour lesquelles ces circonstances de décès peuvent s'apparenter à un « mal mourir », ni pour les services

hospitaliers qui se trouvent dans la difficile situation de devoir gérer le décès d'un patient dont le dossier médical est mal connu, au risque de pratiquer un acharnement thérapeutique par manque de données médicales.

Ces transferts sont le plus souvent motivés par les symptômes d'inconfort, par les décompensations en fin de vie, mais aussi par le sentiment d'impuissance et de peur des soignants de nuit confrontés à une décompensation soudaine ou aux signes d'agonie (24,44,51). La formation en soins palliatifs des médecins traitants et coordonnateurs est donc primordiale, en renforçant leurs compétences pour mieux accompagner les résidents vers une fin de vie plus paisible, dans leur lieu de vie habituel.

En effet, la continuité et l'anticipation de la prise en charge des résidents en fin de vie sont essentielles. Elles s'organisent au travers de :

- la rédaction d'ordonnances anticipées permettant de faire face au moment opportun aux symptômes précités,
- la rédaction de directives anticipées et la consignation dans le dossier médical du projet de vie et de soins de chaque résident,
- la nomination d'une personne de confiance qui peut être consultée aisément,
- l'accès rapide à un avis médical, au moins téléphonique, auprès des médecins référents, ou auprès d'un spécialiste comme il en existe dans le cadre des réseaux en ville de soins palliatifs.

Par ailleurs, un travail de collaboration avec les urgentistes de nuit susceptibles d'intervenir sur le lieu de vie, dans le but de favoriser un meilleur partage des informations médicales, et la formation du personnel paramédical pour la prise en charge des résidents en soins palliatifs, renforceraient la prévention de ces hospitalisations.

b. Service destinataire

Les résultats de notre étude étaient comparables aux données de la littérature selon lesquelles 58 à 82% des résidents d'EHPAD hospitalisés sont directement adressés

au SAU (17,42). Les transferts en situation d'urgence se faisaient pour leur très grande majorité vers les services d'urgence des hôpitaux avec lesquels une convention de coopération était établie, témoignant d'une bonne utilisation d'une partie de la filière gériatrique locale.

Cependant, aucun des résidents hospitalisés dans un contexte d'urgence n'a été transféré directement en service de gériatrie. Dans les études, ce taux est également faible, estimé entre 2,4% et 8% (17,42). Les services de gériatrie sont pourtant plus adaptés que les SAU pour prendre en charge les patients âgés en situation aiguë dans de meilleures conditions. Cependant, nous pouvons constater que les hospitalisations directes en urgence en service gériatrique restent difficiles à organiser.

La circulaire de la DHOS du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique souligne pourtant la nécessité pour le bénéfice du patient de favoriser les admissions directes en court séjour gériatrique, en évitant le passage aux urgences (35). Il en va du bénéfice du patient comme de celui de l'organisation hospitalière, comme nous l'avons déjà montré.

Dans sa thèse de DES de médecine générale, Aurore Maire souligne que les médecins généralistes ont des difficultés à organiser des hospitalisations pour leurs patients. Ils invoquent les difficultés rencontrées pour joindre un médecin hospitalier qui permettrait d'obtenir, soit l'accord pour une hospitalisation directe, soit un avis permettant de différer ou d'annuler l'hospitalisation. Les gériatres invoquent également le manque de lits hospitaliers, et les difficultés liées à l'organisation interne de l'hôpital, qui favorise la disponibilité des lits pour les patients venant des urgences plutôt que pour les hospitalisations programmées (12).

La mise en place d'Unités de recours de soins gériatriques, testée par les gériatres du CHU de Limoge, est une piste de travail intéressante. Leur objectif est de permettre une admission directe des résidents d'EHPAD en évitant le passage aux urgences pour les patients dont la pathologie est diagnostiquée, en ayant une bonne réactivité et en organisant ensuite le retour du patient dans sa structure d'origine (23).

c. Transferts intra-hospitaliers

Les résultats de notre étude étaient comparables aux données de la littérature, selon lesquelles les résidents retournent directement dans leur structure d'origine dans 26,7 à 56% des cas après leur passage aux urgences (14,24,44,52). Ce taux est très variable, mais montre qu'au moins la moitié des résidents adressés aux urgences sont ensuite hospitalisés ce qui justifie a posteriori leur transfert.

La multiplicité des transferts est délétère pour des résidents âgés, fragilisés, en perte de repères. Le taux de transfert en service hospitalier après passage au SAU était moins important que dans les données de la littérature où ce taux s'élève à 53,2 à 73,3% des résidents adressés au SAU (17); le nombre de ces transferts était ensuite comparable, 72,5% des patients transitant par un service, 22,8% par deux services (24).

Favoriser l'admission directe en gériatrie limiterait cette perte de chance liée aux transferts.

d. Durée du séjour

La durée de séjour des résidents hospitalisés au cours de notre étude était comparable avec les données de la littérature, où elle est estimée entre 6,1 et 23 jours (17,27,42). La durée de séjour des résidents décédés au cours de leur hospitalisation était en revanche plus importante que dans les études ; ainsi, elle est estimée à seulement 8,9 jours dans l'étude de Rousseau *et al.* à 8,9 jours (45).

D. Communication

Afin d'assurer la continuité des soins et la prise en charge la plus adaptée possible de la personne âgée, l'accent doit être mis sur la coordination des soignants. Celle-ci doit permettre le partage des informations utiles, d'ordres administratif et médical, comme

le recommande la circulaire de la DHOS du 18 mars 2002 (35). La convention EHPAD-hôpital a pour but de donner un cadre à cette communication.

a. A l'admission

Les échanges d'informations sont indispensables à la bonne prise en charge d'un patient dans un contexte d'urgence. Communiquer les informations sociales, médicales, les informations concernant l'état général de base du résident, et formuler clairement la problématique, facilitent le travail du médecin hospitalier.

- ***DLU***

La quasi-totalité des résidents dans notre étude étaient transférés avec leur DLU, ce qui souligne une bonne mise en œuvre du protocole de transfert vers l'hôpital. Une revue systématique de la littérature menée par LaMantia *et al.* montre qu'un document standardisé accompagnant le résident au moment des transferts aux urgences est une aide pour faire le lien entre les maisons de retraite et les établissements sanitaires d'accueil (53).

Le contenu du DLU correspondait globalement aux recommandations faites par les auteurs de la Conférence de consensus relative à la prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences (11) selon lesquelles il doit comporter :

- l'identité et le lieu de vie du patient,
- le motif réel de recours au SU,
- les circonstances de survenue de la pathologie et son évolution,
- les antécédents,
- les traitements effectivement reçus ou pris,
- les intervenants du suivi habituel (avec leurs coordonnées).

- ***Courrier médical***

Dans notre étude, le pourcentage de résidents adressés aux urgences avec un courrier médical était faible au regard des données de la littérature, selon lesquelles

52,9 à 83% des résidents d'EHPAD arrivent aux urgences avec une lettre d'accompagnement d'un médecin (12,24). Cependant, le taux d'hospitalisations initiées par un médecin était également plus bas que dans les données de la littérature, ce qui peut expliquer cette différence.

- **Contact téléphonique**

Dans notre étude un contact téléphonique était pris plus fréquemment avant l'hospitalisation par rapport aux données de la littérature, soit dans 24,4% des cas (42). Ce contact téléphonique plus fréquent ne contrebalançait que partiellement l'absence de courrier médical.

b. A la sortie

Selon les auteurs de l'étude Delabrière *et al.*, portant sur le retour en EHPAD après une hospitalisation, les référents (médecins coordonnateurs, infirmières coordinatrices) se plaignent fréquemment d'une insuffisance d'information et de coordination lors des sorties d'hospitalisation, entraînant une rupture dans la continuité des soins (17).

Le médecin coordonnateur, le médecin traitant et le médecin hospitalier doivent donc instaurer une bonne communication afin d'optimiser la continuité de la prise en charge de leur patient et organiser au mieux son retour sur son lieu de vie. Le médecin hospitalier doit informer ses confrères de l'évolution de l'état de santé du résident et organiser avec eux la sortie du patient en tenant compte des possibilités de retour en EHPAD (27).

- **Compte-rendu médical et contact téléphonique**

Dans notre étude, la communication à la sortie de l'hospitalisation était imparfaite puisque le compte-rendu médical manquait dans un tiers des cas, et que le contact

téléphonique entre médecins ne palliait pas ce manque. Dans l'étude de Delabrière *et al.*, seuls 14,2% des résidents sortaient sans courrier médical (17).

Les auteurs de cette même étude ont mis en évidence plusieurs manquements à la communication à la sortie d'hospitalisation de résidents, dont la correction permettrait une meilleure prise en charge des résidents en aval de l'hospitalisation. Ils ont constaté que l'organisation du retour se faisait souvent sans réelle préparation, le plus souvent sans lien avec l'EHPAD. Dans un cas sur trois, le personnel n'était prévenu que le jour même de la sortie, voire n'avait pas été averti du tout. Selon ces mêmes auteurs, une organisation de la sortie et un accompagnement du patient permettraient de diminuer le taux de ré-hospitalisation (17).

- ***Ordonnance de sortie***

L'ordonnance ne posait pas de problème dans la majorité des cas, et la réponse donnée par l'hôpital au problème médical posé était le plus souvent considérée comme adaptée. Notons cependant que les auteurs de la Conférence de consensus relative à la prise en charge des patients âgés de plus de 75 ans aux urgences recommandent que toute modification de prescriptions médicamenteuses, avec sa justification, soit mentionnée de façon précise et explicite sur le document de sortie. Le médecin traitant doit en être informé (11).

II. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de notre étude étaient de décrire l'échantillon total des résidents et les résidents hospitalisés, de rechercher les facteurs associés à une hospitalisation, de décrire les hospitalisations évitées et de faire des propositions permettant de limiter la prise en charge hospitalière des résidents.

1. Description des résidents de l'échantillon

A. Caractéristiques des établissements d'étude

La capacité d'accueil et le coût lié à l'accueil des résidents (tarif d'hébergement et tarif dépendance) au sein des EHPAD étudiés étaient supérieurs à la moyenne nationale. La dépendance des résidents était en moyenne plus lourde. La charge de soins était comparable.

En France, les EHPAD hébergent en moyenne 72 résidents en accueil permanent. En 2011, le tarif d'hébergement était estimé à 71 €, le tarif dépendance à 19,4 € pour les résidents en GIR 1-2, 12,3 € pour les résidents en GIR 3-4, 5,2 € pour les résidents en GIR 5-6 (9). En 2013, le GMP moyen était de 698, et le PMP moyen de 198 (54).

B. Description du résident type

Dans notre étude, le portrait du résident type, était celui d'une femme veuve de 90 ans, résidant depuis 4 ans et demi en EHPAD. Elle était en ALD, présentait en moyenne 4 types de pathologies dont une pathologie cardio-vasculaire et une pathologie de l'appareil locomoteur. Elle était démente, avec un MMS à 17. Sa dépendance était importante avec un GIR à 2. Elle pesait 56,5kg. Elle recevait 8 médicaments différents, et bénéficiait de kinésithérapie.

Le portrait type du résident hospitalisé était comparable. Il s'agissait également d'une femme veuve. Elle était plus jeune (83 ans), résidait depuis moins longtemps en EHPAD (3 ans). Elle présentait le même nombre de type de pathologies, dont une pathologie cardio-vasculaire, une pathologie de l'appareil locomoteur et une pathologie neurologique. Elle était démente, avec un MMS plus bas, à 16. Elle était aussi dépendante, pesait le même poids. Elle recevait davantage de médicaments (9,5), et bénéficiait également de kinésithérapie.

Trois études françaises décrivant la population des résidents en EHPAD sont remarquables, et nous permettent de comparer nos résultats :

- l'enquête EHPA 2007 (6) décrivant de façon exhaustive la situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées en France au 31 décembre 2007,
- l'enquête REHPA (15) menée en 2008 auprès de 4 896 résidents sur 240 établissements d'hébergement pour personnes âgées,
- l'étude PLEIAD (13) menée en 2010 sur 2231 résidents sur 300 EHPAD, décrivant les flux entrants et sortants en EHPAD sur trois mois consécutifs, et les caractéristiques des résidents impliqués dans ces flux.

a. Caractéristiques sociales

La population de notre échantillon était plus âgée et plus féminine que dans les études précitées. La moyenne d'âge des résidents en EHPAD en France est estimée entre 84 et 85,7 ans (6,9,13,15), et celle des résidents hospitalisés entre 83,4 et 87,4 ans (17,20,27,52). Les femmes sont majoritaires en EHPAD, elles représentent 70 à 73,9% de la population (6,13,15). En revanche, la proportion de femmes hospitalisées était comparable avec les données de la littérature, où elle est estimée entre 73,3 et 82,8% des résidents hospitalisés (17,20,52).

La population de notre échantillon comptait également plus de résidents célibataires ou veufs. Les résidents étaient hébergés en EHPAD depuis plus longtemps. En France, 82% des résidents sont veufs ou célibataires et 18 % sont mariés (13). Ils

résident en EHPAD depuis en moyenne 3,9 à 4,1 ans (13,15). Les résidents hospitalisés sont institutionnalisés depuis en moyenne 3 à 3,2 ans (17,45,55).

Les résidents de notre échantillon bénéficiaient moins fréquemment de l'Aide Sociale ; 12% des résidents en EHPAD en sont bénéficiaires en France (13). Nous n'avons pas retrouvé de données de comparaison du taux de résidents en ALD.

b. Caractéristiques descriptives générales

Les résidents de notre échantillon présentaient un poids moins important que celui des résidents en EHPAD en France, estimé à 61,9 kg (15).

Dans notre étude les résidents étaient en moyenne plus dépendants et plus déments que la moyenne des résidents en EHPAD en France. Le pourcentage de résidents dépendants en France (GIR<5) est estimé entre 81% et 83% (6,13). Les résidents en GIR 1-2 représentent 42 à 51% de la population des EHPAD, ceux en GIR 3-4, 33 à 41%, et ceux en GIR 5-6, 15 à 19% (6,13). 42% des résidents sont déments (7)

Les résidents hospitalisés présentaient également une dépendance plus lourde. En France, 50% des résidents hospitalisés appartiennent au GIR 1 ou 2 (17).

c. Caractéristiques médicales

- ***Pathologies***

Dans notre étude, la prévalence de la démence était plus élevée que dans les données de la littérature où ce taux est estimé entre 33 % et 74% pour les résidents en EHPAD en France (13). Ce chiffre est très variable d'un EHPAD à l'autre. Le score moyen du MMS était plus élevé dans notre étude que dans l'étude PLEIAD où il était estimé à 13,3 (13).

Cependant, le MMS n'était pas systématiquement réalisé chez tous les résidents inclus dans notre étude ; il n'était pas renseigné pour 8 résidents, soit parce que ceux-ci avaient refusé d'effectuer le test, soit parce que le test était considéré comme non réalisable. Il est probable que les MMS non réalisés concernaient des personnes plus démentes, ce qui expliquerait la contradiction entre le taux plus élevé de démence par rapport au niveau national, et le score de MMS plus élevé par rapport à l'étude PLEIAD.

Les auteurs de cette étude suggèrent que la prévalence de la démence est sous-estimée, probablement parce que la priorité est donnée au diagnostic des pathologies somatiques (13). Le fait de porter le diagnostic de démence peut être ressenti comme inutile, ne conduisant pas à une prise en charge thérapeutique. En effet, seuls 54% des résidents de cette étude recevaient un traitement de lutte contre l'évolution de la démence. Son utilisation reste inégale en France du fait de son efficacité controversée à long terme et de ses effets secondaires.

Dans notre étude, la prévalence des pathologies cardiovasculaires était comparable avec celle des résidents en EHPAD en France, estimée à 76% (6).

Les résidents de notre échantillon souffraient plus souvent de pathologies ostéo-articulaires, et moins fréquemment de pathologies neurologiques ou psychiatriques. En EHPAD en France, la prévalence des pathologies ostéo-articulaires est de 49% ; la prévalence des pathologies neurologiques ou psychiatrique est 82% (7).

Ces différences pouvaient s'expliquer d'une part, par une catégorisation différente des pathologies entre les études, et d'autre part par une information potentiellement moins fiable des dossiers médicaux consultés. Les syndromes dépressifs ou psychotiques sont parfois difficiles à diagnostiquer dans un contexte de démence. Les pathologies ostéo-articulaires (type arthrose) ne sont pas toujours renseignées avec exactitude lorsque la maladie n'est pas formellement diagnostiquée, ou lorsqu'elle n'est pas traitée.

Dans notre étude, les autres groupes de pathologies chroniques n'étaient pas comparables aux données de la littérature, les classifications des pathologies n'ayant pas été définies de la même manière.

En France, les résidents en EHPAD présentent en moyenne de 5,6 à 6 pathologies (6,50). Pour la même raison, on ne peut comparer notre résultat aux données de la littérature.

- ***Prises en charges***

La polymédication est définie par la prise quotidienne de 5 médicaments ou plus (12). Les résidents de notre échantillon étaient plus médiqués que la moyenne des résidents en EHPAD en France, qui reçoivent en moyenne 6,5 à 7 médicaments par jour (7,15,50).

Nous n'avons pas retrouvé de données de comparaison concernant les prises en charge paramédicales.

C. Modifications des caractéristiques des résidents en fin d'étude

En fin d'étude, les résidents hospitalisés avaient en moyenne 1 médicament de plus et avaient perdu 2 kg de plus que les résidents de l'échantillon total. Ces différences n'étaient cependant pas significatives.

L'hospitalisation est une cause de la fragilisation des résidents en EHPAD. Elle peut également en être la conséquence (13,17). La perte de poids est un des marqueurs de cette fragilisation. Sa diminution est couramment signalée dans les études portant sur les résidents hospitalisés. Ainsi, sur 3 mois d'étude, les auteurs de l'étude REHPA ont constaté que 20% des résidents perdaient du poids (15). Les auteurs de l'étude PLEIAD ont constaté que les résidents hospitalisés présentaient une importante perte de poids atteignant 26% des nouveaux entrants issus de l'hôpital, et 34% des entrants dans un contexte de réadmission (13).

2. Facteurs associés à la survenue d'une hospitalisation

Nous avons recherché les facteurs associés à la survenue d'une hospitalisation en comparant l'échantillon total des résidents et le sous-groupe des résidents hospitalisés. Pour cela, nous avons dégagé différentes catégories de facteurs pouvant entrer en jeu : ceux relatifs aux caractéristiques du résident, à ses événements de vie et ceux liés aux EHPAD.

A. Caractéristiques du résident

Dans notre étude, nous avons mis en évidence que les résidents présentant une pathologie endocrinienne étaient significativement plus souvent hospitalisés que les autres. Il est probable qu'au sein de ce groupe de pathologie, le diabète soit le plus fréquemment impliqué. En effet être diabétique est notamment un facteur de risque cardio-vasculaire, d'infection, de chute par le biais des hypoglycémies, autant de complications qui peuvent nécessiter une hospitalisation.

Nous n'avons pas pu prouver l'existence d'autre facteur associé aux hospitalisations au sein des caractéristiques des résidents. Notre échantillon était probablement trop restreint pour permettre d'obtenir des résultats statistiquement significatifs.

Les auteurs de l'étude française de Rousseau *et al.* portant sur l'analyse des facteurs intervenant dans la décision d'hospitalisation des résidents rapportés au lieu de décès de ces derniers, ont montré que les résidents décédant à l'hôpital sont moins dépendants que les résidents décédant en EHPAD (45). Ce résultat permet de formuler l'hypothèse selon laquelle, plus un résident est dépendant, moins il est hospitalisé. Les hospitalisations étant des facteurs de risque de fragilisation, il est légitime de chercher à les limiter pour les résidents les plus dépendants, la balance bénéfice-risque n'étant pas nécessairement en faveur d'une telle décision.

Par ailleurs différentes études ont permis de déterminer que le fait d'être du sexe féminin, de présenter certains antécédents médicaux (dont un diabète, une arythmie,

une insuffisance cardiaque congestive), ou de recevoir 5 médicaments ou plus par jour sont des facteurs de risque d'hospitalisation (56–58).

En effet, nous avons précédemment montré que les résidents hospitalisés présentaient un déséquilibre d'une pathologie chronique, récemment acutisé. Optimiser la gestion de ces pathologies et diminuer la polymédication des résidents sont des pistes qui permettraient la diminution du nombre d'hospitalisation (56).

B. Evènements de vie du résident

a. Entrée en institution

Dans notre étude, nous avons mis en évidence que les résidents hospitalisés étaient institutionnalisés depuis moins longtemps que les résidents de l'échantillon total. La différence était significative.

Les données de la littérature confortent cette observation. Dans l'étude de Rousseau *et al.*, les auteurs ont montré que les résidents décédant à l'hôpital vivaient en EHPAD depuis moins longtemps que les autres résidents (45).

Le risque d'hospitalisation des résidents est augmenté au début de leur institutionnalisation. Nous pouvons expliquer cette augmentation de risque à travers plusieurs hypothèses :

- une moins bonne connaissance de l'état de santé du résident,
- l'absence de suivi médical pendant un certain temps précédant l'institutionnalisation,
- un état général non stabilisé ou fragilisé par le transfert,
- une décompensation secondaire à l'entrée en institution,
- la décision d'institutionnaliser peut elle-même avoir été prise en raison d'une dégradation progressive de l'état du patient.

Les résidents doivent donc bénéficier d'une plus grande attention au cours des premiers mois suivant leur admission, afin de prévenir ces événements. Tout patient

institutionnalisé devrait bénéficier d'une évaluation gériatrique standardisée (EGS). Cette évaluation a pour objectif d'évaluer les principaux domaines déterminant la santé et la qualité de vie des personnes âgées. Dans son mémoire portant sur l'EGS, le Docteur Morlière propose dans le cadre de cette évaluation d'apprécier notamment la dépendance, l'état cognitif et thymique, l'autonomie locomotrice et le risque de chutes, l'état cutané et le risque d'escarres, le risque iatrogénique, les grands repères physiologiques et biologiques permettant notamment d'évaluer entre autre l'état nutritionnel (37,59). Cette évaluation doit être multidisciplinaire, et impliquer entre autre les médecins, les infirmiers, les kinésithérapeutes, les psychologues...

Réalisée précocement, elle permet pour chaque résident d'assurer la continuité des soins, d'établir des diagnostics gériatriques nécessitant des actions immédiates, d'évaluer les facteurs de fragilité. Elle doit prendre en compte certaines spécificités gériatriques comme la douleur, la capacité de communication, la continence, le bien-être psycho-social du résident, ses troubles sensoriels, la nécessité d'accompagnement de fin de vie. Elle est l'occasion d'établir pour chaque nouveau résident un projet individuel de prise en charge médico-social (59). Une hospitalisation anticipée de courte durée peut alors s'avérer nécessaire à la suite de ce dépistage afin de stabiliser un état de santé précaire.

b. Evènement médicaux

- ***Consultations***

Dans notre étude, nous avons montré que la survenue d'une hospitalisation était associée à un plus grand nombre de consultations. La différence était significative. Nous avons également mis en avant une nette accélération du rythme des consultations au cours des semaines précédant l'hospitalisation.

Les auteurs de l'étude chinoise de Tang *et al.* corroborent notre résultat, et concluent que la visite récente d'un médecin est un facteur de risque à la fois de passage aux urgences et d'hospitalisation (60). Il est cependant probable que ce ne soit pas tant un

facteur de risque, qu'un facteur associé, signant une dégradation de l'état de santé induisant elle-même un risque d'hospitalisation.

Nous avons montré que cette augmentation du nombre de consultations était secondaire au déséquilibre d'une pathologie chronique sous-jacente et à son acutisation. Il n'est pas aisé d'avoir une vue d'ensemble en EHPAD du nombre de consultations médicales pour chaque résident, les intervenants médicaux étant multiples. Le médecin traitant étant le pivot de l'organisation du suivi médical de ses patients, il doit pouvoir avoir aisément une vue d'ensemble sur les différentes consultations dont bénéficie ses patients. Une bonne collaboration entre généraliste et coordonnateur est donc nécessaire à cet échange d'informations et à l'organisation de soins en conséquence.

- **Hospitalisations**

Le taux d'hospitalisation au cours des mois ou années précédant l'étude n'était pas associé de façon significative avec le fait d'être hospitalisé au cours de notre période d'observation. Cependant notre étude, portant sur un nombre restreint de sujets, manquait probablement de force.

En effet, Le Fur-Musquer *et al.*, dans leur étude portant sur 51 patients hospitalisés appariés avec 51 patients non hospitalisés, ont montré que les résidents ayant déjà été hospitalisés au cours des six derniers mois avaient plus de risques d'être de nouveau hospitalisés en urgence (61).

Instaurer un système de veille du nombre d'une part de consultation et d'autre part d'hospitalisation par résident, permettrait de mettre en avant les résidents à risque et de prendre les mesures nécessaires et adaptées à chaque situation.

C. Evènements personnels

Notre étude ne prenait pas en compte l'influence des évènements de vie personnels des résidents sur le risque d'hospitalisation. D'après les auteurs de l'étude française précitée, il n'existe pas de lien significatif entre la survenue d'évènements pré-intercurrents somatiques ou affectifs, les comorbidités ou la survenue d'évènements indésirables dans le mois précédant et la survenue d'une hospitalisation (61).

D. Soins disponibles en EHPAD

a. Personnel paramédical

Dans notre étude, le nombre d'hospitalisations était comparable entre les deux EHPAD malgré la présence d'un plus grand nombre de soignants par résident à l'EHPAD Péan.

Cependant, d'autres études portant sur un plus grand nombre de sujets ont pu mettre en évidence que la présence du personnel paramédical est un facteur limitant de l'hospitalisation pour les résidents. Ainsi, les auteurs de l'étude italienne Fanello *et al.* ont montré que le fait de bénéficier de la présence de personnel paramédical est prédictif d'une plus faible probabilité d'être hospitalisé (56). L'étude de Morin *et al.* vient corroborer ce résultat en montrant en particulier que les résidents des EHPAD dépourvus de présence infirmière de nuit ont une probabilité plus élevée d'être hospitalisés en fin de vie (44).

En France, le nombre de soignants dans les maisons de retraite tient compte du niveau de dépendance des résidents, mais peu des soins médicaux nécessaires (8,62). Prendre en compte ce second facteur permettrait d'adapter le volume de présence du personnel paramédical à la charge en soins des résidents. Le Plan Solidarité Grand Age publié en 2012 soulève cette question et propose que l'évaluation de la charge en soins de résidents soit désormais évaluée tous les ans et non tous les 5 ans, afin d'adapter au mieux le nombre de soignants aux besoins réels de l'EHPAD (8).

Majorer le temps médical et infirmier auprès du résident en prenant en compte non seulement la dépendance mais également la charge en soins de l'ensemble des résidents d'un EHPAD permettrait de diminuer le risque d'hospitalisation. Le retentissement de cette mesure n'a pas encore été évalué.

b. Personnel médical

Dans notre étude, nous avons déjà montré que le suivi par un médecin référent et que la présence du médecin coordonnateur étaient des facteurs limitants de l'hospitalisation pour les résidents.

Les auteurs de l'étude italienne Cherubini *et al.* ont également montré que le fait d'être suivi par un médecin spécialiste est prédictif d'une plus faible probabilité d'être hospitalisé. Selon ces auteurs, majorer le temps médical auprès des résidents permettrait de diminuer le risque d'hospitalisation (56).

Les auteurs de l'étude de l'ONFV sur la fin de vie des personnes âgées estiment que dans les structures disposant de moins de 0,5 ETP de médecin coordonnateur, la probabilité d'être hospitalisé au moins une fois en fin de vie est plus élevée (44). Ils suggèrent que le temps de présence du médecin coordonnateur est insuffisant en France (51). Augmenter le temps de présence des coordonnateurs permet de diminuer le risque d'hospitalisation.

Par ailleurs, il est difficile dans le cadre de l'organisation des soins en ville de réglementer le temps de présence des généralistes en EHPAD. Certains EHPAD ont fait le choix d'engager des médecins généralistes salariés afin d'effectuer le suivi des résidents, et ainsi de renforcer durablement la présence médicale en EHPAD.

L'organisation des filières gériatriques a aussi son importance dans la survenue des hospitalisations. Toujours selon les auteurs de l'étude de Morin *et al.*, le fait pour un EHPAD d'être rattaché à un établissement de santé réduit le risque d'hospitalisation (44). Les auteurs de l'étude Le Fur Musquer *et al.* ont quant à eux montré dans leur étude portant sur l'existence de facteurs prédictifs des hospitalisations en urgence en

EHPAD que ce ne sont pas tant les évènements intercurrents et les comorbidités qui influent le risque d'hospitalisation, que les problèmes organisationnels au sein des EHPAD et des filières de gériatrie (61).

Renforcer la collaboration, dans le cadre de la filière gériatrique et des conventions de coopération, entre EHPAD et hôpital, apparaît comme une voie d'amélioration incontournable.

3. Hospitalisations évitées

A notre connaissance, si l'on trouve des études portant sur les passages inappropriés des résidents d'EHPAD aux urgences, aucune étude française ne porte sur les hospitalisations évitées en EHPAD. Ce phénomène est difficilement observable. En effet, il est aisé de relever un événement effectif, mais il est plus difficile d'étudier un « non-événement ».

Seule l'étude portant sur la fin de vie en EHPAD mentionne qu'en cas de décès, la décision de non-hospitalisation était clairement indiquée dans le dossier dans 36,2% des cas, le plus souvent par le médecin traitant (44).

Dans notre étude, 6 cas d'hospitalisations évitées ont été signalés. Ce nombre est très probablement inférieur aux cas réels. En effet, seuls les médecins coordonnateurs étaient chargés de signaler ces situations. Les médecins généralistes n'étaient pas directement sollicités pour le recueil de cette information. D'autres situations n'ont donc probablement pas été déclarées.

Nous avons constaté que la majorité des hospitalisations évitées l'étaient à l'issue d'une consultation de suivi par le médecin coordonnateur. Sa meilleure connaissance du terrain et des moyens disponibles dans son EHPAD, ses compétences gériatriques expliquent son implication. Cette décision reste très dépendante du médecin intervenant, de son expérience personnelle et de sa formation (63).

Sur les 6 cas, il n'apparaissait pas de cause prépondérante motivant une éventuelle hospitalisation. Il ne s'agissait pas toujours d'une situation de fin de vie. Dans tous les cas, la balance bénéfice-risque était invoquée comme motif de décision de non hospitalisation.

4. Propositions d'amélioration

Afin d'anticiper et de limiter les hospitalisations en urgence, différentes voies d'amélioration peuvent être mises en valeur à l'issue de notre étude.

A. Augmentation de moyens humains et matériels

- Augmentation du temps de présence médical en EHPAD : majoration du temps de présence des coordonnateurs et des médecins généralistes
- Modification de la tarification de la visite du médecin traitant ayant pour objectif un bilan transversal du résident
- Adaptation du nombre de soignants à la charge en soins des résidents, et réévaluation régulière de cette charge
- Instauration d'une présence infirmière de nuit, éventuellement mutualisée entre EHPAD
- Mise en place d'une collaboration plus étroite avec des spécialistes en ville au sein de l'établissement (cardiologue, pneumologue, orthopédiste, neurologue, gériatre, psychiatre), intervenant conjointement avec les médecins traitants dans le suivi des maladies chroniques
- Amélioration de l'accès aux examens biologiques et d'imagerie après entente avec des structures de ville

B. Formation du personnel

- Etablissement de protocoles communs de prise en charge et de suivi de pathologies chroniques par les médecins traitants en collaboration avec les spécialistes notamment hospitaliers, et mise en place d'outils diagnostics communs, en accord avec les recommandations des sociétés savantes
- Etablissement de protocoles communs pour les soignants pour la prise en charge des situations d'urgence
- Renforcement de la formation en soins palliatifs des médecins traitants et coordonnateurs, et amélioration de l'anticipation des situations aiguës de fin de vie (ordonnances anticipées)
- Renforcement de la formation du personnel paramédical pour la prise en charge des situations de fin de vie

C. Amélioration de la communication

- Utilisation d'outils communs entre médecins permettant de tracer aisément les consultations médicales des résidents et leurs hospitalisations
- Facilitation de la transmission d'informations médicales entre EHPAD et hôpitaux correspondants
- Réalisation systématique d'une évaluation gériatrique standardisée à l'admission d'un résident en EHPAD

D. Renforcement de la filière gériatrique entre ville et hôpital

- Définition d'un interlocuteur direct unique au sein de la filière gériatrique hospitalière et mise en place de lignes téléphoniques dédiées aux médecins traitants afin de faciliter l'obtention d'un avis ou l'organisation d'une hospitalisation directe en service de gériatrie
- Amélioration de l'intégration des EHPAD dans la filière gériatrique hospitalière : création de passerelles pour permettre les hospitalisations directes, notamment en cardiologie, en pneumologie et en gériatrie, et création d'unités de recours de soins gériatriques

III. Limites et forces de l'étude

1. Limites

A. Puissance de l'étude

Notre étude était menée sur un petit nombre de résidents. Nos résultats pourraient être affinés par une étude ultérieure portant sur un échantillon plus important.

En recrutant 140 résidents, nous savions d'après les chiffres de la littérature que nous pouvions attendre environ 18 à 21 hospitalisations. Nous en avons effectivement obtenu 25. Forts des chiffres de l'année 2013, nous comptions cependant sur davantage d'événements. 46 et 48 hospitalisations avaient respectivement été constatées, soient 94 au total sur l'année précédente ; par proportionnalité nous tablions sur environ 47 hospitalisations sur 6 mois sur ces deux EHPAD.

Nous avons par ailleurs dû choisir de restreindre la taille de notre échantillon, et donc la puissance de notre étude, pour des raisons de faisabilité. Un seul investigateur ne pouvait assurer de façon satisfaisante un relevé d'informations aussi conséquent pendant 6 mois, sur deux centres d'étude. Nous avons en effet choisi de mener notre étude sur 70 résidents dans deux EHPAD différents, plutôt que sur 140 résidents dans un même EHPAD, afin de limiter le biais de recrutement lié à la réalisation d'une étude monocentrique.

L'étude était menée pendant 6 mois. La prolonger sur une année complète aurait permis de ne pas être soumis au biais d'observation lié à une répartition inégale des événements au cours de l'année. Il est probable que les résultats observés auraient été différents, la densité des soins et la prévalence des événements variant avec les facteurs saisonniers.

B. Représentativité de l'échantillon

Le recrutement des EHPAD était effectué sur la base du volontariat des médecins coordonnateurs. Il peut exister un biais relatif à ce mode de recrutement. Les médecins coordonnateurs acceptant de participer à l'étude étaient probablement plus sensibilisés à cette question, et déjà attentifs aux pratiques au sein de leur EHPAD.

Les deux EHPAD recrutés appartenaient à des associations privées à but non lucratif. Il aurait été souhaitable pour généraliser les résultats d'inclure des sujets résidents en EHPAD publics et privés à but lucratif. Le mode de recrutement des résidents y est différent. L'organisation des soins et les moyens disponibles peuvent également l'être. Nous ne pouvons élargir nos résultats à l'ensemble des EHPAD à l'issue de notre étude.

Une étude multicentrique aurait renforcé la représentativité des résultats.

C. Recueil des données

Le recueil des informations concernant les parcours de soins des résidents n'était pas réalisé de la même façon au sein des deux structures. La fiabilité des données relevées par les équipes paramédicales n'est pas strictement comparable. Il peut exister un biais d'observation lié à cette différence de relevé des données entre les deux groupes de l'échantillon selon leur lieu de vie.

Concernant les données elles-mêmes, il aurait été intéressant d'intégrer d'autres facteurs, comme l'indice de masse corporelle ou l'albuminémie, images de l'état nutritionnel d'un résident, ou encore l'échelle d'autonomie de Katz évaluant la dépendance d'un patient quant aux activités de base de la vie quotidienne (également appelée échelle ADL, pour Activities of Daily Living). Nous avons choisi de restreindre le volume de données, pour nous concentrer dans un premier temps sur celles qui nous sont apparues les plus pertinentes.

2. Forces

A. Intérêt du sujet

A notre connaissance, il s'agit de la première étude en France donnant une vue d'ensemble des parcours de soins des résidents en EHPAD. A notre connaissance, il n'existe pas d'étude en France retraçant les parcours de soins en ville des résidents. L'étude PLEIAD, elle-même novatrice, retraçait les flux des résidents, mais ne portait pas sur les consultations médicales au quotidien.

Nous n'avons pas retrouvé d'étude portant sur les hospitalisations évitées en EHPAD. Bien que les évènements observés aient été peu nombreux et probablement sous-estimés, notre étude est la première à prendre en compte ce phénomène. La littérature est riche d'études portant sur les hospitalisations évitables ; notre étude porte donc un regard sur l'envers du décor. Mieux connaître leur mécanisme est nécessaire. Plus les médecins d'un EHPAD sont capables d'apprécier le caractère évitable d'une hospitalisation, plus la décision d'hospitaliser apparaît elle-même comme pertinente.

B. Recueil des données

Nous avons choisi de mener une étude prospective. Ce type d'étude est exigeant mais permet de limiter le biais de recueil des données.

Un seul investigateur est intervenu sur les deux EHPAD, ce qui est un atout. Les données personnelles des résidents ont été relevées avec la même méthode et la même rigueur.

CONCLUSION

Les résidents en EHPAD forment une population fragile dont le parcours de soins est peu étudié.

Notre étude a montré que les flux des résidents en EHPAD concernent plus d'un quart des résidents et sont principalement orientés vers les services hospitaliers, notamment les services d'urgence.

Il est apparu que l'utilisation de la filière gériatrique était satisfaisante, mais que la communication au sein de cette filière pouvait encore être améliorée.

Nous avons ainsi confirmé que le médecin traitant référent est le principal acteur du suivi des résidents ; son intervention est un facteur limitant des hospitalisations. Les consultations médicales concernent principalement le suivi des maladies chroniques. L'étude du profil des consultations des résidents montre que les hospitalisations surviennent dans le contexte d'une décompensation progressive des pathologies chroniques, compliqué d'une aggravation aiguë de l'état de santé du résident. Cela se traduit par une augmentation du nombre de consultations médicales en urgence dans les semaines précédant l'hospitalisation. La connaissance des mécanismes motivant les consultations et les hospitalisations des résidents en EHPAD sont un préalable absolument nécessaire à l'établissement de mesures de réduction de ces événements.

Les conventions de coopérations entre EHPAD et hôpital sont mises en œuvre, et les transferts se font majoritairement vers les hôpitaux correspondants. Cependant, nous avons pu constater que les hospitalisations dans un contexte d'urgence se font quasiment exclusivement vers les SAU. Les hospitalisations en service de gériatrie n'ont lieu que dans un contexte d'anticipation. Améliorer la communication entre les médecins d'EHPAD et les médecins hospitaliers est une nécessité afin de faciliter l'hospitalisation directe des résidents sans passer par les urgences. Une action est indispensable au sein des hôpitaux afin de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour accueillir directement dans les services adaptés les résidents d'EHPAD.

Nous avons également établi un premier aperçu du phénomène d'hospitalisation évitée en EHPAD. Il met en avant le rôle joué par les médecins coordonnateurs, lié à

leur expérience gériatrique et à leur bonne connaissance des moyens médicaux disponibles dans leur EHPAD. Il est nécessaire de développer la connaissance des mécanismes d'évitement des hospitalisations. Ainsi, plus les personnels médicaux d'EHPAD seront capables d'apprécier précisément le caractère évitable de l'hospitalisation, plus la décision d'hospitaliser apparaîtra elle-même comme justifiée et pertinente aux yeux des personnels hospitaliers ; ce qui par ailleurs leur permettra une action plus ciblée et plus efficace.

De notre étude, nous avons pu tirer des suggestions afin de mieux prévenir et anticiper les hospitalisations des résidents en EHPAD : augmenter les moyens humains et matériels en EHPAD, améliorer la formation du personnel, améliorer la communication entre soignants en ville en renforçant la filière gériatrique entre ville et hôpital.

Afin de pouvoir généraliser les observations portant sur les parcours de soins des résidents en EHPAD, une étude auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie pourrait également être réalisée. En relevant à très grande échelle toutes les données relatives aux caractéristiques des résidents d'EHPAD, à leur volume de consultations médicales, d'actes d'imagerie ou de biologie, à leur consommation médicamenteuse, aux actes paramédicaux, à leurs hospitalisations, il devrait être possible d'affiner les éléments statistiques présentés dans cette étude, et identifier de nouvelles corrélations significatives. Elle donnerait une image très précise des parcours de soins des résidents en EHPAD ; réalisée à intervalles réguliers, elle serait un outil qui permettrait de prendre la mesure de l'efficacité des actions menées dans les différentes voies d'amélioration proposées.

ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE ETABLISSEMENT

1. Caractéristiques du médecin coordonnateur

- Date d'entrée en activité :
- Taux de présence :
- Parcours antérieur :

2. Caractéristiques de l'établissement

- Capacité d'accueil :
- Mode de déposition du dossier et délai d'acceptation :
- Tarif journalier d'accueil :
- Mode de répartition des patients dans les locaux :
- Existence d'une convention avec les établissements hospitaliers :
- Pourcentage de patients présentant une pathologie démentielle :

3. Caractéristiques des médecins généralistes intervenant auprès des résidents

- Nombre :
- Situation géographique :

4. Données descriptives et quantitatives des salariés présents dans l'établissement

- ETP infirmier, nombre présent par tranche horaire :
- ETP aides-soignants, nombre de présents par tranche horaire :
- ETP kinésithérapeute, horaires de présence :
- ETP ergothérapeute, horaires de présence :
- ETP psychologue, horaires de présence :

5. Données descriptives et quantitatives des flux de patients en 2013

- Nombre de résidents entrants et sortants :
- Provenances et motifs de l'entrée :
- Provenances et motifs de la sortie :

6. Caractéristiques des étages étudiés :

- Nombre de résidents :
- Pourcentage de patients présentant une démence :

7. Procédure à suivre si nécessité d'hospitalisation en urgence : description

ANNEXE 2 : FICHE RESIDENT EN ACCUEIL DEFINITIF

CODE PATIENT :

1. Caractéristiques du résident

- Année de naissance :
- Sexe : M F
- Statut marital : Marié/En couple
 - Veuf
 - Célibataire
- Date d'entrée dans l'EHPAD :
- MMS et date :
- GIR et date :
- Poids à l'inclusion :
- Couverture sociale : Régime général
 - ALD
 - CMU

2. Antécédents et prises en charge

Types de pathologies (cocher)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> cardiaque | <input type="checkbox"/> oncologique |
| <input type="checkbox"/> pulmonaire | <input type="checkbox"/> infectieux |
| <input type="checkbox"/> endocrinien | <input type="checkbox"/> inflammatoire |
| <input type="checkbox"/> locomoteur | <input type="checkbox"/> digestif |
| <input type="checkbox"/> sensoriel | <input type="checkbox"/> gynécologique |
| <input type="checkbox"/> neurologique | <input type="checkbox"/> urologique |
| <input type="checkbox"/> cognitif | <input type="checkbox"/> néphrologique |
| <input type="checkbox"/> psychiatrique | <input type="checkbox"/> hématologique |

Traitements médicaux

- nombre de médicaments au jour de l'inclusion :

Prises en charges paramédicales

- kinésithérapeute
- psychologue
- ergothérapeute

Hospitalisations depuis la date d'entrée en EHPAD (date et motif) sur les 2 dernières années

.....
.....
.....
.....

3. Modification des caractéristiques du résident

(évaluées le dernier jour de l'étude)

- GIR :
- MMS :
- Poids :
- Changement d'aile au sein de l'EHPAD :
- Nombre de médicaments :

ANNEXE 3 : FICHE HOSPITALISATION EFFECTIVE OU HOSPITALISATION EVITEE

CODE PATIENT :

DATE :

1. Mode d'hospitalisation

- Décision d'hospitalisation

- Programmée
- Urgence de jour (8h30 – 18h30)
- Urgence de nuit (18h30 – 8h30)
- WE / Jour férié

- Motif :

- Initiateur

- médecin traitant
- médecin coordonnateur
- équipe infirmiers
- équipe aides-soignants
- famille
- patient
- 15 / Régulation téléphonique
- Autre :

- Service destinataire, hôpital :

- Date, tranche horaire :

- Présence médecin coordonnateur :
 - o Oui
 - o Non

- Présence IDE :
 - o Oui
 - o Non

- Délai d'information du médecin coordonnateur :

- Mode de départ
 - o SAMU
 - o Pompiers
 - o Ambulance
 - o Autre

2. Caractéristiques du séjour

- Durée de séjour :
- Trajectoire au sein de l'hôpital :

- Survenue du décès
 - o Oui
 - o Non

- Modification de l'ordonnance
 - o Oui
 - o Non
- Y a-t-il un problème avec l'ordonnance de sortie ?
 - o Oui
 - o Non

- Si oui, de quel ordre ?

3. Caractéristiques de la communication entre EHPAD et hôpital

- Echange d'informations entre EHPAD et hôpital
 - o documents papier fournis à l'admission :
 - o communication téléphonique à l'admission à l'hôpital
 - Non
 - Oui : motifs :
 - o compte rendu papier à la sortie
 - Oui
 - Non
 - o communication téléphonique à la sortie de l'hôpital
 - Non
 - Oui : motifs :
 - délais entre demande d'admission et admission effective (si anticipé) :
 - délais entre demande de retour et retour effectif :
 - adéquation de la question du médecin et de la réponse de l'hospitalier :
-

4. Hospitalisation évitée

- Date :
- Motif de la demande d'hospitalisation :
- Motif de l'évitement
 - o Refus du patient
 - o Refus de la famille
 - o Refus d'un soignant (Nature, provenance : EHPAD, Hôpital, Autre.....)
 - o Résolution de la situation
 - o Décès précoce
 - o Balance bénéfice/risque défavorable

ANNEXE 4 : TABLEAU DE SUIVI DU RESIDENT

PATIENT	Nom	
----------------	------------	--

PATIENT	Numéro identification														
DATE	TYPE		INTERVENANT					CONCLUSION							
	Suivi	Urgence	Généraliste	Coordonnateur	Spécialiste	SOS/UMP	Réseau gériatrie	Pas d' intervention	Examen complémentaire			Modification traitement aigu	Modification traitement chronique	Avis spécialiste	Hospitalisation
									Biologie	Imagerie	Autre				

BIBLIOGRAPHIE

1. Site Web de l'INSEE. [En ligne]. Population par âge au 1er janvier 2015 [Consulté le 11 mars 2015]. Disponible sur Internet : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&id=4505
2. Site Web de l'INSEE. [En ligne]. Projections de la population à l'horizon 2060. [Consulté le 3 novembre 2015]. Disponible sur Internet : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1320
3. Godot C, Gimbert V. Vivre ensemble plus longtemps : enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française. Centre d'analyse stratégique. La Documentation française; 2010.
4. Site Web de l'INSEE. [En ligne]. Bilan démographique 2014 [Consulté le 1^{er} juin 2015]. Disponible sur Internet : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=IP1532
5. Cour des Comptes. Les personnes âgées dépendantes - Rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés. Novembre 2005.
6. Prévot J. Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. *Etudes et Résultats*. Aout 2009;(699).
7. Perrin-Haynes J, Chazal J, Chantel C, Falinower I. Les personnes âgées en institution. *Dossier Solidarité et Santé*. 2011;(22).
8. Bas P. Plan solidarité - Grand âge. 27 juin 2006.
9. Volant S. L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011. *Etudes et Résultats*. Février 2014;(877).
10. Site Web de l'INSEE. [En ligne]. Personnes âgées dépendantes [Consulté le 3 novembre 2015]. Disponible sur Internet : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&id=4518
11. Société Francophone de Médecine d'Urgence. 10^{ème} Conférence de consensus - Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences - Texte long. 5 décembre 2003; Strasbourg.
12. Maire A. Pertinence des hospitalisations via le service des urgences chez les patients de plus de 75 ans. [Thèse de médecine générale]. Paris VII Denis Diderot; 2013.
13. Rolland Y, Andrieu S, Hein C, Vellas B. Les flux d'entrée et de sortie des résidents des EHPAD en France : résultats de l'étude PLEIAD. *Rev Gériatrie*. 2012;37(7):543-8.

14. Arendts G, Howard K. The interface between residential aged care and the emergency department : a systematic review. *Age Ageing*. 2010;39(3):306–12.
15. Rolland Y, Hermabessières S, Abellan van Kan G, Gérard S, Guyonnet-Gillette S, Vellas B. Description des résidents d'EHPA : données de l'enquête menée par le réseau REHPA (Recherche en établissements d'hébergement pour personnes âgées). *Cah Année Gérontologique*. 2009;1(1):35–41.
16. Malerba G. Les passages itératifs des personnes âgées aux urgences. *Urgences*. 2009. p. 1011–7.
17. Delabrière I, Delzenne E, Gaxatte C, Puisieux F. Retour en EHPAD après une hospitalisation : modalités et qualité des transmissions. *Presse Médicale*. 2014;43(1):e1–7.
18. Fanello S, Moutel L, Houssin L, Durand-Stocco C, Roy PM. Analyse de la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus par le service des admissions et urgences d'un grand hôpital. *Santé Publique*. 1999;11(4):465–82.
19. Brillet B. Recours aux urgences pour les résidents d'EHPAD : Pertinence et voies d'amélioration [Mémoire de DIU de médecin coordonnateur d'EHPAD]. René Descartes - Paris V; 2012.
20. Schwebel G, Manciaux M, Baumann C. Recours au service d'accueil des urgences des personnes âgées en provenance d'établissement d'hébergement. *Rev Gériatrie*. 2005;29:547–56.
21. Lazarovici C, Somme D, Carrasco V, Baubeau D, Saint-Jean O. Caractéristiques, consommation de ressources des usagers des services d'urgences de plus de 75 ans en France Résultats d'une enquête nationale. *Presse Médicale*. 2006;35(12):1804–10.
22. Petitot C, Chapuis F, Touzet S, Fournier G, Bonnefoy M. Passage inapproprié des personnes âgées aux urgences médicales d'un établissement hospitalier universitaire : une enquête prospective. *Rev Gériatrie*. 2008;33:761–9.
23. Meyer S, Verger P, Peyrichou S, Bertin A, Dantoine T. Une solution dans la prise en charge des résidents en EHPAD en situation d'urgence paramédicale : L'unité de recours et de soins gériatrique du CHU de Limoges. *Rev Gériatrie*. 2011;36(4):215–20.
24. Drunat O, Roucou Y. Filières de soins hospitaliers et sujets âgés : expérience du centre hospitalier de Lagny Marne La Vallée. *Rev Gériatrie*. 1994;19:297–307.
25. ARS. Schéma d'organisation médico-sociale en Ile de France. 2012.
26. Sough B, Gauthier T, Clair D, Le Gall A, Menecier P, Mangola B. Les personnes âgées de 75 ans et plus en service d'urgences. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2012;10(2):151–8.
27. Kurtzmann I. Prise en charge des urgences en EHPAD, proposition d'amélioration par le médecin coordonnateur [Mémoire de DIU de médecin coordonnateur d'EHPAD]. René Descartes - Paris V; 2007.

28. Mouquet M, Oberlin P. L'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030. *Etudes et Résultats*. Août 2008;(654).
29. Coddle J, Frankel J, Arendts G, Babich P. Quantification of the proportion of transfers from residential aged care facilities to the emergency department that could be avoided through. *Australas J Ageing*. 2010;29(4):167–71.
30. Ouslander G, Lamb G, Perloe M, Kluge L, Rutland T. Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents : frequency, causes, and costs. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58:627–35.
31. Xing J, Mukamel D, Temkin Greener H. Hospitalizations of nursing home residents in the last year of life : nursing home characteristics and variation in potentially avoidable hospitalizations. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(11):1900–8.
32. Conde N, Chebboubi M, Souliac M, Lecomte M, Razafindralambo H, Bordeaux S, *et al*. Protocoles d'urgence dans le cadre de l'expérimentation de renforcement de la présence d'IDE de nuit en EHPAD [Mémoire de DIU de médecin coordonnateur d'EHPAD]. René Descartes - Paris V; 2013.
33. Jolivet A, Le L. Organisation des systèmes de soins - Filières et réseaux. Santé publique ECN. Vernazobres-Gregg. 2008. p. 150.
34. Podeur A. Circulaire relative à la filière de soins gériatriques. DHOS/02, 2007-117.
35. Couty E, Abenhaim L. Circulaire relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques. DHOS/O 2/DGS/SD 5 D, 2002-157.
36. Fabreguettes C. Description de la filière EHPAD - Hôpital St Joseph et propositions d'indicateurs de qualité [Mémoire pour la capacité de gériatrie]. René Descartes - Paris V; 2013.
37. Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Action Sociale, Société Française de Gériatrie et Gérontologie. Les bonnes pratiques de soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Octobre 2007.
38. Fourcade S. Circulaire relative à la mise en œuvre du décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles. DGCS/SD3A/2012/404.
39. Code de l'action sociale et des familles - Article D312-158 modifié par décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011.
40. Site Web Humanis [En ligne].Définition du GMP [Consulté le 18 février 2015]. Disponible sur Internet : <http://www.ehpadhospiconseil.fr/lexique/g/gmp>
41. Site Web Soignant en EHPAD. [En ligne]. Pathos, qu'est-ce que c'est ? [Consulté le 15 février 2015]. Disponible sur Internet : <http://www.soignantenehpad.fr/pages/outils/pathos-qu-est-ce-que-c-est.html>

42. Le Fur-Musquer E, Delamarre-Damier F, de Decker L, Le Strat A, Lebatard A, Manigold V, *et al.* Modalités d'hospitalisations en urgence des sujets âgés hébergés en établissements pour personnes âgées dépendantes. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2011;9(4):409–15.
43. Le Fur-Musquer E. Modalités d'hospitalisations en urgences des sujets âgés hébergés en établissement pour personnes âgées dépendantes [Thèse de médecine générale]. Nantes; 2010.
44. Morin L, Reynaud-Lévy O, Soriano D, Hervy M, Doutreligne S, Tual E, *et al.* Fin de vie en EHPAD : résultats d'une étude rétrospective nationale en France. *Rev Gériatrie.* 2014;39(3):145–57.
45. Rousseau C, Cattenoz C, Le Guen A, Delarue N. Décès en EHPAD ou à l'hôpital : analyse des facteurs intervenants dans la décision d'hospitalisation des résidents. *Rev Gériatrie.* 2012;37(4):257–64.
46. Bellelli G, Frisoni G, Barbisoni P, Boffelli S, Rozzini R, Trabucchi M. The management of adverse clinical events in nursing homes : a 1-year survey study. *J Am Geriatr Soc.* 2001;49(7):915–25.
47. O'Halloran J, Britt H, Valenti L. General practitioner consultations at residential aged-care facilities. *Med J Aust.* 2007;18(7):88–91.
48. Gordon J, Harrison C, Miller G. General practice encounters with patients living in residential aged care facilities. *Aust Fam Physician.* 2015;44(4):173–4.
49. Taylor M, Edvardsson D, Horey D, Fetherstonhaugh D, Nay R. General practitioner service provision in residential aged care facilities : 1998–2011. *Australas J Ageing.* 2013;32(1):56–9.
50. Giovanni E. Analyse descriptive des facteurs intervenant dans la décision du transfert des patients venant des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) vers les services d'urgences du CHU de Toulouse [Thèse de médecine générale]. Toulouse III - Paul Sabatier; 2013.
51. Observatoire national de la fin de vie. Fin de vie des personnes âgées - Sept parcours ordinaires pour mieux comprendre les enjeux de la fin de vie en France. 2013.
52. Jones J, Dwyer P, White L, Firman R. Patient transfer from nursing home to emergency department : outcomes and policy implications. *Acad Emerg Med.* 1997;4(9):908–15.
53. LaMantia M, Scheunemann L, Viera A, Busby-Whitehead J, Hanson L. Interventions to improve transitional care between nursing homes and hospitals : a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58(4):777–82.
54. Site Web du CNSA. [En ligne]. Les soins en EHPAD en 2013 : Financement de la médicalisation et bilan ces coupes Pathos 2014 [Consulté le 25 mars 2015]. Disponible sur Internet : http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/2014-07-08_Les_soins_en_EHPAD_en_2013.pdf
55. Danezis A. Parcours de soins de la personne âgée vivant en EHPAD - Comment améliorer la transmission d'information, en cas d'hospitalisation et lors du retour en

EHPAD - Description d'une démarche pluri-professionnelle départementale d'amélioration des pratiques professionnelles. [Mémoire de DIU de médecin coordonnateur d'EHPAD]. René Descartes - Paris V; 2008.

56. Cherubini A, Eusebi P, Dell'Aquila G, Landi F, Gasperini B, Bacuccoli R. Predictors of hospitalization in Italian nursing home residents : the ULISSE project. *J Am Med Dir Assoc.* 2012;13(84):5–10.
57. Spector H, Limcangco R, Williams C, Rhodes W, Hurd D. Potentially avoidable hospitalizations for elderly long-stay residents in nursing homes. *Med Care.* 2013;51(8):673–81.
58. Murtaugh C, Freiman M. Nursing home residents at risk of hospitalization and the characteristics of their hospital stays. *Gerontologist.* 1995;35(1).
59. Morlière J. Evaluation Gérontologique Standardisée - Intérêt et applications dans l'approche globale de la prise en charge des personnes âgées _ Apport de l'informatique dans son utilisation - A propos de 27 cas de personnes accueillies en EHPAD [Mémoire de DIU de médecin coordonnateur d'EHPAD]. Marseille; 2003.
60. Tang M, Woo J, Hui E, Chan F, Lee J, Sham A. Utilization of emergency room and hospitalization by Chinese nursing home residents : a cross-sectional study. *J Am Med Dir Assoc.* 2010;11:325–32.
61. Le Fur-Musquer E, Delamarre-Damier F, Sonnic A, Berrut G. Existe-t-il des facteurs prédictifs de l'hospitalisation non programmée de résidents d'EHPAD ? *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2012;10(2):137–42.
62. Sors C. Contribution de la filière de soins gériatrique à la continuité des soins dans les EHPAD - Evaluation des besoins et du recours aux systèmes de soins d'urgences dans le territoire de santé 95.1 [Mémoire de DIU de médecin coordonnateur d'EHPAD]. René Descartes - Paris V; 2009.
63. Reyniers T, Houttekier D, Roeline Pasman H, Vander Stichele R, Cohen J, Deliens L. The family physician's perceived role in preventing and guiding hospital admissions at the end of life: A focus group study. *Ann Fam Med.* 2014;12(5):441–6.

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le Président de thèse
Université Paris Diderot – Paris
Le Professeur Agathe Raynaud-Simon

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Université Paris Diderot - Paris 7
Le Professeur Benoît SCHLEMMER

Date : 29/06/2015



Service de Gériatrie

Pr. RAYNAUD-SIMON

Secrétariat : 01 40 25 73 69 - Fax 01 40 25 85 80

C.H.U. BICHAT CL. BERNARD

46, RUE HENRI HUGHARD - 75877 PARIS CEDEX 18

Vu et Permis d'Imprimer

Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen
Benoît SCHLEMMER



RESUME

Titre : Description du parcours de soins et des hospitalisations des résidents en EHPAD

Contexte : Dans un contexte de vieillissement de la population, le taux d'institutionnalisation des personnes âgées en EHPAD s'accroît depuis plusieurs années. Le nombre d'hospitalisation de ces résidents augmente. Ces hospitalisations sont facteurs de fragilisation et sont à éviter autant que possible.

Matériel et méthode : L'objectif principal de notre étude était de décrire les flux des résidents en EHPAD, en étudiant leurs parcours de soins en ville et leurs hospitalisations. Le recueil de données était réalisé en vue d'une étude prospective, de janvier à juin 2014, auprès de résidents de deux EHPAD à Paris.

Résultats : Nous avons inclus 140 résidents. Les flux concernaient 29% d'entre eux ; 62% des transferts avaient lieu vers l'hôpital. 526 consultations ont été signalées, soit 3,8 consultations par résident au cours de ces 6 mois. Il s'agissait de consultation de suivi dans 75% des cas. Les résidents hospitalisés bénéficiaient d'un nombre significativement plus important de consultations. On observait une accélération de la fréquence et une augmentation du nombre de ces consultations les semaines précédant l'hospitalisation. 25 hospitalisations ont été signalées ; 14% des résidents ont été transférés vers l'hôpital. 72% de ces hospitalisations ont eu lieu en urgence. Les hospitalisations directes en service de gériatrie n'avaient lieu que dans un contexte anticipé.

Conclusion : L'utilisation de la filière de soins gériatrique doit progresser et être améliorée. Le suivi par le médecin traitant et la présence du médecin coordonnateur permettent de diminuer le taux d'hospitalisation. La communication avec les structures hospitalières doit être améliorée pour limiter les passages aux urgences des résidents et favoriser leur admission directe dans un service plus approprié.

Mots clés : Parcours de soins, Personnes âgées, Filière de soins gériatrique, EHPAD, Consultation, Hospitalisation