

UNIVERSITE RENE DESCARTES-PARIS V
FACULTE COCHIN-PORT ROYAL
MEDECIN COORDONATEUR D'EHPAD

**Contribution de la filière de soins
gériatrique à la continuité des soins
dans les EHPAD.**

Evaluation des besoins et du recours aux
systèmes de soins d'urgences dans le
territoire de santé 95.1

DIU MEDECIN COORDONATEUR D'EHPAD

Docteur Caroline Sors épouse Serano

Directeur de mémoire : Dr Ph. Babadjian

Année universitaire 2008/2009

I Introduction.....	4
II Généralités	5
2.1 Présentation du territoire du 95.1.....	5
2.2 Notion de filière de soins.....	7
2.3 Présentation de la filière de soin du 95.1 :.....	9
2.3 Moyens et missions des EHPAD.....	11
2.4 Prise en charge médicale des résidents dans les EHPAD.....	12
2.5 Prise en charge des personnes âgées aux urgences.....	14
2.6 Modalités de recours aux services d’urgences.	15
III Méthodologie	17
3.1 Type de l’étude.....	17
3.2 Lieu de l’étude.....	17
3.3 Critères d’inclusion et d’exclusion.....	17
3.4 Recueil de données.....	18
3.5 Analyse des données	19
IV Résultats	20
4.1 Caractéristique des EHPAD	21
4.2 Protocoles.....	24
4.3 Recours aux urgences.....	25
4.4 Motif de recours aux urgences	27
4.5 Organisation des soins infirmiers de nuit en EHPAD	28

V Discussion.....	29
5.1 Principaux résultats de l'étude :	29
5.2 Limites de l'étude :.....	29
5.3 Rapprochement avec quelques travaux de la littérature :	30
VI Conclusion	34
VII Bibliographie.....	35
VIII Annexes	37

I Introduction

Les personnes âgées vivant en EHPAD sont par définition partiellement ou fortement dépendantes et présentent des pathologies chroniques, le plus souvent multiples. Elles sont donc fragiles, sujettes à décompensation ou vulnérables à de nouvelles maladies.

Des études ont montrés que les motifs d'admission aux urgences ne sont pas toujours pertinents. Or, l'hospitalisation représente un traumatisme pour la personne âgée et peut se révéler délétère, rendant problématique le retour dans le lieu de vie.

Sur le territoire 95-1 du Val d'Oise (au sens du territoire de santé tel qu'il a été défini par la loi du 22 juillet 2009), où la population âgée de plus de 75 ans est de plus en plus importante, de nombreuses structures de prise en charge gériatrique dont une unité d'intervention paramédicale nocturne, se sont développées, appuyées sur les pôles de gériatrie des deux hôpitaux du secteur (filière gériatrique du centre hospitalier d'Eaubonne, filière gériatrique du centre hospitalier d'Argenteuil).

Le constat fait apparaitre un accroissement important du nombre de consultations aux urgences ces dernières années, chez les plus de 75 ans. cela pose des difficultés de prise en charge et d'orientation de retour en EHPAD ou au domicile, en dehors des périodes de l'unité gériatrique mobile peut intervenir.

Dans le cadre d'un travail mené par L'ARHIF sur le thème de la téléassistance et des hospitalisations à partir des EHPAD, nous avons souhaité :

- mesurer au niveau des besoins des EHPAD en termes de recours aux urgences,
- proposer des modalités de réponses.

II Généralités

Notre travail est parti d'un constat :

- Le nombre d'hospitalisation aux urgences des personnes de plus de 75 ans est important et augmente d'année en année,
- Un nombre important de personnes âgées consultant aux urgences viennent des EHPAD,
- Les motifs de recours des personnes âgées aux urgences ne paraissent pas toujours pertinents.

Nous avons choisi d'analyser les raisons qui peuvent expliquer ce constat, à partir de l'analyse des différentes structures qui concourent à la prise en charge des personnes âgées dans un territoire précis.

2.1 Présentation du territoire du 95.1.

La notion de territoire de santé a été définie par des directives ministérielles successives.

" Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé. Il constitue, pour les établissements de santé publics et privés, la référence pour délivrer les autorisations, approuver les projets d'établissement, conduire le processus de contractualisation et orienter l'allocation de ressources." (Circulaire ministérielle du 26 mars 1998).

L'ordonnance n°2003-450 du 4 septembre 2003 a prévu les conditions d'élaboration des schémas interrégionaux de l'organisation sanitaire (SIOS). Le décret n°2006-73 du 24 janvier 2006 a défini les activités de soins devant faire l'objet d'un SIOS et un arrêté du même jour a fixé les groupes de régions constituant les inter-régions qui permettront aux ARH de disposer d'un territoire adapté à l'organisation de ces activités.

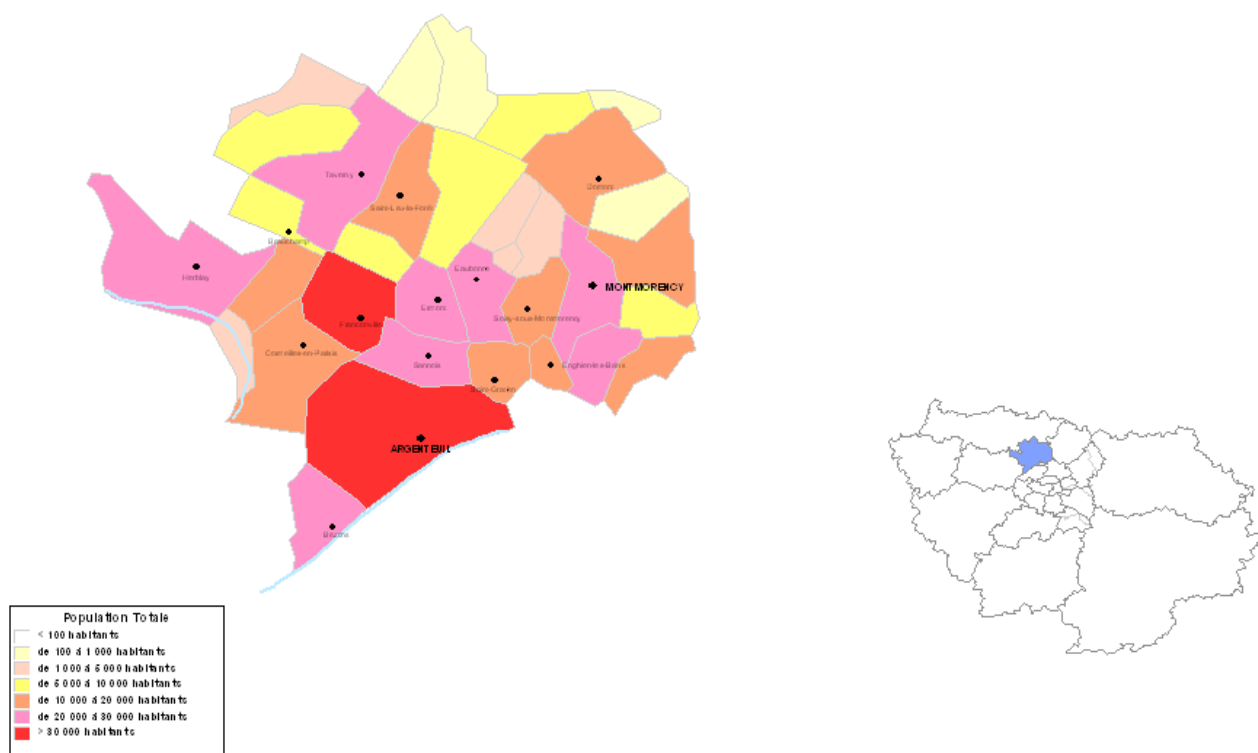
L'élaboration des Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS) de 3e génération s'inscrit dans un cadre rénové de la planification sanitaire. L'ordonnance du 4 septembre 2003 a fortement modifié le dispositif en supprimant la carte sanitaire et en faisant des SROS l'outil unique de planification. Dans ce contexte, le territoire de santé se substitue au secteur sanitaire et devient le cadre réglementaire de l'organisation des soins. Les projets médicaux sont désormais territorialisés et font l'objet d'une concertation entre les acteurs du champ de la santé au sens large en impliquant le secteur médico-social, les élus et les usagers.

Récemment la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » (HPST) publiée le 22 juillet 2009, définit par le 4^{ème} titre, la notion d'une organisation territoriale du système de santé. Elle crée la notion de territoire de santé, gérée par le directeur général de l'ARS (Agence régionale de Santé). Chaque territoire dispose d'une conférence de territoire, rassemblant les différents acteurs des systèmes de soins. La mission de celle-ci est de participer à l'organisation de l'offre de santé au niveau régional. Elle décline la politique nationale de santé, et ainsi doit veiller à une gestion efficace du dispositif.

Notre travail se situe dans le val d'Oise, dans la région comprise entre Argenteuil et Montmorency, et selon ces définitions, correspond au territoire de santé 95.1.

Un des impacts de cette nouvelle loi est le décloisonnement de la prise en charge des personnes âgées. Auparavant, toute la filière sanitaire hospitalière était prise en charge par l'ARHIF, le médico-social par les autorités régionales. Maintenant l'ARHIF se transforme en ARS, responsable du sanitaire et du médico social dans le même territoire de santé.

Présentation du territoire 95.1



@ 2005 ARHIF-CRAMIF-DRASSIF tous droits réservés

Echelle : 1/100 000

Source : SROS 3

Département :	95	
Territoire de santé :	95-1	
Population :	518	000
Superficie :	170 km ²	
Densité :	3	100
Pourcentage population IDF :	4,70%	
Pourcentage superficie IDF :	1,40%	
Densité Ile-de-France :	922 hab/km ²	

Le territoire de santé 95.1 comprend 34 communes. Il est essentiellement urbain.

Le territoire 95.1 est le plus peuplé du val d'Oise. Il concentre au sein du département la plus grande part des plus de 75 ans, avec 28820 personnes soit un taux de 5.92% en 2005 et une projection 2010 de 36098 soit 6.77%, contre 4.82% pour le département et de 6.1% pour l'IDF. (7)

Sur ce territoire des structures gériatriques existent, sur 2 hôpitaux publics :

- Centre Hospitalier Victor Dupouy à Argenteuil
- Centre Hospitalier Simone Veil sur deux sites ; Eaubonne et Montmorency.

Les pôles de gériatrie de ces 2 hôpitaux sont organisés en filières de soins.

2.2 Notion de filière de soins.

On appelle une **filière de soin** une trajectoire de soins des patients ; C'est à la fois une description à postériori qui résulte de l'étude de la trajectoire de multiples patients dans une situation particulière de soins, C'est aussi le résultat d'une concertation à priori entre les professionnels et les institutions, dans le cadre d'un réseau ou à partir d'une convention, ou d'une mesure réglementaire, et qui vise à organiser une trajectoire de référence pour un certain type de patients. (1)

Une filière peut être caractérisée par :

- Les patients concernés, et en particulier leur problème de santé,
- Les intervenants successifs de la trajectoire,
- La nature des soins apportés par chacun,
- Les critères (ou règles) de progression ou de retour en amont, au sein de la trajectoire.

La **filière de soins gériatriques hospitalière** est définie, par la Circulaire N°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007, comme une modalité d'organisation cohérente et graduée des soins gériatriques sur un territoire donné et a pour objet de couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé en tenant compte du caractère évolutif de ses besoins de santé et du niveau de recours au plateau technique. Elle s'inscrit dans une politique globale de prise en charge des personnes âgées.

Elle assure ainsi les évaluations gériatriques adaptées aux différentes situations cliniques et sociales et à l'objectif diagnostique et thérapeutique poursuivi, qu'il s'agisse de prévenir, de gérer une crise aiguë ou de réinsérer.

Elle garantit au patient âgé son orientation rapide en fonction de ses besoins, soit au sein de la filière, soit vers un service de spécialité non gériatrique.

Au sein d'une filière gériatrique, le patient âgé peut ainsi bénéficier :

- d'une palette complète de prises en charge spécifiques en gériatrie dans le cadre d'hospitalisations programmées et non programmées en fonction du niveau de complexité de sa situation clinique et sociale.

Ces prises en charge sont assurées :

- en consultations,
- en hospitalisation de jour,
- en hospitalisation complète d'une durée plus ou moins longue suivant qu'il s'agit d'une situation clinique aiguë relevant d'un bilan court programmable et d'une réinsertion rapide ou bien d'une situation clinique aiguë nécessitant un bilan approfondi ou une réadaptation, voire une institutionnalisation ;
- d'un avis gériatrique quel que soit le service dans lequel il sera hospitalisé, si possible préalablement à l'hospitalisation quand celle-ci est programmée ;
- d'un accès aux plateaux techniques dans les délais requis par son état de santé pour éviter toute perte de chance ;
- d'un accompagnement de la sortie d'hospitalisation afin de réduire le risque de ré hospitalisation.

Cette filière gériatrique a donc pour missions essentielles :

- l'accès aux soins,
- la continuité des prises en charge sanitaires,
- l'assurance d'une prise en charge adaptée aux besoins de la PA.

Elle s'articule aussi avec le reste du réseau grâce aux Comité Local d'Information et de Communication (CLIC). Ses composantes sont résumées dans le tableau suivant :

Pôles hospitaliers	Domicile de la personne âgée
Equipe mobile gériatrique	Le médecin traitant
Court séjour gériatrique	Les CLIC Le réseau Joséphine L'équipe mobile de psycho gériatrie
Hôpital de jour gériatrique	Les paramédicaux libéraux
Consultation gériatrique avancée	Les SSIAD
Pôle d'évaluation	Les associations d'aide à domicile
Consultation mémoire	Soins de suite et rééducation gériatrique

Le rôle de l'équipe mobile gériatrique à partir des urgences est de :

- Faciliter les hospitalisations dans les structures de la filière gériatrique (circuit court),
- Optimiser les soins de la personne âgée,
- Prévenir la dépendance,
- Orienter la personne âgée de manière adaptée en cas de non hospitalisation.

2.3 Présentation de la filière de soin du 95.1 :

Le premier maillon est constitué par les services des urgences :

Sur le territoire du 95.1, il existe 2 services des urgences (SAU) sur 2 hôpitaux et 3 sites différents :

- Centre hospitalier Victor Dupouy à Argenteuil,
- Centre hospitalier Simone Veil à Eaubonne et Montmorency.

Les filières gériatriques du territoire de santé 95.1 sont portées par deux hôpitaux publics ; l'hôpital Simone Veil d'Eaubonne- Montmorency, et l'hôpital Victor Dupouy d'Argenteuil.

A l'hôpital V. Dupouy d'Argenteuil : elle est constituée de :

- Un court séjour, un soin de suite gériatrique, et une unité de soins de longue durée,
- Une consultation mémoire labellisée,
- Une unité mobile gériatrique intra hospitalière.

A l'hôpital S. Veil d'Eaubonne/ Montmorency : elle est constituée de :

- Un court séjour, un soin de suite gériatrique et d'EHPAD hospitalières,
- Une consultation mémoire labellisée,
- Une unité mobile gériatrique intra hospitalière,
- Un hôpital de jour,
- Une unité géronto-psychiatrique.

Ces deux hôpitaux ont signé avec les EHPAD des conventions dans le cadre du plan bleu, et dans le cadre des filières.

Dans le territoire de santé du 95.1, existe également une autre structure particulière, spécifique à ce territoire de santé, EPINAD dont le rôle est d'améliorer la prise en charge des personnes âgées au domicile la nuit. Elle peut aussi répondre à certaines situations rencontrées en EHPAD.

Présentation d'EPINAD

Elle correspond à une **Equipe Paramédicale Itinérante Nocturne Au Domicile**.

Sa mission est proche d'un « SSIAD de nuit ».

Elle répond à 4 objectifs principaux :

- Améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile,
- Créer une continuité de la prise en charge diurne,
- Soulager les structures sanitaires grâce à une capacité de surveillance nocturne à domicile, évitant les hospitalisations.
- Améliorer la qualité de vie ou des aidants d'un parent isolé.

L'équipe se compose d'une coordinatrice, de deux infirmières, et de deux aides soignantes.

Les horaires d'intervention sont de 21h00 à 7h00 du matin 7 jours sur 7.

Deux types d'interventions sont possibles :

- Programmées par appel dans la journée,
- Non programmées après avoir appelé l'infirmière sur un portable dont le numéro est diffusé auprès des professionnels (SAMU, SOS médecins, Médecins traitants).

Le profil de la population prise en charge correspond à une dépendance relativement élevée, mesuré chaque mois ; le GMP variant entre 500 à plus de 750 (781.33 en décembre 2008).

Un exemple de fonctionnement d'EPINAD :

Mme V. 79 ans, est envoyée aux urgences pour angoisse et déambulation nocturne. Retour et prise en charge le soir même par EPINAD au domicile, évaluation du comportement et mise en place de stratégies de réassurance, aide à la prise médicamenteuse.

Des temps d'auxiliaire de vie seront débutés quelques jours après.

L'intervention durera deux mois. Mme V. à ce jour n'a pas été ré-hospitalisé

Ce dispositif est intéressant par sa capacité à écourter les hospitalisations, et limiter des hospitalisations inutiles.

2.3 Moyens et missions des EHPAD.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées regroupent l'ensemble des établissements médico-sociaux ou de santé qui accueillent des personnes âgées de façon permanente, temporaire ou en accueil de jour. Ils accueillent de plus en plus de personnes âgées dépendantes, poly pathologiques et donc des personnes ayant besoin d'une surveillance médicale et paramédicale.

Le GIR moyen pondéré ou GMP est un indicateur du niveau moyen de dépendance des résidents des établissements. Plus le niveau de dépendance des résidents est important, plus le GMP de l'établissement est élevé ; il atteindrait 1000 dans un établissement où les résidents seraient en GIR 1. En moyenne dans les EHPAD, il s'élève à 663 fin 2007, c'est-à-dire proche du nombre de points attribué à un GIR 3. (5)

Le Pathos Moyen Pondéré ou PMP apporte une synthèse médico-économique et permet de déterminer pour une population, le niveau moyen des soins médicaux et techniques nécessaires. Cet indicateur de synthèse s'établit selon des modalités de traitement informatique doit se situer avec les ordres de grandeur suivants : approchant une valeur entre 1000 et 1500 en réanimation médicale et chirurgicale, entre 500 et 900 dans les services de spécialités médicales, entre 150 et 400 dans la majorité des services de soins de longue durée, la fourchette est de 50 à 200 en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.(2).

Population

Fin 2007, environ 10% des personnes de plus de 75 ans vivent en institution. Cette proportion croît avec l'âge et atteint 24% des personnes de plus de 85 ans.

La population est essentiellement féminine, le ratio est de 2 femmes pour 1 homme. (63 % des 75 ans et 71% des 85 ans). (3)

Au 31 décembre 2007, les personnes accueillies en institution étaient âgées de 84 ans et 2 mois en moyenne. De plus, près des trois quart des résidents appartiennent au « quatrième âge » 74 % ont 80 ans ou plus. (3)

Les résidents des EHPAD sont en général plus âgés que les résidents des autres types d'hébergements.

L'étude de la DRESS sur les pathologies des personnes âgées vivant en EHPAD montre que les résidents cumulent en moyenne sept pathologies diagnostiquées. (4)

Il apparaît aussi que leur nombre moyen de pathologie augmente avec la perte d'autonomie. En effet, les résidents les plus dépendants GIR 1 et 2 cumulent huit pathologies, contre six pour les personnes peu ou pas dépendantes. La gravité des pathologies augmentent également selon le niveau de dépendance. (4)

La population des EHPAD est de plus en plus dépendante : 84 % des résidents sont considérés comme dépendants (GIR 1 à 4) fin 2007 et la moitié comme très dépendants (GIR 1 et 2) (3)

Ratio de personnel

Le taux d'encadrement en personnel, hors administration et services généraux est de 46 ETP pour 100 places en moyenne sur l'ensemble du secteur. Le taux d'encadrement en personnel médical et paramédical atteint 25 ETP dans les EHPAD fin 2007. (5)

Selon l'étude de la DRESS sur l'offre de soins en EHPAD en 2007 (5), on retrouve 33800 personnes qui travaillent uniquement la nuit. 90% sont des femmes. Le travail spécifiquement de nuit concerne :

- 16% d'aides soignantes
- 10% d'agents de service
- 7% d'infirmiers

2.4 Prise en charge médicale des résidents dans les EHPAD.

La médicalisation des EHPAD repose sur :

Le référentiel délivré par le ministère de la santé sur les bonnes pratiques en EHPAD (14), précise l'organisation de la continuité des soins. Il détermine les rôles de chacun des intervenants médicaux :

- Médecin coordonnateur :
 - Il doit développer un partenariat avec les structures hospitalières du secteur en respectant le souhait des personnes âgées.
 - Ne pas attendre la dernière limite pour recourir à l'hôpital.
 - Éviter chaque fois que possible l'hospitalisation complète.
 - Favoriser l'accès au bon niveau de la filière de soin en évitant au maximum le recours aux urgences. Pour cela, le médecin coordonnateur doit connaître les différents niveaux de la filière de soins gériatriques (court séjour, hôpital de Jour, soins de suite, équipe mobile, etc.). S'assurer que le médecin généraliste connaît les limites de prise en charge de l'EHPAD pour un soin de qualité.
 - Inciter les médecins généralistes à transmettre les informations nécessaires.
 - Participer à la formation des médecins généralistes pour favoriser l'acquisition d'une culture gériatrique commune.
 - Définir avec l'équipe de soin des procédures d'hospitalisation pour contribuer à la qualité de l'information transmise (autonomie, mode de vie, présence d'une personne de confiance, niveau cognitif, hospitalisations antérieures ...).

Mais il est à noter que le temps d'exercice du médecin coordonnateur est limité dans le temps. Si on se réfère au DECRET n° 2007-547 du 11 avril 2007. Pour les établissements ayant signé la convention tripartite, et pour ceux qui ont un groupe iso ressource moyen

pondéré égal ou supérieur à 800 des temps de présence de 0.20 ETP pour 25 à 44 places/ 0.30 pour 45 à 59 / 0.40 pour 60 à 99/ 0.50 pour >100 places. (6)

- Médecin traitant

Son rôle est :

- D'assurer la continuité des soins.
- D'évaluer avec l'équipe soignante, les bénéfices et les risques d'une hospitalisation pour les personnes âgées fragiles.
- De respecter les procédures d'hospitalisation mises en place et utiliser les documents spécifiques.
- De transmettre au médecin hospitalier les éléments nécessaires à la prise en charge thérapeutique médicale et médico-sociale.

Pour autant, les médecins traitants exerçant dans les établissements sont des médecins libéraux, pour lesquels l'activité principale reste souvent celle de leur cabinet libéral.

Faute de temps, ils ne sont pas toujours impliqués dans la vie de l'établissement.

De plus, leur patientèle institutionnalisée peut être répartie sur plusieurs établissements. De la même façon, le principe du libre choix du médecin traitant fait qu'un nombre important de médecins travaillent dans le même établissement.

Le médecin traitant a également des habitudes de prescriptions et de prise en charge, très personnelles, que le médecin coordonnateur doit réussir à modifier.

Organisation de la continuité de soins.

Avant le décret de 2005, le médecin coordonnateur était responsable de l'organisation de la permanence des soins médicaux, des tableaux de garde, de l'affichage des numéros d'urgences, et des procédures d'urgences, dans le strict respect des règles de déontologie médicale.

Depuis le décret de 2005, la mission du médecin coordonnateur est modifiée, il organise la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement. A cet effet, il les réunit au moins une fois par an. Il informe le responsable de l'établissement des difficultés dont il a, le cas échéant, connaissance liées au dispositif de permanence des soins prévu aux articles R. 730 à R. 736 du code de la santé publique.

Il faut noter qu'aucun des textes n'impose une organisation formalisée de la continuité de soins au sein des ehpad entre les médecins coordonnateurs et les médecins traitants.

Cette organisation s'établit donc sur la base du volontariat, et de manière variable et non pérenne ;

- En interne :
 - Développement d'astreintes au sein de l'établissement,
 - Développement de « vacances » par des médecins généralistes.

- En externe : par l'utilisation des systèmes de permanences des soins externes
 - SOS MEDECIN
 - SAMU Centre 15

Le fonctionnement de ces deux systèmes de continuité de soins est basé sur l'utilisation d'urgentistes, rarement gériatres. Ils ne sont pas forcement sensibilisés aux prises en charges spécifiquement gériatriques.

Lors de chaque intervention, en fonction des moments des journées, les médecins urgentistes rencontrent des professionnels très différents. En effet, le jour, dans le cas où le médecin traitant ne peut se déplacer, il rencontre plutôt les infirmières, la nuit, plutôt des aides soignantes voire des auxiliaires de vie.

La création du « dossier de liaison d'urgence » devant contenir les informations médicales permanentes et actualisées, a été proposée. Ce « DLU » est difficile à obtenir dans tous les établissements. En effet, il est de la responsabilité du médecin coordonnateur de le réaliser, mais les informations médicales, sont dans le dossier appartenant au médecin traitant, qui est rarement d'accord pour le mettre à disposition de l'EHPAD. Le DLU est donc réalisé à l'entrée, lors de la visite d'admission, et rarement actualisé.

Il apparait qu'après analyse de l'offre de soin, de la dépendance, des prises en charges des professionnels de santé et de leurs limites, on peut comprendre que certaines situations cliniques, à certains moments entraînent des transferts vers les urgences.

2.5 Prise en charge des personnes âgées aux urgences.

Le constat réalisé est qu'il existe une fréquentation élevée des services d'urgence par les personnes âgées.

En décembre 2003, une conférence de consensus est éditée, sur la prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. Le jury recommande un repérage des fragilités (déséquilibre entre les éléments somatiques, psychiques, et sociaux, provoqué par une agression même minime.)

Pour autant, malgré des éléments cliniques et biologiques, l'utilisation d'échelles standardisées (score ISAR, GDS...), la décision de retour à la structure d'origine n'est pas toujours facile à prendre. Selon les recommandations, le retour est possible si le pronostic vital n'est plus engagé, et l'examen clinique stable. D'après les experts s'il existe un diagnostic grave, une comorbidité importante, ou un environnement inadapté, le retour à la structure d'origine ne peut pas être envisagé.

En attendant la prise d'une décision, le patient reste souvent en « lit couloir » ou sur un brancard.

De plus en plus, les patients sont hospitalisés dans les unités d'hospitalisations de courtes durées, en attendant le passage de l'unité mobile gériatrique, permettant d'apporter une analyse complémentaire de la problématique, une expertise pour une meilleure orientation possible, et une connaissance des différents solutions.

Idéalement, lorsque toutes les indications préconisent l'hospitalisation, on préférera l'orientation vers un court séjour gériatrique, mais parfois faute de place, le transfert se fera vers d'autres services de spécialités.

Il est donc important de vérifier chaque fois que possible la pertinence des recours aux urgences et limiter le maintien en hospitalisation aux situations où elle est indispensable.

2.6 Modalités de recours aux services d'urgences.

Comme nous l'avons vu, le territoire de santé 95.1 dispose de structures gériatriques (filiale du GHEM et filiale du CHA) et des services d'urgences.

Des structures extra-hospitalières sont disponibles ; telle EPINAD capable d'intervention aussi bien à domicile qu'en EHPAD. Le jour, des CLIC, un réseau gérontologique et une unité mobile géronto psychiatrique peuvent apporter leur aide aux personnes âgées institutionnalisées ou non.

Pour autant, le constat fait dans notre région, est que le nombre des consultations aux urgences des plus de 75 ans augmente, pour les personnes vivant au domicile, mais aussi en provenance des EHPAD. Arbitrairement, et dans le cadre de notre travail, nous nous intéressons spécifiquement à la population hébergée en EHPAD.

En effet, même s'il s'agit de patients très vulnérables, dépendants, poly pathologiques l'institution organise un environnement plus sécurisé, avec des moyens de surveillance médicale et paramédicale.

Le recours des EHPAD aux services d'urgences malgré l'existence des structures permettant des hospitalisations programmées, ou une surveillance paramédicale nocturne, mérite d'être analysé ; quelques éléments :

- Les patients âgés hébergés en EHPAD sont poly pathologiques fragiles et vulnérables, différents en moyenne de la population âgée à domicile.
- Les prises en charge médicales sont limitées dans le temps,
 - Les médecins coordonnateurs ont un temps de présence limité,
 - Les médecins traitants gardent essentiellement une activité de cabinet privé, leurs interventions en EHPAD sont ponctuelles.
- les formations des médecins traitants sur les prises en charge des personnes âgées sont très hétérogènes, basées sur le volontariat et l'appétence particulière pour la gériatrie.
- Le rôle du médecin coordonnateur dans l'organisation de la permanence des soins, est devenu plus souple depuis 2005, mais laissant la place à un flou ne permettant pas d'organiser facilement la continuité des soins, d'où le recours très fréquent à un système de garde extérieure. Il est facile de comprendre qu'un médecin extérieur à l'EHPAD, ne connaissant ni le patient ni le personnel adressera plus volontiers aux SAU qu'un médecin de l'établissement, aboutissant

plus facilement à l'appel d'un système de permanence externe des soins, entraînant souvent un transfert aux urgences.

- Le ratio de personnel de soins au lit du patient, malgré quelques progrès, n'est pas toujours en adéquation avec l'état de dépendance des résidents.

D'autres facteurs interviennent certainement pour expliquer le recours aux urgences. Nous avons choisi de tenter de mesurer les besoins et d'identifier quelques points, dans la perspective de proposer un dispositif spécifique, à partir des filières gériatriques.

III Méthodologie

Notre travail a pour but de déterminer les besoins des EHPAD en termes d'urgences et obtenir quelques repères pratiques (motifs, horaires...). Il porte sur les recours aux services d'urgences au cours du mois de septembre 2009.

3.1 Type de l'étude

Nous réalisons une étude prospective. Nous envoyons, par voie postale, le 10 octobre 2009, un questionnaire aux ehpad.

3.2 Lieu de l'étude

Notre étude se situe dans le territoire de santé, 95-1, et plus particulièrement sur le territoire entre Argenteuil et Montmorency. Cette zone géographique correspond plus particulièrement au territoire couvert par Epinad. Il s'agit d'Argenteuil, Ermont, Eaubonne, Corneilles en Paris, Le Plessis Bouchard, Montlignon, Saint Prix, Franconville, Soisy sous Montmorency, Montmorency.

Au total, nous envoyons un questionnaire à trente Ehpad du territoire. Les courriers sont adressés aux médecins coordonnateurs.

Après 10 jours, nous avons détaché une secrétaire du service chargée de relancer les EHPAD par téléphone, afin qu'ils répondent aux questionnaires.

Parallèlement, nous demandons à la secrétaire du réseau inter établissement du 95 de diffuser par internet le questionnaire.

Le réseau gérontologique inter établissements regroupe aujourd'hui 60 établissements du Val d'Oise, privés et publics et 1 CLIC dans le Val d'Oise. Son but est de développer la réflexion, la coordination des pratiques professionnelles au bénéfice des personnes âgées sur le territoire du Val d'Oise, de promouvoir des actions de partenariat entre les adhérents, des actions de formation et d'information, et de favoriser la mise en place de réseaux locaux.

3.3 Critères d'inclusion et d'exclusion

Tous les questionnaires reçus sont analysés. Le seul critère d'exclusion est la réception des questionnaires après le 3 novembre 2009.

3.4 Recueil de données

Les données sont relevées par moi-même, à réception des questionnaires

Le recueil s'est organisé selon 8 axes :

- 1 Le profil des EHPAD;
 - Nombre de résidents,
 - Degré de dépendance avec GMP et PMP.
- 2 L'existence de protocoles de prise en charge des pathologies pouvant aboutir à un transfert vers les urgences ;
 - Chute,
 - Malaise,
 - Troubles du transit,
 - Douleurs thoraciques et abdominales,
 - Gène respiratoire,
 - Troubles neurologiques,
 - Troubles du comportement.
- 3 Le référent médical qui s'occupe des urgences, dans le cadre de la continuité de soins, en fonction du moment de la journée ou de la nuit, de la semaine ou du weekend ;
 - Médecin traitant,
 - SOS Médecins,
 - SAMU,
 - Filière de soins gériatriques.
- 4 Le nombre d'appels vers un système d'urgence durant le mois de septembre 2009, avec ;
 - Le nombre de transferts vers les urgences,
 - Le nombre d'hospitalisations d'une durée supérieure de 48 heures.

5 Les motifs de transfert aux urgences,

- Chute
- Malaise
- Troubles du transit
- Douleurs thoraciques et abdominales
- Gène respiratoire
- Troubles neurologiques
- Troubles du comportement

6 Utilisation par les EHPAD d'autres systèmes de soins infirmiers de nuit, afin de limiter recours de transferts aux urgences.

7 Si une intervention par une HAD, EPINAD ou de la filière paraîtrait intéressant pour les médecins en EHPAD ?

8 Si leur utilisation aurait pu, d'après les médecins coordonnateurs, limiter un transfert aux urgences ?

3.5 Analyse des données

L'analyse est descriptive des différentes données quantitatives et qualitatives reçues.

Aucune étude statistique n'est réalisée car l'échantillon est trop petit.

IV Résultats

Sur 30 questionnaires envoyés, 3 établissements ont répondu spontanément.

Après relance par la secrétaire du service, 8 nouvelles réponses sont obtenues.

Tous les questionnaires sont remplis par les médecins coordonnateurs. 3 des 11 réponses sont le résultat d'une concertation entre le médecin coordonnateur et son IDE.

Au total, onze établissements sur trente ont répondu :

1	Arepa Saint Gratien
2	Gros noyer Saint Prix
3	Hotelia Eaubonne
4	La ceriseraie Montmorency
5	Le cottage Cormeilles en Parisis
6	Les tilleuls Eaubonne
7	Médecis Argenteuil
8	Moulin Larive Montlignon
9	Tiers Temps Le Plessis Bouchard
10	Villa Beausoleil Cormeilles en Parisis
11	Zemgor Cormeilles en Parisis

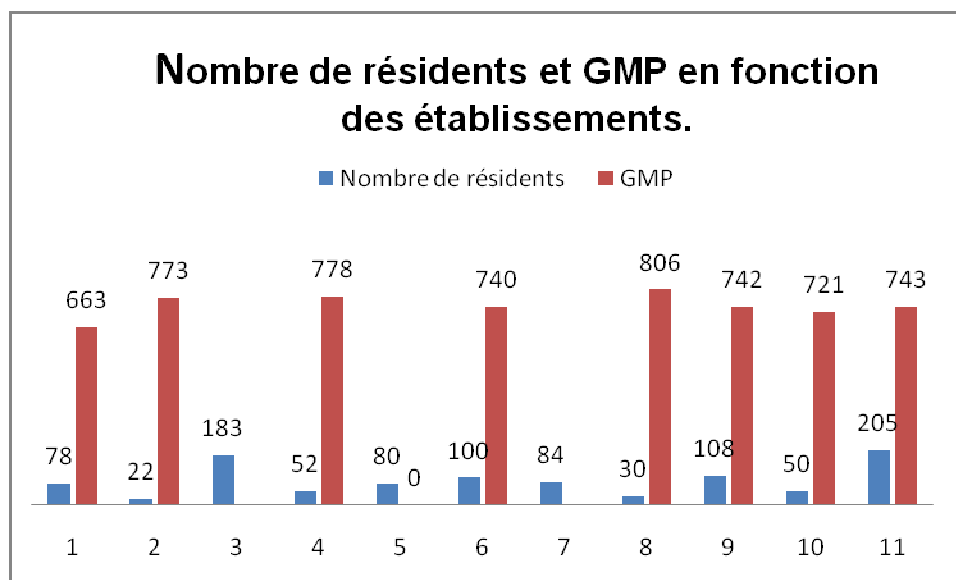
L'extension du questionnaire au réseau inter établissement du Val d'Oise n'a pas permis d'élargir l'échantillon.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer l'absence de réponse massive :

- Le temps de présence du coordonnateur.
- L'absence de relevé systématique des données par l'EHPAD, qui impose des recherches pour remplir le questionnaire.
- Le délai court entre l'envoi du questionnaire et la date limite de réponse.
- Et probablement aussi, une perception négative pour la Nième demande d'information de l'année.

4.1 Caractéristique des EHPAD

Graphique 1: Nombre de résidents et GMP en fonction des établissements.



Le nombre total de résidents est de 992 personnes

On remarque qu'il existe une grande disparité, avec des petits établissements de 22 résidents, et des établissements importants de 205 résidents.

Le GMP moyen est à 745.75 sur 8 des établissements. Seul Médicis, Hotelia et Le cottage n'ont pas répondu, car les chiffres sont en cours de validation.

Le PMP est à 172.5. Ce chiffre est dans la moyenne haute. Pour autant, ce chiffre est à modérer. En effet, seul 4 établissements ont répondu à cette question. Ce point, pourtant important, n'est sans doute pas renseigné régulièrement dans les EHPAD, car non encore obligatoire sur le plan tarifaire.

Ratio de personnel

Tableau 1 : Composition du personnel de jour et de nuit, associé au nombre de résidents et à leur dépendance.

EHPAD	GMP	Nombre de résidents	Personnel total de jour	Nombre d'IDE jour	Personnel total de nuit	Nombre d'IDE nuit
1	663	78	13	1	1	0
2	773	22	9	1	2	0
3	*	183	15	2	1	0
4	778	52	15,7	2,7	2	0
5	*	80	32	4	1	0
6	740	100	20	5	1	0
7	*	84	33,5	4,5	0	0
8	806	30	8	1	0	0
9	742	108	19	2	1	0
10	721	50	21	1	0	0
11	743	205	47,25	10		0

On remarque qu'il existe une grande disparité, en fonction du nombre de résidents et du degré de dépendance.

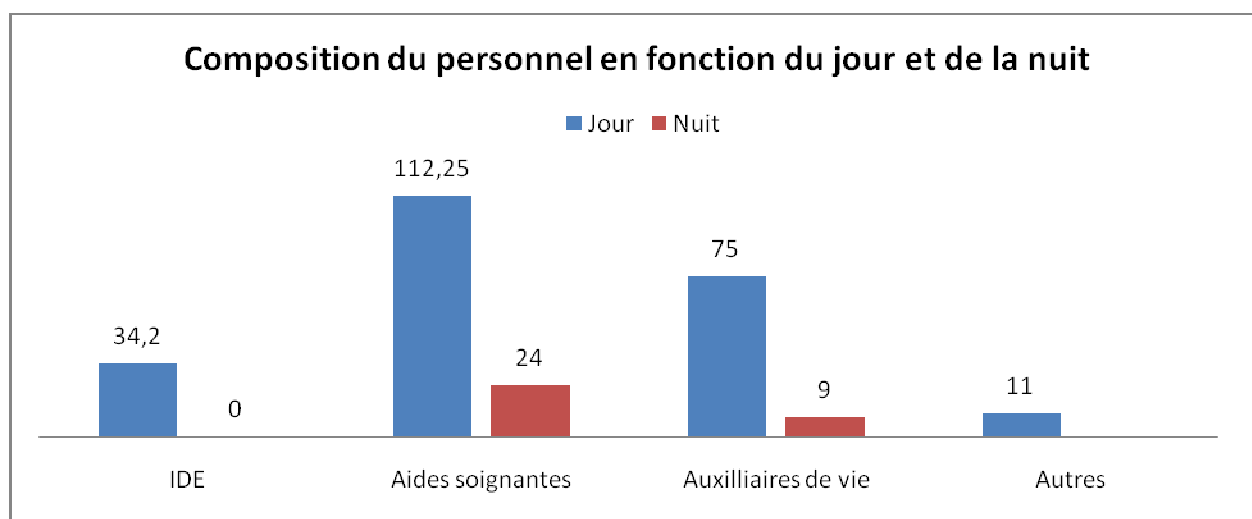
L'étude du nombre d'infirmière de jours est très variable, même pour des GMP très proches. On remarque aussi que certains établissements ont un nombre très limité d'infirmière malgré un GMP très important. En moyenne, il y a 3.10 infirmières pour un GMP moyen de 754.

La proportion du personnel est évidemment beaucoup plus importante le jour que la nuit.

Nous pouvons remarquer qu'aucun des établissements ne disposent de temps infirmier la nuit.

Notre propos n'est pas de discuter ici la pertinence des ratios de personnel, mais ce dernier point mérite d'être souligné.

Graphique 2 : Composition du personnel en fonction du jour et de la nuit.



Les chiffres sont obtenus par addition des nombres de personnel de chaque établissement.

Comme nous l'avons déjà indiqué dans tous les établissements de notre étude, quelque soit le degré de dépendance, il n'y a jamais d'infirmière de nuit.

Il faut noter que dans certains questionnaires, les médecins coordonnateurs ne différencient pas les aides soignantes et les auxiliaires de vie. Il y a toujours plus de personnel financé par le forfait dépendance, que de personnel financé par le forfait soin.

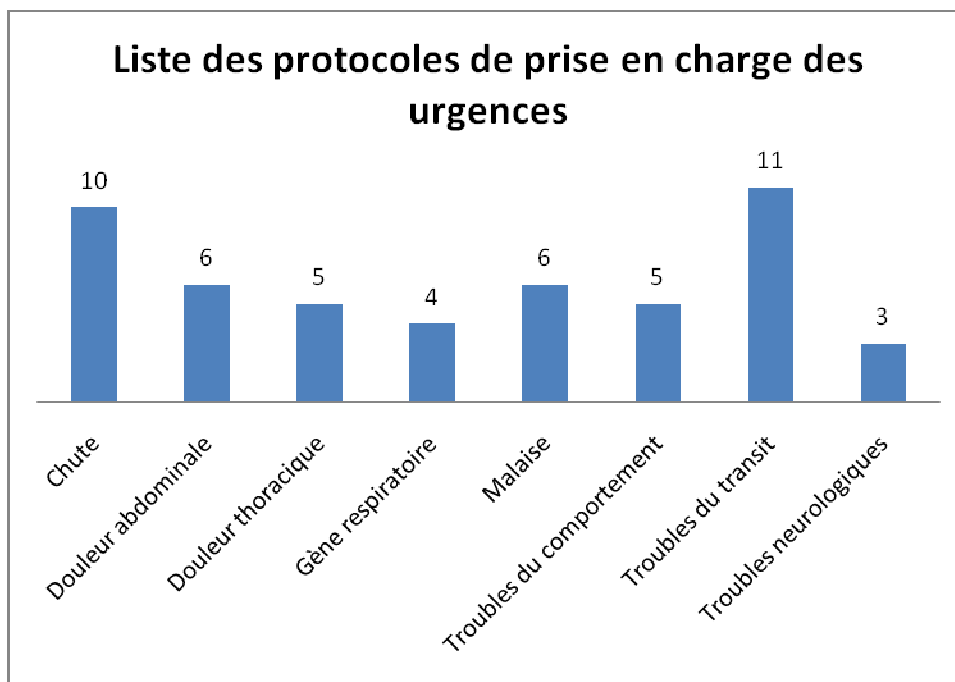
Des psychologues et des psychomotriciennes interviennent sur les horaires de jours. Les autres catégories de professionnels ne sont pas répertoriées.

Nous devons remarquer que la nuit, des auxiliaires de vie peuvent également être présentes, même si, en majorité, il s'agit d'aides soignantes. Les équipes peuvent probablement être mixtes.

4.2 Protocoles

Un protocole de Soins est un descriptif de techniques de soins à appliquer et/ou des consignes à observer, issu du service médical ou paramédical.

Graphique 3 : Liste des protocoles de prise en charge des situations pouvant aboutir à un système d'urgence.



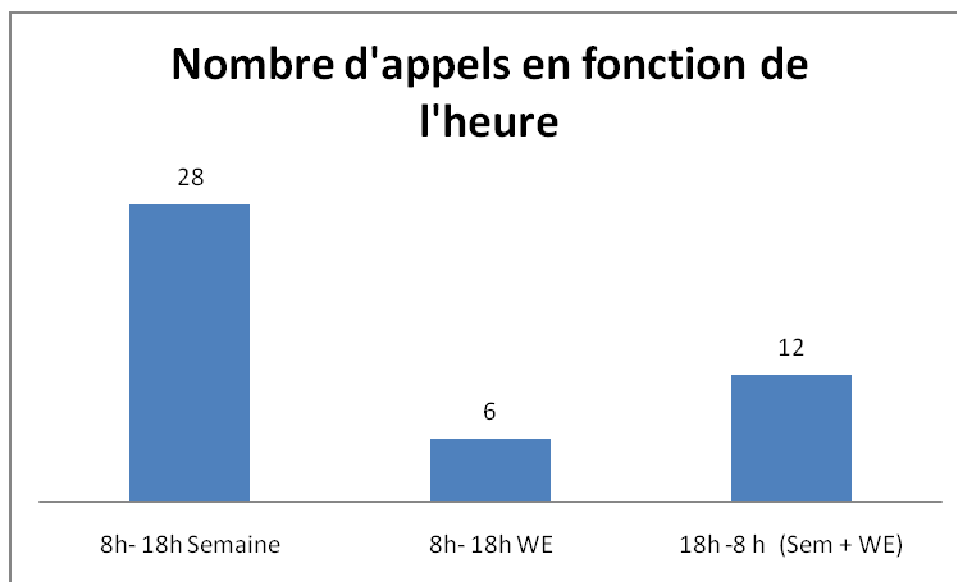
On remarque que toutes les EHPAD ont réalisés des protocoles pour les troubles du transit, puis pour les chutes. Viennent en troisième position, les protocoles sur les malaises et les douleurs abdominales, puis les douleurs thoraciques et les troubles du comportement.

Donc un grand nombre de protocoles disponibles, ciblant entre autres, les grandes catégories de motifs de recours aux urgences.

4.3 Recours aux urgences

Le nombre de recours aux urgences est de 42 en un mois, pour les 11 établissements.

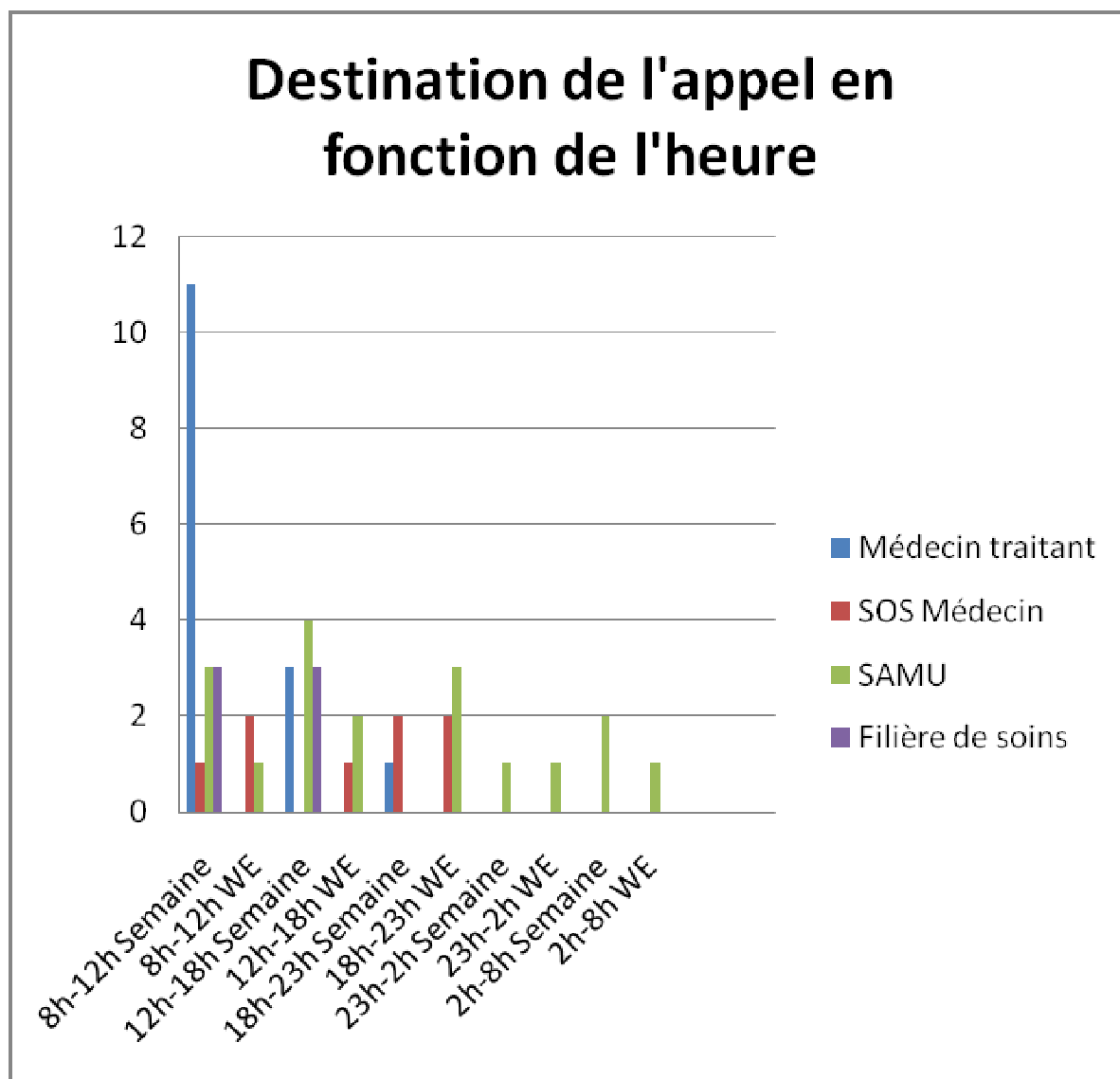
Graphique 4 : Nombre d'appels en fonction de l'heure.



La repartition des horaires se fait dans le temps avec une majorité des appels effectués entre 8h et 18 heures en semaine, puis la nuit en semaine et le week end, et enfin sur les appels de jour de week end.

Nous nous sommes interrogés vers qui sont adressés les appels d'urgences en fonction du jour ou de la nuit, la semaine ou le weekend.

Graphique 5 : Destination des appels d'urgences en fonction de l'heure de jour ou de nuit, de semaine ou de week-end ;



Le médecin traitant est préférentiellement appelé le matin en semaine, moins l'après midi, jamais la nuit ou le weekend.

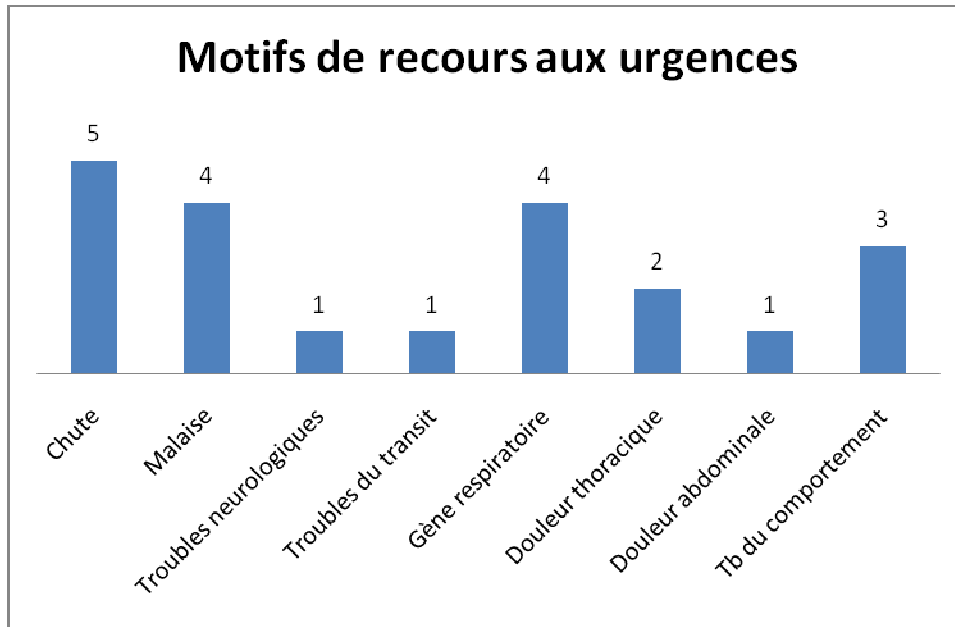
Sos médecin sera appelé plutôt le soir ou le weekend.

Le SAMU est appelé quelque soit l'heure de la journée, pendant la semaine ou le weekend. il reste la seule destination des appels la nuit après 23 heures, et le weekend après 18 heures.

La filière n'est jamais appelée sauf pour une EHPAD, et toujours en journée.

4.4 Motif de recours aux urgences

Graphique 5 : motifs de recours aux urgences en fonction des Ehpad.



Le principal motif de recours aux urgences est les chutes, puis les malaises et les gênes respiratoires, les troubles du comportement et les douleurs thoraciques, et enfin les troubles neurologiques, et les douleurs abdominales.

Par contre, il n'y a aucun transfert dans les suites de l'apparition des troubles du transit.

Finalement, les motifs de recours les plus fréquents sont des tableaux cliniques complexes pour les auxiliaires de vie, les aides soignantes, les infirmières, et parfois même les médecins de garde. On comprend mieux la possibilité des transferts aux urgences.

Les troubles du comportement, qui ne posent pas vraiment une difficulté diagnostique, représentent finalement un motif de recours plutôt rare.

4.5 Organisation des soins infirmiers de nuit en EHPAD

Partant du constat qu'il n'y a pas d'infirmière de nuit dans les EHPAD qui nous ont répondu, nous avons interrogé les médecins coordonnateurs pour savoir s'ils ont déjà organisés une prise en charge infirmière dans leurs établissements la nuit, et s'ils seraient intéressés par une telle prise en charge la nuit.

Utilisation pour les soins infirmiers de nuits		
EPINAD	HAD	filière gériatrique
0	1	0
Intérêt pour les médecins coordonnateur d'une intervention dans leur établissement		
EPINAD	HAD	filière gériatrique
0	4	4

Personne n'utilise des éléments extérieurs à l'EHPAD pour la réalisation de gestes infirmiers de nuit.

Certains nous interrogent sur le rôle d'EPINAD. Nous sommes surpris car il existe une diffusion des plaquettes sur EPINAD, vers les médecins traitants, également en accompagnement des comptes rendus d'hospitalisation en fin de court séjour gériatrique.

Certains aimeraient utiliser la nuit l'HAD, ou la filière gériatrique, personne n'envisage d'utiliser EPINAD.

V Discussion

5.1 Principaux résultats de l'étude :

Sans surprise, le GMP des établissements participants se situe dans la moyenne habituelle, sans corrélation entre la taille des établissements et le niveau moyen de dépendance. Le PMP relevé dans 4 établissements seulement est lui aussi habituel.

Globalement, chaque établissement fait appel quatre fois par mois aux systèmes d'urgences (sur notre échantillon).

Ce qui paraît assez peu fréquent, mais correspondant aux échanges informels avec certains coordonnateurs. Le poids de ces venues pour un SAU peut néanmoins être important si nous extrapolons de manière grossière : 30 établissements à 4 venues par mois. D'autant plus que ces patients ne trouvent pas forcément une place adaptée lors de l'hospitalisation. L'impact de l'existence des protocoles n'est pas mesurable ici ; la question est de savoir si des médecins extérieurs les connaissent, les appliquent et s'ils permettent une surveillance pertinente.

Notre étude n'a pas retrouvé d'horaires particuliers pour lesquels le nombre de transferts est augmenté. Et tous les systèmes d'urgences sont appelés, avec préférentiellement le médecin traitant dans la journée, et le 15 quelque soit l'heure.

Enfin, même si la majorité des médecins coordonnateurs pensent qu'une petite partie des transferts (< 20%) auraient pu être évité, il ne souhaite pas, peut être faute d'informations, l'intervention d'Epivad, dans leur établissement. Il préférerait renforcer leur partenariat avec l'HAD, et la filière gériatrique.

5.2 Limites de l'étude :

Notre enquête a été réalisée à partir d'un territoire limité du 95.1, centré sur la zone d'intervention d'EPINAD. Nous avons donc diffusé notre questionnaire uniquement à 30 EHPAD.

Il s'agit d'une étude prospective, et nous avons limité notre enquête dans le temps, limitant peut être le nombre de réponses.

Nous avons conscience que les médecins coordonnateurs sont constamment sollicités pour répondre à des questionnaires, et que si le sujet du questionnaire ne permet pas de répondre à une de leur difficulté, faute de temps, ils n'y répondront pas.

De plus, certains médecins coordonnateurs travaillent dans plusieurs établissements, et ne répondent pas plusieurs fois au même questionnaire.

Enfin le questionnaire a été adressé en période de vacances scolaires.

5.3 Rapprochement avec quelques travaux de la littérature :

Population étudiée :

La population étudiée retrouve une population dépendante (GMP 745, PMP 172.5). En reprenant les études de la DRESS (5), on constate, que nos chiffres sont élevés par rapport à fin 2007. En effet, le GMP était à 663. On voit qu'il est en évolution (538 en 2003). Plusieurs hypothèses peuvent être évoquées ;

- Comme nous l'avons vu, le territoire du 95.1 est un territoire vieillissant (8), avec des projections de vieillissement plus important que pour les autres territoires du Val d'Oise.
- De plus le développement du Plan Vieillesse et Solidarité de 2003, qui a prévu le renforcement des dispositions permettant le maintien au domicile des personnes âgées a permis de retarder les entrées en EHPAD. Les patients entrent à des âges plus avancés. Or on sait que le nombre de pathologies augmente avec l'âge (4), et aggrave la dépendance.

Aucune EHPAD ayant répondu au questionnaire, n'a d'infirmière la nuit. On retrouve dans les chiffres de la DRESS la présence d'une IDE dans 7% des cas. Lors d'une étude faite dans le cadre du réseau inter établissement de Val d'Oise en 2007 (15) sur 18 établissements interrogés, 4 avait au moins une IDE la nuit.

Pour autant, devant la dépendance des résidents des EHPAD, et donc le risque de décompensation, le peu d'appels vers les systèmes d'urgences la nuit peut s'expliquer de deux façons :

- Il n'y a que très peu de décompensation la nuit,
- On se rend moins compte de l'apparition des symptômes faute de passage de personnel. Les signes inquiétants sont dépistés le matin.

Bien sur, la réalisation de protocoles permet d'anticiper les difficultés et d'éviter les appels vers les systèmes d'urgences. Les recommandations de bonnes pratiques définies par le ministère définissent des stratégies de prise en charges gériatriques, telle que les prises en charges des chutes, des douleurs, de la dénutrition, des escarres, de l'incontinence, des infections, de l'insomnie, des soins palliatifs, des prescriptions médicamenteuses, des agitations, chaleur, confusion, contention, déshydrations. (9)

Malgré une large diffusion des ses protocoles, on constate que le principal motif de transfert aux urgences est les chutes. On retrouve ce même constat dans la littérature. (10)

Il faut remarquer que les motifs principaux de recours aux systèmes d'urgence, sont des tableaux cliniques dont l'analyse est difficile pour les non médecins, et également pour les médecins urgentistes. Les chutes peuvent nécessiter une imagerie, les malaises recouvrent

un grand nombre d'étiologies, les diverses localisations douloureuses peuvent mériter des investigations. Un certain nombre de ces situations pourraient bénéficier d'une simple surveillance infirmière mais, comme nous l'avons indiqué, il n'y a pas d'infirmières la nuit dans les EHPAD. Un médecin urgentiste appelé dans l'après midi, même pour une symptomatologie à priori non inquiétante, peut décider d'une hospitalisation en sachant qu'il n'y aura pas de surveillance qualifiée la nuit.

Transferts et hospitalisations aux urgences :

Notre travail a été initié suite au constat fait par les urgences, d'une augmentation du nombre de consultation aux urgences des personnes de plus de 75 ans. (10)(11)

La même étude de la DRESS de 2003 retrouve que les motifs de recours aux urgences changent en fonction de l'âge. Pour autant, il trouve que la traumatologie diminue au profit des problèmes cardio-vasculaires, pulmonaires et digestifs ; enfin, un peu plus de 5 % de ces patients très âgés présentent des infections.

Une des difficultés des urgences est que la proportion de patients dont l'état est susceptible de s'aggraver devient significatif, les investigations diagnostiques se multiplient et se diversifient (biologie, ECG) et le passage aux urgences débouche plus d'une fois sur deux sur une hospitalisation. Tout se passe, dans ce cas, comme si les urgences jouaient le rôle de porte d'entrée pour une hospitalisation non programmée. Les personnes de plus de 80 ans (7 % des passages), en particulier, sont adressées par un médecin pour être hospitalisées, arrivent seules. Lorsqu'elles justifient une hospitalisation hors traumatologie, elles séjournent plus longtemps dans l'unité d'urgence avant leur transfert.

De plus, quand la nécessité d'hospitalisation est posée, les délais d'hospitalisation sont plus longs pour les personnes de 80 ans et plus, qui ne relèvent pas du court séjour mais d'une autre orientation. En effet, on note des délais de transfert dans les services beaucoup plus longs que pour les plus jeunes: 5 heures 20 pour le transfert en moyen séjour, 6 heures 40 en long séjour si celui-ci est au sein de l'établissement, 13 heures 30 à l'extérieur, même si ces cas extrêmes sont relativement rares (11).

De plus, la conférence de consensus préconise l'intervention du gériatre, qui apporte une capacité d'analyse complémentaire de la problématique, une expertise pour la meilleure orientation possible, une connaissance des différents services d'aval. Mais qui n'est pas présent sur le site des urgences, dans notre territoire de santé, après 18 heures.

Les services d'urgences connaissent les limites de prise en charge des EHPAD, et en particulier l'absence de surveillance infirmière la nuit. Ce point entraîne des dysfonctionnements :

- Le patient est ré-adressé en EHPAD car ne nécessitant pas d'hospitalisation, mais dans une situation clinique qui peut être délicate à apprécier pour une aide soignante ou une auxiliaire de vie (surveillance de perfusion, administration des médicaments...)
- Le patient est maintenu aux urgences, et passe la nuit sur un brancard, ou bien est hospitalisé dans un service non adapté, où il peut rester plusieurs jours.

Ce travail fait apparaître certains points qu'il est nécessaire d'améliorer :

- L'accès direct à la filière gériatrique n'est pas assez développé et nécessite certainement un effort de communication et d'information. Pour autant, les filières gériatriques, pour la plupart ne disposent pas d'un médecin de garde après 18 heures ; le seul recours est donc le SAU (mais pas de gériatre de garde).
- Nous constatons que la plupart des motifs de recours aux urgences nécessitent un avis médical et des explorations. Le transfert est donc souvent peu discutable. Par contre, il est nécessaire au SAU de pouvoir ré adresser en EHPAD de manière sûre, les personnes âgées qui ne justifient pas d'une hospitalisation.
- D'une manière générale, les ressources du territoire ne sont pas bien identifiées. Des structures comme EPINAD mériteraient d'être davantage utilisées dans les EHPAD.

Cette problématique amène l'ARHIF à développer des projets appuyés sur la télé médecine, afin d'éviter chaque fois que possible des hospitalisations inadaptées à partir des EHPAD.

Projet de téléassistance de l'ARHIF

Ce projet (12) entre dans une démarche visant à soulager les équipes des EHPAD lorsqu'elles se trouvent en difficulté face à un résident dont la situation s'aggrave et pour lequel un avis médical s'impose.

4 projets expérimentaux sont proposés à Argenteuil, Porte Verte-Versailles, Bretonneau, et le groupe Korian.

Chaque projet est spécifique dans son organisation afin d'obtenir des éléments de comparaison sur des modes de réponses différents:

- Versailles: recours au centre 15 et évaluation des difficultés rencontrées par tous les professionnels concernés en vue de définir des axes d'amélioration et l'opportunité d'impliquer la filière gériatrique,

- Korian: recours à une plateforme de téléassistance privée à distance qui réalise l'interface entre l'EHPAD et les services susceptibles de prendre en charge ou de donner un avis,

- Bretonneau: recours auprès de la filière gériatrique,

- Argenteuil: projet construit à partir d'une unité d'intervention paramédicale de nuit déjà existante et intervenant au domicile des patients sur prescription. Ce fonctionnement serait adapté à des interventions en EHPAD. L'objectif serait de "sécuriser" l'EHPAD et d'anticiper les problèmes pour réduire au maximum les besoins.

Nous avons donc imaginé une extension de fonctions d'EPINAD. Pour les horaires de jours, c'est au médecin traitant d'appeler EPINAD. Il s'assure d'une surveillance infirmière nocturne qui doit permettre d'éviter, dans certains cas, un recours aux urgences.

Un médecin urgentiste (SAMU, SOS médecin) peut également utiliser ce dispositif s'il estime qu'une surveillance suffit. EPINAD peut intervenir de manière non programmée et donc d'être déclenchée à 3 heures du matin si nécessaire. Enfin, le dispositif est complété par une présence de gériatres dédiés, aux urgences sur une plage horaire qui nous a paru « sensible » de 16 heures à 20 heures. Ce médecin peut réaliser des explorations utiles, et ré adresser en EHPAD, avec éventuellement une intervention de l'EPINAD, les patients qui ne nécessiteraient pas une hospitalisation en urgence.

Ce projet expérimental, tente donc de reprendre deux points particuliers qui entraînent des hospitalisations non pertinentes à partir des EHPAD :

- Un avis gériatrique à des heures où le recours direct à la filière n'est plus possible. Avis appuyé si nécessaire par des explorations réalisées aux urgences.
- Une surveillance infirmière nocturne en EHPAD, intervenant de manière ponctuelle, mais sur plusieurs nuits si nécessaire, permettant d'éviter par exemple une hospitalisation pour surveiller une perfusion intraveineuse.

Il s'agit en fait d'une « mutualisation » de temps infirmier entre plusieurs EHPAD.

Ce dispositif sera testé à partir de Janvier 2010 sur 3 mois.

VI Conclusion

Les urgences en EHPAD sont bien un sujet de préoccupation important pour le médecin coordonnateur.

Malgré une population poly pathologique dépendante, et donc fragile, le décret de n° 2007-547 du 11 avril 2007, ne donne pas au coordonnateur les moyens d'organiser la continuité des soins.

L'absence de personnel infirmier de nuit, motive très probablement un certain nombre d'hospitalisation qui pourraient être évitées. Il faudrait sans doute parler aussi des fins de vie qui pourraient se dérouler dans les lieux de vie habituel du résident plutôt qu'aux urgences ou à l'hôpital.

Le soutien que peut apporter une filière gériatrique à l'accomplissement du projet de vie d'un résident d'EHPAD passe probablement par la mise en place d'un dispositif tel que celui décrit plus haut.

Nous espérons pouvoir évaluer de manière plus complète dans quelques mois si cet objectif a été approché.

VII Bibliographie

- 1- Organisation d'un système de soins. Filière et réseaux, Apprentissage de l'exercice médical, B. Housset, masson Item 13 page 231, 10/2008
- 2- Circulaire DGAS/SD 2 C n° 2006-518 du 6 décembre 2006 relative aux formations à l'utilisation de l'outil Pathos dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
- 3- Prevot J « les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 » Etudes et résultats, n° 699, août 2009 DRESS
- 4- Dutheil N., Scheidegger S., 2006 « les pathologies des personnes âgées vivant en établissement », Etudes et résultats, n° 494, juin, DREES
- 5- Prevot J « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 » Etudes et résultats, N° 689, mai 2009, DRESS
- 6- JO n°87 du 13 avril 2007 page 6752 texte n°48
- 7- ARHIF, projet médical du 95.1-PMT95.1-01-10-08
- 8- Recommandations des bonnes pratiques en EHPAD ministère de la santé
- 9- Prise en charge des urgences en EHPAD, proposition d'amélioration par le médecin coordonnateur .Docteur Isabelle KURTZEMANN 2007.
- 10- 10ème Conférence de consensus Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences, Strasbourg, 5 déc 2003
- 11- Urgences et personnes âgées forum des urgences en Tarn-et-Garonne 14 juin 2003
- 12- Carrasco V, Baubeau D, *Etudes et Résultats*, DREES, n°212 les usagers des urgences.

13- Téléassistance en EHPAD, La revue de l'ARHIF, p 8, mai 2009

14- Les bonnes pratiques de soins en EHPAD, Quelques recommandations, Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Action Sociale, Société Française de Gériatrie et Gérontologie, gouv.fr

15- Questionnaire du groupe de travail EMG dans les EHPAD, réseau inter établissement du Val d'Oise. Site internet geronto95.com.

VIII Annexes

Questionnaire diffusé aux EHPAD										
Nom de l'établissement :										
Adresse :										
GMP :				PMP :						
Capacité totale d'accueil de résidents				résidents						
Composition du personnel : (en nombre de postes)										
	Jour				Nuit					
IDE										
AS										
ASH										
Autres :.....										
Existe-t-il des protocoles d'urgences dans votre EHPAD ?										
	Oui				Non					
Chute										
Malaise										
Troubles neurologiques										
Troubles du transit										
Gène respiratoire										
Douleur thoracique										
Douleur abdominale										
Troubles du comportement										
autres										
Durant la période du mois de septembre 2009, combien de fois avez vous eu recours à un système d'urgence ?.....										
Pourriez-vous détailler le nombre d'appels vers un système d'urgence, en fonction de l'heure, pendant la semaine et le Week End ?										
	8- 12h		12-18h		18- 23h		23- 2h		2h- 8h	
	S	WE	S	WE	S	WE	S	WE	S	WE
Médecin traitant										
Sos médecin										
15										
Filière de soins										
S= Semaine										
WE = week end										

Nombre d'appels ayant abouti ?	0-5	6-10	11-15	16-20	plus
A un transfert aux urgences ?					
A une hospitalisation supérieure à 48 heures ?					
Motif du transfert aux urgences ?					
Nombre de fois ?	0- 5	6- 10	11-15	16-20	plus
Chute					
Malaise					
Troubles neurologiques					
Troubles du transit					
Gène respiratoire					
Douleur thoracique					
Douleur abdominale					
Troubles du comportement					
autres					
Utilisez- vous dans votre établissement pour des soins infirmiers la nuit ?					
	Oui	Non			
EPINAD					
La filière gériatrique					
HAD					
Verriez-vous l'utilité d'une intervention dans votre établissement ?					
	Oui	Non			
EPINAD					
La filière gériatrique					
HAD					
Pensez vous que certaines hospitalisations au service des urgences auraient pu être évitées ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Dans quelle proportion ? <input type="checkbox"/> moins de 20% <input type="checkbox"/> entre 20 et 50% <input type="checkbox"/> plus de 50%					
Souhaiteriez-vous être consulte dans le cadre de la mise en place d'un système de aux urgences ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
Questionnaire rempli par	<input type="checkbox"/> directeur	<input type="checkbox"/> IDEC			
	<input type="checkbox"/> médecin coordonnateur	<input type="checkbox"/> autre.....			

