

UNIVERSITE RENE DESCARTES - PARIS V

FACULTE DE MEDECINE COCHIN PORT-ROYAL

MEMOIRE POUR LE DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE
«FORMATION A LA FONCTION DE MEDECIN COORDONNATEUR D'ETABLISSEMENT
D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES ».

**Eviter les hospitalisations inutiles : intérêt d'une
infirmière de nuit en EHPAD**

ROMAIN CHOVELON

*Directeur de mémoire : Dr MOIRON Lyonnell, chef du pôle de gériatrie au
centre hospitalier de Roanne et médecin urgentiste.*

2018

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement Mme Sandrine Colotto-Petassou, chargée du suivi du dispositif PAERPA sur le territoire Roannais, pour la précieuse aide apportée.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Hospitalization of a nursing home resident decreases its autonomy and seems often avoidable. A night nurse sent by the Centre 15 (911) to the nursing home is a way announced by the government to reduce these unnecessary hospitalizations. What about its effectiveness in the Roannais pilot area of 28 nurse home for 2103 residents. ?

METHOD: A comprehensive retrospective analysis of the nurse intervention in the nurse home at night was conducted in order to count the number of hospitalizations avoided during the studied period from December 2017 to August 2018 in the studied area. The reasons for a nurse interventions were also analyzed.

RESULTS: In 270 nights of activity there were 132 nurse interventions, followed by hospitalization in 7 cases, i.e. 94.7% of hospitalization were avoided. The reasons for intervention and the difficulties encountered were classified into categories for analysis and to make proposal for improvement.

DISCUSSION: A nurse intervening at night in nurse home therefore avoids hospitalizations in most of the cases. The system can be further improved by the coordinating physicians of the nurse home who must train their teams to work better with this new partner.

INTRODUCTION : L'hospitalisation d'un résident d'EHPAD diminue son autonomie et paraît souvent évitable. Une infirmière de nuit envoyée par le centre 15 vers les EHPAD est un moyen annoncé par le gouvernement pour lutter contre ces hospitalisations inutiles. Qu'en est-il de son efficacité sur le territoire pilote Roannais de 28 EHPAD pour 2103 résidents.

METHODE : Une analyse rétrospective exhaustive des interventions d'infirmière en EHPAD la nuit a été réalisée pour dénombrer le nombre d'hospitalisation évitée pendant la période de décembre 2017 à août 2018 sur le territoire étudié. Les motifs d'interventions ont aussi été analysés. **RESULTATS :** En 270 nuits d'activité il y a eu 132 interventions de l'IDE, suivie d'hospitalisation dans 7 cas, soit 94,7% d'hospitalisation évitée. Les motifs d'interventions et les difficultés rencontrées ont été classés en catégories pour analyse et proposition d'amélioration.

DISCUSSION : La présence d'une IDE intervenant la nuit dans les EHPAD permet donc d'éviter dans la grande majorité des cas une hospitalisation. Le dispositif peut encore être amélioré par l'action des médecins coordonnateurs d'EHPAD qui doivent former leurs équipes à mieux travailler avec ce nouveau partenaire.

ABREVIATIONS

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CH : Centre Hospitalier

ECG : électrocardiogramme

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMG : Equipe Mobile de Gériatrie

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

HAD : Hospitalisation A Domicile

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

MAIA : Méthode d'Actions pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie

PAERPA : Personne Agée En Risque de Perte d'Autonomie (dispositif)

USLD : Unité de Soins Longue Durée

Table des matières

I.	INTRODUCTION	6
A.	Préambule	6
B.	Le dispositif PAERPA.....	6
C.	Le contexte	7
D.	Justification de l'étude	7
II.	METHODE	8
A.	Méthodologie de l'étude.....	8
1.	Recueil des données.....	8
2.	Analyse des données	8
B.	Critère d'évaluation principal.....	9
C.	Critères d'évaluation secondaires	9
D.	Entretiens subsidiaires	9
III.	RESULTATS.....	10
A.	Nombre d'interventions réalisées et étudiées.....	10
B.	Critère d'évaluation principal.....	10
1.	Hospitalisations évitées.....	10
2.	Hospitalisations totales	10
C.	Résultats secondaires	11
1.	Motifs d'intervention	11
2.	Motifs d'hospitalisation.....	12
IV.	DISCUSSION	13
A.	Résultat principal.....	13
B.	Limite de l'étude.....	14
C.	Résultats secondaires.....	14
1.	Motifs d'intervention	14
2.	Motif d'hospitalisation	15
V.	CONCLUSION ET PROPOSITIONS	16
A.	Une utilité certaine de l'IDE de nuit en EHPAD	16
B.	Les griefs et freins au dispositif	17
C.	Le rôle des médecins coordonnateurs	17
VI.	BIBLIOGRAPHIE.....	19

I. INTRODUCTION

A. Préambule

Dans sa feuille de route « Grand âge et autonomie » (1) la ministre de la santé a annoncé mercredi 30 mai 2018 la généralisation d'un dispositif de présence infirmières la nuit dans les EHPAD, pour éviter des transports inutiles aux urgences de personnes âgées et fragiles. Ceci après étude dans certains territoires pilotes de présence d'infirmier de nuit en EHPAD (2) et du dispositif expérimental PAERPA (2)(3).

Il est certain qu'envoyer aux urgences une personne âgée et fragile peut être lourd de conséquences : celle-ci peut voir son autonomie largement diminuée, quel que soit le motif initial d'hospitalisation, qui de plus apparaît souvent évitable (3).

Partout les politiques publiques sont soucieuses de trouver des solutions pour éviter ces hospitalisations inutiles, dangereuses et coûteuses (4).

Si en journée on peut compter sur les médecins traitants des résidents et sur l'expérience des infirmières en EHPAD qui sauront aider le médecin régulateur à faire hospitaliser ou non un résident, le problème est tout autre la nuit où les veilleurs n'ont pas les compétences médicales et où on envoie trop rapidement aux urgences dans le doute de la situation.

B. Le dispositif PAERPA

Le dispositif PAERPA (5) « Personne Agée En Risque de Perte d'Autonomie » est expérimental depuis 2014 sur plusieurs territoires pilotes.

Il a pour objectif de préserver l'autonomie des personnes âgées. « Son rôle est de faire en sorte que chaque Français , âgé de 75 ans et plus, reçoive les bons soins par les bons professionnels, dans les bonnes structures au bon moment, le tout au meilleur coût. »

Il présente cinq axes de réflexion et d'action :

- Renforcer le maintien à domicile
- Améliorer la coordination des intervenants et des interventions
- Sécuriser la sortie d'hôpital
- **Eviter les hospitalisations inutiles**
- Mieux utiliser les médicaments

C. Le contexte

L'ARS a désigné le territoire de la filière gériatrique du Roannais comme « territoire d'expérimentation PAERPA » pour 2017-2018. C'est le seul territoire sur la région Auvergne-Rhône-Alpes ; il concerne plus de 20 000 personnes de plus de 75 ans.

La filière gériatrique du Roannais c'est entre autre : le département Loire, 5 centres hospitaliers, 28 EHPAD, un Groupement de Coopération Sanitaire, 6 CCAS, 4 résidences autonomes, 12 services d'aides et soins à domicile. Mais aussi : la MAIA, une Equipe Spécialisée Alzheimer, les différentes équipes mobiles du CH (EMG, EMSP ...).

Ces 28 EHPAD offrent 2103 lits d'hébergement permanent.

Le dispositif PAERPA sur ce territoire prévoit entre autre une IDE de nuit en poste aux urgences du CH de Roanne, lieu de la régulation du centre 15 du territoire.

Cette IDE n'est pas seulement dédiée aux EHPAD mais à toutes les personnes âgées arrivant aux urgences. Elle facilite leur prise en charge aux urgences, peut faire le lien avec un service de médecine si l'hospitalisation se prolonge, facilite un retour à domicile en évaluant sur place les besoins et/ou accompagnant le patient.

Cependant la mission qui nous intéresse est son envoi dans les EHPAD après appel du 15 par les veilleurs de nuit, pour évaluer la situation, rechercher des signes de gravités ou critères de transfert au CH, réaliser des actes ou soins selon les prescriptions du médecin régulateur et éviter ainsi une hospitalisation.

Le dispositif est effectif depuis décembre 2017.

D. Justification de l'étude

S'il est acquis qu'il faut réduire le nombre d'hospitalisations inutiles pour les personnes âgées, on suppose qu'une présence infirmière de nuit y contribuerait, encore faut-il le démontrer. Le dispositif est en cours d'évaluation, il est nécessaire d'avoir des études de résultats pour juger sa pertinence et donc le maintenir en place.

Nous nous proposons donc d'étudier les interventions d'IDE de nuit en EHPAD et de voir si elles sont suivies de transfert aux urgences pour justifier de son efficacité.

L'analyse des motifs fréquents d'interventions pourrait apporter des pistes de réflexions pour le travail des médecins coordonnateurs.

De même les commentaires des différents intervenants permettraient d'améliorer le dispositif s'il est jugé efficace et maintenu.

II. METHODE

A. Méthodologie de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive de données recueillies par analyse rétrospective de dossiers d'interventions nocturne en EHPAD des IDE PAERPA.

L'étude est exhaustive : chaque fiche d'intervention de la période a été incluse, sur tout le territoire couvert par ce dispositif.

Les interventions étudiées ont eu lieu depuis la mise en place de l'IDE de nuit du dispositif PAERPA, soit du 5 décembre 2017 au 31 août 2018 pour un travail d'analyse en septembre 2018.

Note bene : on entendait par le terme « hospitalisation » un transfert du résident au CH, qu'il soit ensuite effectivement hospitalisé en service de médecine ou chirurgie, où simplement vu par le médecin des urgences avant un retour dans son EHPAD.

1. Recueil des données

Les IDE intervenant dans le cadre du dispositif PAERPA consignaient sur un tableau des informations concernant leurs sorties nocturnes en EHPAD. Etaient mentionnées :

- Date de l'intervention, heure de début et de fin
- Identification de l'EHPAD
- Nom de l'IDE intervenant
- Nom et âge du patient
- Motif médical du déplacement
- Des commentaires ou appréciations sur l'intervention
- Le recours ou non à la pharmacie de garde
- L'hospitalisation ou non suite à l'intervention
- La réalisation ou non d'un ECG

2. Analyse des données

Ces fiches d'intervention ont toutes été analysées rétrospectivement.

Etait utilisé, à fin de comparaison, le logiciel de statistiques du CH pour retrouver le nombre total de passage aux urgences de résidents d'EHPAD sur la période étudiée.

B. Critère d'évaluation principal

Le critère principal d'évaluation de l'étude était le nombre d'hospitalisation évité grâce à l'intervention de l'IDE de nuit.

Le postulat initial était qu'un déplacement de l'IDE la nuit en EHPAD non suivi d'un transfert du résident aux urgences soit considéré comme une hospitalisation évitée.

C. Critères d'évaluation secondaires

Une analyse des motifs médicaux pour lesquels l'IDE de nuit avait été sollicitée a été faite, ainsi que des motifs pour lesquels les résidents ont quand même été transférés aux urgences après le passage de l'IDE.

D. Entretiens subsidiaires

Parallèlement à l'étude des données, des entretiens ont été réalisés avec différents personnels concernés par le dispositif (médecins traitant, équipe de nuit, urgentistes/régulateur...).

Cependant ces entretiens étaient informels et ne correspondent pas aux exigences d'une étude qualitative à proprement parler ; ils ont été réalisés pour obtenir des pistes de compréhension et de réflexion autour des données quantitatives obtenues. Etaient analysées conjointement à ces entretiens les remarques des IDE laissées en commentaires sur les fiches d'intervention nocturne.

III. RESULTATS

A. Nombre d'interventions réalisées et étudiées

	Nombre de nuits travaillées	Nombre d'interventions en EHPAD	Nombre d'hospitalisation	Nombre d'hospitalisations évitées
Décembre 2017	27	13	1	12
Janvier 2018	31	16	1	15
Février 2018	28	11	1	10
Mars 2018	31	21	0	21
Avril 2018	30	15	2	13
Mai 2018	31	11	1	10
Juin 2018	30	6	0	6
Juillet 2018	31	23	0	23
Aout 2018	31	16	1	15
Total	270	132	7	125

B. Critère d'évaluation principal

1. Hospitalisations évitées

Il y a eu 132 déplacements de l'IDE de nuit en EHPAD sur la période étudiée.

Sept déplacements sur 132 ont conduit par la suite à une hospitalisation (5.3%).

Il y a eu 125 hospitalisations évitées (94.7%) entre le 5 décembre 2017 et le 31 aout 2018.

2. Hospitalisations totales

On comptait par ailleurs au total 693 passages aux urgences de résidents d'EHPAD sur la période étudiée.

Le nombre d'hospitalisation totale potentielle était donc de 693 +125 soient 818 ; les 125 hospitalisations évitées en représentaient alors 15,3%.

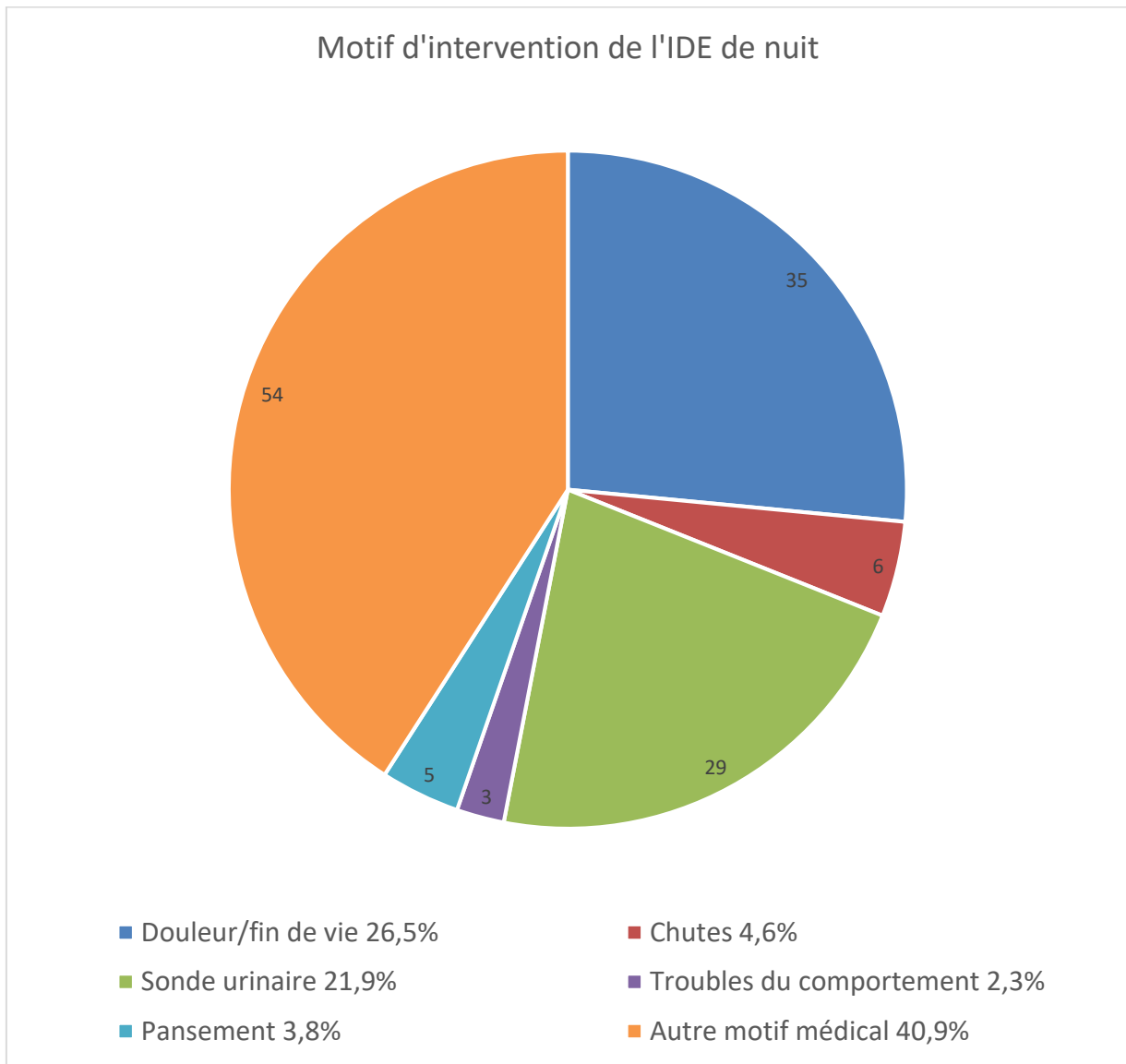
C. Résultats secondaires

1. Motifs d'intervention

Après analyse des fiches d'interventions, les motifs de déplacement de l'IDE de nuit pouvaient être classés en six grandes catégories :

- Douleur et contexte de fin de vie (injections de morphinique, scopolamine, valium, etc...)
- Chutes : bilan lésionnel, évaluation des signes de gravité, cotation et prise en charge de la douleur...
- Problème de sonde urinaire : rétention d'urines sur sonde, hématurie, (changement de sonde, lavage etc...)
- Troubles du comportement, agitation, agressivité (recherche confusion, injection de neuroleptiques, anxiolytiques etc...)
- Pansements : réfection de pansements arrachés, évaluation de plaies cutanées etc...
- « Autres motifs médicaux » : dyspnée, vomissements, douleur thoracique, troubles de la vigilance, hypoglycémie, hyperthermie, aérosols, antibiotiques, perfusions sous-cutanée, ECG, glycémie capillaire, etc...

Ces motifs étaient répartis de la manière suivante sur les 132 interventions :



2. Motifs d'hospitalisation

Concernant les sept transferts aux urgences suite au passage de l'IDE les motifs étaient les suivants :

- 3 tableaux de dyspnée (1 décompensation cardiaque, 1 trouble du rythme, 1 pneumopathie)
- 1 syndrome occlusif
- 1 chute avec plaie nécessitant d'être suturée
- 1 sonde urinaire bouchée sans matériel sur place pour y remédier
- 1 épisode douloureux sans antalgiques sur place pour y remédier

IV. DISCUSSION

A. Résultat principal

L'intervention d'une IDE la nuit en EHPAD a permis d'éviter dans la plupart des cas (94,7%) une hospitalisation du résident pour lequel le personnel de nuit appelait le 15.

Sur la période étudiée de 270 jours cela a représenté environ une hospitalisation évitée tous les deux jours.

On peut, en étudiant les données des passages aux urgences, extrapoler à une baisse d'environ 15% des hospitalisations totales grâce à la présence de cette IDE de nuit en EHPAD.

Est-ce suffisant pour justifier de son intérêt ?

De manière relative et mathématique son intérêt est évident : quasiment à chaque fois qu'elle est sollicitée l'hospitalisation est évitée.

De manière absolue le nombre d'hospitalisation évitée vaut-il la présence permanente de cette infirmière (pas de déplacement une nuit sur deux en moyenne etc...) ?

Les complications que peuvent entraîner une hospitalisation pour une personne âgée sont fréquentes voire inévitables, et aux conséquences graves avec une majoration certaine de la dépendance. Aussi, quand bien même ce taux d'efficacité serait inférieur, la moindre hospitalisation évitée resterait un gain humain considérable.

Enfin pour les partisans d'une logique comptable, devant le nombre absolu d'hospitalisation évitée qui peut être jugé insuffisant, il faut préciser que dans le dispositif actuel, l'IDE de nuit est en poste aux urgences où elle remplit d'autres missions en attendant de se rendre en EHPAD sur sollicitation du médecin régulateur du centre 15.

La question se poserait pour d'autres dispositifs expérimentaux comme la mutualisation d'une IDE salariée d'un EHPAD sur 4 ou 5 établissements et non en poste aux urgences. Le risque de surmédicalisation semblerait plus important, mais d'autres études devraient comparer ces différents dispositifs.

B. Limite de l'étude

La limite principale de l'étude est de considérer que chaque déplacement d'une IDE non suivie de transfert du résident aux urgences est une hospitalisation évitée.

C'est le cas théoriquement si l'on considère que l'IDE de nuit est « un éclaircur » du médecin régulateur, qui peut envoyer quelqu'un juger sur place d'une situation qu'il aurait obligatoirement fait passer aux urgences auparavant.

Ceci est vrai pour les chutes nécessitant un bilan lésionnel rapide, un épisode de détresse respiratoire, une sonde urinaire bouchée etc... Cela l'est moins dans d'autres situations, en particulier les problèmes de douleur en contexte de fin de vie : le médecin régulateur peut envoyer l'IDE faire une injection de morphine ou de valium mais n'aurait pas fait venir ce résident aux urgences pour cela auparavant.

Le nombre d'hospitalisations évitées est donc probablement surévalué si on l'extrapole du nombre total de déplacement non suivi de transfert aux urgences. Il faudrait pour être exact interroger chaque médecin régulateur sur chaque dossier, lui demandant ce qu'il aurait fait la nuit sans l'aide de cette IDE (transfert aux urgences ou problème remis au lendemain ?).

C. Résultats secondaires

1. Motifs d'intervention

L'étude des motifs d'intervention nocturne en EHPAD de l'IDE a distingué 6 catégories. Les entretiens avec le personnel de nuit, les médecins urgentistes, ainsi que les remarques des IDE dans les fiches d'interventions permettent d'éclairer en partie ces données :

On note relativement peu de déplacement pour des chutes (4,6%), des réfections de pansement (3,8%) ou des troubles du comportement (2,3%).

On suppose que ces motifs d'appels au 15 sont plus rares la nuit (ex pansement) de manière générale ; ou bien jugés pouvant attendre le lendemain matin et l'équipe de jour/le médecin traitant ; ou alors suffisamment grave pour que le médecin régulateur décide directement de l'hospitalisation sans passage de l'IDE (ex chute avec déformation d'un membre constatée par le personnel de nuit de l'EHPAD).

On voit par contre que les déplacements pour problèmes de sonde urinaire sont une part importante des interventions (21,9%).

Si des cas aigus sont signalés (sonde arrachées etc...) les IDE font aussi part dans leurs commentaires de nombreux cas de sonde bouchée « apparemment depuis longtemps » (oligurie, dépôts, troubles du comportement notés dans la journée etc...). Sans juger de la qualité des soins apportés en journée par l'équipe soignante, cela peut être une piste de réflexion sur la surveillance de ces dispositifs en journée dans les EHPAD.

Les déplacements dans un contexte de douleur ou inconfort de fin de vie représentent plus d'un quart des interventions (26,5%).

Le point positif à retenir est que le contexte de fin de vie est connu de l'équipe de nuit et que le médecin régulateur et l'IDE de nuit en tiennent compte en ne transférant pas la personne aux urgences, préférant adapter la prise en soins vers le confort et l'accompagnement du résident « chez lui ».

Mais on pourrait s'interroger sur la qualité de prise en charge de ces résidents : si l'on a autant besoin de l'IDE de nuit pour ces situations, sont-elles insuffisamment traitées en journée par l'équipe soignante ? Le projet de soin et la prise en charge de la douleur sont-ils manquants ou inefficaces dans ces contextes de fin de vie ?

Ou alors le contexte est justement bien travaillé en amont par le médecin traitant et l'équipe soignante, avec mise en place de prescriptions anticipées. Auquel cas la situation se rapproche de celle d'une HAD. Cela ressort d'ailleurs des commentaires et entretiens où des équipes PAERPA et HAD s'accusent mutuellement d'empiéter sur les plates-bandes de l'autre.

Enfin presque la moitié des interventions (40,9%) sont pour « motifs médicaux divers ». Ils sont trop hétérogènes et de gravité variable ; le médecin régulateur devra toujours les traiter comme des cas particuliers.

2. Motif d'hospitalisation

A propos des hospitalisations des résidents après le passage de l'IDE, il est à noter que dans cinq cas sur sept le transfert aux urgences a été justifié selon le motif d'appel puis l'évaluation clinique par l'IDE rapportée au médecin régulateur (dyspnée, syndrome occlusif, plaie requérant une suture).

Cependant on remarque que deux hospitalisations sur sept auraient pu être évitées :

- Un résident est transféré aux urgences pour une sonde urinaire bouchée, l'IDE de nuit n'avait pas le matériel adéquat à sa disposition dans l'EHPAD.
- Un résident est transféré aux urgences pour administration d'antalgiques, hors contexte de fin de vie, sans diagnostic de gravité ou d'urgence mais encore parce que l'IDE de nuit n'avait pas d'antalgiques à sa disposition dans l'EHPAD.

Il semble donc possible d'améliorer le dispositif et d'éviter les hospitalisations inutiles en travaillant sur ces échecs, à travers une objectivation et une harmonisation des moyens à dispositions des IDE de nuit dans les différents EHPAD.

V. CONCLUSION ET PROPOSITIONS

A. Une utilité certaine de l'IDE de nuit en EHPAD

La présence d'une IDE de nuit en EHPAD paraît donc être un facteur indispensable dans la lutte contre les hospitalisations inutiles des résidents d'EHPAD.

Ces hospitalisations sont à éviter le plus possible, entraînant chez les personnes âgées de multiples complications et aggravant leur perte d'autonomie ; de plus ces hospitalisations se font parfois contre le grès du résident, qui dans l'urgence a peu son mot à dire quand à sa prise en soins.

Le postulat initial de l'étude suppose que chaque déplacement de l'IDE non suivi de transfert aux urgences est une hospitalisation évitée. Cela est un biais relativement important car non vrai dans toutes les situations rencontrées, en particulier celles de contexte de fin de vie. Cela peut alors diminuer la pertinence de l'étude.

Cependant peut-on juger comme seul et unique intérêt à cette permanence infirmière nocturne de limiter les hospitalisations ? Dans des situations qui auparavant auraient attendu le lendemain pour être réglées, cette présence infirmière permet de rassurer immédiatement résident et équipe de nuit, de soulager plus efficacement et rapidement, d'éviter la dégradation de la situation. En particulier peut-on laisser un résident algique non soulagé souffrir la nuit sous prétexte qu'il vaut mieux pour lui ne pas le faire venir aux urgences ? L'intérêt d'une IDE intervenant la nuit est donc évident pour la qualité des soins des résidents.

B. Les griefs et freins au dispositif

L'enthousiasme pour un tel dispositif n'a étonnement pas été partagé par tous les acteurs malgré son intérêt qui paraissait évident. Des griefs contre la présence d'une infirmière intervenant la nuit en EHPAD ont été perçus, bien que minoritaires devant l'engouement de la plupart des acteurs.

Cependant par exemple un établissement membre de la filière n'a pas souhaité intégrer le dispositif, sans justification précise.

Bien que la plupart des équipes de nuit se disent soulagées par l'aide apportée par cette IDE, certaines admettent parfois préférer une hospitalisation du résident, prétextent une crainte d'une surmédicalisation de l'EHPAD où l'on s'occuperait de cas trop complexe.

De même, dans certaines situations l'IDE, suivant les directives du médecin régulateur, initie une thérapeutique, ou prélève un bilan sanguin, et laisse des consignes à l'équipe de jour et au médecin traitant. Ces derniers ont parfois vu une ingérence dans ces situations et refusaient de poursuivre la prise en charge initiée par d'autres, ou rejoignaient les avis des équipes de nuit, voyant une surmédicalisation de l'EHPAD.

En résumé (outre les problèmes d'ego), il existe une crainte peut-être légitime de voir les EHPAD se transformer en USLD avec des soins infirmiers jour et nuit.

Enfin, nous l'avons évoqué, le rôle de l'IDE de nuit peut être mal appréhendé par certains, pouvant aboutir à des conflits de territoire (cf expérience avec l'HAD).

C. Le rôle des médecins coordonnateurs

D'après cette étude, des intérêts qu'elle présente et des difficultés qu'elle décrit, le rôle du médecin coordonnateur d'EHPAD paraît crucial.

Tout d'abord l'une des missions du médecin coordonnateur est de participer à la mise en œuvre de conventions entre l'EHPAD et les établissements de santé au titre de la continuité des soins (6). C'est lui qui va être le moteur de cette organisation avec le centre hospitalier et l'IDE de nuit intervenant en EHPAD.

Un contrat devra se faire avec la régulation des urgences, les missions et moyens devront être clairement définis.

Il lui faudra former le personnel de l'établissement à la présence de ce nouveau partenaire, l'informer des nouvelles possibilités de prise en charge, en expliquer le bien-fondé.

En effet si la communication ne se fait pas au sein de l'équipe, on peut retrouver comme dans certains entretiens des situations où le personnel de nuit n'a pas confiance et pense qu'on surmédicalise l'EHPAD, que l'on veut coute que coute y laisser des situations de plus en plus lourdes.

Le bénéfice de l'hospitalisation évitée devra donc toujours être expliqué, voire analysé a posteriori si cela engendre des tensions parmi le personnel.

Ensuite au regard des transferts aux urgences non évités nous avons vu que dans deux cas sur cinq il s'agissait d'un manque de moyens matériel dans l'EHPAD. Pour améliorer encore l'efficacité du dispositif il appartiendrait alors aux médecins coordonnateurs des différents EHPAD de la filière, en lien avec les médecins régulateurs et les IDE de nuit, d'évaluer les besoins, créer des listes communes et harmoniser les moyens et pratiques (morphine sur place, matériel pour sonde urinaire etc...)

Enfin nous avons constaté que si les motifs de déplacements des IDE la nuit sont légitimes, ils paraissent parfois évitables, comme ces problèmes de sonde urinaire dans un cinquième des déplacements : le médecin coordonnateur pourrait réévaluer leur suivi en journée, mieux former les équipes et éviter ces urgences nocturnes.

En conclusion une présence infirmière la nuit est un atout important pour les résidents d'EHPAD, permettant d'éviter de nombreuses hospitalisations délétères, mais aussi d'améliorer la prise en soins sur place. Le médecin coordonnateur paraît être un acteur central dans la mise en place et l'efficacité de ce dispositif.

VI. BIBLIOGRAPHIE

- 1 – « Grand âge et autonomie » Feuille de route – Dossier de presse – 30 mai 2018
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_grandage-autonomie.pdf
- 2 – Circulaire budgétaire médico-sociale 2018, annexe 12
- 3 - Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: frequency, causes, and costs: Ouslander JG¹, Lamb G, Perloe M, Givens JH, Kluge L, Rutland T, Atherly A, Saliba D. Journal of the American Geriatrics Society. 2010 Apr.
- 4 - Reducing potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: results of a pilot quality improvement project. Joseph G. Ouslander, Mary Perloe, Jovonn H. Givens, Linda Kluge, Tracy Rutland, Gerri Lamb. Journal of Medical Director Association. 2009 Nov.
- 5 – Le dispositif PAERPA :
<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
- 6 – Les missions du médecin coordonnateur :
Article D312-58 du Code de l'Action Sociale et des familles, modifié par Décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011