



---

**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.**

*Docteur Alain DANEZIS*

*DIU de médecin coordonnateur en EHPAD  
Année universitaire 2008*

*Directeur de thèse - Docteur Valéry ANTOINE  
Médecin gériatre, Equipe mobile de gériatrie  
à l'hôpital de Poissy - St. Germain-en-Laye*



---

**SOMMAIRE**

***INTRODUCTION.....p. 3***

***CONTEXTE***

***EPIDEMIOLOGIE.....p. 4***

***EXEMPLE D'UNE PROBLEMATIQUE LOCALE.....p. 7***

***OBJECTIF.....p.11***

***METHODE.....p.11***

***RESULTATS.....p.12***

***TABLEAUX.....p.14***

***DISCUSSION.....p.27***

***CONCLUSION.....p.30***

***ANNEXES.....p.31***

***BIBLIOGRAPHIE.....p.32***



---

## INTRODUCTION

Assurer la continuité de la prise en charge globale des personnes âgées dans leur parcours de soins est une nécessité. Ces patients âgés fragiles et/ou dépendants sont accueillis de plus en plus nombreux dans les services d'urgence hospitaliers venant de leur domicile ou d'Etablissements spécialisés.

Les professionnels de santé dans les Yvelines ont été sensibilisés dans leur pratique, à l'insuffisance des informations utiles mises à leur disposition pour une prise en charge adaptée, à la fois dans le sens Ville-Hôpital comme dans le sens Hôpital-Ville.

Dans ce cadre s'est initié une réflexion départementale sur les moyens d'optimiser la transmission des informations essentielles à la poursuite des actes de soins et de prévention destinés à une P.A., lors de son arrivée ou à sa sortie de l'Hôpital.

La D.D.A.S.S. Yvelines (78) a programmé et donné les moyens logistiques nécessaires aux rencontres, à la coordination et à la synthèse des échanges sur ce sujet, entre les professionnels de santé volontaires. Deux groupes de travail pluri-professionnels du Département se sont constitués et réunis afin d'entamer la réflexion.

L'objectif final est de tenter d'aboutir à un consensus commun à l'ensemble des professionnels du Département, sur les méthodes et les moyens visant à aider à la transmission des informations, qui sont destinées à l'amélioration du processus de continuité des soins, lors d'un changement de lieux de vie ou de soins d'une personne âgée.



---

## CONTEXTE

Il existe plusieurs modèles de fiche de liaison ou de transfert en cas d'hospitalisation d'une personne âgée. Leur usage limité incite à rechercher un mode d'échange et de transmission d'informations entre EHPAD et Hôpital aussi bien en cas d'hospitalisation programmée qu'en cas d'urgence, comme en retour d'hospitalisation.

Face à un flux croissant d'hospitalisés, de plus en plus nombreux et âgés (Conférence de consensus JEUR.2004.17.183-201), les professionnels réfléchissent à une démarche qualité d'échange des informations.

I. L'EPIDEMIOLOGIE souligne le vieillissement croissant de la population française, et le caractère spécifique de ses pathologies difficilement pris en charge dans les services d'urgences, ainsi que l'augmentation concomitante de la charge en soins des EHPAD.

En grande couronne d'Ile de France on attend une augmentation de + 88% des personnes âgées dépendantes de plus de 75 ans d'ici 2030.

I. 1 Le pourcentage de P.A. de plus de 75 ans en France, est en augmentation constante avec prévision de 10,5% en 2010, de 9,6% en 2020.

- Ce vieillissement de la population française s'accompagne d'une multiplication du nombre des pathologies.
- Cette population reste plus longtemps à domicile et augmente la charge de soins et le degré de dépendance des Etablissements d'accueil au moment de l'Institutionnalisation.

I. 2 Par un simple effet mathématique ce vieillissement de la population entraîne une augmentation de la fréquentation des services d'urgence.

- Les P.A. de plus de 75 ans représentent 10 à 30% des admissions en France,
- et 65 % des P.A. de plus de 75 ans sont des femmes.



---

I. 3 Le pourcentage d'accueil de la P.A. de plus de 75 ans au S.U. est dans :

- plus de 80% des cas, d'ordre médical, avec par ordre de fréquence les pathologies pulmonaires, les pathologies cardio-vasculaires, les pathologies neurologiques, les accidents médicamenteux,
- 10% environ des cas, d'ordre chirurgical, essentiellement par chutes, elles-mêmes révélatrices le plus souvent de pathologies médicales (sepsis, maladie cardiaque, iatrogénie).

I. 4 Cette population âgée présente des caractéristiques spécifiques :

- au moins une pathologie chronique associée à plusieurs maladies organiques avec une composante psychologique et/ou sociale importante,
- une physiologie particulière liée au vieillissement des organes,
- un ordonnance de traitement riche ( 5,7 spécialités en moyenne), qui augmente la iatrogénie.

I. 5 Or le défi permanent de l'Hôpital avec ses contraintes de services consiste à effectuer une démarche diagnostique et thérapeutique sans discrimination d'âge.

- L'urgentiste en l'absence d'un *savoir-faire* gériatrique, ne ressent pas nécessairement le caractère d'urgence ni la justification du motif d'adressage,
- Face à un patient fragilisable rapidement, le plus souvent *amené par une ambulance* dans un S.U. souvent hyperactif,
- Il se trouve face à un équilibre précaire rompu brutalement (90% pour pathologie aiguë ou sub-aiguë, dont 16% pour traumatisme après chutes).



---

I. 6 En 2002 une enquête de la DREES complète les observations précédentes. Les P.A. de plus de 75 ans sont accueillies au S.U. :

- sans prépondérance d'un jour de la semaine (elles représentent environ 15% des passages),
- vers 11h et vers 15h le plus souvent (où elles représentent 10% environ des passages),
- amenée par ambulance dans 50 à 60% des cas (sans prépondérance nette d'une classe d'âge),
- avec courrier du médecin traitant dans 75 à 80% des cas,
- adressée par son médecin traitant dans 50% des cas.

Ces constats contribuent à l'analyse de la problématique locale d'un EHPAD des Yvelines, dont les principaux dysfonctionnements sont repris dans le paragraphe suivant.

UNIVERSITE René DESCARTES - Paris V  
Faculté Cochin - Port Royal



II. EXEMPLE D'UNE PROBLEMATIQUE LOCALE

Les résultats de l'épidémiologie sont retrouvés dans l'étude des dysfonctionnements d'un EHPAD des Yvelines et de sa problématique locale.

II. 1 L' EHPAD est un ancien Foyer-logement, d'une capacité de 80 lits, dont environ 2/3 environ occupés du fait des travaux de transformation en cours.

	Validité au : 01/01/2009	Validité au : 01/01/2008
<b>Nombre de Résidants (N)</b>	<b>53</b>	<b>52</b>
Femmes / Hommes	41 / 12	40 / 12
<b>Age moyen des N Résidants</b>	<b>82,88</b>	<b>81,82</b>
Femmes+Hommes- 75 ans(N°)	5+3 8	4+3 7
Femmes+Hommes+75 ans(N²)	37+8 45	36+9 45
<b>GIR des Résidants</b>	<b>GMP 545 / 517,06</b>	<b>GMP 540 / 540,74</b>
1 + 2 -60 ans / +60 ans	0 / 16	0 / 14
3 + 4 -60 ans / +60 ans	2 / 17	2 / 26
5 + 6 -60 ans / +60 ans	3 / 26	0 / 10

II. 2 Au cours du premier semestre 2008, en analysant les transferts entre l'EHPAD et l'Hôpital puis retour, le médecin coordonnateur a repéré certains dysfonctionnements.

- **Lors du transfert du Résidant de l'EHPAD vers l'Hôpital :**  
La nuit le dossier de liaison est souvent incomplet. Pour le transport SAMU ou Pompiers sont appelés systématiquement. Pas d'IDEC, ni de MEDEC, ni d'IDE la nuit en EHPAD.  
Le jour l'absence de contacts entre confrères est patent. La décision est prise par le médecin traitant avec courrier d'accompagnement, et majoritairement avec transport en ambulance.



- **Lors de la prise en charge du patient dans le Service :**

L'urgentiste, ne peut appréhender l'urgence ressentie par l'EHPAD car il méconnaît les limites de l'EHPAD.

Prise en compte gériatrique des facteurs de fragilité ou des syndromes insuffisante, dossier égaré et/ou introuvable et/ou contact difficile avec le référent EHPAD, surtout la nuit, pour obtenir des précisions.

Pour l'EHPAD quasi impossibilité de joindre un référent hospitalier et d'avoir des informations sur la prise en charge du patient.

- **Lors du retour vers l'EHPAD :**

Pas de contact préparatoire au retour ( sauf si l'EHPAD réussit à joindre un référent du Service ), et la décision unilatérale s'impose à l'EHPAD.

Inadéquation entre état de santé et soins du patient, avec prise en charge et continuité des soins dans l'EHPAD.

II. 3 Du point de vue du médecin coordonnateur, les facteurs locaux qui influent sur la qualité de l'échange d'information concernent :

**A. Dans le cadre d'une hospitalisation (de l'EHPAD vers le S.U.)**

- Le fonctionnement de l'EHPAD :

- ✓ Particularités locales (chaque EHPAD à son propre mode de fonctionnement)
- ✓ Charge en soins acceptable (ignorée du S.U. qui assimile EHPAD=Hôpital en matière de délivrance des soins)
- ✓ Présence d'un référent EHPAD de compétence variable selon le moment de la journée ( qui doit apprécier le risque d'une situation nouvelle avec décision d'hospitalisation en urgence)
- ✓ Plateau technique limité de l'EHPAD
- ✓ Personnel soignant aux qualités diverses selon le jour (jour ou nuit, semaine ou Dimanche ou jour férié), et les horaires de présence (présence ou non des Médecin traitant, MEDEC, IDEC, AS, ... ).



UNIVERSITE René DESCARTES - Paris V  
Faculté Cochin - Port Royal



- 
- La qualité des supports et de la transmission d'informations :
    - ✓ Absence de dossier de liaison
    - ✓ Dossier médical non informatisé et fiches de soins, accessibles par tirages ou sélection de données, à trier
    - ✓ Absence de courrier d'accompagnement remplacé par un « mot » d'une IDE dans le meilleur des cas, ou d'une A.S. (le médecin traitant et le MEDEC n'assurent jamais une présence permanente)
    - ✓ Impossibilité de contact entre professionnels EHPAD-Urgences (attente interminable au téléphone, mauvaise orientation, pas d'interlocuteur identifié ou disponible).
  
  - La difficulté de suivre le parcours de soins de la P.A. :
    - ✓ Pas de fiche de liaison qui accompagne la P.A. (actualisée des éléments fiables et pertinents issus de son parcours de soins)
    - ✓ Pas de communication en temps réel de l'EHPAD vers le S.U. ni de transmission des informations du S.U. vers l'EHPAD.
  
  - De nombreuses personnes peuvent solliciter l'hospitalisation :
    - ✓ Personnels médicaux le plus souvent (MEDEC, IDEC, Médecin traitant, IDE ) ou personnels d'accompagnement de vie (A.S., A.V., A.S.H.),
    - ✓ Personnels para-médicaux (Kinésithérapeutes), de soins (Psychologue, Ergothérapeute), d'animation (Animatrice), personnels administratifs voire membre de la Famille du Résidant, plus rarement.
  
  - B. Dans le contexte du retour vers l'EHPAD, ces facteurs concernent :**
    - Le manque d'information d'aval sur le déroulement du séjour hospitalier et l'unilatéralité de la décision du retour :
      - ✓ Service(s) dans le(s)quel(s) la P.A. a été prise en charge (le parcours de soins est ignoré par l'EHPAD jusqu'à réception tardive du C.R.)
      - ✓ Délai du retour (souvent la date du retour s'impose à l'EHPAD le jour même de l'appel ou le lendemain au mieux)
      - ✓ Absence des informations nouvelles (utiles à la continuité des soins dans l'EHPAD quand l'état de santé du patient s'est modifié)
      - ✓ Nouvel état de santé (en inadéquation avec les capacités de l'EHPAD).

UNIVERSITE René DESCARTES - Paris V  
Faculté Cochin - Port Royal



- 
- La transmission des informations :
  - ✓ Difficultés d'accessibilité à l'information, et de contacts entre professionnels (que ce soit au S.U., ou après transfert dans un service spécialisé)
  - ✓ Défaut de prise en compte des particularités gériatriques dans les décisions diagnostiques et/ou thérapeutiques (qui privilégient la technicité et la pathossification de la P.A.)
  - ✓ L'informatisation des dossiers et l'accumulation des données du dossier médical créent les défauts de ses qualités (la richesse des informations et des transmissions augmente le risque d'erreurs et d'oublis à chaque étape du fait du nombre des intervenants et des informations ajoutées)
  - ✓ L'absence d'un référent hospitalier identifié et joignable par l'EHPAD.

II. 4 Si des outils ont déjà été créés pour faciliter la transmission d'informations dans ce parcours de soins, ils sont peu utilisés dans le Département des Yvelines, peut être parce que non transposables à toutes les Structures ou mal compris ou trop contraignants.

Pourtant ces outils ont eu une diffusion :

- locale (Fiche de liaison EHPAD Chanteloup),
- départementale (Groupe de travail Equip'Age de l'AGY : Fiche de liaison présentée le 25 mars 2008. réunion de travail DDASS 78 ainsi que : Réseau Emile, Fiche de liaison EHPAD Gargenville),
- Nationale : Fiche de liaison publiée dans *Gériatries 2003* ; n° 37 .35-36 (Fiche de liaison du centre de gériatrie Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris).



---

## OBJECTIF

Dans ce contexte, l'objectif de ce Mémoire est de décrire les premières étapes d'une démarche départementale pluri-professionnelle consensuelle visant à l'amélioration des pratiques professionnelles dans la transmission de l'information au cours du parcours de soin des personnes âgées.

Il s'attache plus particulièrement à décrire les étapes et les dysfonctionnements ressentis lors du parcours de soins gériatriques entre EHPAD et S.U., aller puis retour.

Il apporte un premier éclairage à un questionnaire visant à cerner les mesures à mettre en place et à élaborer des outils nécessaires à une meilleure transmission d'information dans le parcours de soins des Résidants.

## METHODE

Il s'agit de réunir un nombre significatif de professionnels de santé en groupes de travail organisés sous l'égide de la D.D.A.S.S. Yvelines. Les participants volontaires ont été appelés à formuler les dysfonctionnements qu'ils connaissent dans chacune de leur fonction de santé.

Ceux-ci font l'objet de deux recueils distincts, l'un dans le sens domicile (EHPAD, SSIAD, domicile privé) vers S.U, l'autre dans le sens du retour vers le domicile. Pour plus d'efficience deux groupes sont constitués.

A partir de ces dysfonctionnements et « un état des lieux », des actions de correction sont proposées pour la suite du travail et la mise en place d'actions d'amélioration.



---

## RESULTATS

Les deux groupes de réflexions se sont constitués.

Le GT1, Groupe de travail n°1 réunit 17 participants. Il a pour objectif l'analyse des échanges d'informations au moment de l'hospitalisation d'une personne âgée hébergée en EHPAD, ou venant du domicile.

Le GT2, Groupe de travail n°2 réunit 22 participants. Il a pour objectif l'analyse des échanges d'informations au moment de la sortie de l'hôpital d'une personne âgée vers l'EHPAD, ou lors de son retour à domicile.

I. LES PARTICIPANTS constituent un panel de professionnels de santé concerné par la qualité de la prise en charge de la personne âgée dans son parcours de soin.

I. 1 Les membres du GT1 sont cités dans le tableau T1.

- Près de 50% des participants exercent des fonctions de soins en EHPAD, dont un peu plus de la moitié sont médecins coordonnateurs.
- Près de 40% des participants exercent en milieu hospitalier dont plus de la moitié dans des fonctions administratives.
- Ils représentent essentiellement le territoire géographique de la moitié Nord du Département des Yvelines.

I. 2 Les membres du GT2 sont cités dans le tableau T2.

- 30% des participants exercent des fonctions de soins en EHPAD ou M.R., dont un peu moins de la moitié constituée de médecins coordonnateurs, l'autre moitié d'infirmières coordinatrices.
- Les infirmières coordinatrices représentent 30% des participants, dont 75% en SSIAD.
- Près de 40% des participants exercent en milieu hospitalier, dont près de la moitié sont médecins gériatres.
- 90% travaillent dans la moitié Nord du Département des Yvelines.

UNIVERSITE René DESCARTES - Paris V  
Faculté Cochin - Port Royal



- 
- II. LE PARCOURS DE SOINS, aller et retour Hôpital-EHPAD, engendre un ressenti important de dysfonctionnements.
- II. 1 Dans le cadre d'une hospitalisation, quatre types de réflexions ont été exprimées par le GT1 (tableau T3).
- les étapes successives du processus d'accueil jusqu'à l'hôpital
  - les défaillances de ces étapes successives
  - les causes des défaillances
  - les effets des défaillances
- II. 2 Dans le cadre du retour en EHPAD, quatre types d'observations ont été relevés par le GT2 (tableau T4).
- les étapes de la décision du retour
  - les défaillances de ces différentes étapes
  - les causes de ces défaillances
  - les effets de ces défaillances
- II. 3 Les actions d'amélioration proposées par les membres des deux groupes de travail sont exposées dans le tableau T5.
- Les axes retenus par le GT1, dans le cadre d'une hospitalisation : améliorer la qualité des informations, améliorer la connaissance des acteurs, améliorer l'orientation et le parcours de soins du patient.
  - Les axes retenus par le GT2, dans le cadre du retour en EHPAD : améliorer la préparation de la sortie de l'hôpital, améliorer la connaissance des limites des Structures d'accueil, améliorer les outils d'information.
  - Un observatoire des dysfonctionnements du parcours de soin d'une personne âgée vivant en EHPAD, a été créé. Il a pour mission de documenter qualitativement et quantitativement les difficultés rencontrées par les Structures en retour d'hospitalisation de la personne âgée, pour apporter une estimation objective aux difficultés ressenties.



---

## TABLEAUX

T1	PARTICIPANTS AU GT1 Nombre et qualité.....	page 15
T2	PARTICIPANTS AU GT2 Nombre et qualité.....	page 16
T3	RECUEIL REPONSES GT1 Dysfonctionnement en cas d'hospitalisation.....	pages 17/18
T4	RECUEIL REPONSES GT2 Dysfonctionnement en retour d'hospitalisation.....	page 19
T5	AXES PROPOSES Actions correctives.....	page 20/21
T6	PROBLEMATIQUE D'UN EHPAD LOCAL Schéma du processus d'hospitalisation par l'EHPAD.....	pages 22/23/24
T7	PROBLEMATIQUE D'UN EHPAD LOCAL Schéma du processus de retour en EHPAD.....	pages 25/26

UNIVERSITE René DESCARTES - Paris V  
Faculté Cochin - Port Royal

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

<b>GROUPE DE TRAVAIL - GT1 - Nombre et qualité des participants - T1</b>		
<b>Relations entre EHPAD ( ou SSIAD ) et Service d'accueil en Etablissement de santé en cas d'hospitalisation d'une personne âgée</b>		
IDE	Equipe Mobile Gériatrie	CHI Poissy
IDEC	SSIAD	Le Vésinet
Chargé de mission		CHI Poissy
Médecin-Chef		CHI Meulan
CDS	EHPAD	CH Versailles
MEDEC	EHPAD	Chanteloup
IDEC	EHPAD	Maule
Directrice adj.		HL Houdan
CDS		CHI Poissy
IDEC	EHPAD	Gargenville
MEDEC	MR HGMS	Plaisir G.
MEDEC	EHPAD	Conflans Ste H.
MEDEC	EHPAD	Septeuil
Directeur	EHPAD	Thiverval G.
CDS		CHI Meulan
MEDEC	EHPAD	Le Chesnay
MEDEC	EHPAD	Mantes la Ville

UNIVERSITE René DESCARTES - Paris V  
Faculté Cochin - Port Royal

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

<b>GROUPE DE TRAVAIL - GT2 - Nombre et qualité des participants - T2</b>		
<b>Relations entre EHPAD ( ou SSIAD ) et Service d'accueil en Etablissement de santé en retour d'hospitalisation d'une personne âgée</b>		
Médecin Gériatre	Equipe Mobile Gériatrie	CHI Poissy
IDEC	SSIAD	Le Vésinet
Chargé de mission		CHI Poissy
CDS	EHPAD	CH Versailles
Médecin	Réseau EMILE	Meulan
Directrice	M.R.	Maurepas
Médecin-Chef		CHI Meulan
MEDEC	EHPAD	Chanteloup
CDS	EHPAD	Rambouillet
CDS	M.R. HGMS	Plaisir G.
IDEC	SSIAD	Rambouillet
IDEC	EHPAD	Maule
IDEC	SSIAD	Maurepas
IDEC	SSIAD	Maisons Laffitte
CDS		CHI Poissy
IDEC	SSIAD	Poissy
IDEC	EHPAD	Chevreuse
MEDEC	M.R.	Maurepas
CDS		CHI Meulan
Médecin gériatre		CH Versailles
Médecin gériatre		Rambouillet
Assistante Sociale	Clinique	Maisons Laffitte



# UNIVERSITE René DESCARTES - Paris V

## Faculté Cochin - Port Royal



### PREMIER RECUEIL DES DYSFONCTIONNEMENTS AUPRES DES PARTICIPANTS DU GT1 - (Page 1 ) T3

#### Relations entre EHPAD (ou SSIAD) et Service d'accueil en Etablissement de santé en cas d'hospitalisation d'une personne âgée

Qualité de l'information	Vérifier l'exhaustivité des informations utiles au Service	Utilité du bilan aux Urgences avec ou sans hospitalisation	Volonté de se connaître	Possible retour après passage aux urgences
Utilité de l'information	Décision difficile en EHPAD entre maintien / hospitalisation surtout la nuit	Modalités de retour en EHPAD non définies après un bilan	Manque de temps pour se connaître	Prévenir la Structure pour le retour
Sélectionner les documents nécessaires	Hospitalisation directe dans un Service impossible	Possible bilan aux Urgences avec retour en EHPAD même la nuit	Attente aux Urgences trop longue	Connaître les Possibilités matérielles du retour dans la Structure
Information utile et pas plus	Passage obligé aux Urgences	En EHPAD, le retour nocturne d'un Résidant reste difficile	Hospitalisation directe dans un Service, difficile	Savoir évaluer l'état de dépendance pour un retour
Le Dossier doit suivre le patient à l'Hôpital	La décision d'hospitaliser est justifiée par l'impossibilité de médicalisation nocturne	Locaux des Urgences non adaptés aux personnes âgées	Difficile d'obtenir sur l'état de santé d'un Résidant aux Urgences des informations	Prévoir des transmissions précises sur l'état de santé d'un Résidant
Précision des Informations	Pour les Urgences, l'EHPAD semble se débarrasser d'un Résidant	Prise de décision du MEDEC difficile : décès pendant le transport ou aux Urgences	Difficile d'obtenir sur le devenir d'un Résidant aux Urgences des informations	Pouvoir évaluer les mesures à prendre dans les premières heures ou jours après retour
Motif exact d'hospitalisation	L'Urgentiste ne comprend pas l'impossibilité pour l'EHPAD garder le Résidant	Perte d'information sur le résidant entre EHPAD et Urgences	Perte d'information sur le Résidant entre Service et Urgences, si hospitalisé	Absence de précision donnée aux ambulanciers quant au Service d'accueil
Dès l'hospitalisation précision par l'EHPAD des conditions du retour	Possible aide adaptée du Service pour orienter l'EHPAD vers une prise en charge	Perte fréquente du dossier de l'EHPAD pendant le transport	Temps passé aux Urgences trop long pour une personne âgée	Errance des ambulanciers si admission en Service non précisée

UNIVERSITE René DESCARTES - Paris V  
Faculté Cochin - Port Royal



<b>PREMIER RECUEIL DES DYSFONCTIONNEMENTS AUPRES DES PARTICIPANTS DU GT1 - ( Page 2 )T3</b>				
<b>Relations entre EHPAD (ou SSIAD) et Service d'accueil en Etablissement de santé en cas d'hospitalisation d'une personne âgée</b>				
Recherche d'un lit disponible	Méconnaissance réciproque des fonctionnements	Perte fréquente du Dossier EHPAD aux Urgences	Prise en compte de la situation de la personne âgée isolée aux urgences	Absence d'une feuille de liaison par IDE
Compétence gériatrique du Service insuffisante	Absence de compréhension entre professionnels	Perte fréquente du Dossier EHPAD entre Urgences et Service	Tenir compte de l'état cognitif et des limites d'expression douleur, anxiété,soif, faim,...	Pas d'ordonnance ou de courrier au MEDEC ou au médecin traitant
Recours aux Urgences pour son plateau technique	Contact téléphonique par les Urgences à l'EHPAD parfois nécessaire	Ne pas oublier que tous les Traitements relèvent d'une ordonnance par le médecin traitant	Prise en compte des besoins de la personne âgée selon la durée d'une attente	Le Service doit prévenir du retour de la personne âgée famille et/ou Structure
Le MEDEC peut être absent au moment du transfert ; les éléments la de prise de décision sont variables	Un conseil des Urgences peut éviter l'hospitalisation ; le recours au Samu ou Pompiers est fréquent	Certains actes simples de soin pour les Urgences ne sont pas pratiqués en EHPAD	Informers la famille et l'EHPAD si hospitalisation	Lien direct difficile entre MEDEC et Service
En EHPAD le personnel soignant est à temps partiel alors que transfert se révèle nécessaire à tout moment	Certains personnels d'EHPAD craignent de discuter avec un médecin ou les Urgences	Absence de budget "trousse d'urgence"	Informers la Structure si hospitalisation en la recontactant	Pas d'appel des Urgences par l'EHPAD en préalable

UNIVERSITE René DESCARTES - Paris V  
Faculté Cochin - Port Royal



<b>PREMIER RECUEIL DES DYSFONCTIONNEMENTS AUPRES DES PARTICIPANTS DU GT2 - T4</b>				
<b>Relations entre EHPAD (ou SSIAD) et Service d'accueil en Etablissement de santé en retour d'hospitalisation d'une personne âgée</b>				
Absence de référent identifié dans le Service	Date de sortie non communiquée	Médecin traitant non informé de l'hospitalisation	Traitement non communiqué à l'EHPAD	L'EHPAD ne connaît pas l'évolution de l'état de santé de la personne âgée pendant son séjour hospitalier
Absence de communication entre les différents Services hospitaliers pendant le séjour	Pas de communication sur les événements importants de la prise en charge hospitalière	Nécessité d'un temps de réadaptation du Résidant en fonction de son nouvel état de retour en EHPAD	Pas de communication sur le nouveau traitement par rapport au traitement antérieur	L'EHPAD ne connaît pas le nouvel état de santé de la personne âgée à son retour
La famille ne comprend pas toujours les informations médicales données dans le Service	La date de sortie est souvent imposée au dernier moment sans échange avec l'EHPAD	La situation sociale et l'état de dépendance de la personne âgée hospitalisée n'ont pas été prises en compte	Méconnaissance des limites de fonctionnement de chaque EHPAD	L'EHPAD ne connaît pas les nécessités de prise en charge nouvelles au moment du retour
Absence d'informations donnée à l'EHPAD par l'Hôpital	Absence d'informations sur les examens et les rendez-vous post-hospitalisation	Absence de compte-rendu d'hospitalisation	Réticence de l'Hôpital à donner des informations	Absence de fiche de liaison sur les soins et l'autonomie du Résidant à son retour
Difficulté pour connaître le traitement du Résidant à l'Hôpital	Référent au sein de l'EHPAD non clairement identifié dans le dossier transmis par l'EHPAD	Absence de signalement des événements importants, au moment de la sortie	Retour en fin de semaine inadapté aux conditions de prise en charge en EHPAD	Absence d'information par l'Hôpital sur le traitement en cours

UNIVERSITE René DESCARTES - Paris V  
Faculté Cochin - Port Royal



<b>- ACTIONS CORRECTIVES PROPOSEES - (p1) - T5</b>		
Objectif principal	Objectif opérationnel	Prendre en compte
<b>OBJECTIF STRATEGIQUE 1 : AMELIORER LA QUALITE DE L'INFORMATION</b>		
Disposer d'une procédure en cas d'hospitalisation d'une personne âgée	Définir l'objectif Connaître les pratiques existantes Identifier les acteurs concernés Identifier les partenaires Identifier les étapes ou actions Rédiger chaque action	Tous les intervenants potentiels concernés par le parcours de soins de la personne âgée en cas d'hospitalisation
Disposer d'un dossier de liaison en cas d'hospitalisation d'une personne âgée	Constituer un groupe de travail Connaître l'existant Identifier les utilisateurs Définir l'information utile, pertinente, précise Identifier les sources d'information Elaborer un modèle Valider le dossier de liaison	Absence de documents( dossier, ordo., ...) Errance des ambulanciers Info. administratives,médicales,infirmières
Définir les modalités de concertation	Identifier les acteurs concernés Identifier les circonstances défavorables	MEDEC, IDEC, Médecin traitant, Hospitaliers Horaires de présence en EHPAD Jour / nuit - Fin de semaine
Disposer d'une procédure d'accueil d'une personne âgée au sein d'un Etablissement	Aux Urgences  Dans un Service	Arrivée d'un EHPAD, le dossier est souvent égaré Arrivée d'un EHPAD,ou du domicile ou d'un SSIAD pas de contact avec le Service
<b>OBJECTIF STRATEGIQUE 2 : AMELIORER LA CONNAISSANCE DES ACTEURS</b>		
Connaître besoins et contraintes des acteurs pour l'Hôpital	Identifier les ressources  Décrire les fonctionnements existants  Identifier les difficultés	Compétences gériatriques variables Retour nocturne difficile Passage nécessaire par les Urgences Recherche d'un lit disponible Méconnaissance réciproque du fonctiont Attente aux urgences

UNIVERSITE René DESCARTES - Paris V  
Faculté Cochin - Port Royal

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

<b>- ACTIONS CORRECTIVES PROPOSEES - (p2) - T5</b>		
Objectif principal	Objectif opérationnel	Prendre en compte
<b>OBJECTIF STRATEGIQUE 2 : AMELIORER LA CONNAISSANCE DES ACTEURS (suite)</b>		
Connaître besoins et contraintes des acteurs pour l'EHPAD	Identifier les difficultés  Faire connaître	Manque de temps et temps partiels (MEDEC, IDEC) Planning des équipes (remplacements) Prise de décision nocturne difficile Incompréhension de l'urgence à hospitaliser Craintes de certains personnels EHPAD de parler avec les médecins hospitaliers Tout traitement en EHPAD relève d'une ordonnance
Connaître besoins et contraintes des Acteurs pour le médecin traitant		Un contact téléphonique, un échange, peuvent éviter une hospitalisation Absence de "trousse" d'urgence
Connaître besoins et contraintes des acteurs pour le patient		La personne âgée peut-elle s'exprimer, seule, isolée (douleur, anxiété, soif,...), en attente prolongée, au Service d'Urgences polyvalentes
Connaître besoins et contraintes des Acteurs pour les autres intervenants	SAMU/ POMPIERS/AMBULANCIERS/ SSIAD/ CLIC	Formes d'intervention et limites
<b>OBJECTIF STRATEGIQUE 3 : AMELIORER L'ORIENTATION ET LE PARCOURS DE SOINS DU PATIENT</b>		
Suivre le parcours du patient âgé	par l'EHPAD	Obtenir des info. sur l'état de santé du patient aux urgences, Après bilan, modalités de retour en EHPAD
	par l'Etablissement Hospitalier	Locaux inadaptés aux personnes âgées Définir les modalités de rétro-information vers l'EHPAD
<b>OBJECTIF STRATEGIQUE 4 : AMELIORER LES CONDITIONS DE RETOUR DU PATIENT EN EHPAD</b>		
Préparer le retour par l'Hôpital	Informé l'EHPAD	Fournir toutes les info. utiles à la continuité des soins en adéquation avec les limites de l'EHPAD
En concertation avec l'EHPAD	Informé le patient, la famille	

UNIVERSITE René DESCARTES - Paris V  
Faculté Cochin - Port Royal

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

<b>- SCHEMA ( EHPAD LOCAL ) DU PROCESSUS D'ARRIVEE A L'HÔPITAL - ( Page 1 ) T6</b>		
ETAPES DU PROCESSUS D'ARRIVEE D'UN RESIDANT EN EHPAD ACCUEILLI A L'HOPTITAL	OBSTACLES ETCAUSES DES DYSFONCTIONNEMENTS	ACTIONS CORRECTIVES
<b>Problème médical constaté :</b>	Constat non pertinent	VOIR T5
programmé non urgent	Sélection des info. / Information utile et pas plus	
ou brutal et urgent	Méconnaissance des limites de l'EHPAD	
soit par décompensation aiguë :	Absence de dossier de liaison d'urgence	
d'une mono pathologie	Eléments du dossier insuffisants	
ou avec polypathologie	Dossier médical incomplet ou imprécis	
soit par chute, accompagnée :	Impossibilité de joindre le service spécialisé	
d'une plaie	Plateau technique limité en EHPAD	
ou d'une contusion	Mauvaise évaluation de la gravité de l'état	
<b>Personne constatant le problème :</b>	Nombre important de personnes concernés	
soit personnel médical :	Absence de connaissance d'un référent	
non soignant	Limites d'accès aux informations	
(Kinésith., Ergoth., Psychologue)	Prise de décision difficile	
ou soignant	MEDEC à temps partiel , absent / Pas d'IDE la nuit	
(MEDEC, IDEC, IDE, Médecin traitant)	Médecin traitant ne pouvant se déplacer	
soit personnel non médical :	Compétences médicales limitées	
fonctions administratives ( Directrice, secrétaire)	Pas d'accès aux info. médicales	
ou fonctions d'hygiène ( AS, AMP, ASH )	Craintes de discuter avec les professionnels	
soit famille ou visiteurs	Déformation ou imprécision des faits	
<b>Horaire et dates de survenue du problème :</b>	Méconnaissance réciproque des fonctionnements	VOIR T5
soit jour	Absence d'échanges ou contact impossible	
soit nuit	Médicalisation nocturne impossible	
en semaine du lundi au vendredi	Conseil possible pour éviter l'hospitalisation	
ou samedi dimanche et j. fériés	Hospitalisation et accueil plus problématiques	

UNIVERSITE René DESCARTES - Paris V  
Faculté Cochin - Port Royal

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

<b>- SCHEMA ( EHPAD LOCAL ) DU PROCESSUS D'ARRIVEE A L'HÔPITAL - ( Page 2 ) T6</b>		
ETAPES DU PROCESSUS D'ARRIVEE D'UN RESIDENT EN EHPAD ACCUEILLI A L'HOPTITAL	OBSTACLES ETCauses DES DYSFONCTIONNEMENTS	ACTIONS CORRECTIVES
<b>Transmission des "informations-Résident ":</b>	Dossier perdu	VOIR T5
support : informatique	Informatisation des dossiers débutant en EHPAD	
ou papiers	Supports nombreux pas toujours accessibles	
contenu : dossier du Résident	Exhaustivité des renseignements	
avec renseignements administratifs	Lesquels sont utiles ?	
et enseignements médicaux	Trop sont non pertinents	
comprenant : les antécédents	Certains sont indispensables	
les pathologies	Leur connaissance est-elle actualisée	
l'évaluation gériatrique	Est-elle récente	
le traitement en cours	Non indiqué ou incomplet	
les examens complémentaires	Certains refaits inutilement aux urgences	
<b>Transmission des "informations EHPAD" :</b>	Méconnaissance de la définition même de l'EHPAD	VOIR T5
plateau technique	Méconnaissance des limites techniques de l'EHPAD	
personnel	Méconnaissance des limites de chacun en EHPAD	
<b>Modes de transmission des informations :</b>	Difficultés de se joindre	VOIR T5
contact personnels	Rareté des rencontres entre professionnels	
contacts téléphoniques	Impossible ou difficile/ Attente longue	
	Référent non identifié / injoignable	
contacts fax	Illisible, incomplet, imprécis ... pas toujours fiable	
contacts mail	Peu usité dans ce processus	
<b>Transport :</b>	Dossier souvent perdu pendant le transport	VOIR T5
Pompiers	Souvent en recours si pas de médecin en EHPAD	
SAMU	Appelé devant la gravité suspectée	
Ambulance	Utilisée le plus souvent	

UNIVERSITE René DESCARTES - Paris V  
Faculté Cochin - Port Royal

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

<b>- SCHEMA ( EHPAD LOCAL ) DU PROCESSUS D' ARRIVEE A L'HOPITAL - ( Page 3 ) T6</b>		
ETAPES DU PROCESSUS D'ARRIVEE D'UN RESIDENT VIVANT EN EHPAD ACCUEILLI A L'HOPITAL	OBSTACLES ET CAUSES DES DYSFONCTIONNEMENTS	ACTIONS CORRECTIVES
<b>Arrivée à l'Hôpital :</b>	Errance des transporteurs	VOIR T5
dans un service spécialisé directement	Peu accessible même programmé	
ou au service d'urgence	Pas d'accueil adapté à la personne âgée	
<b>Accueil dans le Service :</b>	Dossier et informations insuffisants	VOIR T5
par le personnel administratif	Transmission erronée des informations	
et par le personnel médical	L'urgentiste ne comprend pas la nécessité d'hospitaliser	
dans des locaux	La personne âgée est en attente trop prolongée	
avec un plateau technique	Le recours hospitalier est sans réelle urgence	
et prescriptions d'examens complémentaires	Des examens sont demandés sans raison valide	
<b>Evaluation dans le Service :</b>	La personne âgée est perdue dans la masse	VOIR T5
somatique	Un bilan somatique d'arrivée n'est pas fait	
gériatrique	La physiologie gériatrique est méconnue La personne âgée, fragilisée est souvent seule	
	La personne âgée ne s'exprime pas correctement	
<b>Informations dans le Service :</b>	Impossible de suivre le parcours de soins	VOIR T5
personnel	La personne référente est inconnue de l'EHPAD	
supports	Le dossier est informatisé à l'Hôpital peu en EHPAD	
transmissions	Perte d'éléments liée aux nombreux intervenants	
	Absence de contact EHPAD - Service	
	Méconnaissance des limites de l'EHPAD	
	Pas de dossier de liaison standard	
<b>Orientation de la prise en charge :</b>	Souvent dossier perdu (transport ou urgences)	VOIR T5
éléments justifiant la décision	Si retour sans hospitalisation, l'EHPAD doit faire face	
transmission de la décision	Si hospitalisation, pas d'information systématique de l' EHPAD	
	Si transfert pas d'info. à l'EHPAD	



UNIVERSITE René DESCARTES - Paris V  
Faculté Cochin - Port Royal

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

<b>- SCHEMA ( EHPAD LOCAL ) DU PROCESSUS DE RETOUR EN EHPAD - ( Page 1 ) T7</b>		
ETAPES DU PROCESSUS D'ARRIVEE D'UN RESIDANT EN EHPAD, DE RETOUR D'HOSPITALISATION	OBSTACLES ET CAUSES DES DYSFONCTIONNEMENTS	ACTIONS CORRECTIVES
<b>Décision de retour après hospitalisation :</b>	EHPAD non informé de l'état de la personne âgée	VOIR T 5
soit retour après bref séjour au S.U.	Retour brutal sans information préalable	
	Fiche de liaison selon standard hôpital	
	Pas d'évaluation gériatrique	
	Dossier de retour incomplet	
	Contacts entre professionnels inexistant	
soit retour après séjour en Service spécialisé	Méconnaissance des événements dans le Service	
parfois retour d'un autre Etablissement	Nouvelles nécessités de soins inconnues	
<b>Prise de décision de sortie :</b>	Référent inconnu dans l' EHPAD	VOIR T 5
sous responsabilité du médecin	L'EHPAD est informée si elle demande des info.	
	L'Hôpital libère un lit , nécessité du Service	
	L'Hôpital ignore les limites techniques de l'EHPAD	
	Le médecin méconnaît le fonctionnement EHPAD	
pathologique somatique	Nouveaux soins et traitement inconnus de l'EHPAD	
avec évaluation gériatrique	Réalisée seulement si motif gériatrique initial	
	Incompréhension des limites techniques EHPAD	
<b>Horaire et date de sortie :</b>	Mode de fonctionnement EHPAD inconnu	VOIR T 5
	L'EHPAD n'est pas un Hôpital bien que médicalisé	
<b>Mode de sortie :</b>	Ambulance	VOIR T 5
	Dossier de retour non fourni ou incomplet	

UNIVERSITE René DESCARTES - Paris V  
Faculté Cochin - Port Royal

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**- SCHEMA ( EHPAD LOCAL ) DU PROCESSUS DE RETOUR EN EHPAD -  
( Page 2 ) T7**

ETAPES DU PROCESSUS D'ARRIVEE D'UN RESIDENT EN EHPAD, DE RETOUR D'HOSPITALISATION	OBSTACLES ET CAUSES DES DYSFONCTIONNEMENTS	ACTIONS CORRECTIVES
<b>Dossier hospitalier au retour dans l'EHPAD :</b>	Le dossier n'accompagne pas le retour du patient	VOIR T5
recueil des informations	Difficulté à connaître le parcours hospitalier	
informations fournies	L'hôpital fournit les informations si l'EHPAD les demande	
constat	La charge de soins hospitalière n'est pas détaillée	
	Inadéquation : charge de soins / limites EHPAD	
	Formes galéniques inappropriées au Traitement en EHPAD	
	Absence des ordonnances et consignes	
	Absence de fiche de liaison soins et autonomie	
	Absence d'indication rendez-vous post-hop.	
<b>Situation dans l'EHPAD à l'accueil :</b>	En EHPAD présences soignants non permanentes	
problématique de nuit	Difficulté d'organiser la continuité soins la nuit	
plateau technique	N'est plus adapté au nouvel état du résident	
face à un état stabilisé sur critères hospitaliers	L'EHPAD n'a pas les mêmes règles d'appréciation	



---

## DISCUSSION

- I. Un message fort de cette étude vient du fait que les participants (tableaux T1 et T2), constituent un panel représentatifs et pertinents, de l'ensemble des personnels médico-sociaux et administratifs du Département des Yvelines, concernés par le parcours de soins de la personne âgée vivant en EHPAD, hospitalisée et en retour d'hospitalisation.
  
- II. Les dysfonctionnements ressentis par les participants (Tableaux T3 et T4), soulignent la difficulté de contacts entre soignants et leur méconnaissance des règles de fonctionnement de chaque Structure d'accueil.
  
- III. Sur le premier semestre 2008, la problématique locale du MEDEC d'un EHPAD des Yvelines confronté à l'hospitalisation d'un Résidant s'inscrit totalement dans les premières conclusions des participants aux GT1 et GT2, dans les deux sens EHPAD-Hôpital (tableau T6) et Hôpital-EHPAD (tableau T7).
  
- IV. Les premières actions correctives issues des réflexions des participants et comparées à la problématique locale d'un EHPAD (tableau T5) mettent l'accent plus particulièrement sur la nécessité d'améliorer la transmission des informations au cours de ce parcours de soins.
  
- V. Face à ses propres difficultés locales en cas d'hospitalisation d'un Résidant, le médecin coordonnateur peut confronter les constats des deux groupes de travail avec ses propres difficultés, pour rechercher les moyens d'une meilleure qualité des informations transmises dans ce parcours de soins en cas d'hospitalisation et retour en EHPAD.

UNIVERSITE René DESCARTES - Paris V  
Faculté Cochin - Port Royal



- 
- VI. Notre Etude répond à son objectif en rapportant les dysfonctionnements ressentis lors du parcours de soins des personnes âgées hospitalisées, et signalés par l'ensemble des participants. Cette étude a permis de distinguer trois principales actions engagées à ce jour.
- Réunir dans une même réflexion des professionnels de santé, exerçant leur activité dans les différents secteurs de prise en charge des personnes âgées, sur l'ensemble du Département des Yvelines.
  - Amorcer une réflexion sur l'amélioration du parcours de soin de la personne âgée vivant en EHPAD.
  - Elaborer les actions correctives des dysfonctionnements signalés.
- VII. Son intérêt repose sur l'aspect consensuel et l'expression des difficultés de terrain rencontrées par les professionnels dans ce parcours de soins en lien EHPAD et Hôpital.
- Démarche départementale mobilisant l'ensemble des acteurs de santé concernés, parmi les professions de santé et le milieu associatif, sous l'impulsion de la DDASS 78
  - Dysfonctionnements dans les deux sens du parcours de soins de la personne âgée vivant en EHPAD ; hospitalisation et retour en EHPAD
  - Mise en relation de personnes qui ne se parlent pas.
- VIII. L'observation la plus notable est de constater que les professionnels qui se sont réunis à cette occasion se méconnaissent et se rencontrent peu. Cet état de fait souligne les difficultés et les limites de la démarche engagée.
- Chaque professionnel concerné ignore la plupart des contraintes spécifiques des autres professionnels.
  - Chaque professionnel relate un ressenti subjectif. Il est par conséquent difficile de définir un support objectif, quantitatif et qualitatif, des dysfonctionnements de différentes Structures en l'absence de documentation chiffrée.
  - Chaque Structure ayant son mode de fonctionnement il est tout aussi difficile de tenir compte des particularités en ne s'enlisant pas dans les détails.
  - Il en résulte la principale difficulté, comment distinguer des priorités communes.

UNIVERSITE René DESCARTES - Paris V  
Faculté Cochin - Port Royal



- 
- IX. Malgré les écueils d'une telle réflexion, une impulsion a été donnée, avec un panel multi-professionnel et pertinent de participants pour définir des actions visant à mieux évaluer les pratiques professionnelles, à mieux documenter les dysfonctionnements et à proposer des actions d'amélioration.
- X. La création d'un observatoire dédié à la problématique du retour après hospitalisation a permis d'élaborer une fiche de recueil des problématiques rencontrées lors du retour de l'Hôpital. Son utilisation va être proposée à l'ensemble des EHPAD du Département des Yvelines. Elle vise à documenter les dysfonctionnements et à servir de référence pour le choix d'axes d'amélioration.  
La coordination de la démarche par la D.D.A.S.S. 78 constitue probablement un facteur de réussite du projet.
- XI. Par ailleurs la concordance des premières observations des participants avec le constat des difficultés rencontrées par le médecin coordonnateur au cours du premier semestre de fonctionnement de son EHPAD, suggère les premières mesures pratiques, outils et actions à mettre en œuvre (dossier de liaison EHPAD local ; dossier de liaison d'urgence SFMU).



---

## CONCLUSION

La démarche n'a pas atteint son terme à ce jour, mais toute démarche qualité est continue.

Elle a déjà permis de dégager les axes d'un travail de documentation des dysfonctionnements signalés et de fondation des grands principes d'amélioration de la qualité de l'information transmise lors du parcours de soins de la personne âgée hospitalisée ou de retour en EHPAD.

Dans cette première étape, la dynamique engagée sur une large échelle par tous les acteurs de soins d'un Département a dégagé un enseignement : l'intérêt d'échanger entre professionnels qui travaillent ensemble et de mieux se connaître.

Un second enseignement semble se dessiner : les outils existants ou à venir, nécessaires à une qualité d'information optimale dans ce parcours de soins, seront imparfaits et incitent à la création d'un poste de coordination hospitalière dédié à la problématique de la personne âgée.

Le dernier enseignement s'inscrit dans une perspective d'avenir. Plus que la recherche d'un outil unique et commun à tous, la démarche tend à faire prendre conscience de la nécessité de concevoir et d'organiser des relations étroites dédiées à ce parcours de soins, en faisant vivre localement des réseaux adaptés aux fonctionnements des diverses Structures concernées.



---

**ANNEXES**

FICHE DE LIAISON HÔPITAL PITIE SALETRIÈRE .....1 page

FICHE DE LIAISON D'UN EHPAD LOCAL.....2 pages

DOSSIER DE LIAISON URGENTISTES..... 6 pages

EVALUATION PAR L'EQUIPE MOBILE DE GERIATRIE  
HÔPITAL DE POISSY-SAINT GERMAIN.....2 pages

OUTIL DE COMMUNICATION ET D'EVALUATION  
EN EHPAD, LE PANSCAN.....1 page

COMPTE-RENDU DE LA PREMIERE REUNION DE L'OBSERVATOIRE  
DEDIE AU RETOUR DE L'HÔPITAL.....4 pages

UNIVERSITE René DESCARTES - Paris V  
Faculté Cochin - Port Royal



BIBLIOGRAPHIE - ARTICLES - PUBLICATIONS	REFERENCES
DDASS des Yvelines - Groupes de travail, relations EHPAD/URGENCES et URGENCES/EHPAD - Intervenants, processus, outils, transmission des informations - Réflexions et propositions	<a href="mailto:marie-paule.cuenot@sante.gou.fr">marie-paule.cuenot@sante.gou.fr</a> Médecin Inspecteur de Santé Publique
Mise au point d'indicateurs qualité de la prise en charge des personnes âgées aux urgences	Dr. V. ANTOINE - Pr. P. COUTURIER Revue de Gériatrie 2008
Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences 10 ème Conférence de consensus - 5 Décembre 2004 - Strasbourg - Texte court	H.A.S. JEUR 2004. 17 SFMU <a href="http://www.sfm.org">http://www.sfm.org</a>
Intervention d'une équipe mobile gériatrique en EHPAD - Mémoire DIU de médecin coordonnateur en EHPAD - M. LAFON - Dr.V.KOSTEK	Pr. A. S. RIGAUD Paris V - René Descartes
Un outil de communication et d'évaluation à l'usage des intervenants en EHPAD : <i>PANSCAN</i> - Mémoire DIU de médecin coordonnateur en EHPAD - Dr D. WATIER - Dr. S. REINGEWIRTZ	Pr. A. S. RIGAUD Paris V - René Descartes
Prise en charge des urgences en EHPAD. Proposition d'amélioration - Mémoire DIU de médecin coordonnateur en EHPAD - Dr. I. KURTZMANN - Dr. R. LANDES	Pr. A. S. RIGAUD Paris V - René Descartes
Caractéristiques des personnes âgées reçues aux Urgences	D.R.E.S.S.2002