



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

Quels rôles peuvent jouer le Médecin coordonnateur et l’Infirmier (ère) coordinateur (trice) en Etablissement d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes dans l’optimisation des relations avec les services de gériatrie et les médecins traitants afin de privilégier les entrées directes ?



Magali Conesa
Dr Sophie Drévilion
Marine Larroze

DIU Formation à la fonction de médecin coordonnateur en EHPAD
DU infirmier(ère) référent(e) et coordinateur (trice) en EHPAD et en
SSIAD Année 2018

Directrice de mémoire : Dr Natacha LAMIRE

Table des matières

Liste des abréviations.....	3
Introduction.....	4
Méthode.....	6
1. Recueil de données.....	6
2. Questionnaire	6
Résultats.....	10
1. Recueil de données.....	10
a. Etude de la provenance des patients	10
b. Etudes des motifs d’hospitalisations des patients provenant du domicile	11
2. Questionnaire	14
a. Résultats pour les 52 infirmières coordinatrices	14
b. Résultats pour les 43 Médecins coordonnateurs	20
Discussion.....	26
Bibliographie	29
Annexe : Exemple de recueil de données	31
Résumé.....	34
Abstract.....	35

Liste des Abréviations

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

EGS : Évaluation Gériatrique Standardisée

DLU : Dossier de Liaison d'Urgence

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IDEC : Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice

Introduction

Fin 2015, la France comptait 585 560 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ⁽¹⁾. La moyenne d'âge des résidents a augmenté par rapport à fin 2011 passant de 86 ans et 5 mois à 87 ans et 5 mois fin 2015 ⁽¹⁾. Le profil des résidents s'est également modifié avec une accentuation de la dépendance : plus de 80% des résidents en EHPAD sont classés en GIR 1 à 4 ⁽¹⁾. Devant ce constat d'augmentation de l'âge moyen des résidents et de leur dépendance, la fragilité (liée à la polypathologie) des populations hébergées en EHPAD se majore d'année en année ⁽²⁾, augmentant ainsi les hospitalisations et le passage par les urgences ⁽³⁾. La polypathologie des personnes âgées induit également un temps de passage plus long aux urgences ⁽⁴⁾.

Pour accompagner les résidents accueillis, en prenant en compte au mieux leurs fragilités multiples, le travail coordonné avec la filière gériatrique est primordial. Comme elle est décrite dans la circulaire du 28 mars 2007 ⁽⁵⁾, cette filière doit répondre à trois grandes missions: les hospitalisations programmables, les non programmables et les consultations. Pour répondre à ses missions, la filière doit se composer de plusieurs structures complémentaires : un court séjour gériatrique permettant les hospitalisations aiguës (programmées ou non), une équipe mobile de gériatrie afin de donner des avis gériatriques aux urgences et dans les autres services spécialisés, une unité de consultation (mémoire, oncogériatrie...) et d'hospitalisation de jour gériatrique (permettant également de réaliser des Évaluations Gériatriques Standardisées), un service de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) gériatrique et une Unité de Soins de Longue Durée (USLD).

Lorsque des hospitalisations sont nécessaires, il convient dès que cela est possible, d'éviter le passage aux urgences qui apparaît comme très délétère pour les populations gériatriques accueillies en EHPAD ^{(6) (7) (8)}. En effet, les hospitalisations non programmées ont fréquemment un impact négatif sur les personnes âgées, pouvant accentuer et précipiter la dépendance et le déclin cognitif ⁽⁹⁾. La prise en charge aux urgences n'est pas adaptée à la population gériatrique ⁽¹⁰⁾. L'admission en hospitalisation via les urgences est pourtant le principal mode d'entrée à l'hôpital ⁽¹¹⁾. Selon le rapport de synthèse de 2011 sur l'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge ⁽¹²⁾, le taux de recours aux urgences pour les personnes de plus de 70 ans augmente régulièrement pour atteindre 40% à l'âge de 80 ans et 52% des hospitalisations des résidents d'EHPAD se font par les urgences. Plusieurs études ont exploré le profil des hospitalisations par les urgences retrouvant des hospitalisations

potentiellement évitables (qui auraient pu être programmées en amont en lien avec la filière gériatrique) et des hospitalisations inappropriées c'est-à-dire que la balance bénéfice-risque n'est pas en faveur de l'hospitalisation ⁽⁹⁾. La pertinence des hospitalisations via les urgences peut être évaluée par un outil, l'Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) ^{(3) (9)}. Certains passages par les urgences resteront inévitables (les affections aiguës non prévisibles, les décompensations très rapides de pathologies connues, la difficulté diagnostique gériatrique, certains contextes psychologiques ne permettant pas d'anticipation). En revanche, l'anticipation du suivi de pathologies chroniques et la fluidification des relations avec les services spécialisés permettraient d'éviter certains passages par les urgences ⁽¹²⁾.

Parmi les 13 missions du médecin coordonnateur, la mission 10 est la mise en œuvre de conventions avec les établissements de santé au titre de la continuité des soins ⁽¹³⁾, ce qui est notamment l'occasion de nouer des partenariats avec la filière gériatrique ⁽¹⁴⁾. Dans la poursuite du développement des liens avec les acteurs du réseau gérontologique, l'organisation d'entrée directe dans le service gériatrique d'hospitalisation aiguë peut permettre une meilleure gestion des hospitalisations en diminuant le passage par les urgences. Comment l'équipe de coordination peut-elle anticiper les hospitalisations? Auprès de quels acteurs peut-elle se mettre en relation afin de prendre en charge au mieux les résidents lorsque des hospitalisations sont nécessaires? Quels rôles peuvent jouer le médecin coordonnateur et l'infirmière coordinatrice en EHPAD pour anticiper les hospitalisations, diffuser l'information, favoriser et organiser dès que cela est possible des entrées directes en service de gériatrie? Quels rôles peuvent jouer le Médecin coordonnateur et l'infirmière coordinatrice en EHPAD dans l'optimisation des relations avec les services de gériatrie et les médecins traitants afin de privilégier les entrées directes ?

Méthode

Nous avons rédigé ce mémoire de manière collective : deux infirmières coordonnatrices et un médecin coordonnateur. Après avoir réalisé des recherches bibliographiques, nous avons pu définir précisément notre question de recherche. Afin d'y répondre, nous avons travaillé sur deux axes complémentaires, l'un hospitalier et l'autre au sein des EHPAD, que nous avons travaillé parallèlement. Le premier axe a consisté en un recueil de données et le deuxième en l'élaboration puis la diffusion d'un questionnaire.

1. Recueil de données

Nous avons souhaité effectuer un recueil de données dans les services hospitaliers gériatriques avec lesquels nous travaillons respectivement afin de connaître le pourcentage d'entrées directes en comparaison du pourcentage d'entrées via le service des urgences et en fonction des hôpitaux, les motifs d'entrées en hospitalisation directe. Nous avons voulu par ce recueil de données faire un état des lieux des pratiques existantes au sein des hôpitaux de nos régions afin de savoir comment améliorer nos pratiques.

Pour recueillir ces données, nous avons contacté simultanément les hôpitaux de nos secteurs respectifs. Nous avons pu obtenir les données des centres hospitaliers de Lorient, Vannes, Auray et Meulan les Mureaux. Les données ont été recueillies sur les hospitalisations de janvier à décembre 2017.

Nous avons tout d'abord étudié la provenance des patients hospitalisés en service de gériatrie (domicile, urgences et autres services) afin de connaître le pourcentage d'hospitalisation directe en comparaison du pourcentage d'hospitalisation globale puis nous avons recueilli les différents motifs d'hospitalisation des patients provenant directement du domicile.

2. Questionnaire

Nous avons également élaboré un questionnaire (**Figure 1**) à soumettre aux médecins coordonnateurs et aux infirmières coordonnatrices d'EHPAD afin de faire un état des lieux des pratiques dans plusieurs régions de France et donc de préciser notre rôle dans les hospitalisations directes.

Figure 1 : Questionnaire

Dans le cadre de notre DIU « Formation à la fonction de médecin coordonnateur d'EHPAD » et DU « Infirmière référente et coordinatrice en EHPAD et en SSIAD » nous réalisons un mémoire collectif sur le « Rôle du Médecin Coordonnateur et de l'infirmière coordinatrice en EHPAD dans l'optimisation des relations avec les services de gériatrie afin de privilégier les entrées directes et de limiter les admissions par les urgences ».

Pour mener à bien notre travail, nous avons besoin de votre collaboration. Nous avons élaboré un questionnaire nous permettant de faire un état des lieux des pratiques dans diverses régions de France. Pouvez-vous nous accorder 5 minutes de votre temps ?

Ce questionnaire est anonyme. En revanche si vous souhaitez avoir un retour sur l'analyse des résultats de notre questionnaire, vous pouvez nous indiquer votre adresse e-mail, nous serons ravies de partager le fruit de notre travail.

1. Quelle est votre fonction ?

- Médecin coordonnateur
- Infirmière coordinatrice

2. Depuis combien de temps exercez-vous dans cette fonction ?

- 0-2 ans
- 2-5 ans
- 5-10 ans
- + de 10 ans

3. Pouvez-vous organiser des hospitalisations directes en service de gériatrie sans passage par les urgences dans votre secteur ?

- Oui, passez à la question 4
- Non, passez directement à la question 11

4. Comment avez-vous eu connaissance de cette possibilité d'hospitalisation directe ?

- Par un Médecin traitant
- Par le service de Gériatrie
- Par un confrère (une consœur) Médecin coordonnateur/ un(e) infirmier (ère) coordinateur (trice)
- Autre, précisez :

5. Avez-vous permis à des médecins généralistes intervenants dans votre résidence de connaître cette possibilité d'hospitalisation directe ?

- Oui, passez à la question 6
- Non, passez à la question 7

6. De quelle façon ou à quel moment leur avez-vous communiqué cette information ?

- *De façon informelle lors d'une discussion*
 - *Lorsqu'une hospitalisation était envisagée pour un résident*
 - *Lors d'une Commission de Coordination gériatrique*
 - *Autre, précisez :*
- 7. Comment contactez-vous le service de gériatrie pour organiser les hospitalisations ?**
- *Par un numéro dédié d'astreinte d'un gériatre*
 - *En appelant directement dans le service de gériatrie*
 - *Autre, précisez :*
- 8. Participez-vous à l'organisation de ces hospitalisations directes ?**
- *Oui, passez à la question 9*
 - *Non, c'est le médecin traitant qui gère l'hospitalisation, passez à la question 10*
- 9. De quelle manière participez-vous (plusieurs réponses possibles)?**
- *Information de la situation au médecin traitant*
 - *Proposition de soutien au médecin traitant si celui-ci ne peut se déplacer :*
 - *Appel directement en gériatrie pour organiser l'hospitalisation*
 - *Rédaction d'un courrier*
 - *Impression du DLU (Dossier de Liaison d'Urgences)*
 - *Autre, précisez :*
 - *Autre, précisez:*
- 10. Pour quels motifs d'admission avez-vous organisé des entrées directes en gériatrie (plusieurs réponses possibles) ?**
- *Anémie*
 - *Altération de l'état général*
 - *Douleurs chroniques*
 - *Autres, précisez :*
- 11. Si vous ne pouvez pas organiser d'hospitalisation directe en service de gériatrie, pensez-vous qu'il serait intéressant de développer cette possibilité dans votre secteur ?**
- *Oui*
 - *Non, précisez :*

Merci du temps que vous nous avez consacré.

Notre questionnaire débutait par quelques phrases nous présentant et expliquant notre travail. Il comportait ensuite onze questions. La première et la deuxième question établissaient la profession du répondant (médecin coordonnateur ou infirmière coordinatrice) et son ancienneté dans sa fonction (entre zéro et plus de dix ans). La troisième question permettait de savoir si, pour le répondant, il était possible d'organiser des hospitalisations directes sans passage par les urgences. Si la réponse était positive, les questions quatre à dix précisaient les modalités d'hospitalisation et le rôle joué par le répondant. Si la réponse était négative, le répondant devait directement répondre à la question onze afin de savoir s'il lui semblait pertinent d'organiser des hospitalisations directes.

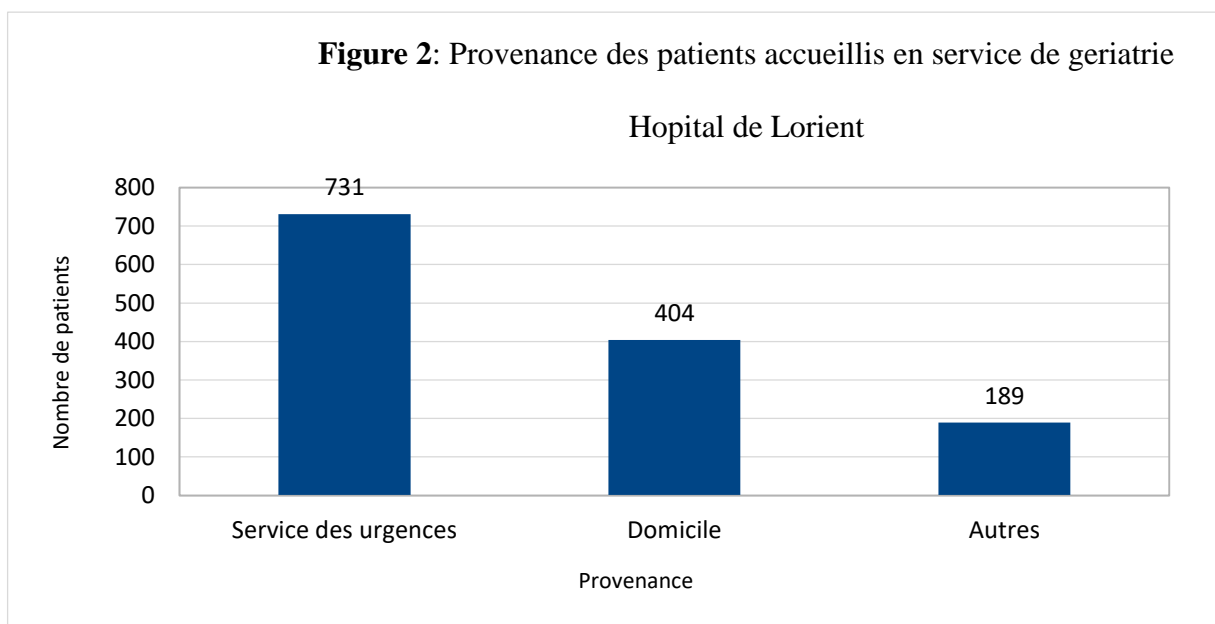
Nous avons soumis ce questionnaire à notre directrice de mémoire pour validation avant toute diffusion. Nous avons fait le choix de le diffuser par mail. Nous avons envoyé le premier mail le 9 février 2018 et fixé une date limite de réponse au 15 avril 2018. Deux relances intermédiaires ont été faites afin d'obtenir le maximum de réponses possible. Chacune d'entre nous a envoyé le questionnaire. Nous avons pu le diffuser à la fois de façon locale auprès des EHPAD avoisinantes et de façon plus large sur le territoire français, deux d'entre nous travaillant dans des établissements faisant partie de groupes d'EHPAD. Au total, notre questionnaire a été envoyé à 243 médecins coordonnateurs et 270 infirmières coordinatrices.

Résultats

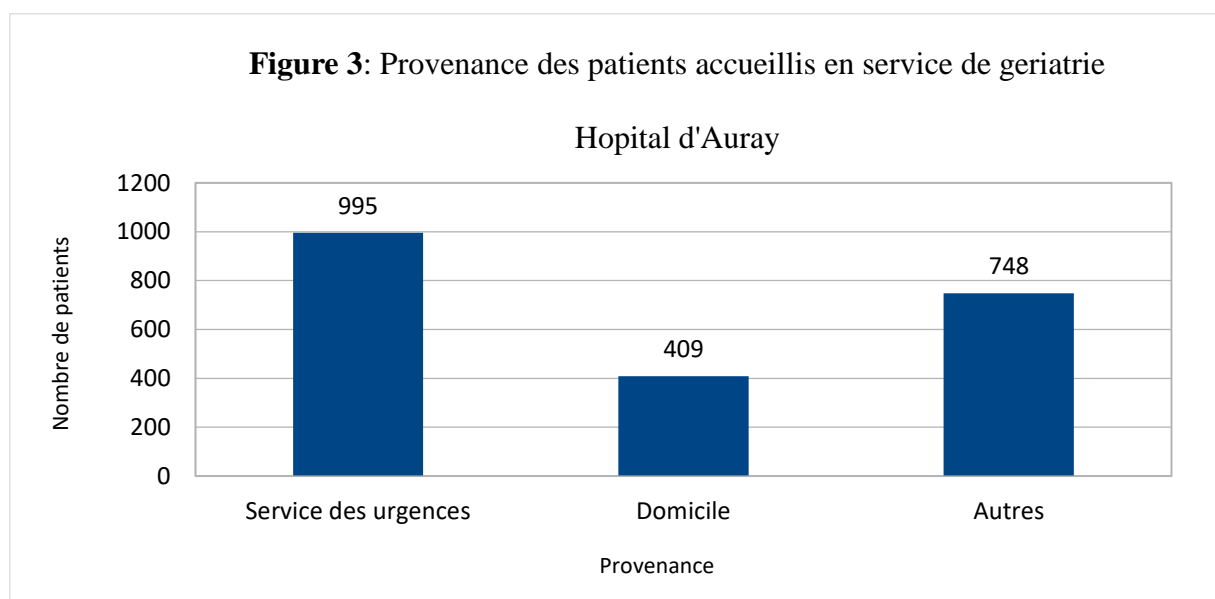
1. Recueil de données

a. Etude de la provenance des patients :

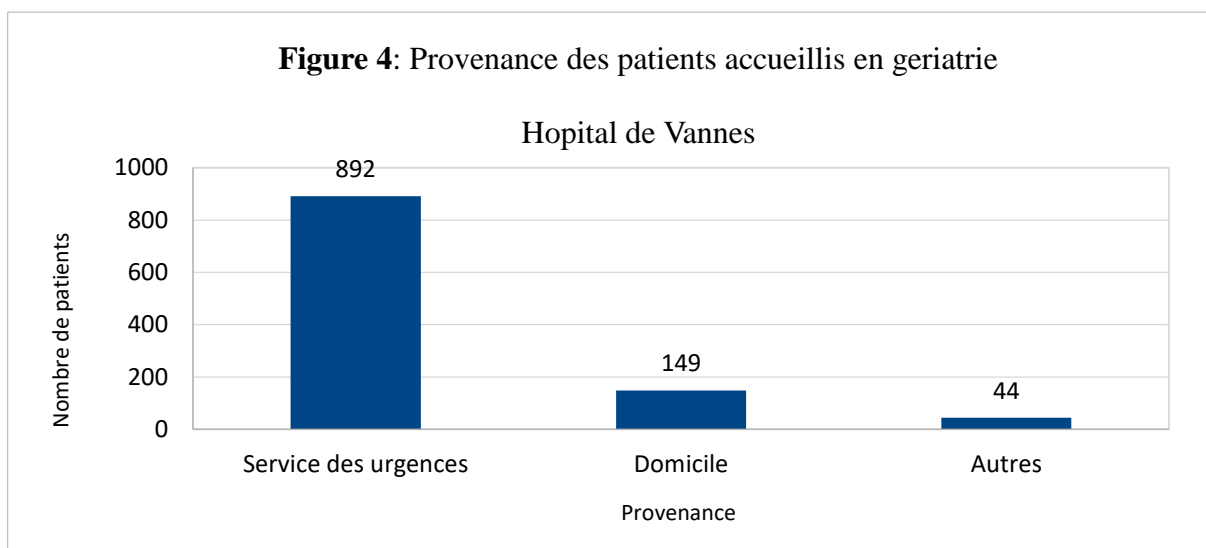
En premier lieu, nous avons analysé la provenance des patients hospitalisés en service de gériatrie.



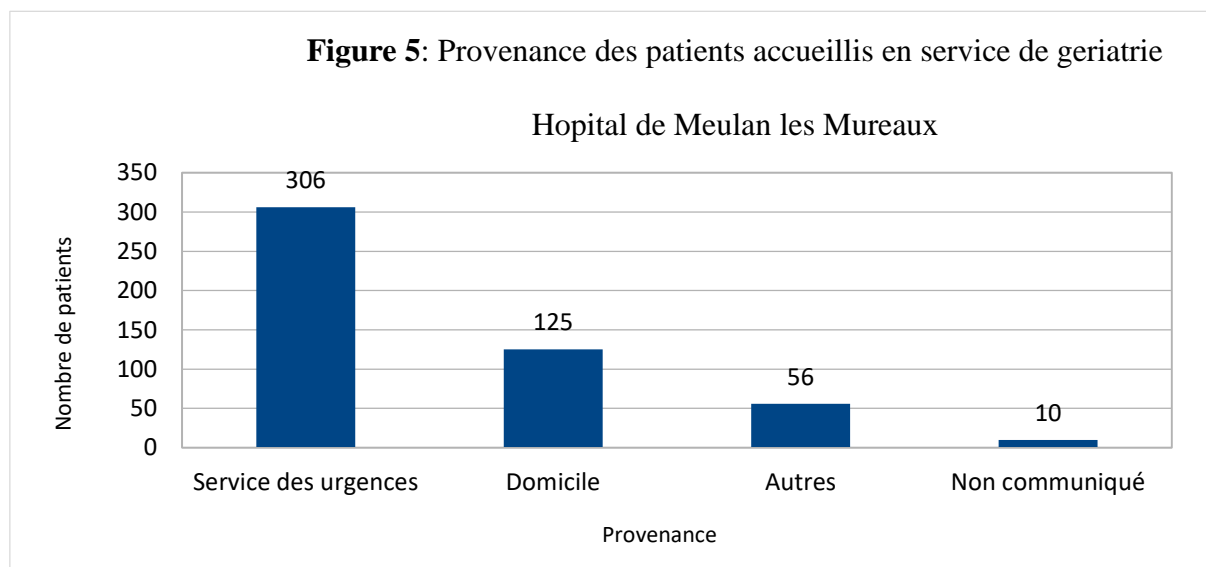
A l'hôpital de Lorient (**Figure 2**), 55% des patients hospitalisés en gériatrie provenaient des urgences, 30,5% des patients provenaient du domicile et 14,5% d'autres services.



A l'hôpital d'Auray (**Figure 3**), 46% des patients hospitalisés en service de gériatrie provenaient des urgences, 19% du domicile et 35% d'autres services.



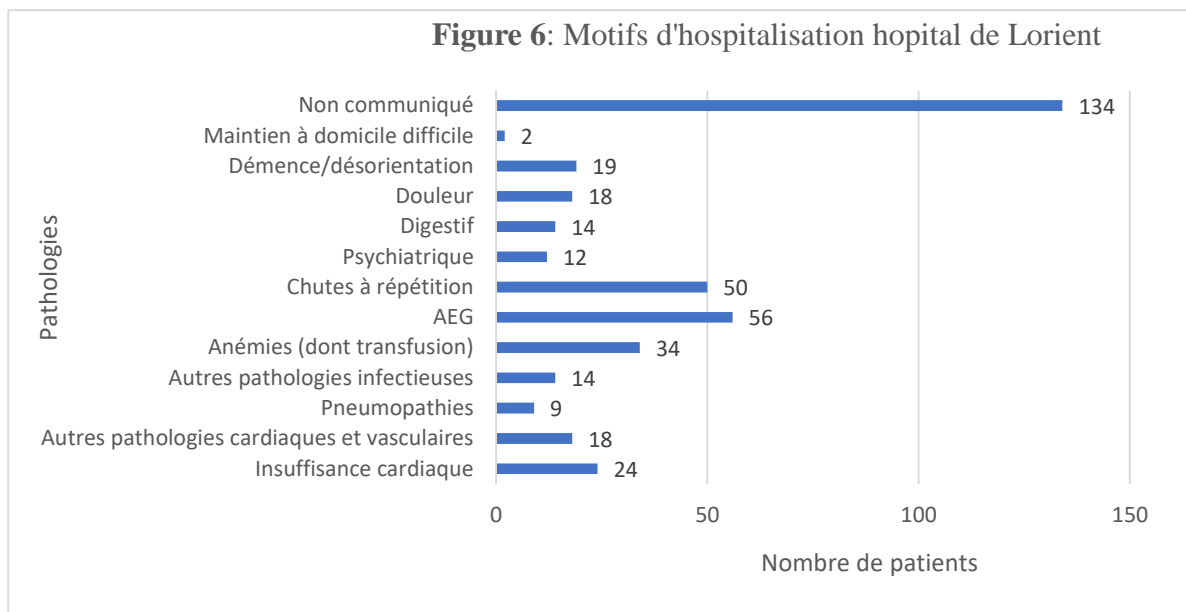
A l'hôpital de Vannes (**Figure 4**), 82,2% des patients hospitalisés en service de gériatrie provenaient des urgences, 13,7% du domicile et 4,1% d'autres services.



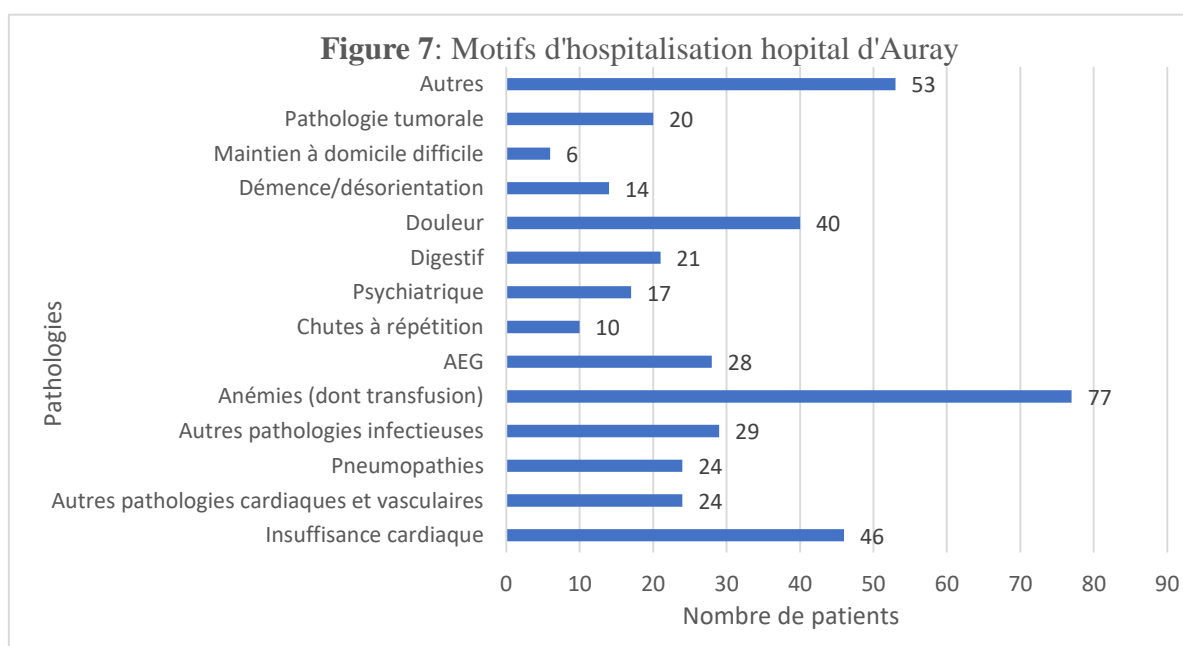
A l'hôpital de Meulan les Mureaux (**Figure 5**), 61,6% des patients hospitalisés en service de gériatrie provenaient des urgences, 25,1% du domicile, 11,3% d'autres services. Pour 2% la provenance du patient est non communiquée dans le recueil de données.

b. Etudes des motifs d'hospitalisations des patients provenant du domicile :

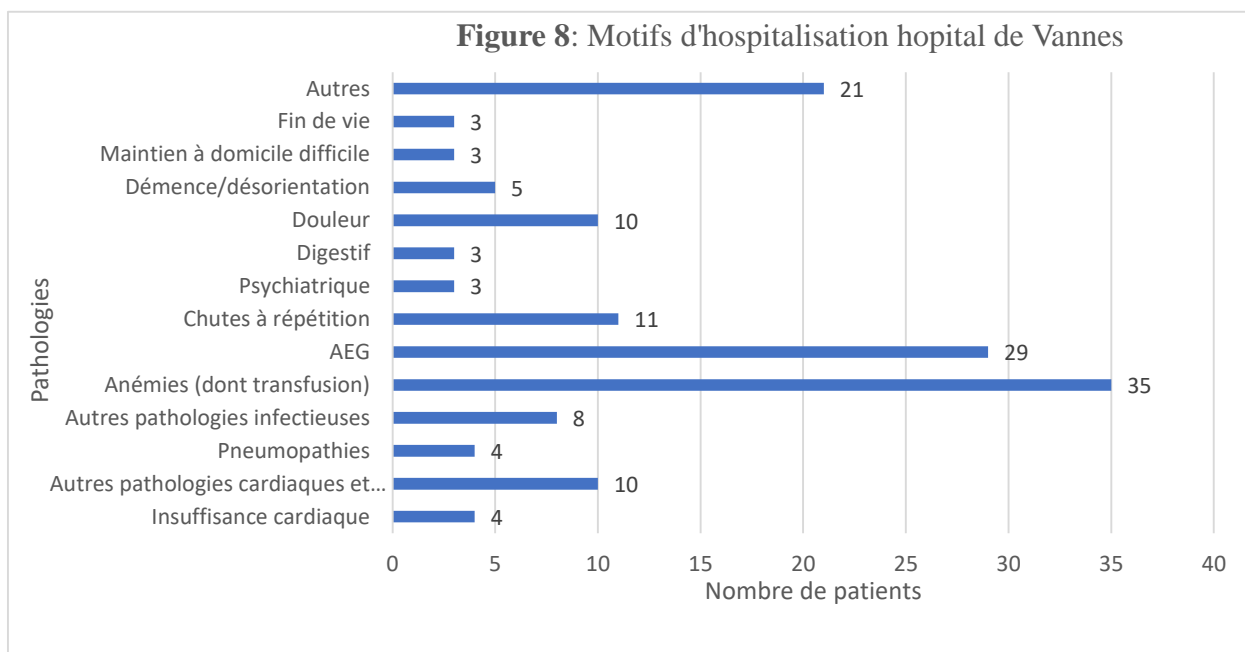
Nous avons dans un second temps étudié les motifs d'hospitalisation des patients hospitalisés en service de gériatrie et provenant du domicile.



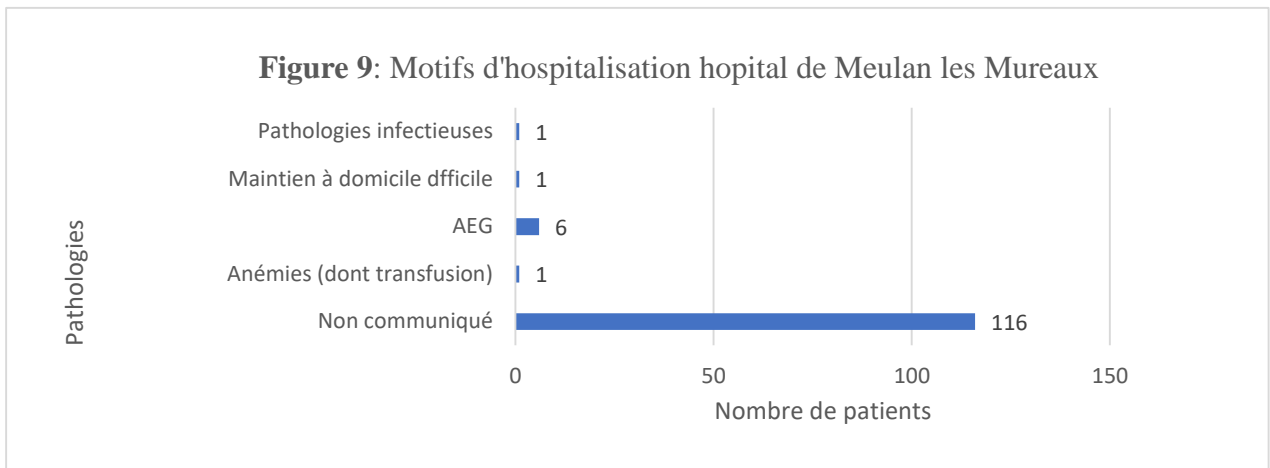
A l'hôpital de Lorient (**Figure 6**), les trois principaux motifs identifiés étaient par ordre décroissant l'altération de l'état général (représentant 13.8% des hospitalisations directes), les chutes à répétition (12.4%) et les anémies (comprenant les transfusions, 8.4%). Les autres motifs d'hospitalisations, par ordre décroissant étaient les suivants : 5,9% des patients étaient hospitalisés en service de gériatrie suite à une insuffisance cardiaque, 4,7% pour démence et/ou désorientation, 4,5% suite à des douleurs, 4,5% pour d'autres pathologies cardiaques et vasculaires, 3,5% pour d'autres pathologies infectieuses, 3,5% pour une pathologie digestive, 3% suite à une pathologie psychiatrique, 2,2% suite à une pneumopathie, 0,5% pour maintien à domicile difficile. Pour 33,1%, le motif n'était pas communiqué dans le recueil de données.



A l'hôpital d'Auray (**Figure 7**), les trois principaux motifs identifiés étaient par ordre décroissant les anémies (comprenant les transfusions, représentant 18.8% des hospitalisations directes), les insuffisances cardiaques (11.2%) et la douleur (9,8%). Les autres motifs d'hospitalisations, par ordre décroissant étaient les suivants : 7.1% des patients étaient hospitalisés en service de gériatrie suite à une pathologie infectieuse, 6,8% suite à une altération de l'état général, 5,9% pour des pathologies cardiaques et vasculaires, 5,9% suite à une pneumopathie, 5,1% pour une pathologie digestive, 4,9% pour pathologies tumorales, 4,2% suite à une pathologie psychiatrique, 3,4% pour démence et/ou désorientation, 2,4% suite à des chutes à répétition et 1,5% pour maintien à domicile difficile. 13% des hospitalisations avaient pour motif « autres pathologies ».



A l'hôpital de Vannes (**Figure 8**), les trois principaux motifs identifiés étaient par ordre croissant les anémies (comprenant les transfusions, représentant 23,5%), l'altération de l'état général (19,4%) et les chutes à répétition (7,4%). Les autres motifs d'hospitalisations, par ordre décroissant étaient les suivants : 6,7% suite à des douleurs, 6,7% pour d'autres pathologies cardiaques et vasculaires, 5,4% pour d'autres pathologies infectieuses, 3,4% pour démence et/ou désorientation, 2,7% suite à une insuffisance cardiaque, 2,7% suite à une pneumopathie, 2% suite à une pathologie psychiatrique, 2% pour une pathologie digestive, 2% pour maintien à domicile difficile, 2% pour des fins de vie. 14,1% des hospitalisations avaient pour motif « autres pathologies ».



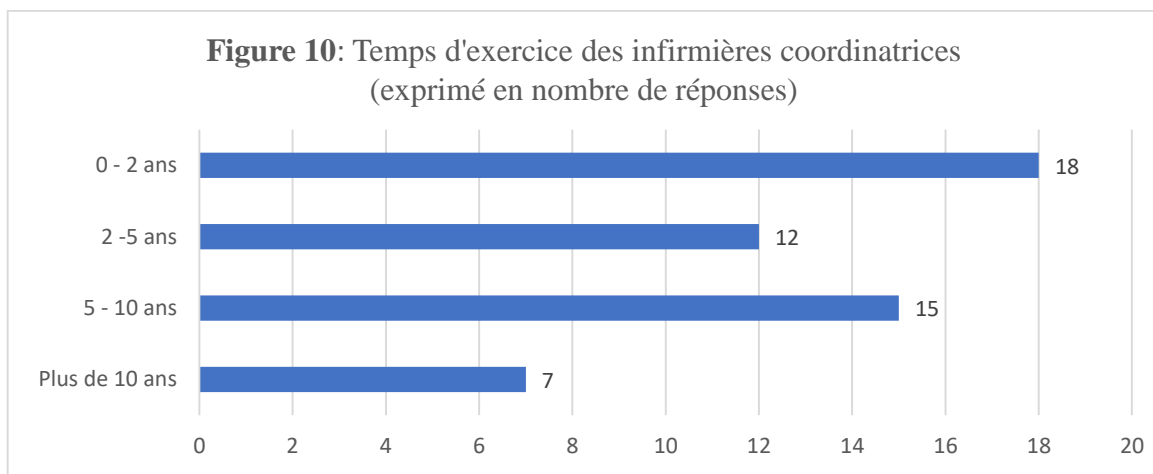
A l'hôpital de Meulan les Mureaux (**Figure 9**), 5% des patients étaient hospitalisés suite à une altération de l'état général, 1% suite à un maintien à domicile difficile, 1% pour une anémie. Pour 93% des hospitalisations directes, le motif ne nous a pas été communiqué dans le recueil de données.

2. Questionnaire

Nous avons reçu 95 réponses à notre questionnaire soit un taux de réponse global de 18,5%. Les résultats de la première question ont montré que 43 médecins coordonnateurs ont répondu (soit 17,69% des médecins coordonnateurs) et 52 Infirmières Diplômées d'Etat Coordinatrices (IDEC) ont répondu (soit 19,25% des IDEC). Nous avons donc eu 45,3% de réponse de médecins coordonnateurs et 54,7% de réponse d'IDEC. Les résultats sont présentés par catégorie professionnelle : les IDEC puis les médecins coordonnateurs.

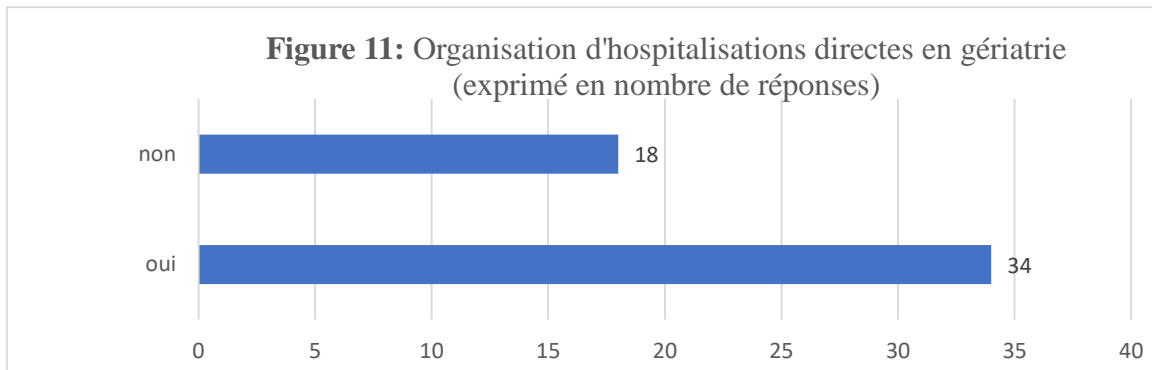
a. Résultats pour les 52 infirmières coordinatrices

Question 2 : Depuis combien de temps exercez-vous dans cette fonction ?



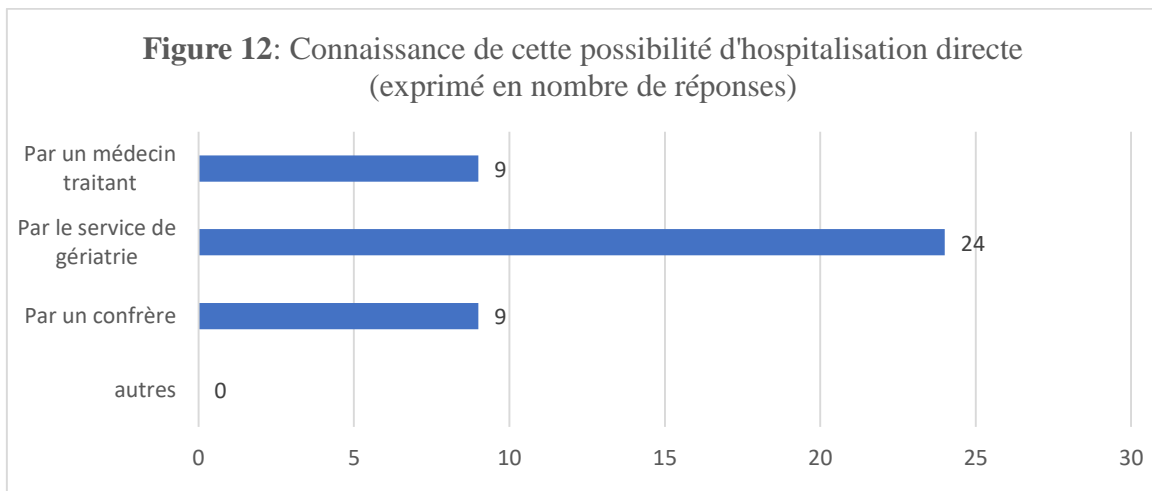
34,6 % des infirmières coordinatrices ayant répondu au questionnaire avaient une expérience professionnelle de moins de 2 ans. 28,8 % des infirmières coordonnatrices avaient une expérience entre 5 et 10 ans, 23,1 % entre 2 et 5 ans et 13,5 % de plus de 10 ans (**Figure 10**).

Question 3 : Pouvez-vous organiser des hospitalisations directes en service de gériatrie sans passage par les urgences dans votre secteur ?



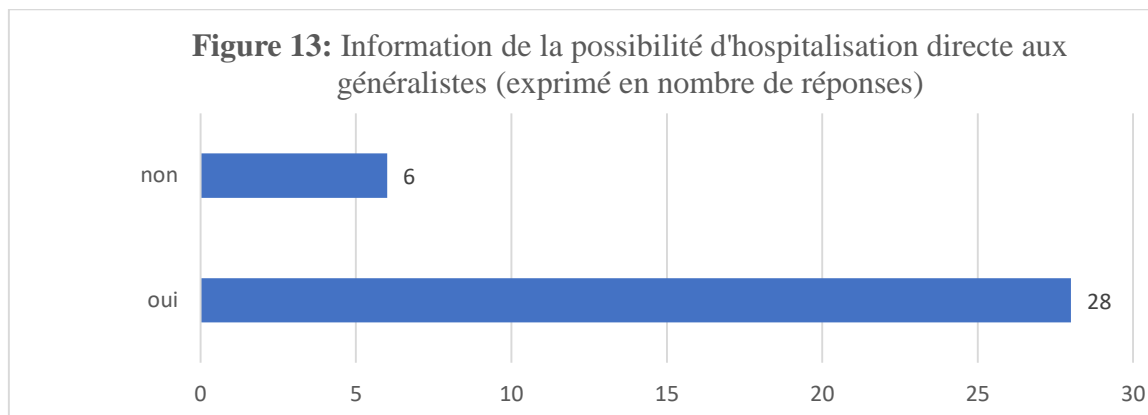
65,4 % des infirmières coordinatrices interrogées pouvaient organiser des hospitalisations directes en services de gériatrie sans passage par les urgences. 34,6 % ne pouvaient pas en organiser (**Figure 11**).

Question 4 : Comment avez-vous eu connaissance de cette possibilité d'hospitalisation directe?



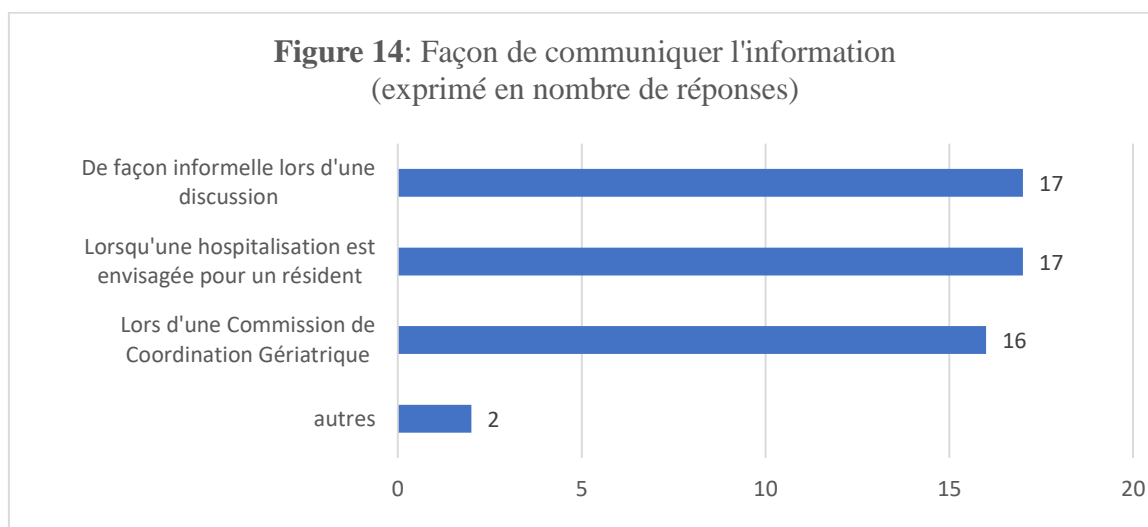
Parmi les 34 infirmières coordinatrices pouvant organiser des hospitalisations en direct, 64,7% ont répondu qu'elles avaient eu connaissance de cette possibilité d'hospitalisation directe par le service de gériatrie, 20,6 % par un médecin traitant et 14,7 % par un confrère ou une consœur. 8,8 % avaient eu connaissance de cette possibilité par 3 sources différentes : par un médecin traitant, par le service de gériatrie et par un confrère ou une consœur. Aucun professionnel de santé n'avait répondu à cette question par un autre moyen (**Figure 12**).

Question 5 : Avez-vous permis à des médecins généralistes intervenants dans votre résidence de connaître cette possibilité d'hospitalisation directe ?



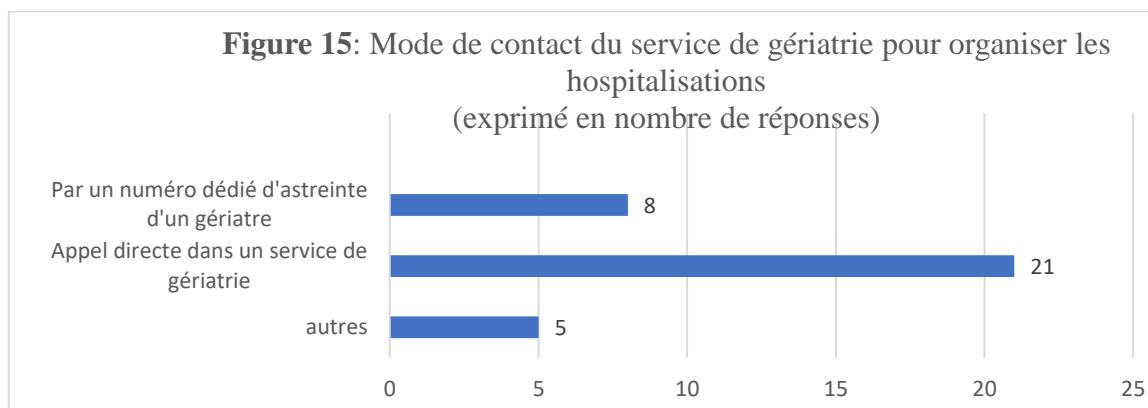
82,4 % des IDEC ont répondu avoir permis à des médecins généralistes intervenants dans la résidence de connaître cette possibilité d'hospitalisation directe. 17,6 % ont répondu que non (**Figure 13**).

Question 6 : De quelle façon ou à quel moment leur avez-vous communiqué cette information ?



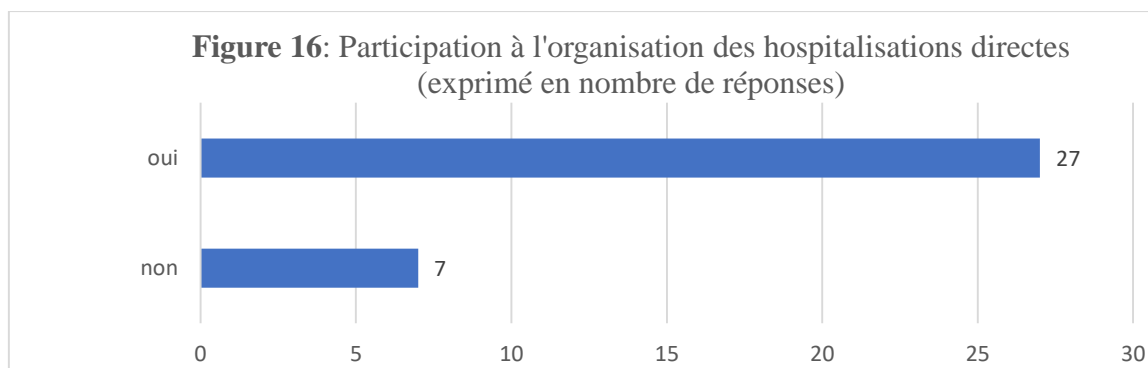
Cette question était à choix multiples. Sur les 34 questionnaires d'infirmières coordonnatrices pouvant organiser des hospitalisations en direct, nous avons eu 52 items cochés à cette question. Les IDEC ont communiqué l'information à 32,7% lorsqu'une hospitalisation était envisagée pour un résident, à 32,7% de façon informelle lors d'une discussion, à 30,8% lors d'une commission de coordination gériatrique et à 3,8% d'une autre manière. 52,9% des infirmières ont utilisé plusieurs de ces moyens pour communiquer l'information (**Figure 14**).

Question 7 : Comment contactez-vous le service de gériatrie pour organiser les hospitalisations?



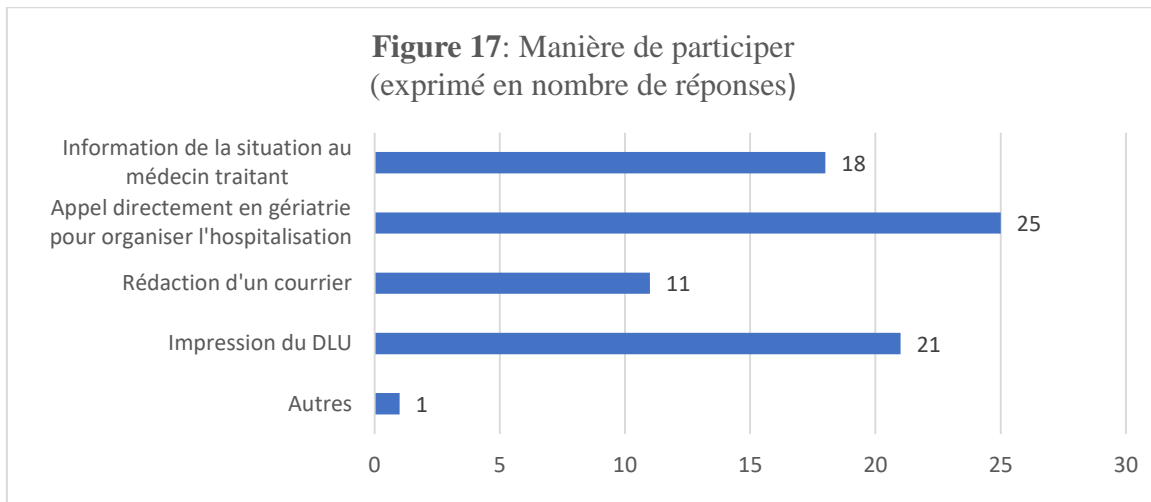
61,8 % des IDEC appelaient directement le service de gériatrie pour organiser les hospitalisations, 23,5 % utilisaient un numéro dédié d'astreinte d'un gériatre et 14,7 % utilisaient un autre moyen (par l'intermédiaire du médecin traitant pour 11,1 % ou en envoyant une demande par fax pour 3,7 %) (**Figure 15**).

Question 8 : Participez-vous à l'organisation de ces hospitalisations directes ?



79,4 % des IDEC participaient à l'organisation des hospitalisations directes. 20,6 % n'y participaient pas, c'est le médecin traitant qui gérait l'hospitalisation (**Figure 16**).

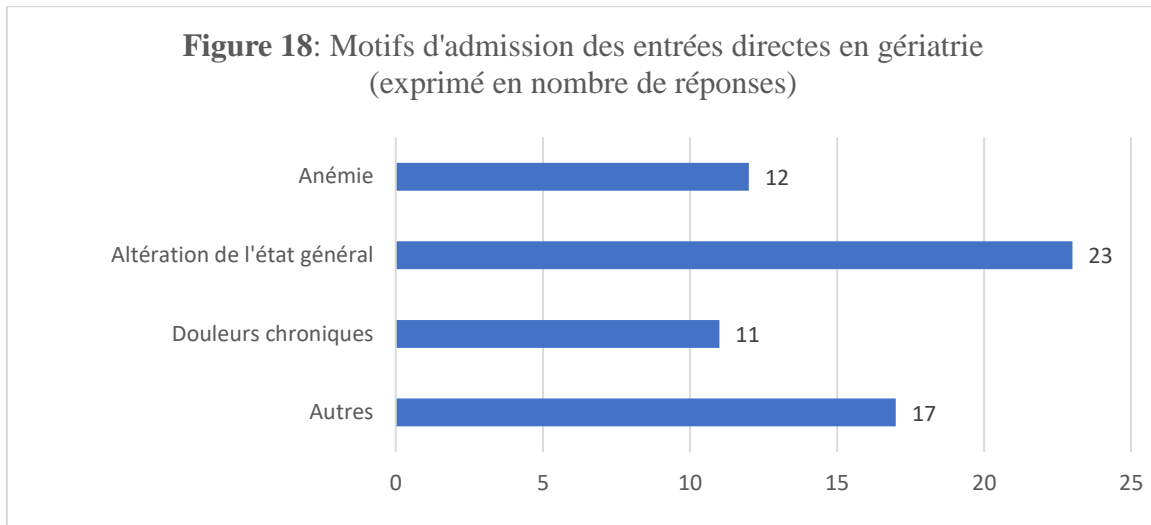
Question 9 : De quelle manière participez-vous (plusieurs réponses possibles)?



76 items ont été cochés par les 34 infirmières pouvant organiser des hospitalisations. 32,9% appelaient directement en gériatrie pour organiser l'hospitalisation, 27,6% imprimaient le Dossier de Liaison d'Urgence (DLU), 23,7% informaient le médecin traitant, 14,5% réalisaient un courrier et 1,3% participaient par un autre moyen (**Figure 17**). En répertoriant les réponses par infirmière, nous avons eu les résultats suivants :

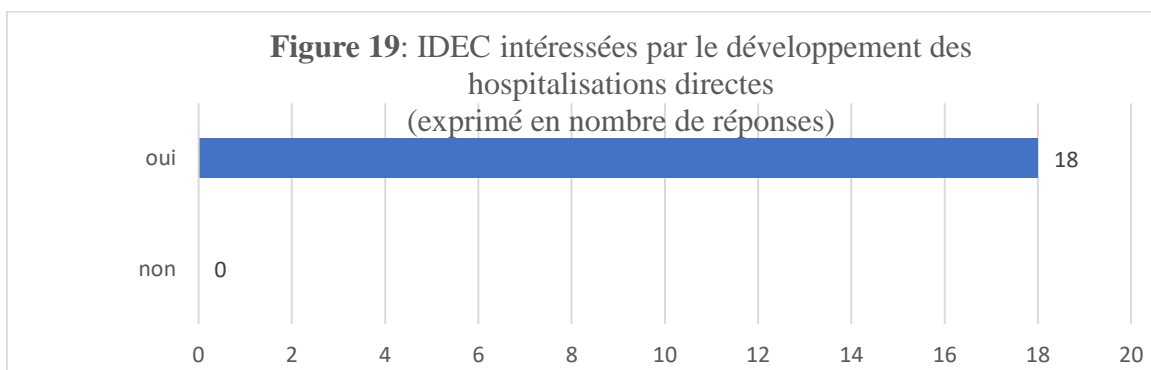
- 26.6 % des infirmières coordinatrices participaient à l'organisation d'une hospitalisation directe en appelant directement en gériatrie, en imprimant le DLU et en rédigeant un courrier.
- 20 % participaient en informant le médecin traitant de la situation et en appelant directement en gériatrie pour organiser l'hospitalisation.
- 20 % participaient en informant le médecin traitant de la situation, en appelant directement en gériatrie et en imprimant le DLU.
- 20 % participaient en informant le médecin traitant et en imprimant le DLU.
- 6,7 % participaient en informant le médecin traitant, en appelant directement en gériatrie, en rédigeant un courrier et en imprimant le DLU.
- 6,7 % participaient en appelant directement en gériatrie et en rédigeant un courrier.

Question 10 : Pour quels motifs d'admission avez-vous organisé des entrées directes en gériatrie (plusieurs réponses possibles) ?



63 items ont été cochés par les 34 infirmières pouvant organiser des hospitalisations directes. Les motifs d'hospitalisation des entrées directes en gériatrie étaient à 36,5% l'altération de l'état général, à 27% autres (comprenant les troubles du comportement pour 50%, les décompensations cardiaques pour 28,8%, les adaptations de traitement pour 14,2 %, et les pathologies aiguës pour 7 %), à 19% les anémies et à 17,5% les douleurs chroniques (**Figure 18**).

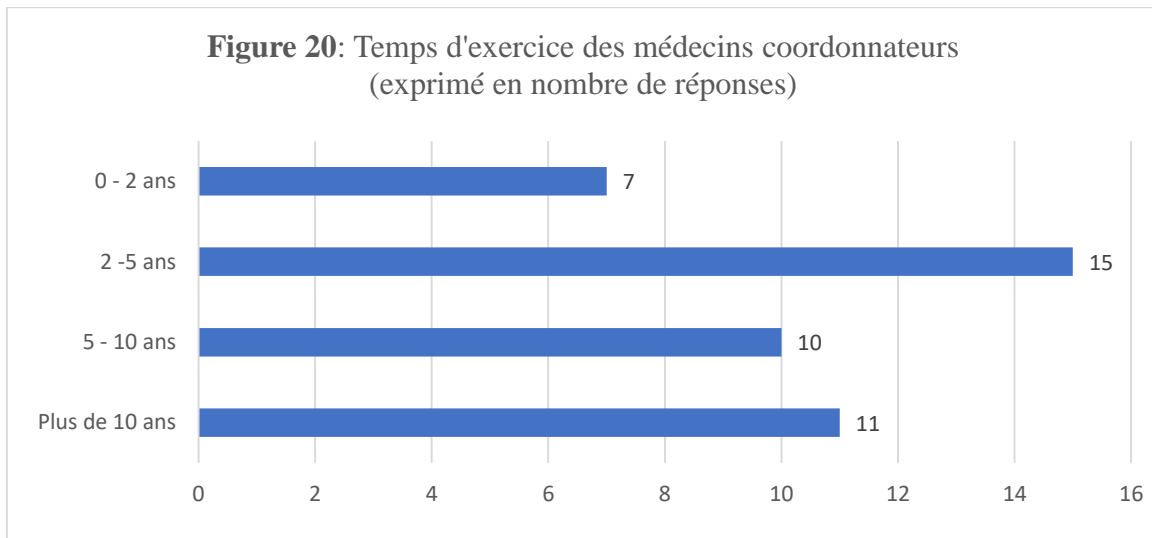
Question 11 : Si vous ne pouvez pas organiser d'hospitalisation directe en service de gériatrie, pensez-vous qu'il serait intéressant de développer cette possibilité dans votre secteur ?



100 % des IDEC qui ont répondu non à la question numéro 3 (Pouvez-vous organiser des hospitalisations directes en service de gériatrie sans passage par les urgences dans votre secteur?) seraient intéressées pour développer des hospitalisations directes en service de gériatrie (**Figure 19**).

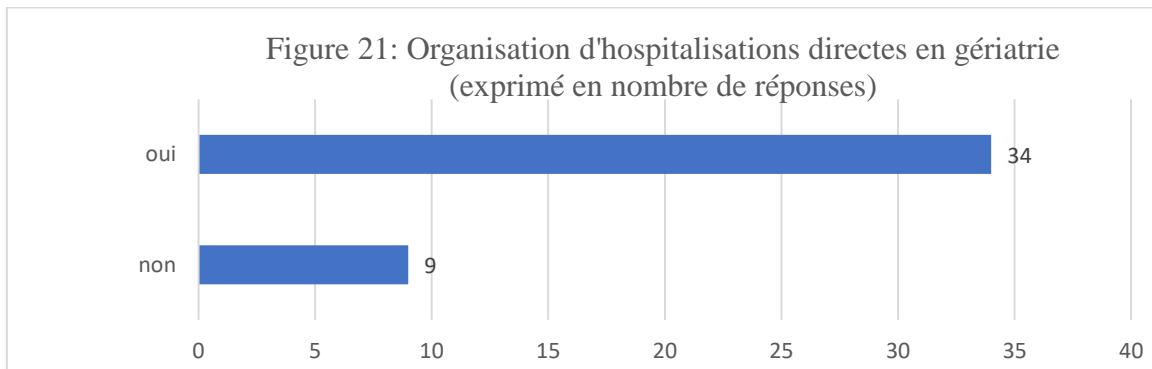
b. Résultats pour les 43 Médecins coordonnateurs

Question 2 : Depuis combien de temps exercez-vous dans cette fonction ?



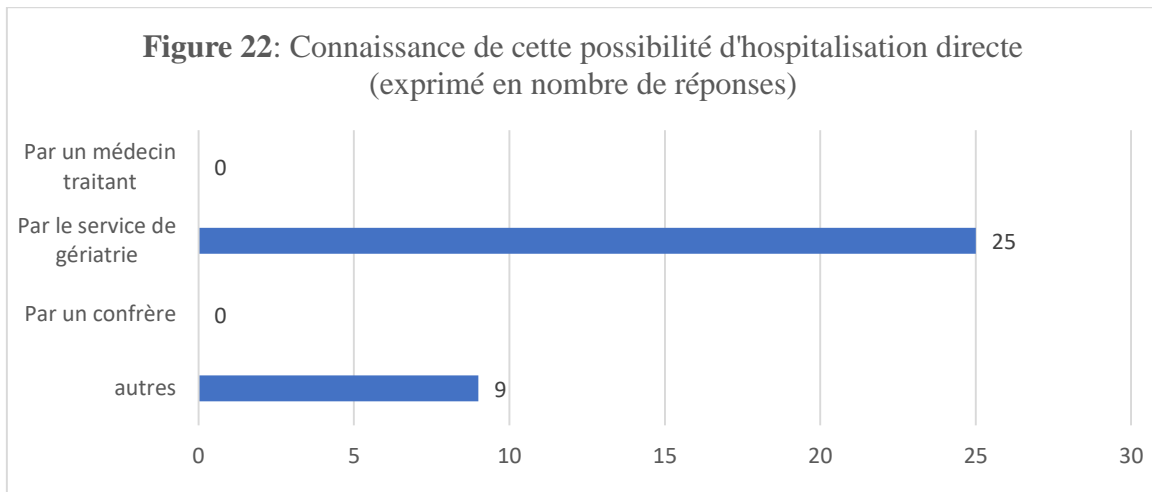
34,9 % des médecins coordonnateurs ayant répondu au questionnaire avaient une expérience professionnelle comprise entre 2 et 5 ans, 23,2 % une expérience entre 5 et 10 ans, 25,6 % de plus de 10 ans et 16,3 % ont entre 0 et 2 ans d'ancienneté (**Figure 20**).

Question 3 : Pouvez-vous organiser des hospitalisations directes en service de gériatrie sans passage par les urgences dans votre secteur ?



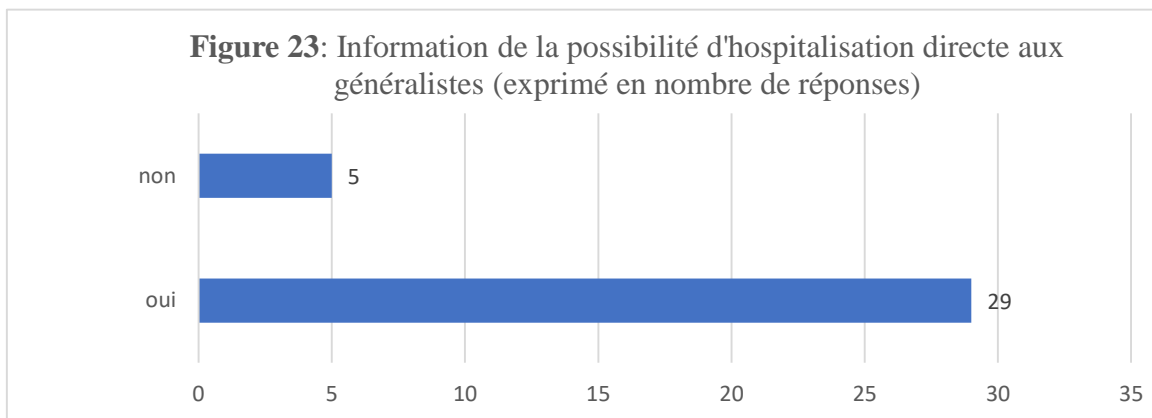
79 % des médecins coordonnateurs interrogés pouvaient organiser des hospitalisations directes en services de gériatrie sans passage par les urgences. 21 % n'avaient pas cette possibilité (**Figure 21**).

Question 4 : Comment avez-vous eu connaissance de cette possibilité d'hospitalisation directe?



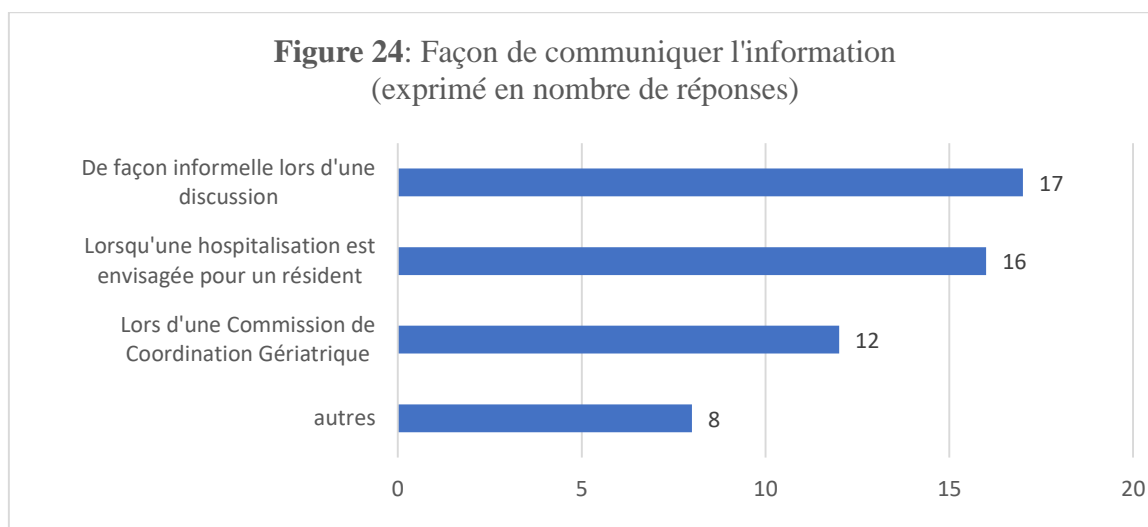
Parmi les médecins coordonnateurs pouvant organiser des hospitalisations directes, 73.5% ont répondu qu'ils ont eu connaissance de cette possibilité d'hospitalisation directe par le service de gériatrie et 26.5% par un autre moyen (par exemple un ancien praticien dans le service de gériatrie). Aucun médecin n'avait eu connaissance de cette possibilité par un médecin traitant ou par un confrère (**Figure 22**).

Question 5 : Avez-vous permis à des médecins généralistes intervenants dans votre résidence de connaître cette possibilité d'hospitalisation directe ?



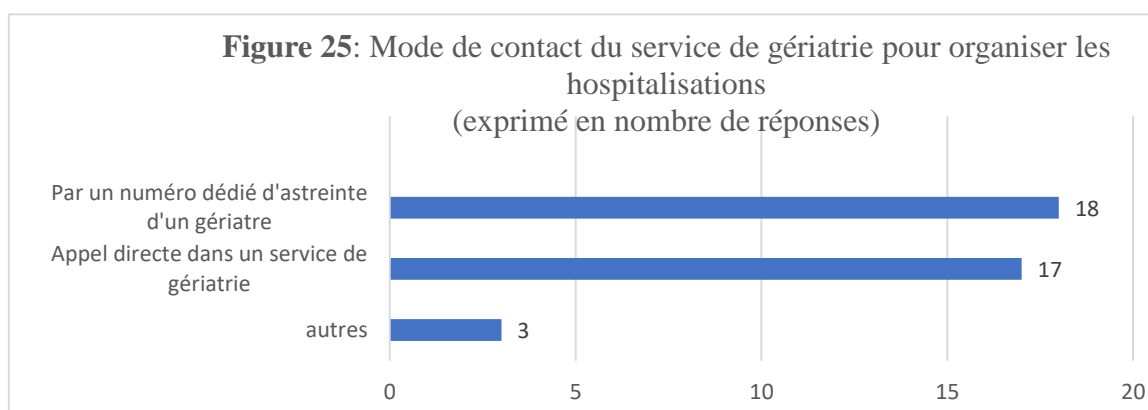
85,3% des médecins coordonnateurs ont permis à des médecins généralistes intervenants dans leur résidence de connaître cette possibilité d'hospitalisation directe. 14,7% ne l'ont pas permis (**Figure 23**).

Question 6 : De quelle façon ou à quel moment leur avez-vous communiqué cette information?



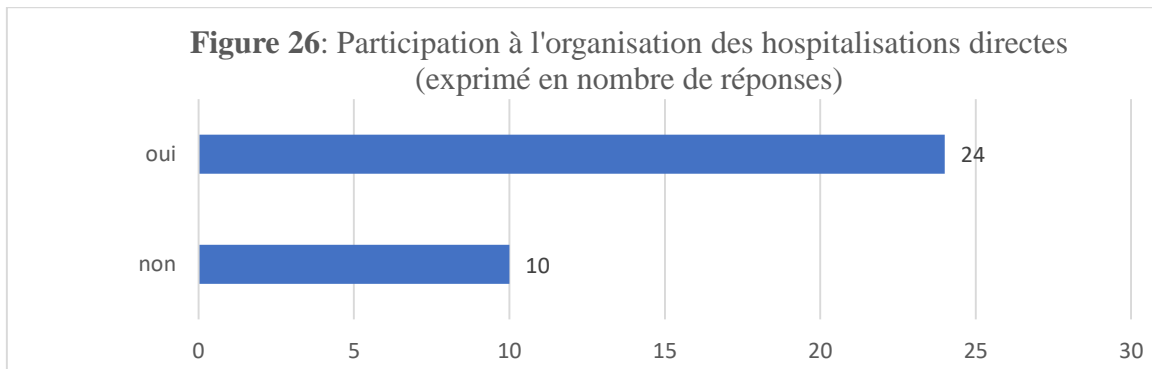
Cette question était à choix multiples. Sur les 34 questionnaires de médecins coordonnateurs pouvant organiser des hospitalisations en direct, nous avons eu 53 items cochés à cette question. Les MEDEC ont communiqué l'information à 32,1% de façon informelle lors d'une discussion, à 30,2% lorsqu'une hospitalisation était envisagée pour un résident, à 22,6% lors d'une commission de coordination gériatrique et à 15,1% d'une autre manière. 82,7% des MEDEC ont utilisé plusieurs de ces moyens pour communiquer l'information (**Figure 24**).

Question 7 : Comment contactez-vous le service de gériatrie pour organiser les hospitalisations?



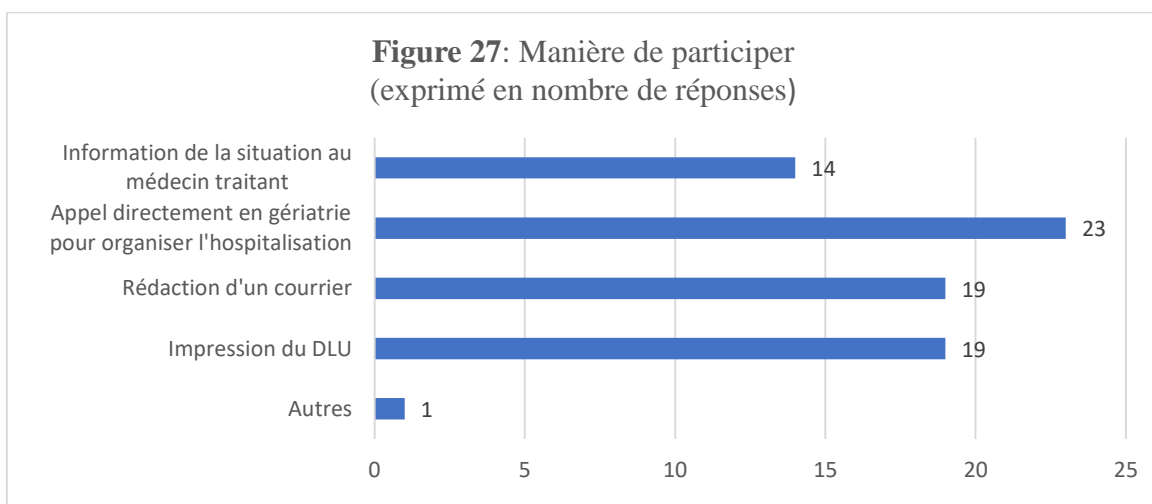
38 items ont été cochés pour cette question par les 34 médecins coordonnateurs pouvant organiser des hospitalisations directes. 47,3 % des médecins coordonnateurs utilisaient un numéro dédié d'astreinte d'un gériatre. 44,8 % appelaient directement le service de gériatrie pour organiser les hospitalisations. 7,9 % utilisaient un autre moyen (via l'IDEC du service de gériatrie) (**Figure 25**). 31% des MEDEC utilisaient plusieurs modes de contact.

Question 8 : Participez-vous à l'organisation de ces hospitalisations directes ?



70,6 % des médecins coordonnateurs répondaient participer à l'organisation des hospitalisations directes. 29,4 % répondaient ne pas y participer car c'était le médecin traitant qui gérait l'hospitalisation (**Figure 26**).

Question 9 : De quelle manière participez-vous (plusieurs réponses possibles)?

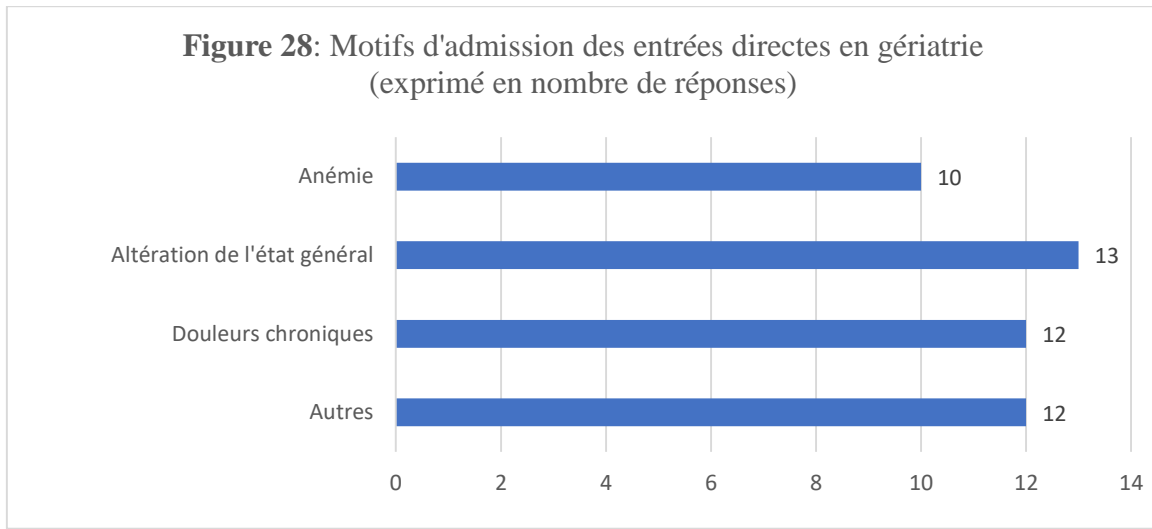


76 items ont été cochés par les 34 médecins coordonnateurs pouvant organiser des hospitalisations. 30.3% appelaient directement en gériatrie pour organiser l'hospitalisation, 25% imprimaient le DLU, 25% rédigeaient un courrier, 18.4% informaient le médecin traitant et 1,3% envoyaient un fax (**Figure 27**). En répertoriant les réponses par médecin, nous avons obtenu les résultats suivants :

- 50 % des médecins coordonnateurs participaient à l'organisation d'une hospitalisation directe en informant le médecin traitant de la situation, en appelant directement en gériatrie, en imprimant le DLU et en rédigeant un courrier
- 21% participaient en appelant directement en gériatrie pour organiser l'hospitalisation, en imprimant le DLU et rédigeant un courrier

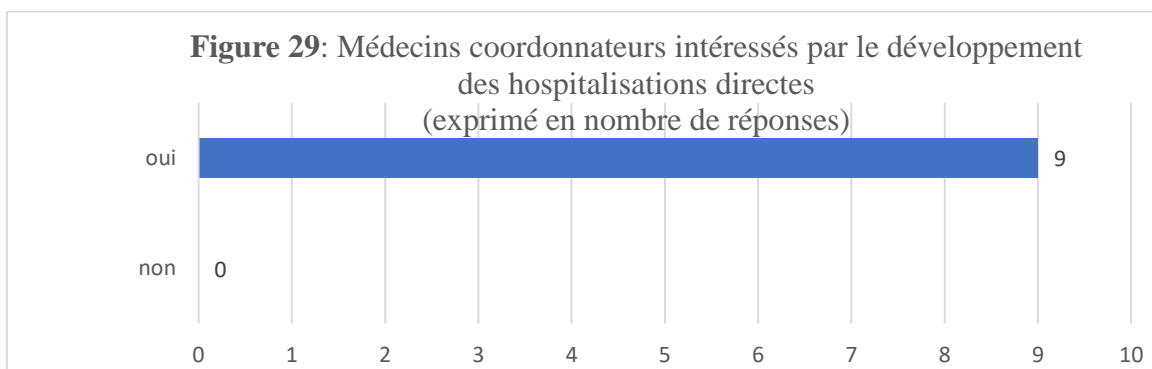
- 8,3 % participaient en informant le médecin traitant de la situation et en appelant directement en gériatrie pour organiser l'hospitalisation
- 8,3 % participaient en appelant directement en gériatrie et en rédigeant un courrier
- 8,3 % participaient en appelant directement en gériatrie et en imprimant le DLU.

Question 10 : Pour quels motifs d'admission avez-vous organisé des entrées directes en gériatrie (plusieurs réponses possibles) ?



47 items ont été cochés par les 34 médecins ayant répondu. Les motifs d'hospitalisation des entrées directes en gériatrie étaient à 27,7% l'altération de l'état général, à 25,5% les douleurs chroniques, à 25,5% autres (comprenant les troubles du comportement pour 63,7%, les décompensations cardiaques pour 18,1 %, les adaptations du traitement pour 9,1 %, et les pathologies aiguës pour 9,1 %), et à 21,3% les anémies (**Figure 28**).

Question 11 : Si vous ne pouvez pas organiser d'hospitalisation directe en service de gériatrie, pensez-vous qu'il serait intéressant de développer cette possibilité dans votre secteur ?



100 % des médecins coordonnateurs qui ont répondu non à la question numéro 3 (Pouvez-vous organiser des hospitalisations directes en service de gériatrie sans passage par les urgences dans votre secteur?) seraient intéressés pour développer des hospitalisations directes en service de gériatrie (**Figure 29**).

Discussion

Au vu des résultats que nous avons obtenus, nous constatons que le médecin coordonnateur et l'infirmière coordonnatrice ont plusieurs rôles à jouer dans l'optimisation des relations avec les services de gériatrie et les médecins traitants afin de privilégier les entrées directes.

Le recueil de données effectué dans 4 hôpitaux différents nous montre qu'il existe de grandes disparités en fonction des hôpitaux. En effet, nous passons d'un taux de 30,5% d'entrée directe en gériatrie sur l'hôpital de Lorient à un taux de 13,7% sur l'hôpital de Vannes. L'organisation locale de chaque établissement explique en partie ces différences. Concernant les motifs d'hospitalisations, nous en avons retrouvé cinq principaux, indiqués par ordre décroissant : l'anémie (comprenant les hospitalisations pour transfusion), l'altération de l'état général, les chutes à répétition, l'insuffisance cardiaque et les douleurs. Notre étude comporte un biais du fait de l'absence quasi-totale (92%) de motif d'hospitalisation dans un des 4 hôpitaux.

L'analyse de la question 10 de notre questionnaire retrouve également comme motifs principaux l'altération de l'état général, les anémies, les décompensations cardiaques et les douleurs. En supplément, les IDEC et les médecins coordonnateurs ont indiqué réaliser des hospitalisations directes lorsque des troubles du comportement nécessitaient des hospitalisations. Nous n'avons pas retrouvé ce motif d'hospitalisation dans le recueil de données car il s'agit pour la plupart d'entrée en psychiatrie ou géro-psycho-geriatrie mais pas en gériatrie.

L'article que nous avons trouvé dans la littérature retrouve également l'altération de l'état général et les troubles du comportement en motifs prédominants pour les entrées directes ⁽⁶⁾. Au vu de ces résultats, un travail de l'équipe de coordination auprès des médecins traitants pourrait permettre un plus grand nombre d'entrées directes. En effet, pouvoir indiquer aux médecins traitants les principaux motifs d'hospitalisation permettant des hospitalisations directes pourrait impulser une dynamique afin de les systématiser dès que possible.

Concernant l'analyse de notre questionnaire, l'échantillon d'IDEC et de médecins coordonnateurs était varié avec une répartition relativement homogène de l'ancienneté dans la fonction exercée. Nous n'avons pas pu comparer nos résultats obtenus sur ce questionnaire car nous n'en avons pas trouvé de similaire dans la littérature.

La grande majorité des IDEC (65,4%) et des médecins coordonnateurs (79%) ayant répondu aux questionnaires peut organiser des hospitalisations directes en service de gériatrie sans passage par les urgences. Les médecins coordonnateurs et les IDEC n'ayant pas accès à l'hospitalisation directe répondent à 100% qu'ils souhaiteraient avoir cette possibilité. Selon les résultats de notre étude, l'hospitalisation directe est donc bien développée et tous ceux ne pouvant pas éviter le passage par les urgences seraient intéressés par sa mise en place.

La majorité des IDEC (64,7%) et des médecins coordonnateurs (73,5%) ont eu connaissance de cette possibilité par le service de gériatrie lui-même. Les missions 10 et 11 ⁽¹³⁾ du médecin coordonnateur concernant la signature de conventions avec les établissements sanitaires et le développement du réseau gérontologique sont donc au cœur de la question des hospitalisations directes. Par ces 2 missions, le médecin coordonnateur doit développer les liens avec les services hospitaliers de gériatrie ⁽⁴⁾ afin notamment de privilégier les hospitalisations directes.

Une fois que l'équipe de coordination formée par l'IDEC et le médecin coordonnateur a établi des liens avec le service de gériatrie, elle joue un rôle important d'information auprès des médecins généralistes. En effet, dans notre étude, plus de 80% des IDEC et des médecins coordonnateurs ont permis de faire connaître cette possibilité d'hospitalisation directe.

Plusieurs moyens sont utilisés à la fois par les IDEC et les médecins coordonnateurs : ils informent les médecins traitants quand une hospitalisation est envisagée, lors d'une discussion informelle et/ou lors d'une commission de coordination gériatrique. L'équipe de coordination utilise donc des moyens variés afin de faire connaître au plus grand nombre possible de médecins généralistes cette possibilité d'hospitalisation directe.

La manière de contacter le service de gériatrie diffère entre les IDEC et les médecins coordonnateurs. La majorité des IDEC appelle directement en service de gériatrie alors que les médecins coordonnateurs appellent à part égale un numéro d'astreinte d'un gériatre ou directement le service de gériatrie. Quel que soit le moyen utilisé, ce n'est que si les liens sont au préalable bien établis entre le service de gériatrie et l'équipe de coordination que l'organisation des hospitalisations est fluide quand elles sont nécessaires.

Quand les hospitalisations sont décidées, près de 80% des IDEC et 70% des médecins coordonnateurs participent à l'organisation de ces hospitalisations. La majorité des IDEC imprime le DLU et appelle directement en gériatrie pour organiser l'entrée directe. La majorité des médecins coordonnateurs fait de même et rédige un courrier en supplément. L'équipe de coordination, du fait de sa présence dans l'établissement contrairement aux médecins traitants, a donc également un rôle important dans l'organisation concrète des hospitalisations directes.

La coordination des acteurs de santé autour de la personne âgée à la fois dans les secteurs sanitaire et médico-social permet une meilleure qualité de prise en charge de celle-ci ⁽⁷⁾. Comme le montre notre étude, le binôme de coordination formé par l'IDEC et le médecin coordonnateur joue un rôle dans toutes les étapes d'anticipation et d'organisation des entrées directes en gériatrie (quand celles-ci sont possibles). Il paraît primordial de communiquer au plus grand nombre de médecin traitant la possibilité d'hospitalisation directe en gériatrie. Cette communication auprès des médecins traitants peut notamment être réalisée lors d'une commission de coordination gériatrique, en invitant les homologues hospitaliers.

Concernant l'organisation des services hospitaliers, il pourrait être intéressant de poursuivre ce travail en s'interrogeant sur les facteurs influençant positivement ou négativement ce taux d'hospitalisation directe. D'autres projets sont à développer dans nos EHPAD afin de diminuer les hospitalisations. Nous pouvons par exemple citer la télémédecine permettant notamment un meilleur suivi des pathologies chroniques, l'astreinte d'une IDE la nuit diminuant le nombre d'hospitalisations non justifiées la nuit, l'intervention d'équipes mobiles gériatriques au sein de l'EHPAD, l'intervention de l'Hospitalisation A Domicile.

Bibliographie

1. Enquête EHPA 2015, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
2. Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) Mars 2007 numéro 1007
3. Recours aux urgences pour les résidents d'EHPAD : pertinence et voie d'amélioration. Mémoire de DIU de Médecin coordonnateur en EHPAD de Béatrice Brillet soutenu en 2012. Diapositive 4
4. La personne âgée aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) Mars 2017 numéro 1008.
5. Circulaire DHOS (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins)/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques
6. Les transferts aux urgences des patients venant d'EHPAD : étude descriptive durant trois mois aux urgences du centre hospitalier universitaire de Saint-André à Bordeaux. Thèse de médecine générale soutenue par Agathe Jacquot le 20 décembre 2017.
7. Pertinence des hospitalisations via le service des urgences chez les patients de plus de 75 ans. Thèse de médecine générale soutenue par Aurore Maire en 2013.
8. Prise en charge des urgences en EHPAD. Proposition d'amélioration par le Médecin coordonnateur. Mémoire de DIU de Médecin coordonnateur en EHPAD d'Isabelle Kurtzemann soutenu en 2007. P.4
9. Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents en EHPAD ? Points Clés organisation des parcours. HAS et ANESM juin 2015
10. Analyse descriptive des facteurs intervenant dans la décision du transfert des patients venant des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) vers les services d'urgences du CHU de Toulouse. Thèse de médecine générale d'Emilie Giovanni soutenue le 29 octobre 2013
11. Hospitalisations des personnes âgées par le médecin traitant : admission directe ou par les urgences ? Une étude prospective en court séjour gériatrique. Thèse de médecine générale, soutenue par Jonathan Favre et Thomas Maunoury le 10 janvier 2014.

12. Inspection générales des affaires sociales. Fouquet A, Tregcoat JJ, Sitruk. L'impact des modes d'organisations sur la prise en charge du grand âge. Rapport de synthèse. Paris:IGAS;2011.
13. Décret n° 2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, modifié par le Décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011.
14. Pour un transfert coordonné de l'utilisateur entre l'hôpital et l'EHPAD. Mémoire de l'école des hautes études en santé publique de François Malleret présenté en 2009. p.47

Annexe : Exemple de recueil de données

DP du RUM	libellé	Nb RUM Médecine A avec entrée directe
I500	Insuffisance cardiaque congestive	15
J159	Pneumopathie bactérienne, sans précision	10
D500	Anémie par carence en fer secondaire à une perte de sang (chronique)	7
D648	Autres anémies précisées	6
R53+0	Altération [baisse] de l'état général	5
Z5130	Séance de transfusion de produit sanguin labile	5
R296	Chutes à répétition, non classées ailleurs	5
E86	Hypovolémie	4
J690	Pneumopathie due à des aliments et des vomissements	4
N10	Néphrite tubulo-interstitielle aiguë	4
D508	Autres anémies par carence en fer	3
Z742	Besoin d'assistance à domicile, aucun autre membre du foyer n'étant capable d'assurer les soins	3
A46	Érysipèle	3
F410	Trouble panique [anxiété épisodique paroxystique]	3
I501	Insuffisance ventriculaire gauche	2
D509	Anémie par carence en fer, sans précision	2
D62	Anémie posthémorragique aiguë	2
I951	Hypotension orthostatique	2
C220	Carcinome hépatocellulaire	2
A047	Entérocolite à Clostridium difficile	2
F067	Trouble cognitif léger	2
I442	Bloc auriculoventriculaire complet	2
N185	Maladie rénale chronique, stade 5	2
S2240	Fractures fermées multiples de côtes	2
R410	Désorientation, sans précision	1
D649	Anémie, sans précision	1
D529	Anémie par carence en acide folique, sans précision	1
J181	Pneumopathie lobaire, sans précision	1
J440	Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures	1

N390	Infection des voies urinaires, siège non précisé	1
D630	Anémie au cours de maladies tumorales (C00-D48)	1
F412	Trouble anxieux et dépressif mixte	1
I7021	Athérosclérose des artères distales, avec gangrène -	1
R522	Autres douleurs chroniques	1
R53+1	Malaise	1
I480	Fibrillation auriculaire paroxystique	1
K921	Mélaena	1
R33	Rétention d'urine	1
R630	Anorexie	1
S400	Contusion de l'épaule et du bras	1
A090	Gastroentérites et colites d'origine infectieuse, autres et non précisées	1
A408	Autres sepsis à streptocoques	1
B378	Autres localisations de candidose	1
B86	Gale	1
C56	Tumeur maligne de l'ovaire	1
C64	Tumeur maligne du rein, à l'exception du bassin	1
C672	Tumeur maligne de la paroi latérale de la vessie	1
C925	Leucémie myélomonocytaire aiguë	1
D381	Tumeur à évolution imprévisible ou inconnue de la trachée, des bronches et du poumon	1
D45	Polyglobulie essentielle	1
D462	Anémie réfractaire avec excès de blastes [AREB]	1
D513	Autres anémies par carence alimentaire en vitamine B12	1
D528	Autres anémies par carence en acide folique	1
D538	Autres anémies nutritionnelles précisées	1
D638	Anémie au cours d'autres maladies chroniques classées ailleurs	1
D690	Purpura allergique	1
E1138	Diabète sucré de type 2 non insulinotraité ou sans précision, avec complications oculaires	1
E1140	Diabète sucré de type 2 insulinotraité, avec complications neurologiques	1
E1170	Diabète sucré de type 2 insulinotraité, avec complications multiples	1
E161	Autres hypoglycémies	1
E831	Anomalies du métabolisme du fer	1
E8718	Hypoosmolarités et hyponatrémies, autres et sans précision -	1

F051	Delirium surajouté à une démence	1
F060	État hallucinatoire organique	1
F0670	Trouble cognitif léger non associé à un trouble physique	1
F101	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : utilisation nocive pour la santé	1
F408	Autres troubles anxieux phobiques	1
G243	Torticolis spasmodique	1
G312	Dégénérescence du système nerveux liée à l'alcool –	1
G318	Autres affections dégénératives précisées du système nerveux –	1
G470	Troubles de l'endormissement et du maintien du sommeil [insomnies] –	1
I10	Hypertension essentielle (primitive) –	1
I482	Fibrillation auriculaire chronique [permanente]	1
J180	Bronchopneumopathie, sans précision	1
J90	Épanchement pleural, non classé ailleurs –	1
K222	Obstruction de l'oesophage –	1
K2381	Oesophagite à candida (B37.8)	1
K254	Ulcère de l'estomac chronique ou non précisé, avec hémorragie	1
K318	Autres maladies précisées de l'estomac et du duodénum	1
K550	Troubles vasculaires aigus de l'intestin –	1
K712	Maladie toxique du foie avec hépatite aiguë	1
K746	Cirrhoses (du foie), autres et sans précision	1
L598	Autres affections précisées de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané liées à une irradiation,	1
L893	Ulcère de décubitus de stade IV	1
L97	Ulcère du membre inférieur, non classé ailleurs	1
M1120	Autre chondrocalcinose - Sièges multiples	1
M461	Sacro-iliite, non classée ailleurs	1
M482	Arthrose interépineuse	1
M4954	Tassement vertébral au cours de maladies classées ailleurs - Région dorsale	1
M5437	Sciatique - Région lombo-sacrée	1
M7965	Douleur au niveau d'un membre - Région pelvienne et cuisse	1
N136	Pyonéphrose	1
N300	Cystite aiguë	1
R13	Dysphagie	1
R400	Somnolence	1

R5218	Douleurs chroniques irréductibles, autres et non précisées	1
R53+2	Fatigue [asthénie]	1
R634	Perte de poids anormale	1
S2210	Fractures fermées multiples du rachis dorsal	1
S3230	Fracture fermée de l'ilion	1
S800	Contusion du genou	1
T825	Complication mécanique d'autres prothèses et implants cardiaques et vasculaires –	1
Z502	Sevrage d'alcool	1
Z741	Besoin d'assistance et de soins d'hygiène	1

Total RUM Médecine A avec entrée directe	177
---	------------

Résumé

Introduction : Les hospitalisations via le service des urgences sont délétères pour les personnes âgées. Notre étude a porté sur les rôles que peuvent jouer le médecin coordonnateur et l’infirmière coordinatrice en EHPAD dans l’optimisation des relations avec les services de gériatrie et les médecins traitants afin de privilégier les entrées directes.

Méthode : Afin de répondre à notre question de recherche, nous avons travaillé sur deux axes complémentaires. Nous avons réalisé un recueil de données auprès de quatre services hospitaliers gériatriques afin de connaître les taux et les motifs d’hospitalisation directe. Nous avons également diffusé un questionnaire auprès de 243 médecins coordonnateurs et 270 infirmières coordinatrices afin de les interroger sur leurs pratiques.

Résultats : Les taux d’hospitalisations directes varient de 13,7% à 30,5% en fonction des hôpitaux. Les principaux motifs d’hospitalisations directes sont : l’anémie, l’altération de l’état général, les chutes à répétition, l’insuffisance cardiaque et la douleur. 65,4% des IDEC et 79% des médecins coordonnateurs peuvent organiser des hospitalisations directes. 82,4% des IDEC et 85,3% des médecins coordonnateurs ont permis à des généralistes de connaître cette possibilité d’hospitalisation. 79,4% des IDEC et 70% des médecins coordonnateurs participent à l’organisation des hospitalisations directes.

Discussion : Les organisations internes de chaque hôpital expliquent en partie les grandes variations de pourcentage d’entrée directe. Identifier des motifs d’hospitalisations directes et les diffuser auprès des médecins traitants via l’équipe de coordination pourrait permettre de les systématiser. Le binôme de coordination formé par l’IDEC et le médecin coordonnateur joue un rôle dans toutes les étapes d’anticipation et d’organisation des entrées directes en gériatrie (quand celles-ci sont possibles).

Mots-clés : Hospitalisation directe, gériatrie, coordination, médecin coordonnateur, infirmière coordinatrice, EHPAD, anticipation, organisation.

Abstract

Introduction: Hospitalisations via the emergency department are deleterious to the health of the elderly. Our study focused on the roles that can be played by the coordinating physician and the nursing coordinator in institution for the dependant elderly in optimizing the relationship between the geriatric services and General Practitioners (GPs) in order to favour direct entry.

Method: In order to answer our research question, we worked on two complementary axes. We gathered data from four geriatric hospital departments to determine rates of and reasons for direct hospitalisation. We also distributed a questionnaire to 243 coordinating physicians and 270 nurse coordinators asking them about their practices.

Results: Direct hospitalisation rates vary from 13.7% to 30.5% depending on the hospital. The main reasons for direct hospitalisation are: anemia, general deterioration, recurrent falls, heart failure and pain. 65.4% of nursing coordinators and 79% of coordinating physicians are able to arrange direct hospitalisations. 82.4% of the nursing coordinators and 85.3% of the coordinating physicians made GPs aware of the possibility of hospitalisation. 79.4% of nursing coordinators and 70% of coordinating physicians participate in the organisation of direct hospitalisations.

Discussion: The internal organisations of each hospital explain in part the large percentage changes in direct entry. Identifying the reasons for direct hospitalisation and distributing them to treating physicians via the coordination team could help to systematize them. The coordination team, formed by the nursing coordinator and the coordinating physician, is involved at every stage of anticipating and organising direct geriatric admissions (whenever these are possible).

Key-words: Direct hospitalization, geriatric, coordination, coordinating physician, nursing coordinator, institution for the dependant elderly, anticipating, organising.