

Université René Descartes Paris V  
Faculté Cochin – Port Royal

**PRISE EN CHARGE DES URGENCES EN EHPAD**  
**PROPOSITION D'AMELIORATION**  
**PAR LE MEDECIN COORDONNATEUR**

Docteur Isabelle KURTZEMANN

Diplôme Inter Universitaire de Médecin Coordonnateur d'EHPAD

Année 2007

Directeur de Thèse : Dr Romain LANDES  
Gérialre - Centre Inter Hospitalier Toulon la Seyne

## SOMMAIRE

- 1 - Introduction
- 2 - Problématique
- 3 - Objectif
- 4 - Matériel et méthode
- 5 - Présentation de l'établissement
  - 5.1 Données générales
  - 5.2 Organisation des soins pour 80 résidents :
    - 5.2.1 Personnel soignant
    - 5.2.2 Médecins traitants intervenant au sein de l'EHPAD
    - 5.2.3 Filière gériatrique
- 6 - Résultats
  - 6.1 Données générales
  - 6.2 Motif de transfert au Service d'Accueil des Urgences
    - 6.2.1 lié à une chute
    - 6.2.2 lié à un problème cardiaque
    - 6.2.3 lié à un problème neurologique
    - 6.2.4 lié à un trouble du transit
    - 6.2.5 lié à un problème pulmonaire
    - 6.2.6 lié à un problème diabétique
    - 6.2.7 lié à un problème hémorragique
  - 6.3 Etude des cas de ré hospitalisation
  - 6.4 Appel pour avis médical urgent hors médecin traitant
  - 6.5 Qualité du professionnel ayant décidé un transfert vers le SAU et motif du transfert
- 7 - Analyse des résultats
  - 7.1 Motif de transfert
  - 7.2 Analyse des cas de ré hospitalisation
  - 7.3 Analyse de l'intervention médicale

8 - Proposition d'amélioration à mettre en œuvre par le médecin coordonnateur

8.1 Comment prévenir l'urgence

8.1.1 lors du bilan de pré admission

8.1.2 lors de l'évaluation gériatrique

8.1.3 lors de l'entretien avec les familles

8.1.4 coopération avec les médecins

8.1.5 participation à une « filière gériatrique »

8.1.6 équipement médical d'urgence

8.2 Comment organiser une urgence

9 - Proposition d'amélioration

10 - Conclusion

# PRISE EN CHARGE DES URGENCES EN EHPAD PROPOSITIONS D'AMELIORATION PAR LE MEDECIN COORDONNATEUR

## **1 - INTRODUCTION**

Les personnes âgées (PA) en institution sont généralement poly pathologiques, fragiles et en perte d'autonomie.

Il a été montré que les PA vivant en établissement cumulent en moyenne 7 pathologies diagnostiquées, consomment en moyenne 7 médicaments /jour et que le nombre moyen de pathologie augmente avec le niveau de perte d'autonomie.(1)

Les PA présentent donc des particularités rendant indispensable l'organisation de leur prise en charge lors d'épisodes « aigus », surtout s'ils aboutissent à une hospitalisation.

## **2 - PROBLEMATIQUE**

Les motifs d'admissions des personnes âgées (PA) au Service d'Accueil des Urgences (SAU) sont parfois injustifiés, les délais d'hospitalisation trop longs et les hospitalisations souvent inadéquates (en fonction des lits disponibles plutôt qu'en fonction des besoins réels des patients).

Ce mode de prise en charge est source d'une grande déstabilisation physique et psychologique pour les PA. (2)(3)(4)

De plus, cette situation est insatisfaisante pour les PA elle-même, pour son entourage, pour les médecins urgentistes et les médecins généralistes.(5).

Le médecin coordonnateur en EHPAD se doit, par ses missions, d'assurer aux résidents une « qualité de soins » tout au long de son « parcours de soin ».(6)

Des critères d'admission dans un service d'urgence d'une personne âgée de plus de 75 ans vivant à domicile, dans une institution non médicalisée ou dans une institution médicalisée ont été établis à travers une conférence de consensus en 2003.(7)

Les déterminants de l'admission au service d'urgence sont l'état clinique (instable ou difficile à évaluer) et l'absence d'alternative (environnement social ou réseau déficients).

Une admission au service des urgences « justifiée » correspond au besoin du patient.

Elle devient « appropriée » si elle constitue la réponse la plus efficiente.

Le besoin de soins n'est ni programmé, ni programmable.

Il est fait recours au service des urgences si aucune alternative n'est organisée ou accessible.(7)

### **3- OBJECTIFS :**

Proposer des solutions d'amélioration à mettre en œuvre par le Médecin Coordonnateur dans la prise en charge des urgences en EHPAD, afin de limiter le recours au SAU.

Nous tenterons d'analyser nos pratiques et d'améliorer nos prises en charge, à partir des cas de résidents transférés au SAU en 2006 et d'une double expérience d'exercice ( urgentiste en CHU et Médecin Coordonnateur en EHPAD).

\* Anticiper = limiter le recours au SAU

\* Organiser = faciliter la prise en charge des urgences le jour J

\* Améliorer = analyser les besoins au sein de l'EHPAD et proposer des solutions appropriées.

### **4 - MATERIEL ET METHODE**

Analyse au sein d'un EHPAD hébergeant 80 résidents, des motifs de transfert au service d'accueil des urgences (SAU) sur l'année 2006.

L'étude rétrospective a porté sur les 54 cas de résidents transférés aux SAU avec prise en compte des indicateurs suivants :

- motif du transfert,
- nombre de résidents hospitalisés après leur admission au SAU,
- nombre de patients décédés à la suite de cette hospitalisation,
- cause du décès,
- durée totale d'hospitalisation,
- motif de ré hospitalisation,
- orientation après le SAU en cas de ré hospitalisation,
- durée des ré hospitalisation,
- motif et destination des appels téléphoniques pour avis médical urgent hors médecins traitants,
- qualité du professionnel ayant décidé du transfert du résident vers le SAU et motif du transfert (AS, IDE, Médecin Traitant, SOS Médecin, SAMU).

Les données ont été collectées à partir du dossier administratif et du dossier de soin non informatisé de chaque résident.

### **5 - PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT**

#### **5-1 Données générales**

L'établissement se situe en centre ville de Toulon (160600 habitants) à 500 mètres du Centre Hospitalier Inter Communal de Toulon la Seyne (CHITS).

Une convention tripartite à été signée le 02 novembre 2005.

- Nombre de résidents : 80
- Age moyen : 86 ans
- sexe ratio : H/F=1/3
- GMP = 744 (dont 60% de GIR 1 et 2)
- Durée moyenne de séjour : 1 an 11 mois

L'établissement favorise dans la limite du possible, le maintien et l'accompagnement des résidents en phase palliative ou terminale au sein de l'établissement.

Nos résidents décèdent dans 70 % des cas dans l'environnement intime de leur chambre au sein de l'établissement.

Le personnel soignant ainsi que les médecins traitants assurent les soins palliatifs nécessaires ayant pour but le soulagement des symptômes, le confort et le bien être du résident ainsi que le soutien des proches dans un environnement rassurant et connu du résident.

Le médecin coordonnateur a développé un réseau de professionnels libéraux intervenant au sein même de la structure afin d'assurer un confort physique et moral des résidents et d'éviter tout déplacement inutile (exemple en annexe) :

Un cardiologue et un neurologue consultent mensuellement sur place un jour fixe.

Un dentiste, un ophtalmologue et un dermatologue se déplacent à la demande.

Un groupe de trois kinésithérapeutes peut assurer une rééducation quotidienne.

Une orthophoniste et un podologue se déplacent à la demande.

## **5-2 Organisation des soins pour 80 résidents :**

### **5-2-1 Présence du personnel soignant :**

En semaine :

Matin : 6 aides soignantes/AMP de 6h30 à 13h30  
1 ou 2 IDE de 7h à 14h20  
1 infirmière référente de 8h à 16 h

Après midi : 5 aides soignantes/AMP de 13h10 à 20h30

1 IDE de 12h40 à 20 h  
1 infirmière référente de 8h à 16 h

Nuit : 2 aides soignantes de 20h30 à 6h30

Le weekend:

Matin : 6 aides soignantes/AMP de 6h30 à 13h30  
1 IDE de 7h à 11h30

Après midi : 5 aides soignantes/AMP de 13h10 à 20h30  
1 IDE de 17h à 20 h (Astreinte téléphonique IDE 11h30 à 17h)

Nuit : 2 aides soignantes de 20h30 à 6h30

Jours fériés en semaine :

Matin : 6 aides soignantes/AMP de 6h30 à 13h30  
1 IDE de 7h à 14h20

Après midi : 5 aides soignantes/AMP de 13h10 à 20h30  
1 IDE de 12h40 à 20 h

Nuit : 2 aides soignantes de 20h30 à 6h30

**5-2-2 Médecins traitants intervenant au sein de l'EHPAD :**

La permanence des soins doit être assurée de façon rigoureuse, par une réponse rapide et efficace à toute demande ou tout appel de détresse, que ce soit le jour, la nuit, le week-end ou un jour férié.

A cet effet, une liste de numéros d'appel des médecins traitants, des médecins de garde et des urgentistes doit être clairement identifiée, accessible et tenue à jour, afin que la procédure d'urgence en cours dans le service puisse être appliquée avec le maximum d'efficacité.(6).

En moyenne 35 médecins assurent le suivi médical des 80 résidents avec la répartition suivante :

- 1 médecin pour 10 résidents
- 2 médecins pour 5 résidents
- 4 médecins pour 3 résidents
- 4 médecins pour 2 résidents
- 24 médecins pour 1 résident

La permanence des soins est assurée en semaine de 8 h à 20 h par ces mêmes médecins traitants.(protocole en annexe)

SOS médecin assure une couverture médicale de 20h à 8h ainsi que les week ends.

### **5-2-3 La filière gériatrique**

La trajectoire de soins des personnes âgées, notamment des personnes âgées fragiles doit pouvoir s'inscrire dans une filière de soins gériatriques offrant un panel de ressources adapté à leurs besoins : Service d'Accueil des urgences (SAU), Unité Mobile de Gériatrie (UMG), et les courts séjours gériatriques joueront un rôle de premier plan dans les hospitalisations non programmées.

Des conventions doivent lier les Etablissements de Santé (ES) et les EHPAD, elles précisent les modalités d'admission à l'hôpital, de retour en EHPAD ainsi que les outils de partage d'informations médicales et de partenariat envisagés.

La circulaire du 28 mars 2007 propose une annexe 6 avec une convention type. (voir annexe)

Le médecin coordonnateur se doit de décrire dans le projet de soins, avec les libéraux, la filière mise en place et comment et pourquoi y avoir recours.(5)

Au sein de l'aire toulonnaise, une filière de soin gériatrique s'est créée depuis janvier 2005.

Ainsi, pour éviter les hospitalisations (hors urgence) des personnes âgées qui se faisaient principalement jusqu'à présent via le service des urgences et qui suivant la disponibilité des lits se retrouvaient hébergées dans un service inadéquat, une ligne téléphonique a été ouverte pour tenter de mieux réguler ces hospitalisations.

Un numéro unique (sur téléphone portable) a été communiqué à tous les médecins généralistes de l'aire toulonnaise.

La ligne est ouverte du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30.

Le délai entre l'appel du médecin et la réponse pour fixer la date de l'hospitalisation est pour plus de la moitié des appels de 24 à 48 heures, la plupart des patients sont hospitalisés dans la semaine.(2)

Pour la plus grande partie, les hospitalisations sont programmées au service ATOU /CSG (Accueil Traitement et Orientation des Urgences/Court Séjour Gériatrique) dont la capacité d'accueil est de 30 lits et la durée moyenne de séjour d'environ 8 jours.(2)

Dans le cadre de pathologies médicales nécessitant une hospitalisation, celle ci est programmée dans un délai de 1 à 5 jours.



Exemples de pathologies les plus fréquentes (2) :

- AEG chez un dément,
- bilan d'un syndrome infectieux ou inflammatoire sur terrain poly pathologique,
- bilan de chute à répétition,
- bilan d'anémie chez un dément ou poly pathologique,
- bilan de troubles digestifs,
- mise en place de GPE,
- bilan de troubles cognitifs ou confusionnels.

## **6 - RESULTATS**

### **6-1 Données générales**

- 54 résidents ont été transférés au service d'accueil des urgences (SAU)
- 49 résidents ont été hospitalisés, dont 10 résidents ré hospitalisés
- 5 résidents n'ont pas été gardés en hospitalisation après leur admission au SAU
- Moyenne d'âge : 85,7 ans
- Ces 49 hospitalisations représentent 299 jours d'hospitalisation
- La durée moyenne de séjour = 6,1 j (Minimum = 1 Maximum = 24)
- 5 résidents sont décédés à l'hôpital suite à leur transfert :
  - infarctus du myocarde (IDM) massif,
  - Accident Vasculaire Cérébral (AVC) et pneumopathie d'inhalation,
  - hémorragie intra cérébrale massive,
  - ischémie mésentérique,
  - mélaena sous Anti vitamine K (AVK).

### **6-2 Motif de transfert aux SAU**

**6-2-1 Lié à une chute = 18** (14 ont été hospitalisés)

\* *Suspicion de fracture* = 9

- 6 fractures confirmées par les urgences et gardées en hospitalisation :
  - . 3 fractures de hanche
  - . 1 fracture du poignet
  - . 1 fracture ouverte de la cheville
  - . 1 fracture de côte
- 3 résidents sans fracture mais gardés en surveillance hospitalière pour poly pathologies associées.

- \* *Plaies à suturer* = 8
- 4 plaies sur terrain poly pathologique (gardées en surveillance)
- 4 plaies superficielles suturées non hospitalisées

\* *Confusion post Traumatisme crânien* = 1

**6-2-2 Lié à un problème cardiaque = 10** (10 ont été hospitalisés)

- \* douleur thoracique : 5 dont 1 décédé d'un IDM massif
- \* poussée d'insuffisance cardiaque : 2
- \* malaise sur pace maker : 1
- \* poussée d'HTA : 1
- \* suspicion de phlébite grave : 1

**6-2-3 Lié à un problème neurologique = 9** (8 ont été hospitalisés)

- \* suspicion d'AVC : 5 dont un décédé d'une pneumopathie d'inhalation sur AVC ischémique massif après 24 jours d'hospitalisation
- \* trouble de la vigilance : 4 dont un décédé d'une hémorragie intracérébrale massive

**6-2-4 Lié à un trouble du transit = 7** (6 ont été hospitalisés)

- \* diarrhée + vomissements : 4 (1 résident n'a pas été gardé en surveillance à l'hôpital)
- \* syndrome occlusif : 3 (dont un décédé d'une ischémie mésentérique non opérée car terrain trop précaire)

**6-2-5 Lié à un problème pulmonaire = 6** (6 ont été hospitalisés)

- \* dyspnée : 3
- \* encombrement bronchique : 3

**6-2-6 Lié à un problème diabétique = 3** (3 ont été hospitalisés)

\* hypoglycémie: 2

\* fièvre + cétonurie : 1

**6-2-7 Lié à un problème hémorragique = 1** (1 a été hospitalisé)

\* melaena sous AVK : 1

ce patient est décédé lors de l'hospitalisation

### **6-3 Étude des cas de ré hospitalisation**

Cas n° 1 : insuffisant cardiaque chronique

1<sup>ère</sup> cause : douleur thoracique

Orientation après le SAU : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD)  
pour cycle enzymatique cardiaque

Durée d'hospitalisation 24 heures

Intervalle de ré hospitalisation : 2 mois

2<sup>ème</sup> cause : poussée d'insuffisance cardiaque

Orientation après le SAU : Soins Intensifs Cardiologiques (SIC) puis service  
cardiologique

Durée d'hospitalisation : 5 jours

Cas n° 2 : dément déambulant

1<sup>ère</sup> cause : fracture col fémur après chute

Orientation après le SAU : orthopédie pour chirurgie

Durée d'hospitalisation : 7 jours

Intervalle de ré hospitalisation : 6 mois

2<sup>ème</sup> cause : fracture côte après chute

Orientation après le SAU : UHCD pour surveillance

Durée d'hospitalisation : 24 heures

Cas n° 3 : Antécédent d'AVC sous Kardégic

1<sup>ère</sup> cause : confusion post traumatisme crânien

Orientation après le SAU : UHCD pour scanner cérébral et surveillance

Durée d'hospitalisation : 24 heures

Intervalle de ré hospitalisation : 8 mois

2<sup>ème</sup> cause : suspicion de récurrence d'AVC

Orientation après le SAU : ATOU après scanner cérébral pour surveillance

Durée d'hospitalisation : 3 jours

Cas n° 4 : patient artériopathe avec abdomen multi opéré

1<sup>ère</sup> cause : diarrhées vomissements

Orientation après le SAU : ATOU pour surveillance, réhydratation et bilan étiologique

Durée d'hospitalisation : 5 jours

Intervalle de ré hospitalisation : 1 mois

2<sup>ème</sup> cause : syndrome occlusif

Orientation après le SAU : ATOU avec diagnostic d'ischémie mésentérique non opérable, en soins palliatifs

Durée d'hospitalisation : 2 jours puis décès

Cas n° 5 : insuffisant cardio respiratoire

1<sup>ère</sup> cause : dyspnée

Orientation après le SAU : pneumologie pour pneumopathie oxygène dépendante

Durée d'hospitalisation: 8 jours

Intervalle de ré hospitalisation : 9 mois

2<sup>ème</sup> cause : poussée d'HTA

Orientation après le SAU : ATOU pour traitement

Durée d'hospitalisation : 3 jours

Cas n° 6 : terrain diabétique + AVC

1<sup>ère</sup> cause : suspicion récurrence AVC

Orientation après le SAU : neurologie

Durée d'hospitalisation : 6 jours

Intervalle de ré hospitalisation : 1 mois

2<sup>ème</sup> cause : hypoglycémie

Orientation après le SAU : UHCD

Durée d'hospitalisation : 24 heures

Cas n° 7 : patient porteur d'un pace maker

1<sup>ère</sup> cause : malaise type syncopal  
Orientation après le SAU : cardiologie pour vérification du pace maker  
Durée d'hospitalisation : 3 jours

Intervalle de ré hospitalisation : 2 mois

2<sup>ème</sup> cause : encombrement bronchique  
Orientation après le SAU : pneumologie  
Durée d'hospitalisation : 5 jours

Cas n° 8 : dément déambulant chuteur

1<sup>ère</sup> cause : fracture col fémur  
Orientation après SAU : chirurgie orthopédique  
Durée d'hospitalisation : 7 jours  
Intervalle de ré hospitalisation : 10 mois

2<sup>ème</sup> cause : poussée d'insuffisance cardiaque  
Orientation après le SAU : ATOU pour traitement  
Durée d'hospitalisation : 5 jours

Cas n° 9 : patient en fibrillation auriculaire chronique sous AVK

1<sup>ère</sup> cause : chute plaie profonde sous AVK  
Orientation après le SAU : UHCD  
Durée d'hospitalisation : 48 heures

Intervalle de ré hospitalisation : 6 mois

2<sup>ème</sup> cause : melæna sous AVK  
Orientation après le SAU : ATOU pour soins palliatifs car IDM associé  
Durée d'hospitalisation : 48 heures puis décès

Cas n° 10 : coronarien connu

1<sup>ère</sup> cause : DC thoracique  
Orientation après le SAU : cardiologie  
Durée d'hospitalisation : 48 heures

Intervalle de ré hospitalisation : 4 mois

2<sup>ème</sup> cause : phlébite bleue  
Orientation après le SAU : cardiologie  
Durée d'hospitalisation : 6 jours

**6-4 Appel pour avis médical urgent hors médecin traitant**

SOS Médecin a été contacté 28 fois par téléphone, s'est déplacé 26 fois et a hospitalisé en urgence 17 résidents.

Le SAMU a été contacté 4 fois par téléphone, un médecin du SAMU s'est déplacé 2 fois et médicalisé 2 transferts vers le SAU (un IDM, un trouble de la vigilance)

La filière gériatrique a été contactée 11 fois par téléphone :

- par le médecin traitant : 5 fois (2 dyspnées, 2 encombrements bronchiques, 1 décompensation diabétique),
- par SOS médecin : 2 fois (1 poussée d'hypertension artérielle, 1 diarrhée/vomissement),
- par IDE : 4 fois (2 plaies sur terrain poly pathologiques, 1 phlébite grave, 1 hypoglycémie).

#### **6-5 Qualité du professionnel ayant décidé du transfert vers le SAU et motif du transfert**

Le médecin traitant : 17 fois / 54 (31,5%)

- suspicion AVC : 3
- douleur thoracique : 2
- diarrhée/vomissement : 2
- syndrome occlusif : 2
- dyspnée : 2
- encombrement bronchique : 2
- décompensation cardiaque : 1
- suspicion fracture hanche : 1
- décompensation diabétique : 1
- melæna : 1

SOS Médecin : 17 fois / 54 (31,5%)

- trouble de la vigilance : 3
- suspicion AVC : 2
- diarrhée/vomissement : 2
- suspicion de fracture de côte après chute : 1
- fracture ouverte de la cheville : 1
- confusion post trauma crânien : 1
- douleur thoracique : 1
- décompensation cardiaque : 1
- malaise sur pace maker : 1
- poussée d'HTA : 1
- syndrome occlusif : 1
- dyspnée : 1
- encombrement bronchique : 1

IDE seule : 11 fois / 54 (20,4%)

- plaies post traumatiques : 4
- fracture de hanche : 2
- fracture poignet : 1
- suspicion fracture hanche : 1
- douleur thoracique : 1
- hypoglycémie : 1
- phlébite grave : 1

Aide soignante seule : 7 fois / 54 (13%)

- plaies superficielles : 4
- suspicion fracture : 2
- diarrhée/vomissement : 1

Médecin du SAMU : 2 fois / 54 (3,6%)

- douleur thoracique (syndrome coronarien aigu) : 1
- trouble de la vigilance (hémorragie intra cérébrale) : 1

## **7 - ANALYSE DES RESULTATS**

### **7-1 Motif de transfert**

33,5 % des cas transférés au SAU sont liés à une chute et 77 % d'entre eux ont nécessité une hospitalisation.

33 % des chutes ont entraîné une fracture osseuse.

66 % des fractures concernent la hanche et le membre inférieur avec mise en jeu du pronostic fonctionnel sur un terrain déjà fragile.

La prévention primaire et secondaire des chutes reste donc essentielle chez les PA et nécessite une prise en charge spécifique et protocolisée au sein de l'établissement.

15 % des résidents ont été dirigés vers les urgences pour des plaies à suturer.

Ces transferts auraient pu être évités si les sutures avaient pu être faites par un médecin au sein de l'EHPAD.

Malheureusement les médecins généralistes refusent souvent de se déplacer pour suturer, par manque de temps. Parfois les délais d'intervention sont longs ou le matériel sur place non disponible.

Ces différentes raisons ont conduit notre EHPAD à transférer les plaies à suturer vers le SAU.

18,5 % des transferts sont liés à un problème cardiaque et 100 % d'entre eux ont été hospitalisés.

Ces transferts sont donc tous justifiés.

Le suivi, hors phase aiguë est fait sur place par notre cardiologue.

16,5 % des transferts sont liés à un problème neurologique, 89 % d'entre eux ont été hospitalisés et 22 % sont décédés.

La suspicion d'accident vasculaire cérébral et les troubles de la vigilance nécessitent en urgence un scanner cérébral pour éliminer un processus hémorragique nécessitant éventuellement un geste chirurgical.(8)

Dans le cadre de résidents en EHPAD donc par définition dépendants souvent poly pathologiques ou atteints d'un syndrome démentiel, nous sommes loin de la prise en charge précoce des accidents vasculaires cérébraux en « stroke-center » qui cible des patients de moins de 80 ans non poly pathologiques.(8)

13 % des transferts sont liés à un trouble du transit et 86 % d'entre eux ont été hospitalisés.

43 % d'entre eux présentaient des diarrhées et des vomissements avec un risque de déshydratation importante et ont été hospitalisés pour bilan étiologique et réhydratation IV.

43 % présentaient un syndrome occlusif, tous ont été gardés en surveillance.

Le faecalome est une pathologie courante chez la personne âgée surtout si elle est alitée, buvant peu et polymédiquée.

La surveillance du transit quotidienne, la prévention de la constipation par laxatif et la pratique du toucher rectal paraît essentielle en EHPAD devant toute douleur abdominale, trouble du transit ou agitation inexpliquée.

Malheureusement, la pratique du toucher rectal avec évacuation de fécalome, reste un geste largement ignoré par le médecin traitant.

L'absence de transfert aux urgences pour « constipation opiniâtre » s'explique par le fait que notre EHPAD s'est muni de sonde endorectale avec lavement évacuateur qui est pratiqué par les IDE après avis médical, par protocoles.

11 % des résidents ont été transférés pour un problème de dyspnée ou d'encombrement bronchique. Tous ont été gardés en hospitalisation.

Ce pourcentage paraît peu important mais s'explique par le fait que nous avons disponible sur place, de l'oxygène en bouteille, ainsi que des kinésithérapeutes pouvant passer tous les jours y compris le dimanche et jours fériés.

Donc, les résidents hospitalisés devaient probablement avoir dépassé les compétences et l'offre des soins proposés dans notre EHPAD.



L'absence de saturomètre contribue largement à la difficulté à estimer la gravité de ces patients.

5,5 % des cas sont liés à un problème diabétique et tous ont été gardés hospitalisés.

L'hypoglycémie nécessitant une surveillance de glycémie capillaire rapprochée, impossible dans cette EHPAD (2 IDE pour 80 résidents et pas d'IDE la nuit). Effet la glycémie capillaire est un geste infirmier »prescrit non déléguable à l'aide soignante. (9)(10)

Les IDE devant une hypoglycémie et selon un protocole, font une recherche systématique de cétonurie dans les urines – ici la fièvre étant associée, l'IDE a transféré le résident aux urgences après avis du médecin traitant et cela paraît justifié.

2 % des résidents présentaient une hémorragie digestive sous AVK avec décès dans les suites de l'hospitalisation.

Ici, nous pourrions nous poser la question de l'indication des AVK chez les personnes âgées, de la surveillance rapprochée des anticoagulants ainsi que des effets indésirables.

Le personnel soignant a bénéficié d'une formation spécifique sur le suivi des traitements par AVK, du mode de surveillance clinique et biologique.

## **7-2 Analyse des cas de ré hospitalisation**

L'orientation vers le SAU paraît justifiée dans 90 % des cas pour bilan para clinique (ECG, marqueur d'enzymes cardiaques, radio, scanner), surveillance médicalisée (conscience, glycémie capillaire, TA) et traitement.

2 transferts auraient pu être éventuellement évités :

### **Cas n° 5 : poussée d'HTA.**

Celle-ci était moyennement tolérée cliniquement (céphalées), pas d'épistaxis, pas de trouble de la conscience, pas de vomissement) mais le terrain fragile (insuffisant cardio respiratoire), et poly pathologique ont conduit à transférer ce résident aux urgences.

De plus, le médecin traitant n'était pas joignable, l'épisode a eu lieu un vendredi à 18 h, les 2 aides soignantes étaient seules la nuit pour 80 résidents, le week-end, les IDE sont en horaires coupés et il n'y avait pas de protocole médical personnalisé en cas d'HTA pour ce patient.

La filière gériatrique a été prévenue par l'IDE de l'arrivée du résident au SAU.

Ce patient a été reçu au SAU, gardé en post urgence pour la nuit, dirigé le week-end à l'ATOU et ré acheminé le lundi suivant vers 10 heures du matin après accord entre IDE coordonnatrice et médecin de la filière gériatrique.

### Cas n° 6 : malaise hypoglycémique

L'hypoglycémie profonde a été resucrée Per Os par l'IDE sur place.

Ce patient a été transféré vers le SAU après avoir contacté la filière gériatrique car la surveillance glycémie capillaire rapprochée ne pouvait être assurée correctement sur place.

Le problème est identique au précédent. La nuit, les aides soignantes sont seules pour 80 résidents et ne peuvent assurer ce type de surveillance. La glycémie capillaire relève du « rôle prescrit » de l'IDE et ne peut être pratiquée légalement par l'aide soignante.

Le lien entre les deux hospitalisations existe dans 70 % des cas. En effet, les deux transferts consécutifs au SAU sont liés à une même « défaillance d'organe » dans 70 % des cas.

L'intervalle entre deux hospitalisations est très hétérogène et non significative, allant de 2 jours à 10 mois avec un intervalle moyen de 4,5 mois.

La durée d'hospitalisation est courte !

En moyenne : 3,7 jours

Par service : UHCD : 1 j  
ATOUC : 3,3 j  
Cardiologie : 4 j  
Orthopédie : 7 j  
Pneumologie : 6,5 j  
Neurologie : 6 j

Un lien est systématiquement établi avec le service receveur par l'IDE coordonnatrice ou le Médecin coordonnateur.

Les retours précoces d'hospitalisation sont favorisés lorsque la « phase aiguë » est passée. En effet, le relais dans l'EHPAD est assuré par des kinésithérapeutes tous les jours pour les rééducations après fracture, ou pour l'aide à l'expectoration dans les encombrements bronchiques

Les consultations cardiologiques mensuelles sur place assure un suivi clinique spécialisé avec possibilité sur place d'électrocardiogramme, d'échographie trans thoracique, d'écho doppler des membres inférieurs et d'écho doppler des troncs supra aortiques.

Les consultations neurologiques mensuelles sur place assurent un suivi des AVC et fait le bilan des troubles cognitifs. Des Electro- encephalo- gramme (EEG) peuvent aussi être pratiqués sur place.

### **7-3 Analyse de l'intervention médicale**

L'intervention médicale pour une « urgence » en EHPAD se partage à part égale entre les médecins traitants et SOS médecin.

Dans 1/3 des cas, le médecin traitant décide du transfert vers le SAU.

Dans 1/3 des cas, c'est SOS médecin.

L'IDE transfère le résident au SAU sans avis médical sur place dans 20 % des cas. En effet, un protocole de conduite à tenir en cas de chute a été établi et en l'absence de malaise, de PDC ou de trouble de la conscience, l'IDE pourra transférer le résident en prévenant le médecin traitant par téléphone.

La phlébite grave a été transférée au SAU sans avis médical « sur place ».

En effet, un protocole de conduite à tenir en cas de suspicion de phlébite a été mis en place afin d'optimiser leur prise en charge, après formation des IDE.

Des critères de gravité clinique et / ou para clinique ont été établis afin de ne transférer que les suspicions de phlébite grave. (Protocole en annexe).

En effet, par expérience, trop de « suspicion de phlébite » était transférée inutilement au SAU. A l'hôpital, il n'existe pas d'accès en heures non ouvrables à un examen par échodoppler et les délais d'obtention ne sont souvent pas plus rapides qu'un réseau privé en ville. Depuis la convention signée avec notre cardiologue, l'obtention d'un échodoppler des membres inférieurs est possible dans les 48 heures, soit sur place, soit à son cabinet en ville.

Les médecins traitants ont donné leur accord sur cette prise en charge, le but étant de déplacer le moins possible les résidents.

Les IDE sont aussi confrontées à une « absence d'avis médical » en urgence. Souvent, le médecin traitant ne peut se déplacer « en urgence » et SOS médecin donne fréquemment deux heures d'attente.

Dans le cas de la douleur thoracique, l'IDE a appelé le « 15 » afin d'avoir un avis médical en urgence quant au mode de transfert.

Le régulateur lui a conseillé une ambulance et n'a pas fait déplacer de médecin.

Une particularité de notre établissement est de se situer à 500 mètres de l'hôpital Font pré et du service des urgences.

Il est souvent plus « simple » d'appeler une ambulance et de transférer le résident que d'attendre sur place l'avis d'un médecin déjà débordé.

L'aide soignante a transféré seule 13 % des urgences qui sont dans 86 % des cas consécutifs à une chute.

Ces cas sont des cas « nocturnes » sans l'aide de l'IDE sur place.

Pour le cas de la diarrhée avec vomissements, SOS médecin ne pouvait se déplacer et a conseillé « par téléphone » de diriger la patiente vers le SAU.

Le SAMU s'est déplacé 1 fois/2 mais a été très peu contacté : 4 fois/ 54

Cela peut s'expliquer par :

- la proximité de notre EHPAD et du SAU (500m)
- la permanence des soins qui est assurée

- le profil de « forte dépendance » et de polyopathie de certains résidents dont les soins sont palliatifs, sans acharnement thérapeutique déraisonnable en accord avec la famille, le médecin traitant et le personnel soignant.

La filière gériatrique de l'hôpital a été contactée par téléphone dans 20 % des cas :

- par le médecin traitant dans 45 % des cas
- par l'IDE dans 36 % des cas.

En effet, le rôle de cette filière gériatrique n'est pas d'assurer les urgences des personnes âgées mais plutôt d'assurer une prise en charge « gériatrique » de court séjour hors phase aiguë au sein de l'hôpital.

## **8 - PROPOSITIONS D'AMELIORATION A METTRE EN ŒUVRE PAR LE MEDECIN COORDONATEUR**

### **8-1 Comment prévenir une urgence**

#### **8-1-1 Lors du bilan de pré admission**

Vérifier l'adéquation entre la charge en soin du résident et l'offre de soin de l'établissement  
Vérifier l'absence de pathologie aiguë instable.

#### **8-1-2 Lors de l'évaluation gériatrique à l'admission**

Dépister les patients « à risque » :

- résidents chuteurs
- résidents dénutris
- déments déambulants

Demander systématiquement un bilan biologique de moins de un mois avec : ionogramme (prévalence des troubles hydroélectriques), urée, créatininémie, glycémie, protidémie, albuminémie, calcémie, NFS. Les résultats biologiques anormaux sont rarement le fait du vieillissement seul (1).

Calculer systématiquement la clairance à la créatinine afin d'adapter les traitements.

Dépister une dénutrition, une insuffisance rénale.

Relecture systématique de l'ordonnance à l'arrivée : suppression de tout traitement « non indispensable » ou n'ayant pas fait « preuve d'efficacité » après avoir consulté le médecin traitant. En effet la prévalence de la iatrogénie médicamenteuse est supérieure à 20% pour les plus de 80 ans. (11)

#### **8-1-3 Entretien avec les familles**

- L'entretien avec les proches sur le problème éthique de la fin de vie chez les personnes âgées doit se faire en dehors de toute situation d'urgence, au calme, avec l'infirmière coordonnatrice et idéalement le médecin traitant.

- Envisager avec eux la possibilité d'aggravation de son état, avec une mise en jeu du pronostic vital qui arrivera inéluctablement : Quel est où était le désir du résident ? Que souhaite la famille ?

- Dans le cas des résidents en soins palliatifs : une transmission écrite et argumentée de la décision d'abstention ou de limitation thérapeutique apparaîtra sur le dossier infirmier, dans le dossier médical ainsi que sur tout courrier de transmission médicale.(12)

Ces résidents ne seront pas transférés au SAU pour leur fin de vie, les familles sont mises aux courant et leur accord est nécessaire.

- Défaire le mythe du « je veux l'hospitaliser pour ne pas qu'il souffre » trop souvent exprimé par les proches.

Expliquer à la famille l'échantillon très large d'antalgiques à disposition en EHPAD (patch morphinique, sucette morphinique, morphine sub-linguale... ) ainsi que la surveillance « bienveillante » faite par le personnel soignant qui connaît bien le résident.

#### **8-1-4 Coopération avec les médecins traitants et médecins spécialistes**

- Recadrer les indications d'hospitalisation. L'objectif doit être une « amélioration » de son état clinique, non effectuable dans l'établissement.(5)

- Favoriser le choix d'un médecin traitant joignable facilement au téléphone et qui se déplace le jour même de l'appel s'il y a un problème médical à prendre en charge.

Favoriser le choix d'un médecin traitant qui se déplace déjà pour d'autres résidents, il sera plus fréquemment dans l'établissement.

- Favoriser un réseau de soins « au sein » de l'établissement :

- consultation neurologique,
- consultation cardiologique,
- consultation géro- psychiatrique,
- kinésithérapeute possible tous les jours,
- prélèvement sanguin sur place possible tous les jours par le laboratoire.

- Mettre en place avec le médecin traitant des protocoles individuels personnalisés en fonction des pathologies des résidents : antalgiques – agitation – HTA – hypoglycémie – hyperglycémie – Cétonurie

### **8-1-5 Participer à « une filière gériatrique » avec l'hôpital le plus proche de votre établissement**

Cette filière gériatrique est composée de trois éléments distincts : le service de gériatrie aiguë, le service de soins de suite et les dispositifs ambulatoires (services de consultations gériatriques, hôpital de jour, équipe mobile de gériatrie, consultation mémoire) (2).

Cette filière gériatrique permettra d'éviter un passage inadéquat par le SAU, une hospitalisation dans un service non adapté aux personnes âgées et favorisera les hospitalisations « programmées ». (4)(5)(7)(13)(voir convention en annexe)

### **8-1-6 Mettre en place un « équipement minimal d'urgence »**

Actuellement il n'existe pas de recommandation officielle sur le « contenu » du chariot d'urgence en EHPAD mais sa présence est obligatoire.

Actuellement nous avons mis en place une « valise » contenant :  
tensiomètre, thermomètre, bouteille d'O<sub>2</sub>, masque à haute concentration, masque d'O<sub>2</sub> simple, matériel d'aspiration, cathéter de perfusion, tubulure de perfusion, flacon de sérum physiologique 0,9% et de glucose G5, canule de Guedel.

Ampoule injectable : G30 – lasilix – solumédrol – loxen – valium – tranxene

Spray : ventoline – trinitrine

Flacon de désinfectant – compresses stériles – sparadrap – stéristrip-pansement hydrocolloïde

seringues-aiguilles IM IV SC

### **8-2 Comment organiser une urgence**

Nous ne parlerons pas ici de la prise en charge « médicale » de l'urgence mais plutôt sur le plan organisationnel pour le personnel soignant.

- Prise en charge des constantes : conscience, pouls, TA, température par AS, glycémie capillaire : réservées à l'IDE

- Retracer brièvement l'anamnèse : chute ? malaise ? circonstances ?

- Vérifier si un protocole particulier est noté dans le dossier

- Appeler le médecin traitant ou SOS médecin ou le centre 15 pour un avis médical

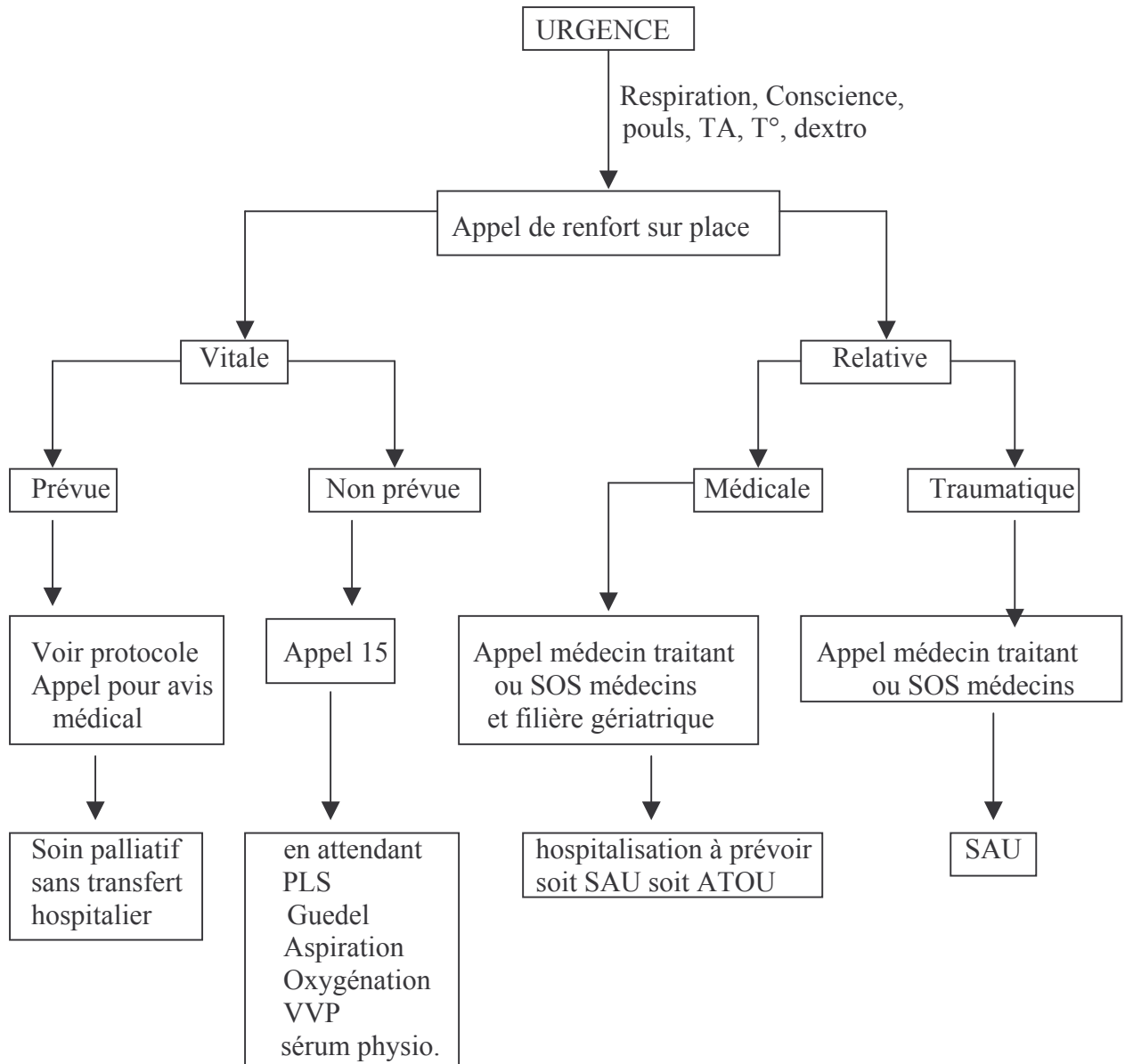
- Prévenir la famille et /ou la personne de confiance

- Si un transfert vers le SAU est décidé, suivre le protocole « conduite à tenir en cas d'hospitalisation » (en annexe)

La conférence de consensus de 2003 (7) recommande qu'un document accompagne le patient adressé aux urgences et qu'il comporte :

- l'identité et le lieu de vie du patient
- le motif réel de recours aux urgences
- les circonstances de survenue de la pathologie et son évolution
- les traitements effectivement reçus ou pris
- les intervenants du suivi habituel ainsi que leurs coordonnées.

COMMENT « S'ORGANISE UNE URGENCE »





### **8-3 Comment limiter la durée d'hospitalisation**

Tout changement de cadre de vie chez les PA est source de stress et favorise la désorientation des PA fragiles.(5)

Une coopération entre le médecin coordonnateur, le médecin traitant et le médecin hospitalier doit s'instaurer.

Il est de bonne pratique que le médecin du service informe en cours d'hospitalisation le médecin traitant ou le médecin coordonnateur de l'évolution de l'état de santé du résident.

Le médecin traitant ou le médecin coordonnateur prépare avec le médecin hospitalier la sortie du patient, en tenant compte des possibilités de retour en EHPAD, notamment en fin de semaine.

Téléphoner avant, pendant et après est une nécessité thérapeutique.

Actuellement dans notre EHPAD :

- à chaque hospitalisation, l'IDE coordonnatrice et/ou le médecin coordonnateur téléphone systématiquement au service hospitalier afin de favoriser le retour en EHPAD le plus rapidement possible.

- Dès qu'un patient hospitalisé est sorti de phase aiguë, ne nécessite plus de traitement IV, d'O<sub>2</sub> à fort débit ou de surveillance médicale rapprochée ce résident sera réadmis rapidement en EHPAD.

- Les consultations externes et les bilans biologiques de contrôle sont programmés, facilités et regroupés sur une journée. Le but étant de déplacer le moins possible le résident.-

- A chaque transfert d'un résident vers l'hôpital, un « débriefing » est organisé avec le personnel soignant et l'IDE coordonnatrice afin d'analyser l'utilité ou non de ce transfert, de vérifier si la filière gériatrique a été prévenue et nous analysons les conduites de chaque intervenant : AS, IDE, médecin, afin d'améliorer notre prise en charge des urgences.

Projet d'amélioration en 2008 dans notre EHPAD :

- Nous allons nous équiper d'un saturimètre « portable ». Il sera utilisé par le personnel soignant (AS, IDE) après formation à son utilisation et à son interprétation des résultats. Un protocole « Conduite à tenir en cas de dyspnée » sera établi.

- Des protocoles « personnalisés » pour chaque résident vont être établis (douleurs, agitation) en coopération avec le médecin traitant, le médecin coordonnateur et l'IDE référente.

-La filière gériatrique se développera avec le projet de consultation geronto-psychiatrique sur place, mensuelle, sur le même modèle que les consultations cardiologiques et neurologiques déjà existantes, en coopération avec notre psychologue vacataire à mi-temps.

Le but est d'améliorer la prise en charge des troubles du comportement.

- En 2008, notre EHPAD va s'informatiser. La prise en charge des urgences sera facilitée par l'accès direct à toutes les données médicales et la transmission des informations en sera facilitée lors des transferts des résidents.

- Une liste de médicaments préférentiels va être établit avec les médecins traitants et le pharmacien afin de limiter la iatrogenie médicamenteuse fréquente chez les personnes âgées.

## **CONCLUSION**

Un résident en EHPAD est une personne âgée « fragile ».

Une agression même minime entraîne un risque de déséquilibre entre des éléments somatiques, psychiques et sociaux.

Pourtant une « urgence » chez une personne âgée est la même que chez un sujet plus jeune mais les affections sont potentiellement plus graves car surviennent chez un sujet fragilisé. L'installation des symptômes est insidieuse et les décompensations viscérales sont multiples.

Cette particularité du patient gériatrique doit nécessiter une prise en charge spécifique lors de tout phénomène aigu.

Le médecin coordonnateur va, par sa fonction et ses missions, être le chef d'orchestre des soins nécessaires au résident.

La création d'un réseau de soins gériatrique au sein de l'établissement, l'appartenance à une filière gériatrique hospitalière et une permanence de soins efficace sont trois piliers essentiels à une bonne prise en charge des résidents lors de phénomènes aigus.

Le personnel soignant doit être formé à la spécificité des symptômes gériatriques et informés du projet de soin spécifique de chaque résident afin de limiter les transferts aux urgences et les hospitalisations inappropriées.

L'urgence chez la personne âgée doit s'anticiper et s'organiser.

Une bonne communication avec les différents intervenants est essentielle : Le résident, la famille, le médecin traitant, le personnel soignant de l'EHPAD, ainsi que les médecins hospitaliers.

Dans l'avenir, l'augmentation de l'espérance de vie et de la dépendance des personnes âgées va rendre essentielle une coopération étroite entre EHPAD et l'hôpital.

L'intervention de l'équipe mobile de gériatrie et de l'hospitalisation à domicile au sein de l'EHPAD recommandée par le ministère de la santé (5) pourra permettre une meilleure prise en charge de nos résidents.

Pour l'instant ces interventions ne sont encore qu'expérimentales.

### REFERENCES

1. Pathologie et perte d'autonomie des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées. Etudes et Résultats. N°515, août 2006, DRESS.

2. Création d'une filière gériatrique, exemple du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon-la Seyne. Mémoire de capacité de gérontologie 2006; Faculté de Médecine de Marseille.  
Dr R Landes

3. Les usagers des urgences, premiers résultats d'une enquête nationale.  
N°212. Janvier 2003. DRESS

4. J. Bouget, P. Jouanny. Urgence et filières pour personnes âgées investissement des urgences dans les filières de prise en charge gériatrique. Conférence de Médecins.  
Urgence 2006 :519-534

5. Circulaire DHOS/02/DGS/SD 5 DN 2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique.

6. Arrêté du 26 avril 1999 Annexe II Le médecin coordonnateur, mission formation et compétences professionnelles

7. Société francophone de médecine d'urgence (SFMU). Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. Conférence de consensus du 5 décembre 2003, Strasbourg. JEUR 2004 ;17 : 183-201

8. Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'Accident Vasculaire Cérébrale conférence de consensus ANAES septembre 2002

9. Annexe IV à l'arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide soignant.

10. Décret N°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

11. Guide des bonnes pratiques de soins en EHPAD. Ministère de la santé et de la protection sociale juin 2004.

12. Loi N° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

13. La démarche qualité dans les EHPAD Gilbert Racine Berger Le Urault – oct. 2000

# **PRISE EN CHARGE DES URGENCES EN EHPAD PROPOSITION D'AMELIORATION PAR LE MEDECIN COORDONATEUR**

## **RESUME**

Les personnes âgées en institution sont généralement poly pathologiques, fragiles et en perte d'autonomie.

Elles présentent donc des particularités rendant indispensable l'organisation de leur prise en charge lors d'épisodes « aigus », surtout s'ils aboutissent à une hospitalisation.

Des critères d'admission dans un service d'urgence d'une personne âgée ont été établis dans une conférence de consensus en 2003. Malgré cela, trop de personnes âgées sont encore dirigées vers les urgences sans motif approprié.

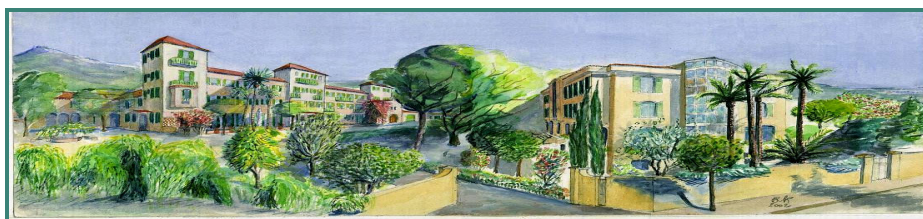
Le médecin coordonnateur va, par sa fonction et ses missions, être le chef d'orchestre des soins nécessaires au résident.

La création d'un réseau de soins gériatrique au sein de l'établissement, l'appartenance à une filière gériatrique hospitalière et une permanence de soins efficace sont trois piliers essentiels à une bonne prise en charge des résidents lors de phénomènes aigus.

L'urgence chez la personne âgée doit s'anticiper et s'organiser.

Une bonne communication avec les différents intervenants est essentielle : Le résident, la famille, le médecin traitant, le personnel soignant de l'EHPAD, ainsi que les médecins hospitaliers

**NOTRE DAME DE LA PAIX**  
**MAISON DE RETRAITE MEDICALISEE E.H.P.A.D.**



**CONVENTION**  
**PRISE EN CHARGE DES MALADIES CARDIO VASCULAIRE DU**  
**SUJET AGE**

ENTRE

**Le Docteur**

D' UNE PART

ET

**L' EHPAD Notre Dame de la Paix**, 961 avenue Colonel Picot 83000 TOULON,  
représenté par Monsieur B. KURTZEMANN, directeur et le Docteur I. KURTZEMANN,  
médecin coordonnateur

D' AUTRE PART

*Il est convenu et arrêté ce qui suit :*

**I - Objet de la convention :**

Prise en charge des maladies cardio vasculaires des résidents de l'EHPAD Notre-Dame de la Paix.

## **II - Engagement réciproque :**

*Le Docteur s'engage :*

- A pratiquer un bilan spécialisé permettant la détection, le suivi et le traitement des affections cardio- vasculaires, thrombo-emboliques, des troubles du rythme ainsi que la reconnaissance et l'évaluation de l'insuffisance cardiaque.

Cette consultation cardiologique se fera sur demande du médecin coordonnateur, lors de l'évaluation gerontologique à l'admission du résident ou sur demande du médecin traitant, sans préjudice du libre choix du résident.

- A effectuer ses consultations spécialisées sur place sous forme d'une demi-journée ou d'une journée mensuelle dont les dates seront fixes et connues d'avance.

- A effectuer ses consultations avec son propre matériel portable (électrocardiogramme, échographe, doppler artérioveineux) et qui restera sous sa responsabilité.

- A aucun moment, il n'est convenu que le cabinet de cardiologie assurera les urgences cardiologiques de la maison de retraite.

- A fournir un compte rendu immédiat ainsi qu'une éventuelle prescription médicale, un courrier de liaison sera adressé ultérieurement au médecin traitant.

*Le Docteur I.KURTZEMANN et la Direction de Notre-Dame de la Paix s'engagent :*

- A fournir tous les renseignements médicaux et traitement en cours du résident lors des consultations.

- A fournir toutes les pièces nécessaires à la prise en charge administrative et financière de la consultation (fiche d'identité, carte vitale, mutuelle.....).

- A organiser les rendez-vous d'avance auprès de l'infirmière référente sur demande des médecins traitants des résidents ou du médecin coordonnateur.

- A respecter le libre choix du résident ou de sa famille

- A organiser le transfert des résidents sur place.

## **III – Evaluation de la convention :**

Chaque année la présente convention fera l'objet d'une évaluation entre le Docteur et le Docteur KURTZEMANN.

#### **IV - Durée de la convention :**

La présente convention est conclue pour une durée de un an à compter du 03 juillet 2006  
Elle est renouvelable par tacite reconduction. Elle peut être dénoncée avec un préavis de  
trois mois.

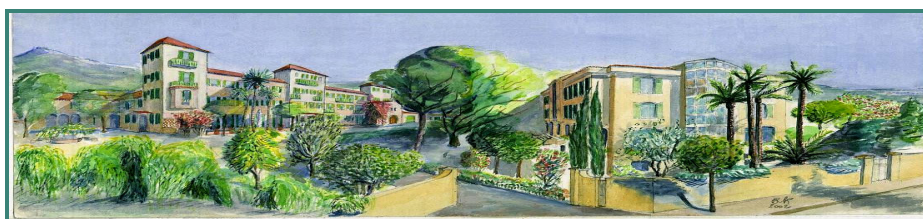
Fait à TOULON, le 04 avril 2006

La Direction  
Cardiologue

Le Médecin coordonnateur

Le Médecin

### **NOTRE DAME DE LA PAIX MAISON DE RETRAITE MEDICALISEE E.H.P.A.D.**



## **CONVENTION PRISE EN CHARGE BUCCO - DENTAIRE**

ENTRE

**Le Docteur**

D' UNE PART

ET

**L' EHPAD Notre-Dame de la Paix**, 961 avenue Colonel Picot 83000 TOULON,  
représenté par Monsieur B. KURTZEMANN et le Docteur I. KURTZEMANN, médecin  
coordonnateur

D' AUTRE PART

*Il est convenu et arrêté ce qui suit :*

#### **I - Objet de la convention :**

Prise en charge de la santé bucco-dentaire des résidents de l'EHPAD Notre-Dame de la Paix.

## **II - Engagement réciproque :**

*Le Docteur s'engage :*

- A pratiquer un bilan de l'état bucco-dentaire permettant d'orienter vers des possibilités thérapeutiques sur demande du médecin coordonnateur, lors de l'admission d'un résident, sans préjudice du libre choix du résident.
- A réaliser des soins bucco-dentaires préférentiellement sur place lorsque cela est possible.
- A réaliser à son cabinet en ambulatoire des soins plus complexes lorsque cela est nécessaire.
- A réduire le temps d'attente des résidents lors des consultations ambulatoires à son cabinet.
- A répondre rapidement à une demande de soin bucco-dentaire urgent.

*Le Docteur I.KURTZEMANN et la Direction de Notre-Dame de la Paix s'engagent :*

- A fournir tous les renseignements médicaux et traitement en cours du résident lors des consultations.
- A fournir toutes les pièces nécessaires à la prise en charge administrative et financière de la consultation (fiche d'identité, carte vitale, mutuelle.....).
- A organiser le transfert aller-retour entre Notre-Dame de la Paix et le cabinet dentaire.
- A suivre les bonnes prescriptions du Docteur

## **III – Evaluation de la convention :**

Chaque année la présente convention fera l'objet d'une évaluation entre le Docteur et le Docteur KURTZEMANN.

## **IV - Durée de la convention :**

La présente convention est conclue pour une durée de un an à compter du  
Elle est renouvelable par tacite reconduction. Elle peut être dénoncée avec un préavis de trois mois.



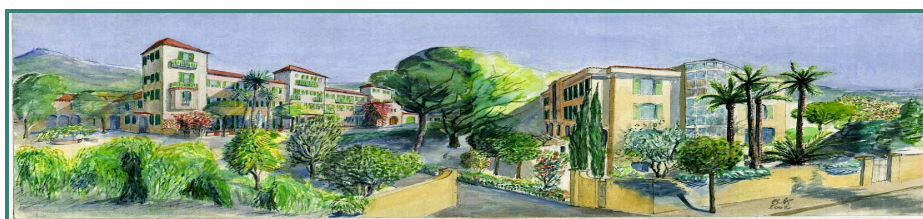
Fait à TOULON, le 27 mars 2006

La Direction  
B. KURTZEMANN

Le Médecin coordonnateur  
I. KURTZEMANN

Le Chirurgien-dentiste

**NOTRE DAME DE LA PAIX  
MAISON DE RETRAITE MEDICALISEE E.H.P.A.D.**



**CONVENTION**

**PRISE EN CHARGE OPHTALMOLOGIQUE**

ENTRE

**Le Docteur**

D' UNE PART

ET

**L' EHPAD Notre-Dame de la Paix**, 961 avenue Colonel Picot 83000 TOULON,  
représenté par Monsieur B. KURTZEMANN et le Docteur I. KURTZEMANN, médecin  
coordonnateur

D' AUTRE PART

*Il est convenu et arrêté ce qui suit :*

**I - Objet de la convention :**

Prise en charge ophtalmologique des résidents de l'EHPAD Notre-Dame de la Paix.

**II - Engagement réciproque :**

*Le Docteur:*

- A pratiquer un bilan ophtalmologique permettant d'orienter vers des possibilités thérapeutiques sur demande du médecin coordonnateur, lors de l'admission d'un résident ou sur demande du médecin traitant sans préjudice du libre choix du résident.
- A effectuer ses consultations spécialisées ne nécessitant pas d'Acuité Visuelle, préférentiellement sur place lorsque cela est possible.
- A effectuer à son cabinet en ambulatoire des examens plus complexes lorsque cela est nécessaire.
- A réduire le temps d'attente des résidents lors des consultations ambulatoires à son cabinet.
- A répondre rapidement à une demande d'avis ophtalmologique en urgence.

*Le Docteur I.KURTZEMANN et la Direction de Notre-Dame de la Paix s'engagent :*

- A fournir tous les renseignements médicaux et traitement en cours du résident lors des consultations.
- A fournir toutes les pièces nécessaires à la prise en charge administrative et financière de la consultation (fiche d'identité, carte vitale, mutuelle.....).
- A organiser le transfert aller-retour entre Notre-Dame de la Paix et le cabinet d'ophtalmologie.
- A suivre les bonnes prescriptions du Docteur

### **III – Evaluation de la convention :**

Chaque année la présente convention fera l’objet d’une évaluation entre le Docteur et le Docteur KURTZEMANN.

### **IV - Durée de la convention :**

La présente convention est conclue pour une durée de un an à compter du  
Elle est renouvelable par tacite reconduction. Elle peut être dénoncée avec un préavis de trois mois.

Fait à TOULON, le 04 avril 2006

La Direction  
B. KURTZEMANN

Le Médecin coordonnateur    Médecin Ophtalmologue  
I. KURTZEMANN

Convention cadre relative aux modalités de coopération entre établissement de santé et établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes et à l’instauration de bonnes pratiques pour prévenir les hospitalisations et accompagner les transferts en milieu hospitalier des résidents des EHPAD

Entre

L’Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) **NOTRE DAME DE LA PAIX** représenté par Mme F. KURTZEMANN Gérante et Mr B. KURTZEMANN, Directeur – 961 Avenue Colonel Picot – 83100 TOULON d’  
une part

et le **CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE TOULON - LA SEYNE SUR MER** (CHITS) représenté par Mr B. BONNICI, Directeur, 1208 Avenue Colonel Picot – 83056 TOULON CEDEX

d’autre

part

il a été convenu et arrêté ce qui suit :

### **Objet :**

La présente convention vise à faciliter la **coopération** entre le **CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL TOULON – LA SEYNE** et l’EHPAD **NOTRE DAME DE LA PAIX** afin de permettre aux résidents de cette structure de bénéficier des meilleurs conditions d’accès à une compétence gériatrique et à la filière de soins la plus adaptée à leur situation tout en respectant le libre choix du patient.

### **Article 1<sup>er</sup> : engagement de l'établissement de santé**

Le CHITS s'engage à accueillir les résidents de l'EHPAD Notre Dame de la Paix prioritairement dans des services adaptés à leur état pathologique et à leur garantir une évaluation réalisée par un médecin compétent en gériatrie.

### **Article 2 : modalités relatives aux admissions directes**

Lorsqu'un résident de l'EHPAD Notre Dame de la Paix nécessite une hospitalisation en dehors d'une situation d'urgence vitale, un contact préalable pris entre le médecin traitant ou le médecin coordonnateur de l'EHPAD et l'équipe référente du CHITS peut permettre une admission directe.

Cette admission se fait dans le cadre d'une procédure adoptée conjointement au préalable.

Le référent de l'EHPAD est son médecin coordonnateur, celui du CHITS est désigné au sein de l'établissement.

### **Article 3 : engagement de l'EHPAD Notre Dame de la Paix**

A l'issue de l'hospitalisation, l'EHPAD s'engage à admettre de nouveau le résident, sans délai, selon les modalités prévues dans le cadre d'un protocole élaboré conjointement par le CHITS et l'EHPAD et figurant en annexe.

### **Article 4 : accès aux consultations externes**

L'accès aux consultations externes du CHITS est facilité pour les résidents de l'EHPAD Notre Dame de la Paix.

Le service de médecine pourra permettre des hospitalisations programmées de courte durée afin de permettre la réalisation de plusieurs examens sur une même journée.

### **Article 5 : consultation externe de l'établissement de santé en EHPAD**

Les interventions des équipes médicales du CHITS seront recherchées et pourront être assurées selon un protocole figurant en annexe.

### **Article 6 : formation des personnels**

Le CHITS et l'EHPAD s'engagent à permettre à leurs personnels de participer à des actions de formation et d'informations réciproques sur la prise en charge spécifique des personnes âgées. Les stages au sein des différents services seront facilités.

Des protocoles sur cette prise en charge spécifique seront élaborés, régulièrement mis à jour et tenus disponibles dans les services.

### **Article 7 : évaluation**

Le présent dispositif fait l'objet d'un bilan annuel et d'une réunion de concertation entre l'EHPAD et le CHITS en vue d'apporter, s'il y a lieu, toutes modifications nécessaires aux protocoles ainsi qu'à la présente convention.

### **Article 8 : modification de la convention**

Toute évolution des actions de coopération nécessite un avenant à la présente convention.

**Article 9 : date d'effet – durée – résiliation de la convention**

La présente convention est conclue pour une période de \_\_\_\_\_ à compter du \_\_\_\_\_  
Elle est renouvelable par tacite reconduction pour une durée maximale de trois ans. Elle peut être dénoncée avec un préavis de trois mois

**Cette coopération nécessite donc l'élaboration conjointe de :**

- la rédaction commune de procédure d'admission
- des protocoles de bonnes pratiques thérapeutiques pour prévenir les hospitalisations
- des protocoles de bonnes pratiques pour accompagner les éventuels transferts en milieu hospitalier

**Elle implique :**

- la rencontre annuelle entre les médecins du CHITS, le médecin coordonnateur et les équipes de soins des deux structures
- la possibilité d'admissions directes dans les services, notamment de médecine, du CHITS pour les résidents de l'EHPAD Notre Dame de la Paix en cas de décision médicale d'hospitalisation.

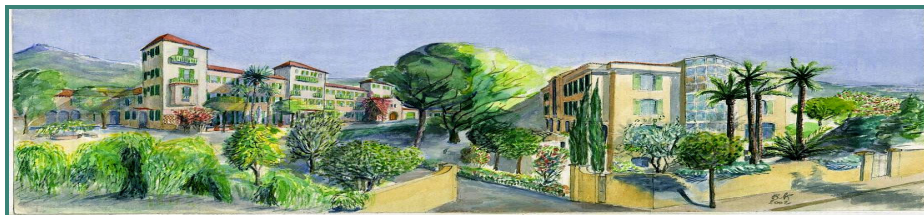
Fait à Toulon, le

Mme F. KURTZEMANN  
BONNICI

Mr B. KURTZEMANN

Mr B.

**NOTRE DAME DE LA PAIX  
MAISON DE RETRAITE MEDICALISEE E.H.P.A.D.**



***PROTOCOLE DE PERMANENCE DES SOINS***

*Destiné aux Infirmières et Aides-soignantes,  
fait par le Docteur I.Kurtzemann médecin coordonnateur, le 21 mars 2006.*

 **SI URGENCE VITALE :**

➔ appeler le « 15 »

✿ Si besoin d'un AVIS MEDICAL URGENT :

1/ Appeler le médecin traitant (de 8h à 20h)

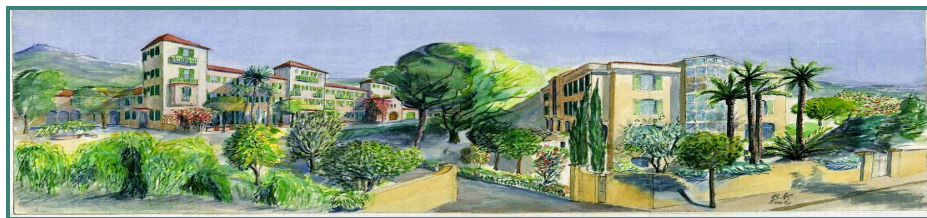
2/ Appeler SOS MEDECIN au 04 94 14 33 33

*Si le médecin traitant est indisponible ou injoignable de 20h à 8h*

3/ Appeler le 15

*Si le médecin traitant et SOS MEDECIN sont indisponibles*

**NOTRE DAME DE LA PAIX**  
**MAISON DE RETRAITE MEDICALISEE E.H.P.A.D.**

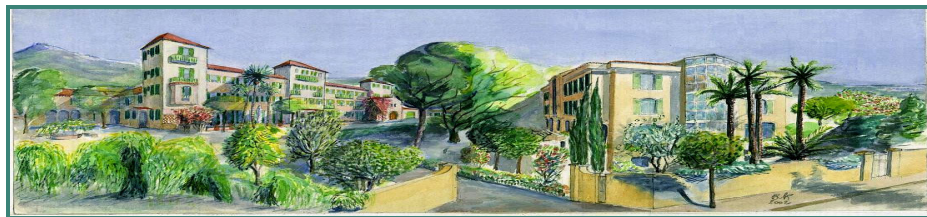


**PROTOCOLE EN CAS D'HOSPITALISATION D'UN RESIDENT**

Fait le 7.11.2006 par le Dr KURTZEMANN – Médecin coordonnateur  
A l'attention du personnel soignant

- 1/ prévenir le médecin traitant si celui-ci n'est pas déjà au courant du transfert
- 2/ prévenir la personne de confiance de l'hospitalisation du résident
- 3/ s'assurer par téléphone que le service hospitalier receveur soit prévenu de l'arrivée du résident
- 4/ prévoir son transfert en ambulance (en SAMU ou avec les pompiers si urgence)
- 5/ joindre un dossier comprenant les photocopies de :
  - l'attestation sécurité sociale et mutuelle
  - dossier médical d'évaluation gériatrique d'arrivée du résident
  - fiche de traitement en cours
  - fiche de liaison infirmière avec le motif d'hospitalisation
  - fiche d'anamnèse complétée
  - lettre du médecin traitant motivant l'hospitalisation
- 6/ inscrire l'hospitalisation sur le cahier des mouvements et sur le cahier de transmission
- 7/ faire un bon de liaison pour le bureau en notant le jour, l'heure et la destination de l'hospitalisation

**NOTRE DAME DE LA PAIX  
MAISON DE RETRAITE MEDICALISEE E.H.P.A.D.**



**PROTOCOLE EN CAS DE SUSPICION DE PHLEBITE**

Fait par le Docteur Isabelle KURTZEMANN - Médecin Coordonnateur le 22.05.2007  
A l'attention du personnel soignant

### **Suspicion de phlébite devant :**

grosse jambe +/- douleur  
Ou  
douleur de jambe +/- œdème

**Facteur favorisant :** l'âge  
l'immobilisation  
le cancer

### **Signes de gravité clinique :**

- Dyspnée ou douleur thoracique associées (suspicion d'embolie pulmonaire)
- Jambe cyanosée (suspicion de phlébite bleue ou d'ischémie aiguë)

**Diagnostic différentiel :** Kyste poplité – Hématome - Erysipèle

Suite protocole phlébite

### **I - Si présence de signe de gravité clinique : hospitalisation en urgence**

en prévenant le médecin traitant et le service des urgences de l'hôpital  
Font Pré

### **II - Si absence de signe de gravité clinique :**

- 1/ ne pas lever le résident  
le laisser au lit jusqu'au doppler et traitement efficace par anti-coagulant



2/ surélever la jambe

3/ vérifier la température

4/ rechercher une porte d'entrée infectieuse cutanée

5/ mettre une bande de contention

6/ prévenir le médecin traitant ou SOS médecin pour mettre en route une éventuelle anticoagulation

7/ prévoir un rendez-vous pour un écho doppler des membres inférieurs

en « heures ouvrables » dans les deux jours à venir.

( le médecin traitant confirmera ou non l'utilité de l'examen)

### **III - Si diagnostic de gravité à l'écho doppler : hospitalisation**

- thrombus proximal

- caillot flottant

- phlébite bleue

Téléphoner au Médecin traitant immédiatement pour une éventuelle hospitalisation et traitement par Héparine I.V.

Si le médecin traitant est injoignable, téléphoner à la filière gériatrique de Font pré :

(tel : 06 13 83 08 18) ou à sos Médecin pour hospitaliser le résident.