

**UNIVERSITE RENEE DESCARTES PARIS V**

**FACULTE PORT ROYAL - COCHIN**

**ANNEE 2018**

**UTILISATION DE LA TROUSSE D'URGENCE**

**EN EHPAD**

Mémoire pour le Diplôme Inter Universitaire « Formation à la fonction de  
médecin coordonnateur d'EHPAD »

Présenté le 15 Novembre 2018

Par

Dr Cécile DURU

Dr Brigitte ESTERLIN

Dr Thierry LAMBERT

Dr Vincent PEUREUX

Dr Oliver SAUTIER

Dr Sophie TOURNILLON

Directeur de mémoire Dr Serge REINGEWIRTZ

## **REMERCIEMENTS**

Nous tenons tout d'abord à remercier le Docteur Serge REINGEWIRTZ qui, sans savoir de quoi nous étions capables, a accepté d'être notre directeur de mémoire.

Nous remercions également le Dr Damien SINEUX, directeur du SAMU 50, pour nous avoir donné accès aux dossiers dont nous avons besoin pour cette étude.

Ce travail n'aurait pas pu voir le jour sans l'aide des Auxiliaires de Régulation Médicale (ARM) du SAMU 50, ainsi que celle d'Eloise MESNILDREY, secrétaire du SAMU 50. Nous les remercions chaleureusement.

Nous n'oublions pas non plus les médecins régulateurs du SAMU 50, à qui nous adressons nos remerciements confraternels.

Et enfin, un très grand merci à tous les infirmiers coordinateurs et médecins coordonnateurs des EHPAD qui, en répondant à notre questionnaire, nous ont permis de réaliser ce mémoire.

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

ARM : auxiliaire de régulation médicale

ASSURE : amélioration des soins d'urgence en Ehpad

AVK : anti vitamine K

BEH : bulletin épidémiologique hebdomadaire

CSP : code de la santé publique

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère de la santé

ECG : électro-cardio-gramme

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ETP : équivalent temps plein

HAS : haute autorité de santé

IDEC : infirmier diplômé d'Etat coordinateur

INR : international normalized ratio

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

KT : cathéter

OMEDIT : observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique

ORULIM : observatoire régional des urgences du Limousin

PUI : pharmacie à usage intérieur

RRAMU : réseau régional de l'aide médicale urgente

SAMU : service d'aide médicale urgente

SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation

SU : sonde urinaire

# **SOMMAIRE**

INTRODUCTION.....	page 5
MATERIELS ET METHODES.....	page 8
RESULTATS.....	page 11
DISCUSSION.....	page 27
CONCLUSION.....	page 32
REFERENCES.....	page 33
ANNEXES.....	page 34

## INTRODUCTION

Les services d'urgences partout en France sont dans l'obligation de prendre en charge les patients qui arrivent toujours de plus en plus nombreux d'une année sur l'autre. En 2017 il y a eu 20,3 millions de passages aux urgences [1]. Parmi ces entrées directes, toutes ne concernaient pas des urgences vitales.

Les 7 394 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes en France [2] accueillent 586 560 personnes âgées dépendantes au 31 décembre 2015 [3]. L'âge moyen des résidents est de 86 ans et 35% de la population accueillie a plus de 90 ans. En moyenne chaque résident présente concomitamment 9 pathologies et prend 7 médicaments différents. Les patients accueillis en EHPAD présentent donc une fragilité du fait de leur âge et de leurs polyopathologies ce qui amène le personnel soignant à gérer un grand nombre d'urgences relatives ou vitales.

Durant l'année suivant leur institutionnalisation, 40% des résidents seront hospitalisés au moins une fois dont 52% aux urgences [4], 20% des résidents feront un passage aux urgences dans l'année, et 23 % des résidents sont hospitalisés aux urgences au moins une fois dans les deux semaines qui précèdent leur décès. Les chiffres concernant le passage des résidents par un service des urgences sont très variables allant de 9 à 60 % d'entre eux sur une année et il est difficile de connaître le nombre réel des urgences.

Parmi celles-ci nous retrouvons principalement :

- les chutes qui représentent 30% des admissions aux urgences des patients provenant d'un EHPAD avec une fracture dans la moitié des cas.
- des décompensations cardio-respiratoires qui entraînent aussi un tiers des hospitalisations dans les services d'urgence.

- enfin les troubles neurologiques avec les accidents vasculaires et les troubles du comportement [5] (Annexe 1 : motifs d'admission aux urgences, ORULIM, 2010).

Dans 20 % des cas c'est un médicament qui est à l'origine de l'hospitalisation : antihypertenseurs, diurétiques, hypoglycémifiants, AVK ou psychotropes [6].

Afin d'améliorer la prise en charge des résidents d'EHPAD en situation d'urgence, des guides pratiques ont été écrits, comme par exemple :

- celui produit par le réseau des urgences de Champagne Ardenne (RESURCA) qui traite des conduites à tenir en situations d'urgence survenant en EHPAD afin de limiter le transfert dans les services d'urgences en tenant compte de la présence d'un médecin sur site (médecin traitant, médecin coordonnateur) [7].

- celui de l'ARS Ile de FRANCE qui identifie 20 conduites à tenir pour le personnel soignant en situation d'urgence lorsqu'il n'y a pas de médecin présent sur l'établissement [8].

A aucun moment dans les différentes publications il n'est fait référence à l'utilisation d'un sac ou de matériels dédiés aux urgences. L'article L5126-6 du CSP (code de santé publique) précise que les établissements n'ayant pas de pharmacie interne peuvent détenir des médicaments, produits ou objets destinés aux soins urgents. Il n'est mentionné nulle part l'obligation légale pour les EHPAD de posséder une trousse ou un support d'urgence (sac, chariot..). Cependant depuis une quinzaine d'année la majorité des établissements s'en sont dotés. Dans le mémoire du Dr Muzard en 2003 on retrouve comme indicateur le chiffre de 45% des structures équipées (9 structures sur 20) [9] et ces chiffres passeront à 74 % des structures dans le mémoire de C. Lejeune en 2017 (soit 20 structures sur 27) [10], ce qui montre la prise en considération de plus en plus forte des recommandations concernant la présence d'un sac d'urgence. Le Dr Cosson concluait en 2006 que le chariot d'urgence était une nécessité pour faire face aux urgences vitales des résidents [11].

L'OMEDIT Bretagne - le 12/10/2014 - a établi un contenu maximal de médicaments ainsi qu'une proposition des dispositifs médicaux pour les soins urgents pour les EHPAD sans PUI afin de permettre une prise en charge de l'urgence vitale par un médecin en dehors des actes pratiqués par des praticiens spécialisés. Une proposition des dispositifs médicaux pour les soins urgents a également été précisée [12].

Un mémoire en 2017, sur la trousse d'urgence en EHPAD [10] a précisé son contenu, a préconisé une feuille de traçabilité et un protocole concernant les conduites à tenir en fonction des personnels présents sur l'établissement au moment de l'urgence.

Dans la continuité du mémoire de Lejeune et Jumel [10], nous avons souhaité faire un travail dont l'objectif est double :

- **Objectif principal** : quelle est la fréquence d'utilisation en EHPAD du sac d'urgence tel que défini précédemment et dans quelles situations d'urgence est-il utilisé ?
- **Objectif secondaire** : l'utilisation du sac d'urgence en EHPAD limite-t-elle les transferts des résidents vers les services d'urgences ?

## **MATERIELS ET METHODES**

Le travail s'est articulé autour de 2 axes :

- A partir d'un questionnaire auprès des médecins coordonnateurs et infirmier(e)s coordonnateurs d'EHPAD
- A partir d'un SAMU-Centre15

### **A. QUESTIONNAIRE « UTILISATION DE LA TROUSSE D'URGENCE DANS LES EHPAD »**

Afin de répondre à la question principale relative à l'utilisation de la trousse d'urgence en EHPAD, nous avons décidé de réaliser une étude observationnelle rétrospective multicentrique au moyen d'un questionnaire (annexe 2) à destination des médecins coordonnateurs et infirmières coordinatrices de différents EHPAD.

Le questionnaire (annexe 2) a été mis au point après concertation entre les différents membres de notre groupe, testé par 2 médecins coordonnateurs, et validé après changement du format d'envoi initialement prévu par courrier.

Nous avons décidé de recueillir les données sur 1 mois.

Les questions concernaient :

- l'existence ou non d'une convention avec un établissement de santé (urgences, SAMU, astreinte de médecins généralistes)
- le nombre d'urgences gérées à l'EHPAD
- le type d'urgence, les catégories proposées étant celles définies dans le mémoire de Christelle Lejeune et Valérie Jumel [10]:



- **cardiovasculaire**
  - **neurologique**
  - **traumatologique**
  - **douleur**
  - **psychiatrique**
  - **respiratoire**
  - **hématologique**
  - **gastroentérologique**
  - **allergique**
  - **autres**
- le moyen de gestion de cette situation,
  - l'utilisation ou non de la trousse d'urgence,
  - les produits et dispositifs utilisés,
  - l'origine de la prescription de cette utilisation,
  - l'issue de cette situation : décès, transfert aux urgences, stabilisation sur place.

L'étude est multicentrique puisque le questionnaire a été envoyé par e-mail au mois de mai 2018 à **369** EHPAD (222 EHPAD du groupe ORPEA, 42 établissements ADEF résidences, 70 du groupe COLYSEE, 8 EHPAD privés ou publiques du sud de l'Oise, 27 EHPAD privés et publiques du département de la Manche).

Les réponses ont été saisies sur un tableur Excel (annexe 2).

## **B. RECUEIL DES DONNEES AUPRES DU SAMU-Centre 15 de la Manche**

Parallèlement à l'étude sur l'utilisation de la trousse d'urgence par les EHPAD, nous avons souhaité faire un recueil de données prospectif concernant les appels d'EHPAD reçus par le

Centre 15 du département de la Manche afin de voir si certains éléments se recoupaient avec ceux recueillis auprès des EHPAD.

Après rencontre avec le directeur du SAMU 50, afin de lui expliquer notre démarche, nous avons obtenu son accord pour que les comptes rendus anonymisés des appels au SAMU 50 (exemple de fiche SAMU : annexe 3) concernant ceux provenant des EHPAD soient imprimés de façon systématique par les ARM (Auxiliaires de Régulation Médicale).

Ce recueil a eu lieu du 22 mai 2018 au 22 juillet 2018. Les fiches nous ont été envoyées périodiquement par la secrétaire du SAMU.

Ces comptes rendus ont été colligés et répartis dans un tableur Excel (annexe 4) selon différentes caractéristiques :

- jour et horaire de l'appel (de façon arbitraire, nous avons défini le jour de 8 h à 19 h et la nuit de 19 h à 8 h)
- motif de recours au SAMU (reprenant ceux définis dans notre questionnaire EHPAD)
  - o **traumatologie** : chute, hématome, plaie, impotence fonctionnelle, déformation
  - o **respiratoire** : dyspnée, toux, cyanose, fausse-route
  - o **cardiologie** : douleur thoracique, troubles du rythme, troubles tensionnels
  - o **neurologie** : perte de connaissance, hémiplégie, aphasie, convulsion
  - o **divers/fièvre**
  - o **douleurs** : autres que thoraciques ou abdominales
  - o **biologie** : demande de conduite à tenir après résultats (ex : INR)
  - o **gastro-entérologie** : diarrhée/vomissement, douleur abdominale
  - o **psychiatrie** : troubles aigus du comportement
  - o **décès**
- issue de l'appel (conseil, traitement sur place, transfert aux urgences, autres).

Pour les fiches ayant une ou plusieurs données manquantes, nous avons pu bénéficier d'un accès aux dossiers des appels sur RRAMU (Réseau Régional de l'Aide Médicale Urgente) en salle de régulation du SAMU 50 afin de récupérer les éléments nécessaires. Quand aucune donnée ne pouvait être retrouvée, la fiche était considérée comme inexploitable et non prise en compte dans l'analyse.

Ces fiches ont ensuite été classées en 8 catégories : une catégorie pour chaque jour de la semaine et une catégorie « nuit » (de 19 h à 8 h, quel que soit le jour).

Puis nous avons croisé les différentes catégories entre elles pour en sortir d'autres données à analyser.

### **C. QUESTIONNAIRE AUPRES DES MEDECINS REGULATEURS DU SAMU 50**

Pour compléter l'étude des fiches issues du SAMU 50, nous avons adressé par mail aux 16 médecins régulateurs du SAMU 50, un courrier (annexe 5) leur demandant de répondre à la question suivante :

« Êtes-vous informé que les EHPAD sont équipés d'un chariot, trousse ou boîte d'urgence permettant de faire face à la plupart des situations urgentes ? ».

Ce courrier a été envoyé le 3 août, après la fin de recueil des données des fiches SAMU, afin de ne pas interférer dans les réponses et biaiser les résultats.

## RESULTATS

### A. QUESTIONNAIRE UTILISATION DE LA TROUSSE D'URGENCE

Le questionnaire a été envoyé à **369** EHPAD principalement des structures à visée lucrative.

Il nous a été retourné **43** questionnaires, 15 remplis par le médecin coordonnateur et 9 par l'infirmier coordinateur. Pour 19 questionnaires l'information n'était pas précisée.

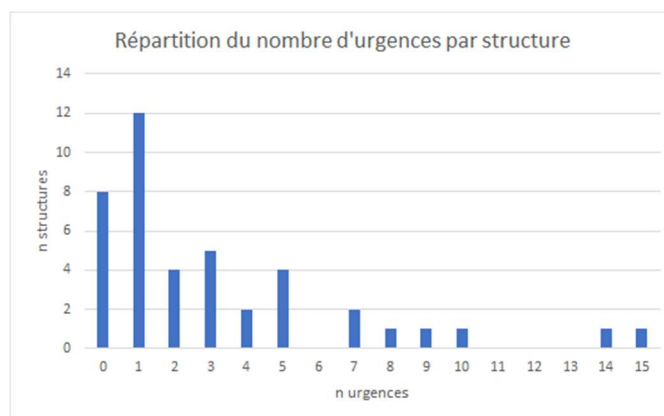
Pour 32 établissements, soit 74.4% des EHPAD ayant répondu, il existe une convention avec un SAMU ou une organisation de médecins d'astreinte.

Ces 43 établissements totalisent 3243 places, la plus petite structure totalisant 45 résidents, la plus grande 145, ce qui fait une moyenne de 75 places par EHPAD.

Un dispositif d'urgence est présent dans **36** établissements, 3 n'en sont pas pourvus et 4 n'ont pas répondu à la question.

Sur un mois, il y a eu au total sur les 43 établissements **133** situations d'urgences réparties sur 37 EHPAD, soit une moyenne de **3** urgences par mois et par EHPAD :

- 18% des EHPAD n'ont pas déclaré d'urgences
- 66% des EHPAD ont déclaré 1 à 5 urgences
- 16% des EHPAD ont déclaré plus de 5 urgences



**Figure 1 : Répartition du nombre d'urgence par structure**

Les urgences se répartissent de la manière suivante :

Type d'urgence	Nombre
cardiovasculaire	34
neurologique	7
traumatique	23
douleur	7
psychiatrique	6
respiratoire	32
hématologique	5
gastroentérologique	9
allergique	0
autre	10
total	133

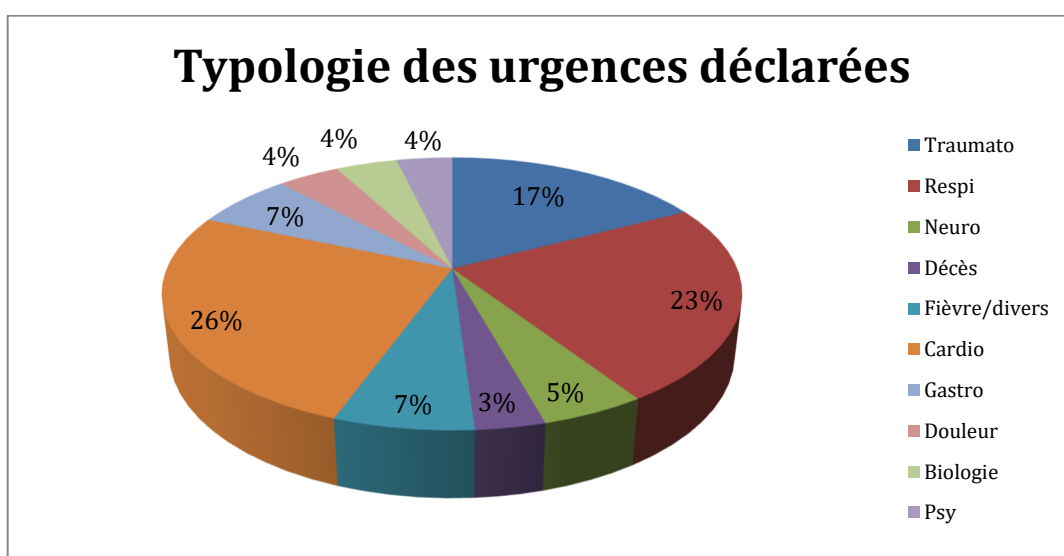


Figure 2 : Typologie des urgences déclarées en EHPAD

Sur ces 133 situations d'urgence, la valise d'urgence a été utilisée à 13 reprises (9.7%).

Les médicaments prescrits sont :

- Vitamine K : 2 fois
- Acupan® : 2 fois

- Tramadol® : 1 fois
- Antidouleur sans précision : 1 fois
- Morphine : 1 fois
- Lasilix® : 2 fois
- Corticoïdes : 2 fois
- Natispray® : 2 fois
- Antibiotique : 2 fois
- Vogalene® : 1 fois
- Ventoline® : 1 fois

Les dispositifs utilisés sont :

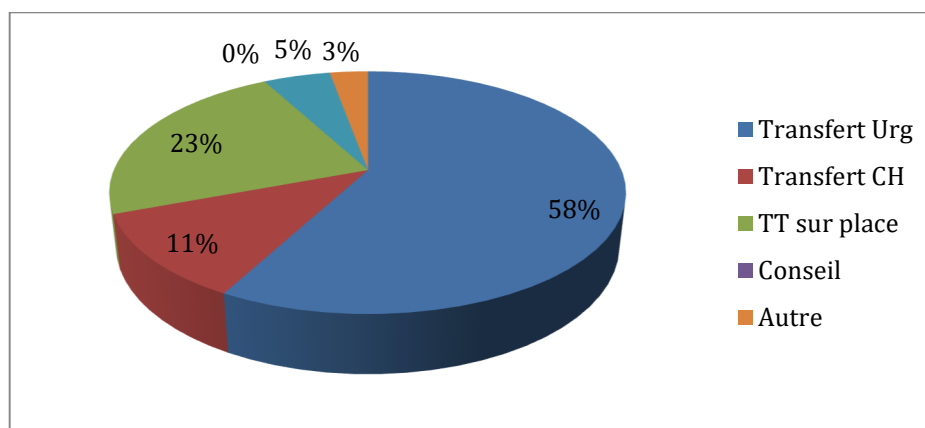
- Oxygène : 5 fois
- ECG : 2 fois
- Aspiration : 3 fois
- Défibrillateur : 1 fois

Parmi ces 13 situations le sac d'urgence a été ouvert 9 fois par les médecins coordonnateurs et 4 fois par un médecin traitant (3 fois suite à appel du SAMU).

<b>Prescripteur</b>	<b>nombre</b>
Médecin traitant	4
Médecin coordonnateur	9
dont régulateur SAMU	3
Urgentiste sur place	0

**Tableau 1 : Prescripteurs de la valise d'urgence ou dispositif d'urgence**

Concernant ces **133** urgences, il y a eu 4 issues non précisées, 32 stabilisations sur place et 4 décès sur place (restés dans l'établissement). Parmi ces 133 urgences, 7 vont décéder dans les suites.



**Figure 3 : devenir des situations urgentes**

## **B. FICHE SAMU 50**

Sur la période du 22 mai au 2 juillet, 220 fiches d'appels d'EHPAD au SAMU-Centre 15 de la Manche ont été recueillies. L'exhaustivité de ce recueil n'est pas garantie, car en cas d'afflux d'appels les ARM donnaient la priorité aux réponses et aux suivis des interventions en cours.

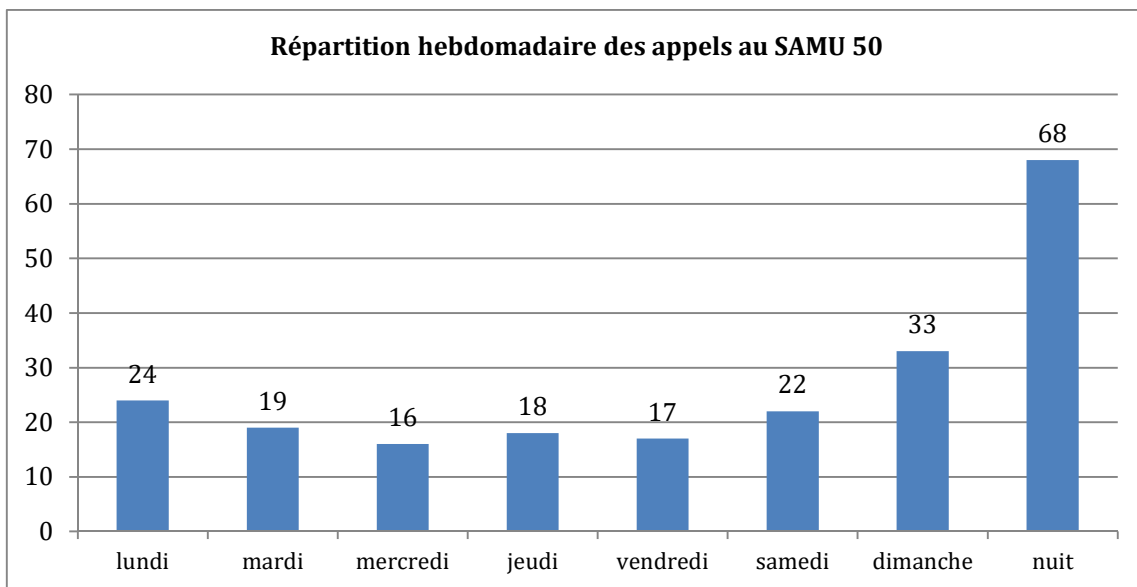
Sur ces 220 fiches, 73 avaient une ou plusieurs données manquantes et ont nécessité d'être contrôlées dans un second temps sur RRAMU. A l'issue de cette vérification, 3 fiches sont restées inexploitables car ni le motif d'appel ni la destination n'ont pu être retrouvés. L'analyse a donc porté sur 217 fiches d'appel.

Le nombre d'EHPAD concernés ainsi que le nombre éventuel d'appels par EHPAD n'ont pas été extraits du recueil de données, car non pertinents dans notre étude.

En revanche, nous aurions souhaité savoir quelle catégorie de soignant appelait le Centre 15, mais cela n'apparaissait pas dans les dossiers.

La répartition hebdomadaire des appels se fait ainsi :

- lundi : 24 appels                                   soit 11.1% des 217 interventions
- mardi : 19 appels                                   soit 8.8%
- mercredi : 16 appels                                   soit 7.4%
- jeudi : 18 appels                                   soit 8.3%
- vendredi : 17 appels                                   soit 7.8%
- samedi : 22 appels                                   soit 10.1%
- dimanche : 33 appels                                   soit 15.2%
- nuit (du lundi au dimanche) : 68 appels                                   soit 31.3%

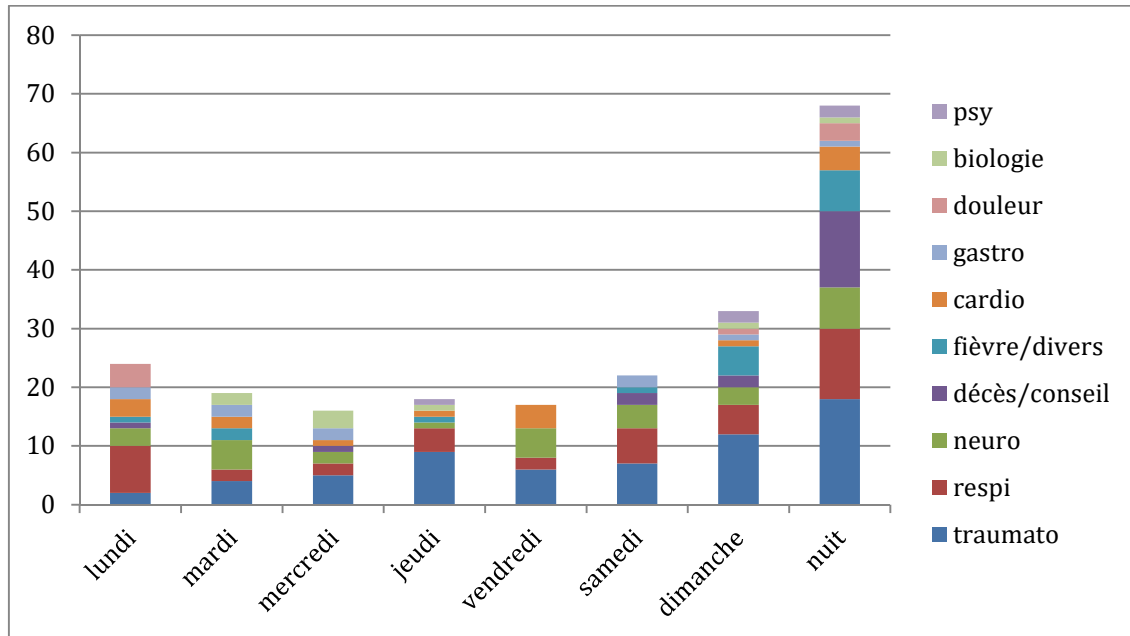


**Figure 4 : Répartition hebdomadaire des appels au SAMU**

Il apparait ainsi que 56.7% des appels tous motifs confondus ont lieu la nuit et les weekends.



Le lundi apparait également comme une journée où les appels sont plus nombreux que les autres jours ouvrés de la semaine.



**Figure 5 : motifs d'appel au SAMU-Centre 15 selon le jour d'appel**

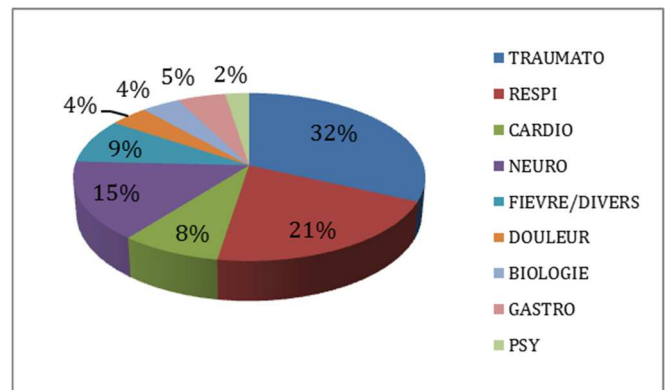
En ce qui concerne les motifs d'appel, 19 appels (soit 8.8% des 217 appels), dont 13 la nuit, avaient pour cause une demande de conduite à tenir en raison d'un décès. A chaque fois, la réponse à ces appels a été « conseil : attendre l'ouverture du cabinet médical ou appeler le médecin de garde ». Ces appels n'étant pas des urgences proprement dites, et ne conduisant pas à l'utilisation de la trousse d'urgence, nous ne les avons pas pris en compte pour l'analyse statistique des motifs d'appel et avons travaillé sur les 198 fiches restantes.

Sur cette nouvelle base, les appels pour urgence ont eu lieu à 72.2% en journée et 27.8% la nuit. Samedi 10.1% et 15.7% dimanche en journée, soit 25.8% pour le weekend.

Il y a donc eu 53.5% des appels la nuit et les weekends.

Sur les 198 appels, les **motifs d'appel** ont été :

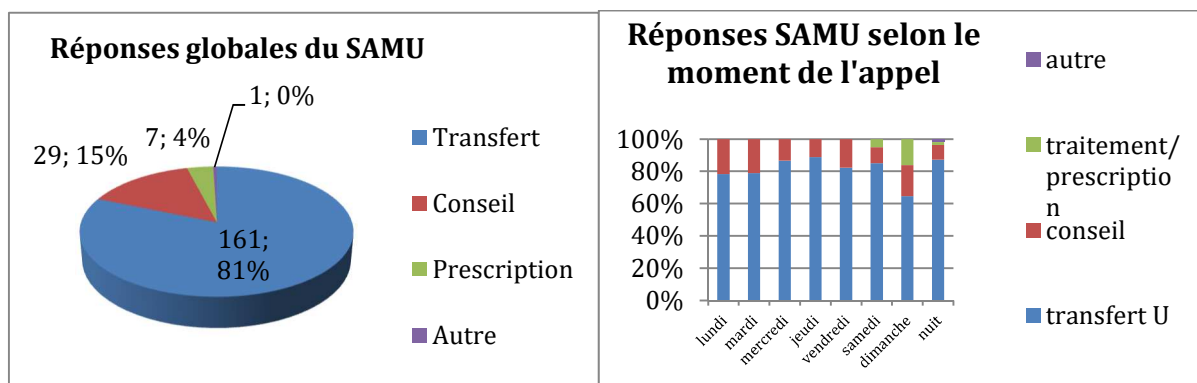
- traumatologie : 36                    soit 31.8% des 198 appels
- respiratoire : 41                    soit 20.7%
- cardiologie : 16                    soit 8.1%
- neurologie : 30                    soit 15.2%
- divers/fièvre : 17                    soit 8.6%
- douleur : 8                    soit 4%
- biologie : 8                    soit 4%
- gastroentérologie : 10            soit 5.1%
- psychiatrie : 5                    soit 2.5%



**Figure 6 : motifs d'appel au SAMU**

Sur les 198 appels, les **réponses apportées** ont été :

- transfert : 161                    soit 81.4% des 198 appels
- conseil : 29                    soit 14.6%
- prescription : 7                    soit 3.5%
- autre : 1                    soit 0.5%

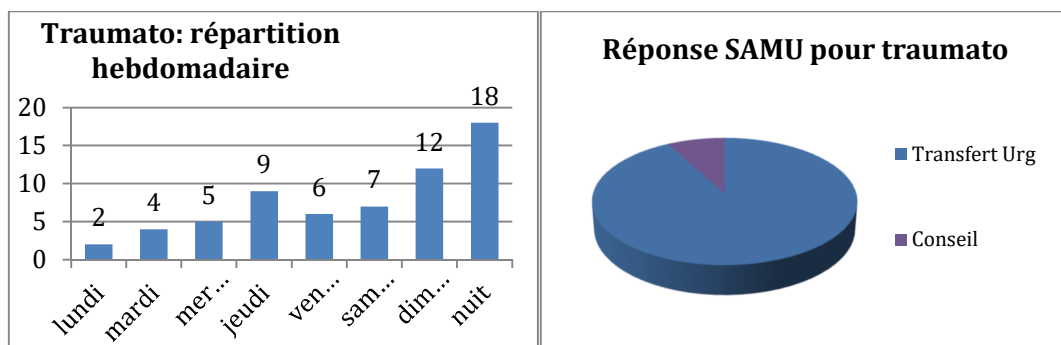


**Figure 7 : Réponses du SAMU toutes causes confondues**

Le tableau en annexe 4 regroupe l'ensemble des résultats.

L'analyse détaillée en fonction des motifs d'appel retrouve :

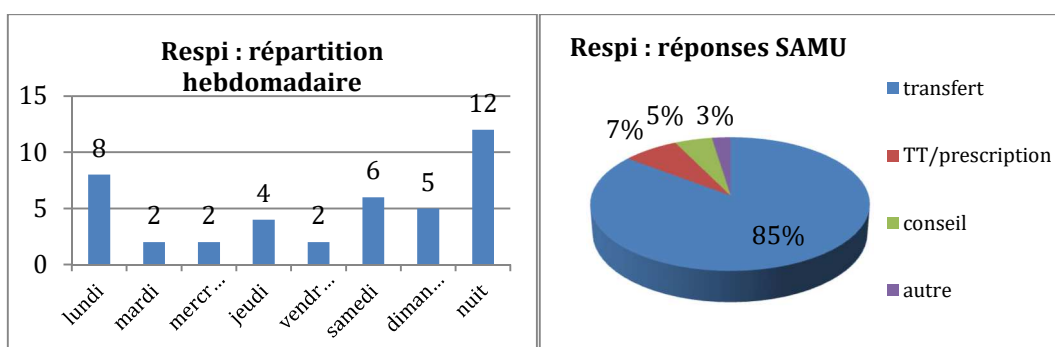
- traumatologie : 63 appels soit 31.8% des fiches,
  - o nuit : 18 appels (soit 28.6% des appels pour traumatologie) ; pour tous les appels de nuit (100% des 18 appels), les résidents ont été transférés vers un service d'urgences
  - o journée samedi et dimanche : 19 appels (soit 30.2% des appels pour traumatologie) : 16 transferts (84.2% des 19 appels) et 3 conseils
  - o journée du lundi au vendredi : 26 appels (soit 41.2% des appels pour traumatologie) : 24 transferts (92.3% des 26 appels) et 2 conseils
  - o au total pour la traumatologie :
    - 92% de transferts
    - 8% de conseils (surveillance et rappeler si problème)
    - pas de prescriptions



**Figure 8 : Répartition et issues concernant les appels pour causes traumatologiques**

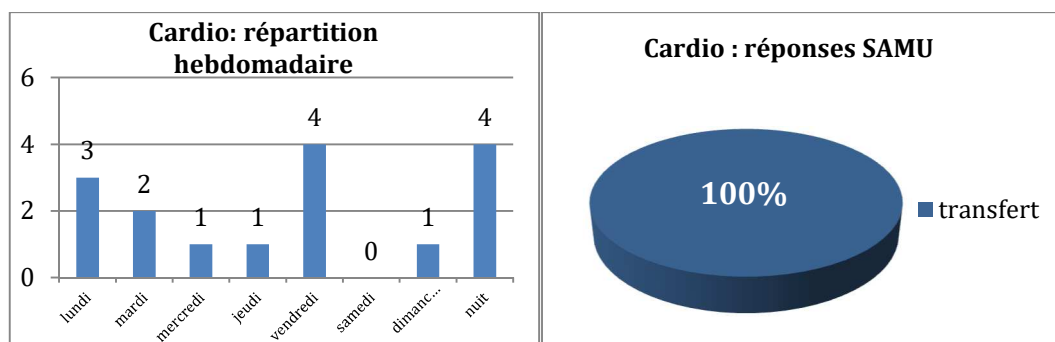
- respiratoire : 41 appels soit 20.7% des fiches,
  - o nuit : 12 appels (29.2% des appels pour motif respiratoire) : 10 transferts (83.3% des 12 appels), 1 conseil et 1 « autre » (médecin traitant sur place)
  - o journée samedi et dimanche : 11 appels (26.8% des appels pour motif respiratoire) : 7 transferts (63.6% des 11 appels), 3 prescriptions (oxygène) et 1 conseil

- journée du lundi au vendredi : 18 appels (43.9% des appels pour motif respiratoire) : 18 transferts soit 100% des 18 appels
- au total pour les motifs respiratoires :
  - 85.4% de transferts
  - 7.4% prescriptions
  - 4.8% conseils (surveillance et rappel si problème)
  - 2.4% autre (médecin traitant sur place la nuit)



**Figure 9 : Répartition et issues concernant les appels pour cause respiratoire**

- cardiologie : 16 appels soit 8.1% des fiches,
  - nuit : 4 appels (25% des appels pour motif cardiologique) : 4 transferts (100%)
  - journée samedi et dimanche : 1 appel pour lequel 1 SMUR a été envoyé
  - journée du lundi au vendredi : 11 appels (68.7% des 16 appels) : 11 transferts (100%) dont 1 SMUR pour un visiteur
  - au total pour la cardiologie, 100% des appels, quel que soit le moment de la journée ou de la semaine, ont débouché sur un transfert du résident.



## Figure 10 : Répartition et issues concernant les appels pour causes cardiologique

- neurologie : 30 appels soit 15.2% des fiches
  - o nuit : 6 appels (20% des appels pour motif neurologique) : 5 transferts (83%) et 1 conseil
  - o journée samedi et dimanche : 7 appels (23% des 30 appels) : 6 transferts (85.7%) et 1 conseil
  - o journée du lundi au vendredi : 16 appels (53.3% des appels) : 11 transferts (68.7%) et 4 conseils
  - o au total pour la neurologie :
    - 80% de transferts
    - 20% de conseils
    - pas de prescriptions

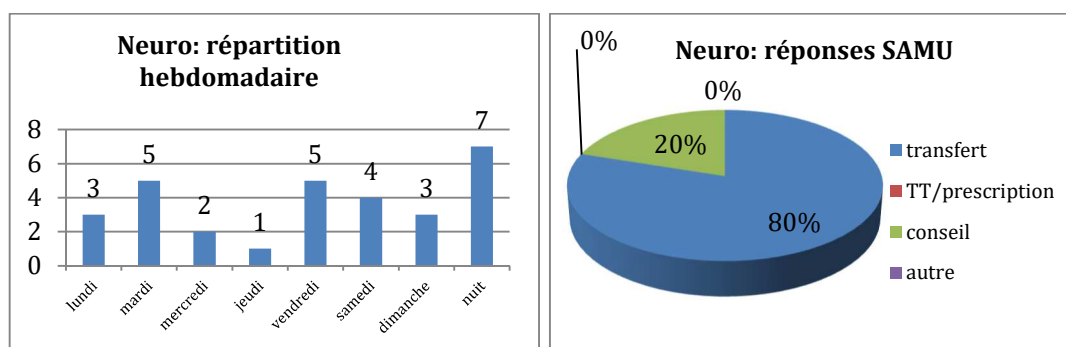
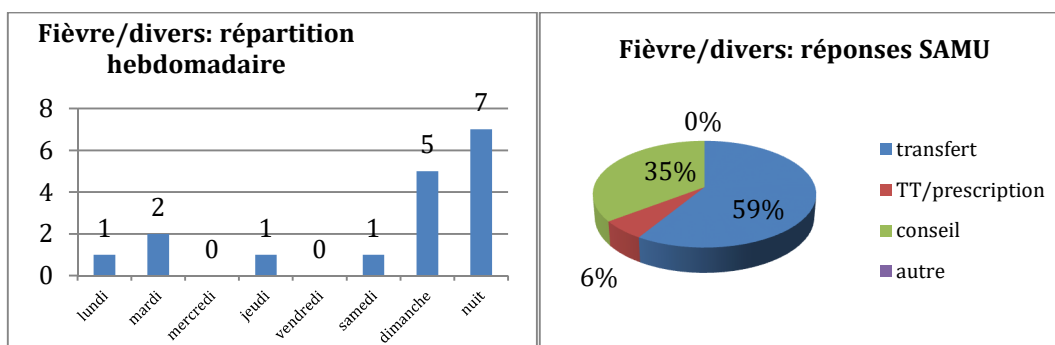


Figure 11 : Répartition et issues concernant les appels pour cause neurologique

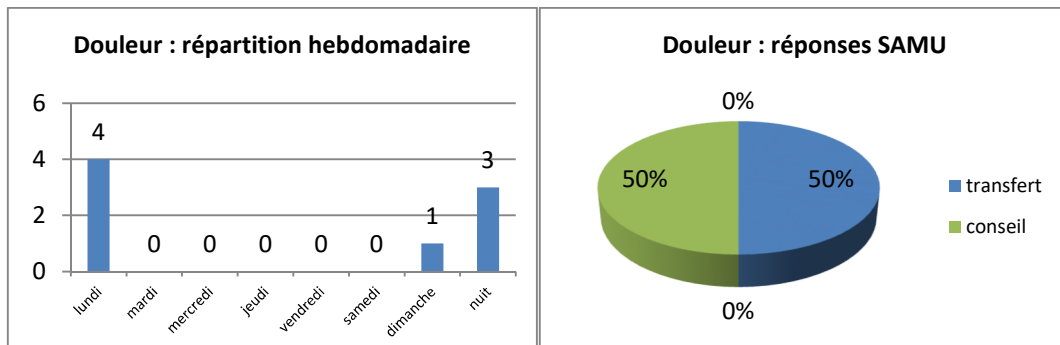
- fièvre/divers : 17 appels soit 8.6% des fiches  
[mal à la gorge (1) ; SU arrachée (2) ; pb KT sus pubien (1) ; œdème paupières (3) ; hématurie sur SU (5) ; épistaxis (2); erreur de traitement (3)]
  - o nuit : 7 appels (41.2% des appels pour divers) : 7 transferts (100%)

- journée samedi et dimanche : 6 appels (35.3% des 17 appels) : 3 conseils (50%), 2 transferts (33.3%) et 1 prescription (non précisée sur la fiche)
- journée du lundi au vendredi : 4 appels (23.5% des 17 appels) : 3 conseils (75%) et 1 transfert
- au total pour divers :
  - 58.8% de transferts
  - 35.2% de conseils
  - 6% de prescriptions



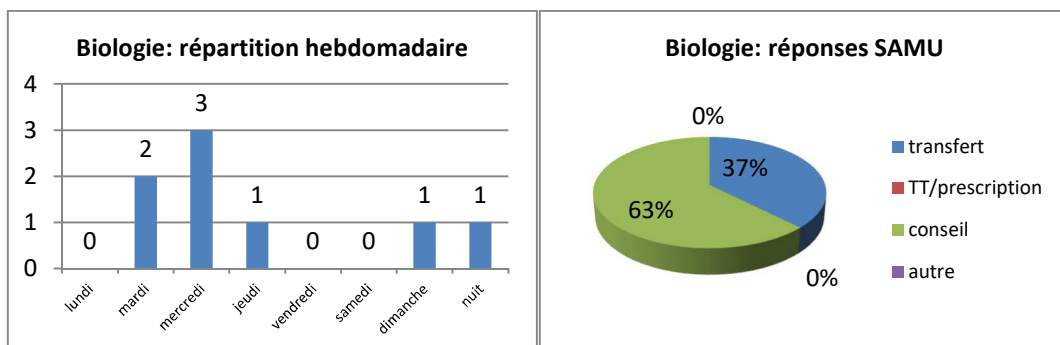
**Figure 12 : Répartition et issues concernant les appels pour causes diverses**

- douleurs : 8 appels soit 4% des fiches
  - nuit : 3 appels (37.5% des appels pour douleur) : 2 transferts et 1 conseil
  - journée samedi et dimanche : 1 appel (12.5% des 8 appels) : 1 transfert
  - journée du lundi au vendredi : 4 appels (50% des 8 appels) : 3 conseils et 1 transfert
  - au total pour douleur :
    - 50% de transferts
    - 50% de conseils
    - pas de prescriptions



**Figure 13 : Répartition et issues concernant les appels pour douleur**

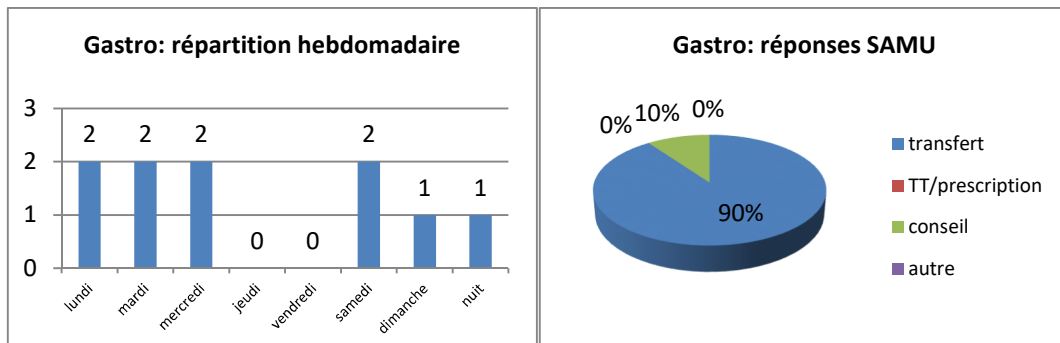
- biologie : 8 appels soit 4% des fiches
  - o nuit : 1 appel : 1 conseil
  - o journée samedi et dimanche : 1 appel : 1 transfert
  - o journée du lundi au vendredi : 6 appels (75% des 8 appels) : 2 transferts, 4 conseils
  - o au total pour biologie :
    - 37.5% de transferts
    - 62.5% de conseils
    - pas de prescriptions



**Figure 14 : Répartition et issues concernant les appels pour biologie**

- gastroentérologie : 10 appels soit 5.1% des fiches
  - o nuit : 1 appel : 1 conseil
  - o journée samedi et dimanche : 3 appels (30% des 10 appels) : 3 transferts

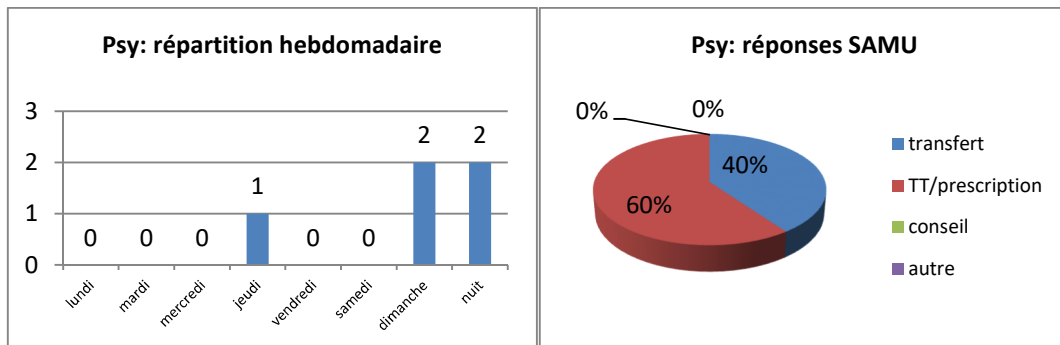
- journée du lundi au vendredi : 6 appels (60% des 10 appels) : 6 transferts
- au total pour gastroentérologie :
  - 90% de transferts
  - 10% de conseils
  - pas de prescriptions



**Figure 15 : Répartition et issues concernant les appels pour causes gastroentérologiques**

- psychiatrie : 5 appels soit 2.5% des fiches
  - nuit : 2 appels (40% des 5 appels) : 1 transfert et 1 prescription (benzodiazépine faisant déjà partie du traitement du résident)
  - journée samedi et dimanche : 2 appels : 2 prescriptions (1 prescription anticipée à faire valider par le médecin régulateur, l'autre non détaillée)
  - journée du lundi au vendredi : 1 appel : 1 transfert
  - au total pour psychiatrie :
    - 40% de transfert
    - 60% de prescription
    - pas de conseil



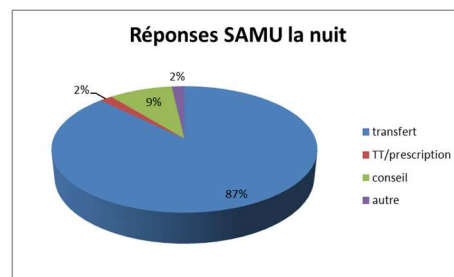


**Figure 16 : Répartition et issues concernant les appels pour troubles du comportement**

Analyse des décisions en fonction du moment de l'appel :

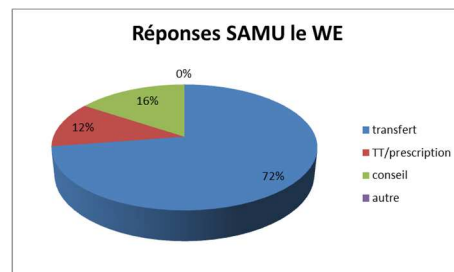
- nuit : 55 appels (hors appels pour décès) soit 27.8% des 198 fiches

- 87.3% de transferts
- 9.1% de conseils
- 1.8% de prescriptions
- 1.8% autres



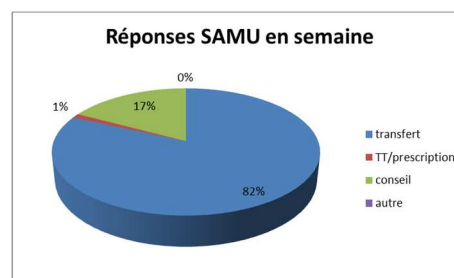
- journée weekend : 51 appels soit 25.8% des 198 fiches

- 72.5% de transferts
- 15.7% de conseils
- 11.8% de prescriptions



- journée semaine : 92 appels soit 46.4% des 198 fiches

- 82.6% de transferts
- 17.4% de conseils
- pas de prescriptions



### **C. QUESTIONNAIRE AUPRES DES MEDECINS REGULATEURS**

Sur les 16 médecins sollicités, 13 ont répondu (par mail), soit un taux de réponse de 81.25%.

Les 13 réponses ont été négatives : aucun des médecins régulateurs interrogés n'avait connaissance de l'existence d'un sac d'urgence en EHPAD

Parmi les 13 médecins ayant répondu, 3 ont fait des remarques :

- « la vraie question est : y-a-t-il quelqu'un dans l'EHPAD qui sait s'en servir au moment où la situation d'urgence se présente? »
- « de toute façon, il n'y a pas d'effecteur au moment où on en a besoin »
- « il doit y avoir une très grande disparité dans ces trousse d'urgence selon les EHPAD ».

## DISCUSSION

Nous avons eu peu de retours. Seuls 43 établissements sur les 369 sollicités ont répondu au questionnaire qui leur a été adressé, soit un taux de réponse de 11.7%. On peut s'interroger sur un si faible retour de la part des médecins coordonnateurs et IDEC : surcharge de travail avec un temps ETP non adapté aux nombreuses missions, méconnaissance ou défaut de traçabilité des urgences dans les établissements, désintérêt pour la question ou autre raison. Nous n'avons pas de réponse à apporter à cette question.

Notre étude fait ressortir qu'il existe un support d'urgence dans 92% (36/39) des EHPAD qui ont répondu au questionnaire, ce qui confirme un chiffre en nette augmentation depuis une quinzaine d'années : pour rappel, ont été rapporté dans les mémoires précédents 45% en 2003 et 74% en 2017 [9, 10].

On retrouve également une importante disparité entre le nombre d'urgences déclarées par EHPAD, de 0 à 15 par mois, ce qui pose plusieurs questions :

- définition de l'urgence ?
- formation des équipes ?
- disponibilité des médecins ?
- procédure de la permanence des soins ?

Notre étude ne permet pas de répondre à cela.

La valise d'urgence a été utilisée 13 fois au cours des 133 situations d'urgence recensées sur un mois dans les 43 établissements qui ont répondu, ce qui ne représente que 9.7% des situations urgentes déclarées.

Parmi ces 13 situations, le sac d'urgence a été ouvert 9 fois par les médecins coordonnateurs 4 fois par un médecin traitant (3 fois suite à appel du SAMU), mais pas une fois par un médecin urgentiste sur place. Ces derniers ont en général leur propre équipement avec eux.

Dans les établissements qui ont répondu à notre étude nous retrouvons plus de décompensation cardio-respiratoire 49,6% (66/133) contre 28% dans ce qui est rapporté par les données urgences ORULIM 2010 [5] et un peu moins de traumatologie 17% (23/143) contre 30%.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce résultat. Tout d'abord, notre étude auprès des EHPAD n'a porté que sur un mois, ce qui est très court et non représentatif de l'activité d'une année. Par ailleurs, la période d'enquête a correspondu avec une météorologie très orageuse sur la plupart des régions de France [13], ce qui a peut-être favorisé les décompensations cardio-respiratoires.

En revanche, l'analyse des données concernant les 220 fiches d'appels de situation d'urgence en EHPAD reçus par le SAMU-Centre 15 du département de la Manche entre mai et juillet 2018 fait apparaître que les 2 principaux motifs d'appel au SAMU-Centre 15 sont traumatologie 31.8% et cardio-respiratoire 28.8%, ce qui recoupe les données nationales concernant les causes d'admission aux Urgences de résidents d'EHPAD dans l'étude ORULIM [5]. A noter que le département de la Manche n'a pas connu d'activité orageuse intense ni de chaleur inhabituelle pendant l'étude [13], ce qui expliquerait la différence de résultats entre nos deux enquêtes.

Le troisième motif d'appel concerne les troubles neurologique 15.2%, ce qui recoupe les données d'ORULIM mais en proportion plus importante.

Les troubles du comportement n'apparaissent qu'en dernier motif d'appel (2.5% des appels), ce qui peut paraître peu en regard de la proportion de résidents atteints de pathologies démentielles dans les EHPAD (47%) [14]. Cela est peut-être en partie lié à l'existence de conventions entre EHPAD et secteurs de gériatrie-psychiatrie, permettant des prescriptions anticipées ou des entrées directes, mais notre étude ne permet pas de l'affirmer.

Il survient en moyenne 3 urgences par mois dans chaque EHPAD. Le sac d'urgence est peu utilisé, seulement dans 9.7% des urgences dans notre étude (13/133). Il ressort que les médicaments les plus utilisés sont ceux à visée cardiologiques (Lasilix® 2 fois et Natispray® 2 fois) ce qui est malgré tout très peu par rapport aux nombres d'urgences cardiovasculaire survenues (34). Les autres médicaments majoritairement utilisés sont les antalgiques (Acupan®, tramadol, morphinique, autre). Au total ils ont été prescrits à 5 reprises ce qui est également peu par rapport au nombre d'urgences traumatologiques (17) sans compter les douleurs d'autres étiologies.

Cette sous-utilisation de la valise d'urgence pose la question de la connaissance de son existence et de son contenu par l'ensemble des intervenants (médecins traitants, médecins régulateurs, médecins d'astreinte...) ainsi que de la connaissance de son contenu par l'infirmière sur place. Par ailleurs, comme on le voit dans le questionnaire envoyé aux médecins régulateurs du SAMU 50, aucun des 13 médecins régulateurs qui ont répondu au questionnaire (13/16) ne connaissaient l'existence d'un sac d'urgence en EHPAD. Un travail d'information paraît donc nécessaire, information à la fois des médecins régulateurs, avec pourquoi pas un envoi au centre de régulation du département d'une liste des médicaments et dispositifs à disposition dans la structure, mais également une information des médecins traitants et médecins d'astreinte.

Il peut aussi exister un biais de sous-utilisation du sac d'urgence puisque la plupart des structures possèdent un stock tampon présentant parfois de nombreuses concordances avec les médicaments contenus dans le dispositif d'urgence. Des antalgiques sont disponibles dans ce stock ou armoire tampon, ainsi que des antibiotiques, de la vitamine K... La frontière entre stock tampon et médicaments de l'urgence paraît donc bien floue et serait à redéfinir. Malheureusement dans notre étude nous n'avons pas fait préciser la présence ou non d'un stock tampon dans l'établissement.

Un travail pour définir le contenu d'une trousse d'urgence bien distincte du stock tampon, en précisant les médicaments indispensables dans l'urgence dite vitale (qui nécessiterait un transfert vers une structure hospitalière) pourrait être avoir un intérêt. Ce travail pourrait être réalisé en lien avec les urgentistes, médecins intervenants sur le terrain (astreinte, coordonnateur, traitant), pharmacien afin de définir une liste standardisée qui serait alors appliquée de manière uniforme par chaque EHPAD.

Outre les questions pratiques, cela aurait également un intérêt financier puisque bon nombre de ces médicaments sont finalement jetés lorsque leur date de péremption arrive à échéance. Il pourrait être intéressant dans une prochaine étude d'en évaluer le coût.

L'oxygénothérapie a été mise en place à 5 reprises ce qui est également peu par rapport aux 66 urgences cardiorespiratoires qui sont survenues. Son utilisation est certainement sous-évaluée dans notre étude, car son emploi ne nécessite pas forcément l'ouverture du sac d'urgence, les soignants pouvant l'utiliser sans présence ou prescription médicale en cas d'urgence.

Quant à l'utilisation des médicaments du sac d'urgence, cela nécessite deux conditions. Tout d'abord, une prescription médicale dont les modalités sont à revoir. Si le médecin est sur place, celle-ci est tracée. Mais en cas de prescription téléphonique par le médecin régulateur, il faut prévoir une solution de transmission écrite de la prescription (mail, fax, SMS,...). L'autre condition est la présence d'une infirmière sur place au moment de la situation urgente et pose de nouveau la question de l'intérêt de la présence en continu les nuits et les week-ends d'une infirmière au sein des établissements.

Comme on le voit dans l'étude des fiches SAMU, les appels d'urgence au Centre 15 surviennent dans 26.3% des cas le samedi ou dimanche et dans 31.3% des cas la nuit (du lundi au dimanche), ce qui représente 57,6% des appels à un moment où les effectifs sont réduits.

Un autre biais de notre étude est son caractère rétrospectif avec un recueil des urgences sur une courte période, un mois, pouvant ne pas être représentatif, le médecin coordonnateur pouvant

omettre de rapporter certaines urgences s'il n'y a pas de traçabilité disponible, ce d'autant qu'il n'est présent que quelque jours par semaine sur la structure.

La prise en charge des urgences en EHPAD est un réel problème, le recours aux services d'urgences souvent injustifié se soldant par un aller-retour des résidents vers un centre hospitalier, sans que cela ne débouche sur une hospitalisation.

Dans notre étude SAMU, nous arrivons à un taux de transfert de 81,4%, toutes causes d'appel confondues (hors décès). Il n'y a que 3,5% des appels pour lesquels le médecin régulateur a fait une prescription à réaliser sur place.

Nos résultats ne nous permettent pas directement de savoir s'il y a eu hospitalisation dans un second temps malgré ces prescriptions. Cependant, le mode de fonctionnement du SAMU 50 fait que lors d'un second appel dans la même journée pour une demande de transport concernant une « affaire » déjà traitée, la fiche initiale remonte automatiquement et l'ARM note la décision prise secondairement en lien avec la fiche initiale. Dans notre analyse, nous n'avons pas relevé de décision secondaire de type transport. Malgré tout, il existe un biais lié au fait que si l'EHPAD a appelé directement une société ambulancière sans passer par le SAMU, ces hospitalisations nous ont échappé.

De plus, nous avons eu trop peu de réponses et donc trop peu d'utilisations de supports d'urgence (13) pour pouvoir répondre de façon significative quant à l'impact de cette utilisation sur une diminution des transferts de résidents aux urgences.

## **CONCLUSION**

Un support d'urgence est présent dans la quasi-totalité des établissements pour personnes âgées dépendantes, même si à ce jour il n'existe aucune obligation légale d'en posséder un. L'existence de ce dispositif est souvent méconnue, notamment par les médecins régulateurs du

SAMU. De plus, son utilisation sous-entend la présence d'un effecteur sur place, c'est-à-dire une infirmière.

Les résultats que nous obtenons montrent que la valise d'urgence est très peu utilisée dans les EHPAD, qu'ils soient hospitaliers ou privés.

Notre étude ne nous permet pas conclure quant à l'impact de l'utilisation du sac d'urgence sur les transferts de résidents vers les services d'Urgences. Compte tenu des pathologies rencontrées en EHPAD et du contenu du sac d'urgences tel qu'il a été défini par l'OMEDIT Bretagne en 2014, il serait intéressant de faire, sur une plus grande ampleur, une étude du retentissement de son utilisation sur les transferts, en tenant compte de la présence et de la formation des personnels soignants présents sur l'établissement tant le jour que la nuit.

Une réflexion sur une valise d'urgence standardisée au niveau départemental avec le SAMU, voire au niveau national, sur le contenu en médicaments et dispositifs médicaux disponibles, pourrait être initiée, et son résultat diffusé aux acteurs locaux intervenant dans la permanence des soins. Cela permettrait d'avoir une trousse d'urgence, dont le contenu validé par le SAMU, serait facile d'utilisation par conseil à distance.

Sur le plan régional de nombreux projets voient le jour, comme par exemple le projet ASSURE sur les Hauts de France. Il est cependant regrettable que ces projets fleurissent de manière indépendante, sans uniformisation nationale.

## **REFERENCES**

1-Rapport HAS publié le 6 février 2018

2-INSEE référence édition 2017



3-DREES en juillet 2017

4-BEH 16-17 du 11 juillet 2017

5-Source données urgences ORULIM (observatoire régional des urgences du Limousin), 2010

6- I.CATALA ; urgences envahies par les résidents d'EHPAD : la HAS s'en mêle, 4/08/2015, medscape

7-Guide des conduites à tenir en cas d'urgence, RESURCA, Champagne Ardennes, 2016

8- IDE et aides-soignantes en EHPAD, Conduite à tenir en cas d'urgence, ARS ile de France, 2015

9- Démarche qualité en EHPAD -Dr MUZARD. 2003. Mémoire de DIU de médecin coordonnateur d'EHPAD, université Paris V.

10- La trousse d'urgence en EHPAD. C. LEJEUNE, V. JUMEL 2017. Mémoire de DIU de médecin coordonnateur d'EHPAD, université Paris V.

11- Le charriot d'urgence en EHPAD, pourquoi faire ? A. COSSON. 2006. Mémoire de DIU de médecin coordonnateur d'EHPAD, université Paris V.

12- proposition de liste de médicaments pour besoins urgents à disposer dans les EHPAD sans PUI- ARS-OMEDIT Bretagne 12 octobre 2014.

13- [www.historique-meteo.net](http://www.historique-meteo.net)

14- DREES – Les personnes âgées en institution - 2011

### **Annexe 1 : motifs de transfert aux urgences, résidents d'EHPAD**

MOTIF IAO	Nombre de passages de personnes âgées (75 ans ou plus) pour des patients provenant d'un établissement d'accueil de personnes âgées 2010	Pourcentage 2010
Traumatologie	751	30,1%
Pneumologie	427	17,2%
Cardiologie	290	11,7%
Gastro-entérologie	265	10,7%
Neurologie / Psychiatrie	263	10,6%
Endocrinologie	169	6,8%
Motif sans orientation	117	4,7%
Infectiologie	63	2,5%
Urologie / Néphrologie	36	1,4%
ORL / Stomatologie / Ophtalmologie	33	1,3%
Hématologie / Oncologie	30	1,2%
Rhumatologie	19	0,8%
Dermatologie	16	0,6%
Toxicologie	7	0,3%
Gynécologie	2	0,1%
Autre	1	0,0%
	2489	100,00%

Source : données urgences 2010 ORULIM

Annexe 2 : questionnaire envoyé aux médecins coordonnateurs et IDEC

Questions	
Q1	Quel est votre nom?
Q2	Quelle est votre fonction? <input type="checkbox"/> IDEC? <input type="checkbox"/> MedCo?
Q3	Quel est le nombre de résidents de votre EHPAD?
Q4	Avez-vous passé une convention avec un établissement de santé pour les urgences, (SMUR, SAU, Autres)? <input type="checkbox"/> OUI : lequel? <input type="checkbox"/> NON
Q5	Y-a-t-il eu, au cours de la période étudiée (mai 2018) une ou plusieurs urgences qui ait (ou aurait dû) nécessité l'intervention d'un médecin? <input type="checkbox"/> NON, passer à Q6 <input type="checkbox"/> OUI, répondez aux questions Q5a à Q5j Q5a Combien d'urgences cardiovasculaires? Q5b Combien d'urgences neurologiques? Q5c Combien d'urgences traumatologiques? Q5d Combien d'urgences liées à la douleur? Q5e Combien d'urgences psychiatriques? Q5f Combien d'urgences respiratoires? Q5g Combien d'urgences hématologiques? Q5h Combien d'urgences gastro-entérologiques? Q5i Combien d'urgences allergologiques? Q5j Autres (préciser)?
Q6	Disposez vous, au sein de votre EHPAD, d'une trousse d'urgence (pour les urgences)? <input type="checkbox"/> NON, passer à la question Q7 <input type="checkbox"/> OUI, répondez aux questions Q6a à Q6c Q6a A l'occasion de cette situation d'urgence, la trousse d'urgence est-elle utilisée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Q6b Sur prescription de quel médecin? <input type="checkbox"/> Médecin traitant du patient?

	<input type="checkbox"/>	Médecin coordonnateur de l'EHPAD?
	<input type="checkbox"/>	Médecin régulateur du SAMU (prescription téléphonique)
	<input type="checkbox"/>	Médecin urgentiste venu sur place (SMUR, SOS médecin, r
	Q6c	Quels dispositifs médicaux, quels médicaments ont été uti
Q7	Quelles ont été les issues de ces situations d'urgence?	
	<input type="checkbox"/>	Traitement et stabilisation de l'état du résident sur place
	<input type="checkbox"/>	Transfert aux urgences? Si oui, combien?
	<input type="checkbox"/>	Transfert dans un service hospitalier? Si oui, combien?
	<input type="checkbox"/>	Décès Si oui, combien?

Annexe 3 : Exemple de Fiche SAMU

AFFAIRE C15		50-20180706-0045		Création : 09:01		ini.	
EVENEMENT :		1		Création : 09:01		ini.	
APPEL INITIAL		2 33		Décroché par		Régulateur	
Données écran		Nom:		Prénom:		sur à	
Données techniques		Lien Appelant :		Num présenté: 2 33		Organisme :	
Localisation		TOURLAVILLE 50		rivée :		Commentaires:	
						Attente: sec.	
						Tel: 2 33 (commune trouvée)	
Décision(s)							
Heure		Nature		Détail			
Bénéficiaires de Soins							
Identité		Sexe		Age		Date de naissance	
Données sur événements							
Heure		Source		Observation		Noté par	
09:01				(Création de l'événement #1 en contexte 50)			
Récapitulatif Appels							
Sens		Numéro		Heure Appel		PO	
Entrant		233		09:00			

# ENQUETE SAMU 50 - 2018

30/07/2018

	LUNDI				MARDI				MERCREDI				JEUDI				VENDREDI				SAMEDI				DIMANCHE				NUIT				
	CONSEIL	TRANSFERT	PRESCRIPTION	AUTRE	CONSEIL	TRANSFERT	PRESCRIPTION	AUTRE	CONSEIL	TRANSFERT	PRESCRIPTION	AUTRE	CONSEIL	TRANSFERT	PRESCRIPTION	AUTRE	CONSEIL	TRANSFERT	PRESCRIPTION	AUTRE	CONSEIL	TRANSFERT	PRESCRIPTION	AUTRE	CONSEIL	TRANSFERT	PRESCRIPTION	AUTRE	TOTAL				
TRAUMATO		2			1	3				5				9			1	5				7			3	9			18	63			
RESPI		8				2				2				4				2			1	4	1			3	2		1	10	1	41	
DECES	1								1								2				2				2			13		19			
CARDIO		3				2				1				1				4							1				4		16		
NEURO	1	2			1	4				2				1			2	3				4			1	2			1	6	30		
FIEVRE/DIVERS	1				1	1						1					1								2	2	1			7	17		
DOULEUR	3	1																							1				1	2	8		
BIOLOGIE					1	1				2	1		1												1				1		8		
GASTRO		2				2				2												2				1			1		10		
PSY												1															2			1	1	5	
																														217			
<b>TOTAL</b>	6	18	0	0	4	15	0	0	3	13	0	0	2	16	0	0	3	14	0	0	4	17	1	0	8	20	5	0	18	48	1	1	217
	24				19				16				18				17				22				33				68				217
																					10,1%				15,2%								
	11,1%				8,8%				7,4%				8,3%				7,8%				25,3%				31,3%								

Annexe 4 : Tableau récapitulatif Fiches SAMU 50

## Annexe 5 : questionnaire médecin régulateur SAMU 50

Médecins régulateurs  
SAMU 50  
CH Mémorial France Etats-Unis  
50000 - Saint-Lô

Paris , le 23 juillet 2018

Cher Confrère,

Nous sommes un groupe de 6 médecins préparant le DIU « formation à la fonction de Médecin coordonnateur en EHPAD » à l'université Paris-Descartes.

Dans le cadre de ce DIU, nous réalisons un travail portant sur l'efficacité de la trousse d'urgence existant dans les EHPAD, son utilité, son utilisation.

Nous avons réalisé une étude observationnelle prospective auprès des EHPAD de plusieurs départements.

En parallèle, un recueil sur 2 mois fait auprès des ARM du SAMU 50 a permis de colliger 220 fiches d'appel émanant des EHPAD du département de la Manche.

Pour compléter ce travail, nous vous sollicitons en tant que médecin régulateur au SAMU 50 pour répondre à la question suivante :

- Etes-vous informé que les EHPAD sont équipés d'un chariot / trousse / boîte d'urgence permettant de faire face à la plupart des situations urgentes ?
  - o OUI
  - o NON(rayer la mention inutile)

En vous remerciant de votre participation,  
Bien confraternellement,

Dr Cécile Duru  
Dr Brigitte Esterlin  
Dr Thierry Lambert  
Dr Vincent Peureux  
Dr Olivier Sautier  
Dr Sophie Tournillon

