

Université Paris-Descartes

Transferts des résidents d'EHPAD aux urgences sans hospitalisation

DIU formation à la fonction de médecin coordonnateur en EHPAD

Année 2023

Directeur de mémoire : Dr Bernard DURAND GASSELIN

Dr DENICOURT Luc

Dr HADJ AMEUR Ranya

Dr SIMON épouse MONTAVONT Thérèse

Dr TSCHANN Claire

Table des matières

Introduction	3
1. Population âgée en France et en EHPAD	3
a. En France.....	3
b. En EHPAD	3
2. Les personnes âgées aux urgences	3
a. Particularités des personnes âgées aux urgences	3
b. Les conséquences d'un passage aux urgences pour une personne âgée.....	4
c. Pertinence du passage aux urgences chez les personnes âgées	5
3. Rôles du médecin coordonnateur en EHPAD : la gestion de la situation d'urgence	5
4. Hypothèse principale	6
Matériel et Méthode	7
1. Objectif.....	7
a. Critère principal de jugement	7
b. Critères Secondaires	7
2. Descriptif de la population.....	7
3. Caractéristiques de notre étude :	7
4. Recueil des résultats	8
5. Analyse des résultats	9
C. Résultats.....	10
1. Description de la population étudiée soit l'ensemble des résidents ayant été transférés aux urgences sans être hospitalisés par la suite.....	10
2. Critère principal de jugement	11
3. Critères secondaires de jugements.....	12
a. Concernant le moment du transfert	12
b. Concernant les motifs de transfert aux urgences.....	13
c. Concernant les examens réalisés aux urgences	14
d. Concernant le caractère approprié des transferts des urgences (selon les critères de l'étude Rolland et Al, publiée en 2021).....	15
Analyse et Discussion.....	17
1. Biais et limites de l'étude.....	17
a. Biais de l'étude.....	17
b. Limites de l'étude.....	17
2. Analyse des résultats concernant le critère principal de jugement	18

3. Plus de passage aux urgences en présence du médecin coordonnateur ?	19
4. Analyse des résultats concernant les critères secondaires	20
5. Pertinence des passages aux urgences.....	22
6. Axes d'améliorations.....	23
a. Formation et moyens en EHPAD.....	23
b. Prévention des chutes.....	23
c. Réflexion autour des niveaux de soins comme outils d'anticipation.....	24
Conclusion.....	25
Bibliographie	26
Annexes.....	28
Tableau de relevés des données.....	29

Introduction

1. Population âgée en France et en EHPAD

a. En France

La proportion de personnes âgées dans la population générale française n'a jamais été aussi importante et ne cesse de croître. Depuis 2011, avec l'arrivée des « baby-boomers » à la retraite, cet accroissement s'est accéléré. En 2020, l'INSEE recensait ainsi 20,5% de la population qui avait plus de 65 ans. Ce chiffre devrait continuer à progresser sur les prochaines années, et les plus de 65 ans devraient représenter 1 personne sur 4 en France en 2040 selon les prévisions(1).

L'autre facteur favorisant ce vieillissement de la population est l'augmentation de l'espérance de vie. En 2019, en France, l'espérance de vie à la naissance des femmes était de 85,7 ans et de 79,8 ans chez les hommes. Et l'espérance de vie à 60 ans était de 27,8 ans pour les femmes et de 23,4 ans en moyenne pour les hommes(2). Il y a ainsi non seulement de plus en plus de personnes âgées mais aussi des personnes âgées de plus en plus âgées.

b. En EHPAD

Parmi la population âgée, les plus fragiles se retrouvent parfois en EHPAD. Fin 2019 on dénombrait 730 000 personnes qui fréquentaient une structure d'hébergement pour personnes âgées ; dont 80% d'entre elles en EHPAD. Cette proportion augmente avec l'âge et elle représente 10% de la population de plus de 75 ans. De la même façon la population en EHPAD, elle aussi vieillit, avec un âge moyen de 86 ans et un mois(3). Il s'agit le plus souvent de personnes dépendantes, ou très dépendantes. En effet la moitié des personnes vivant en EHPAD sont GIR 1 ou 2. Le niveau de dépendance est également en augmentation progressive. Le GIR moyen pondéré dans ces établissements était à 705 en 2019 vs 696 en 2015(3).

Les résidents en EHPAD sont donc souvent plus âgés et plus dépendants. Ils sont également polypathologiques avec une polymédication. Ce qui renforce le risque de survenu d'épisode médical aigu nécessitant des soins urgents.

2. Les personnes âgées aux urgences

a. Particularités des personnes âgées aux urgences

Une étude de la DREES publiée en 2017 sur les personnes âgées aux urgences permet d'en montrer les particularités.

Les personnes de plus de 75 ans font partie des catégories de la population qui ont le plus recours aux urgences avec un taux de 1,5 pour 1000 habitants. Elles représentent en moyenne 12% du total des passages aux urgences, et parmi elles, 81% proviennent du domicile et 11% d'un EHPAD(4).

Elles nécessitent un temps de passage plus long, avec une médiane de 4h30 ; contre 2h10 minutes pour les patients de 15-74 ans ; et ont plus de chance de passer par une UHCD si une hospitalisation suit ce passage aux urgences. La réalisation d'examens complémentaires est aussi plus fréquente dans cette catégorie de population, avec pour plus de la moitié, le cumul de 3 types d'examens ; souvent du fait de la polyopathie(5).

Les principaux diagnostics de sortie des urgences sont une lésion traumatique, une pathologie cardiaque, respiratoire ou neurologique, mais le plus souvent un symptôme demeure sans diagnostic précis.

Concernant les passages aux urgences qui ne sont pas suivis d'une hospitalisation, le principal diagnostic de sortie lorsque le patient est adressé par un EHPAD est une lésion traumatique (entre 39 et 46%). Cette tendance se retrouve également à l'international, comme en témoigne une étude épidémiologique menée en Allemagne. Le second diagnostic de sortie le plus représenté dans cette population était « Symptômes » à 30% puis « Autre » à 13% qui ne correspondait donc ni à une défaillance cardiaque/neurologique/pulmonaire ou digestive(6).

Enfin, après ce passage aux urgences, 56% des plus de 75 ans vont être hospitalisés, 38% vont regagner leur domicile et 5% leur EHPAD(6).

Ces données amènent une réflexion sur l'impact de la prise en charge aux urgences des personnes âgées.

b. Les conséquences d'un passage aux urgences pour une personne âgée

L'hospitalisation et le passage aux urgences ne sont pas sans conséquences chez ces patients. La plupart des résidents en EHPAD présentent déjà une fragilité selon les critères de Fried. Ils sont donc plus à risque de morbi-mortalité.

Au-delà de la pathologie qui les conduit à consulter, l'environnement des urgences n'est pas adapté à l'accueil des résidents les plus fragiles. Les troubles cognitifs existants vont favoriser la désorientation temporo-spatiale, mais aussi l'agitation. Le recours à la contention physique aux urgences est plus souvent nécessaire dans ces situations. Ce qui va encore plus majorer le risque de confusion et d'agitation. La récupération d'un état cognitif antérieur prendra plusieurs semaines, voire ne surviendra pas.

L'immobilisation aux urgences est également très néfaste pour l'état de santé des personnes âgées. Déjà dès les premières heures d'immobilisation sur un brancard, et encore plus dans une situation de pathologie aiguë, le risque de développer une escarre est plus important. Plus la durée d'alitement augmente, plus le risque de syndrome d'immobilisation est important avec le risque de désadaptation posturo-motrice, de chute, et de perte d'autonomie. On estime qu'une journée d'immobilisation nécessite 3 jours de récupération pour les personnes âgées(7).

Enfin la durée de passage aux urgences semble directement liée à une surmortalité. Une étude menée par le Dr Yonathan Freund, auprès de 97 services d'urgences en France, et présenté au congrès des urgentistes de Paris en Juin 2023, montre qu'une nuit passée sur un brancard est associée à une surmortalité de 46% chez les patients de plus de 75 ans(8).

La prise en charge aux urgences d'une personne âgée se révèle donc souvent coûteuse avec une iatrogénie importante ; ce qui interroge sur le caractère évitable de ces situations.

c. Pertinence du passage aux urgences chez les personnes âgées

Selon la HAS, les hospitalisations potentiellement évitables « concernent toutes les pathologies ou syndromes gériatriques qui pourraient être évités si les comorbidités et les syndromes gériatriques étaient pris en charge de façon optimale ou prévenus en EHPAD, en amont du transfert à l'hôpital à l'occasion d'une décompensation ». Ces hospitalisations représentent 19 à 67% des hospitalisations selon les études. Des recommandations ont même été publiées en 2015 afin d'aider à réduire les hospitalisations non programmées en EHPAD(9).

Cependant il n'existe pas de définition claire d'un passage aux urgences pertinent ou non pertinent.

Plusieurs travaux se sont déjà penchés sur le sujet, avec différents points de vue. Le Pr Rolland a ainsi publié une étude en 2021 sur les transferts inappropriés aux urgences. Dans son travail, il a défini un transfert comme étant inapproprié s'il n'y avait pas d'urgence somatique ou psychiatrique, ou s'il s'agissait d'une situation de soins palliatifs connus et/ou s'il existait des directives anticipées de non hospitalisation connues(10).

Parmi les passages aux urgences évitables en EHPAD, on peut s'interroger sur ceux qui se concluent par un aller-retour sans hospitalisation. Ces derniers en particulier, soulèvent la question de la bonne évaluation médicale de la situation avant l'envoi aux urgences.

3. Rôles du médecin coordonnateur en EHPAD : la gestion de la situation d'urgence

Les EHPAD en France ont la particularité d'avoir dans leur équipe un médecin coordonnateur. Ce dernier, souvent de formation médecin généraliste ou gériatre, a pour principales missions la coordination des soins dans la structure. Mais depuis 2015, se sont ajoutées les missions de prescriptions dans le cadre de l'urgence, puis depuis 2021, celles dans les situations où le médecin généraliste ne peut pas intervenir(11). Il est ainsi du quotidien de chaque médecin coordonnateur d'être appelé pour l'évaluation et la prise en charge d'une situation d'urgence.

Cet accès facilité à une évaluation médicale primaire lors de la présence d'un médecin coordonnateur influe-t-il sur le nombre de passages aux urgences ?

4. Hypothèse principale

L'hypothèse est que la présence d'un médecin coordonnateur lors de l'urgence en EHPAD permet de diminuer le nombre de passages aux urgences qui ne sont pas suivis d'une hospitalisation.

Matériel et Méthode

1. Objectif

a. Critère principal de jugement

Déterminer si la présence du médecin coordonnateur diminue le nombre des envois aux urgences non suivis par une hospitalisation.

b. Critères Secondaires

Décrire les caractéristiques des transferts aux urgences non suivis d'une hospitalisation en étudiant :

- La population concernée
- Le moment du transfert
- Les motifs de transfert
- La présence et le type d'examens réalisés
- Le caractère approprié

2. Descriptif de la population

La population étudiée correspond à l'ensemble des **résidents** de 4 EHPAD : un à Paris, deux en Ile de France (un dans les Hauts de Seine, un dans les Yvelines) et un à Tours (Indre et Loire), totalisant **364 lits** (tableau 1).

3. Caractéristiques de notre étude :

- étude quantitative, observationnelle descriptive
- rétrospective, multicentrique
- sur une période de 6 mois : **du 01 janvier 2023 au 30 Juin 2023**

EHPAD	Heures de présence hebdo du medco	Nb places
BRUNE	35,0 h/sem	99
CHOISEUL	24,5 h/sem	100
MAISONS LAFFITTE	14,0 h/sem	65
RUEIL	17,5 h/sem	100
	Moyenne : 22,8 h/sem	Total : 364

Tableau 1 : Localisation, nombre de place et temps de travail des médecins coordonnateur pour les 4 EHPAD

4. Recueil des résultats

Chaque médecin coordonnateur a recensé les passages aux urgences durant la période définie, en analysant les archives. Puis a rempli un tableau partagé dans un tableur (Google Sheets) dont les données suivantes ont été anonymisées :

- Age du résident
- Sexe du résident
- Date du transfert aux urgences
- GIR du résident
- Motif de transfert
- Présence ou non du médecin coordonnateur
- Moment du transfert entre Jour ou Nuit
- Examens réalisés
- Diagnostic de sortie
- Caractère inapproprié selon le médecin coordonnateur de l'EHPAD concerné (critères basés sur l'étude, de Rolland et Al, publiée en 2021(13))
 - s'il n'y avait pas d'urgence somatique ou psychiatrique
 - s'il s'agissait d'une situation de soins palliatifs connus et/ou si il existait des directives anticipées de non hospitalisation connues.

5. Analyse des résultats

Les résultats ont été exploités dans le tableur Google Sheets, ce qui a permis de faire une analyse descriptive des résultats.

Il a été réalisé une analyse binaire (avec test Ki2) concernant le critère principal de jugement (calcul en ligne à l'aide de l'application Datatab) pour les relations entre la présence du médecin coordonnateur et pour la réalisation d'examens ou le caractère approprié de la prise en charge (logiciel utilisé : GNU PSPP).

Il a été décidé de se baser sur un critère par heure de présence de médecin coordonnateur, pour pouvoir comparer les 4 établissements de façon ajustée au temps de présence du médecin coordonnateur (ETP) différents, avec une répartition différente du temps de travail.

Pour le déterminer nous avons décidé de comparer :

- **Le Taux horaire de transferts aux urgences d'un résident non suivis d'une hospitalisation en présence du médecin coordonnateur versus le taux horaire de passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation en l'absence du médecin coordonnateur sur site lors de l'envoi aux urgences.**
- **Le taux horaire correspond au pourcentage de résidents adressés aux urgences par heure.**

C. Résultats

1. Description de la population étudiée soit l'ensemble des résidents ayant été transférés aux urgences sans être hospitalisés par la suite

Figure 1 Répartition en sexe de la population

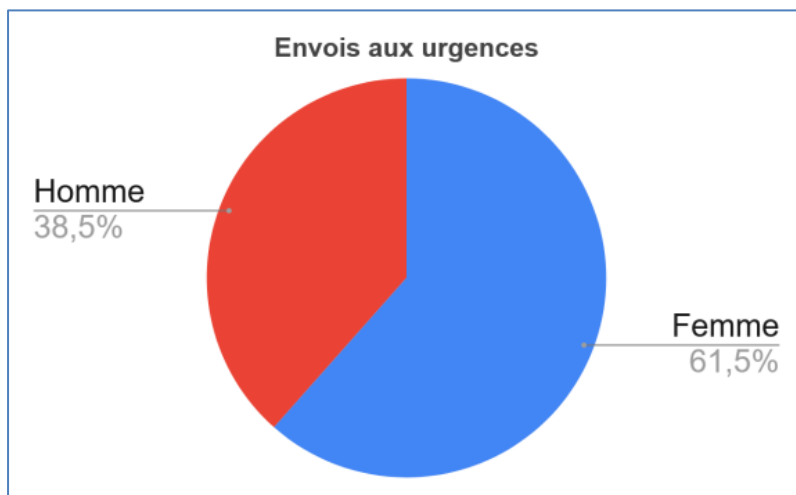
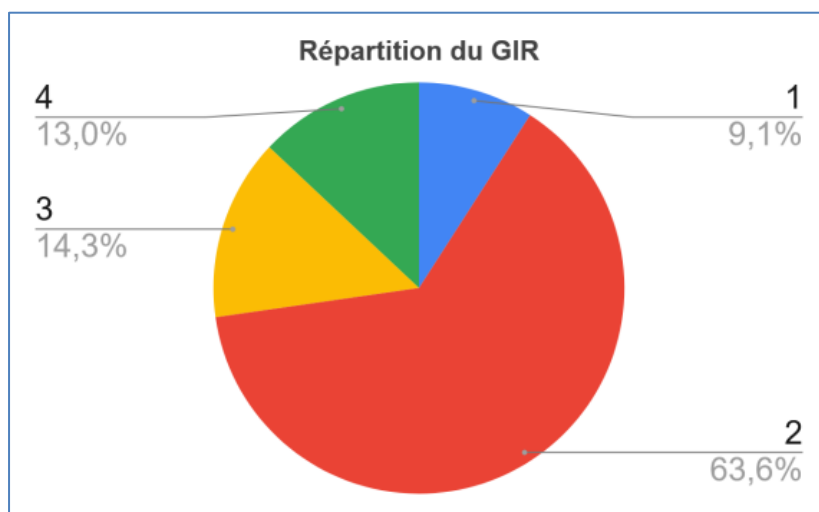


Figure 2 Répartition en GIR des résidents adressés aux urgences sans hospitalisation



Le GIR moyen est un **GIR2 (Fig 2)**

- La majorité des résidents sont des femmes (61,5% contre 38,5 %) (Fig 1)
- L'âge moyen des résidents est de **92 ans**

- Sur un total de 364 lits disponibles, nous avons recensé **78 transferts aux urgences** non suivis d'une hospitalisation **durant une période de 6 mois soit 21,4% de transferts**. (cf Tableau de recueil de données dans les Annexes)

2. Critère principal de jugement

Tableau 2 : Envois aux urgences par heure en fonction de la présence du médecin coordonnateur

Taux d'envoi aux urgences / heure		
Ehpad	Medco absent	Medco présent
Brune	0,0048	0,0103
Choiseul	0,0047	0,0212
Maisons Laffite	0,0024	0,0091
Rueil	0,0026	0,0000
Moyenne	0,0036	0,0102
Moyenne pondérée par nb places	0,0038	0,0103

- A Rueil, en présence du médecin coordonnateur il n'y a eu aucun transfert aux urgences non suivi d'une hospitalisation (Tableau 2).

Figure 3 : Taux d'envoi aux urgences en fonction de la présence ou non du médecin coordonnateur

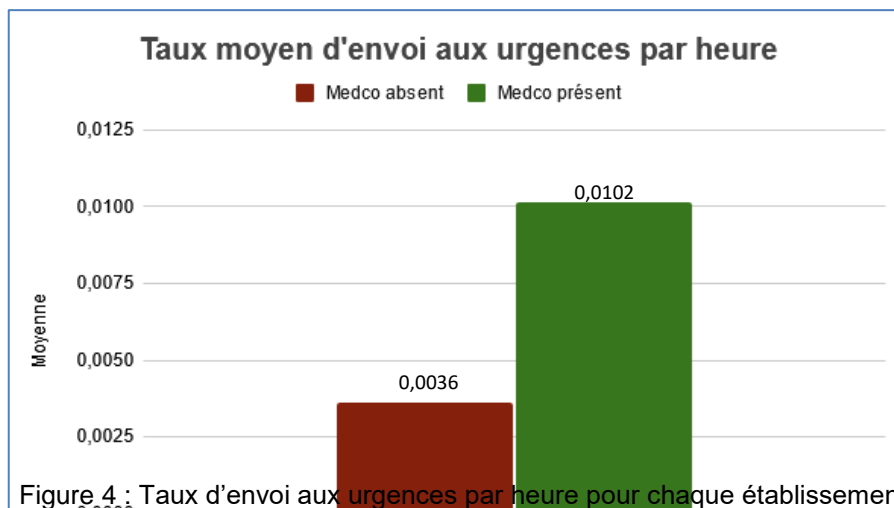
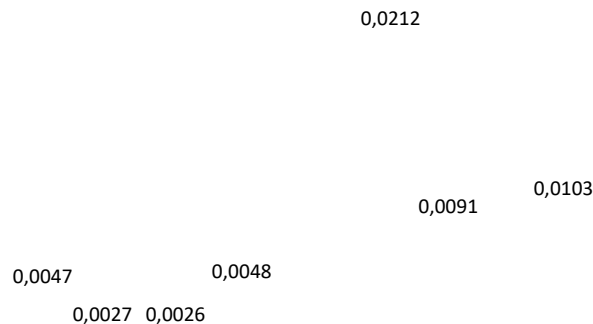


Figure 4 : Taux d'envoi aux urgences par heure pour chaque établissement



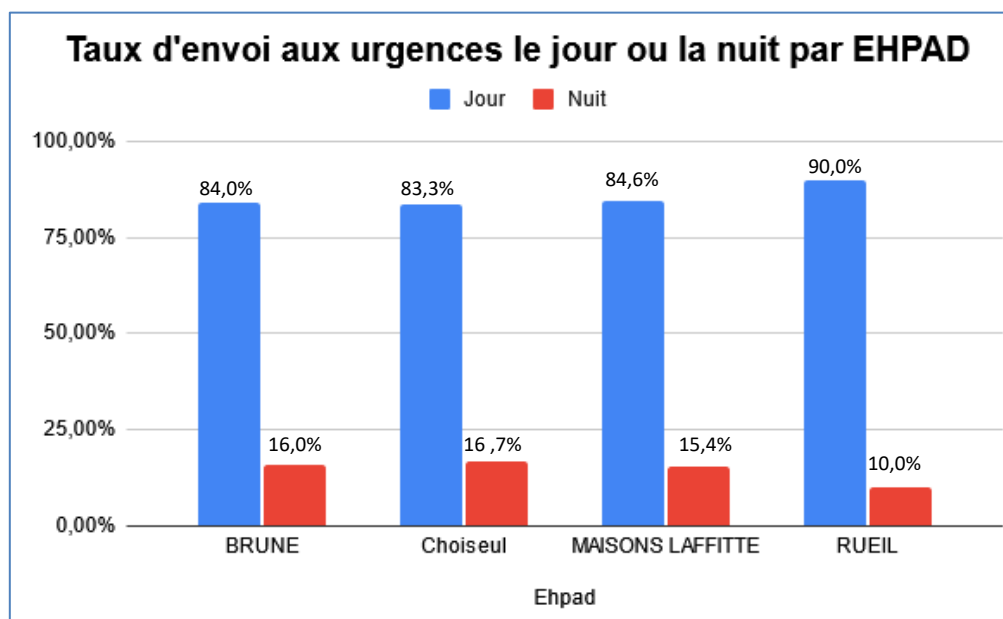


- Le taux horaire de transferts aux urgences d'un résident non suivis d'une hospitalisation en présence du médecin coordonnateur (0,0102) est supérieur à celui en l'absence de médecin coordonnateur (0,0036) (figure 3).
- Ce résultat est **non significatif** (*Khi-2 p =0,91*)
- Cette tendance se retrouve sur 3 des 4 établissements (figure 4).

3. Critères secondaires de jugements

a. Concernant le moment du transfert

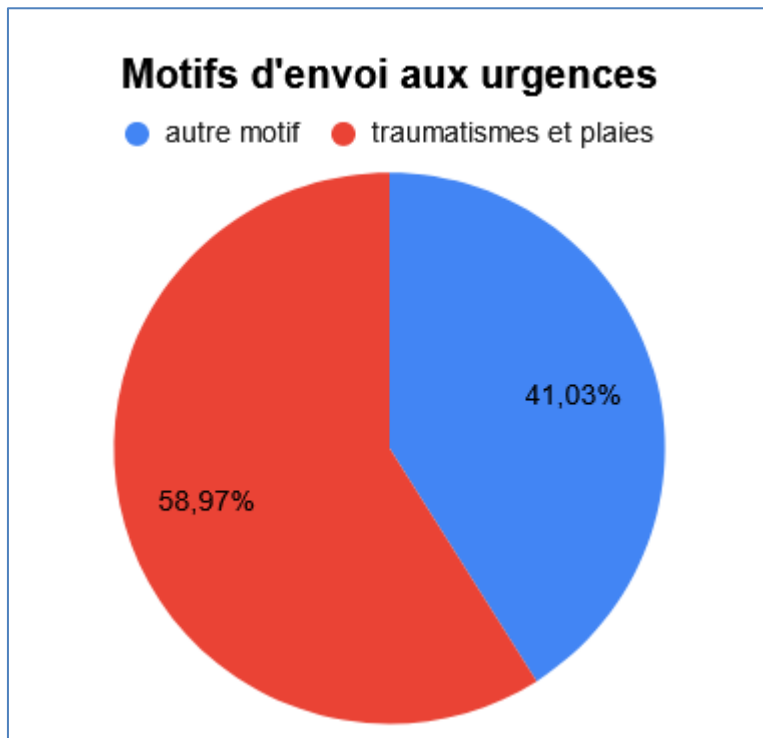
Figure 5 : taux d'envois aux urgences le jour et la nuit pour chaque établissement



- La majorité des transferts aux urgences ont lieu le jour : **84,6%** (figure 5) et ce taux est comparable d'un EHPAD à l'autre.

b. Concernant les motifs de transfert aux urgences

Figure 6 : Répartition des envois en fonction du motif



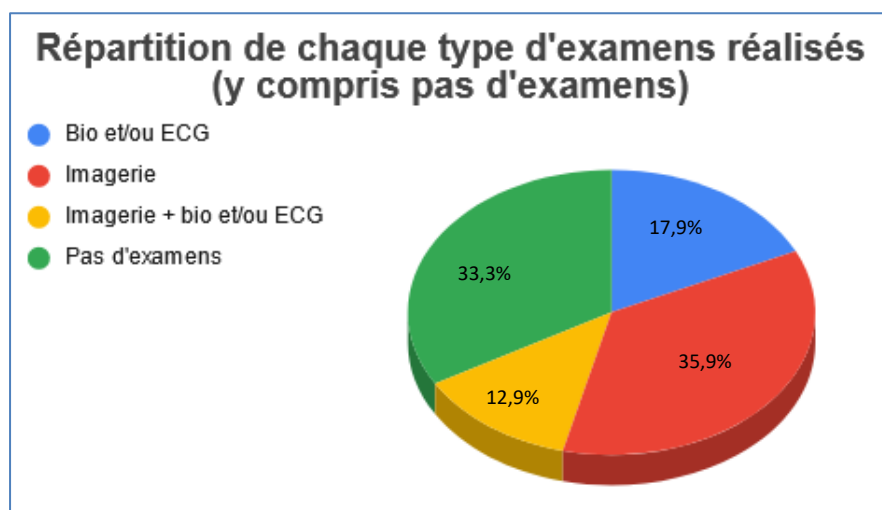
- Sur les 78 transferts, le motif d'admission était traumatisme/plaie pour 46 d'entre eux **soit 58,97 %**(figure 6).
- La proportion de résidents adressés aux urgences pour une chute était moins importante en présence du médecin coordonnateur. (Tableau 3)

Tableau 3 : Répartition des motifs de transferts en fonction de l'absence ou de la présence du médecin coordonnateur

Motifs d'envois	Présence du medCo		Absence du medCo		Total	
	Nb	En %	Nb	En %	Nb	En %
Traumatisme et plaies	10	40%	36	68%	46	61,5%
AEG/malaises	2	8%	5	9,4%	7	9%
Décompensation cardiaque	4	16%	2	3,8%	6	7,7%
Confusion/agitation/psychiatrie	1	4%	4	7,5%	5	6,4%
Détresse respiratoire aigue	2	8%	2	3,8%	4	5,1%
Infection	2	8%	0	0	2	2,5%
Suspicion d'AVC	1	4%	1	1,9%	2	2,5%
Autre	3	12%	3	5,6%	6	7,7%

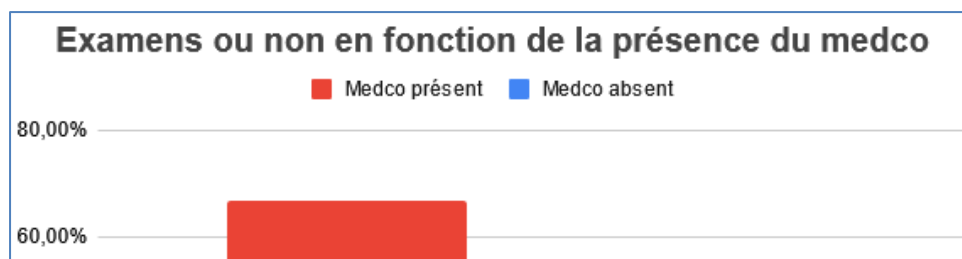
c. Concernant les examens réalisés aux urgences

Figure 7 : répartition des examens demandés à la prise en charge aux urgences



- Plus d'un tiers des patients transférés aux urgences n'ont bénéficié d'aucun examen complémentaire (figure 7).
- Les examens les plus demandés sont de l'imagerie (figure 7).

Figure 8 : Taux de Réalisation des examens en fonction de la présence ou non du médecin coordonnateur



24,3%

42,3%

8,9%

24,3%

- Un résident transféré en présence du médecin coordonnateur a plus de probabilité de bénéficier d'examens (figure 8)

Pas de corrélation ($\text{Khi}^2 > 0,05$) (tableau 4 en annexe) Logiciel utilisé : GNU PSPP

d. Concernant le caractère approprié des transferts des urgences (selon les critères de l'étude Rolland et Al, publiée en 2021)

Figure 9 Proportion des envois appropriés et inappropriés

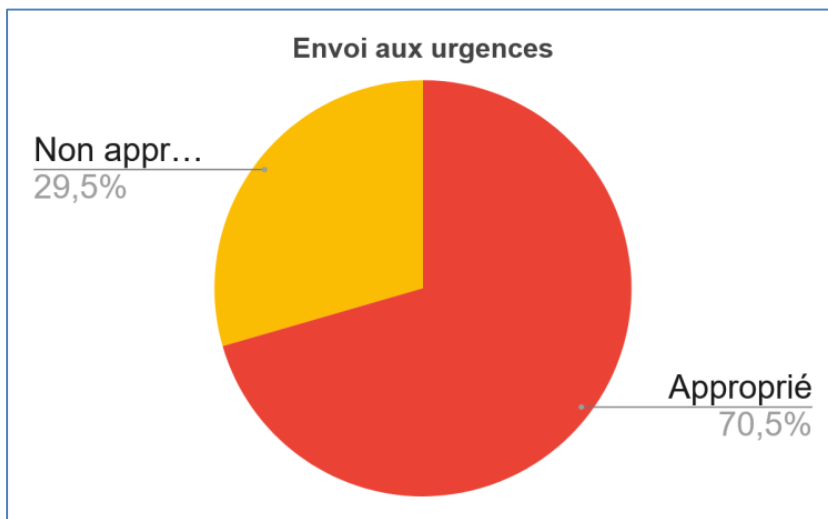
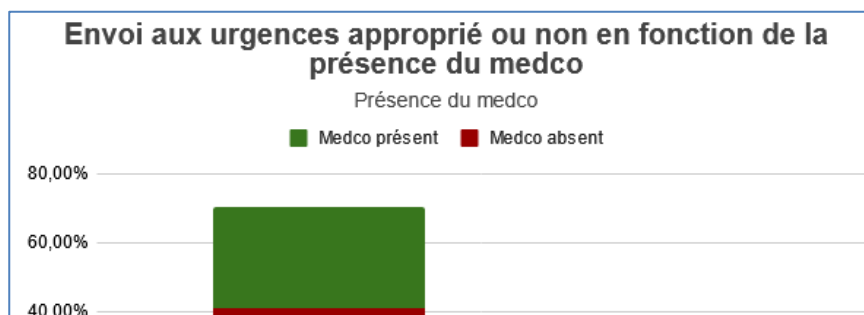


Figure 10 : Proportion des envois appropriés et non approprié en fonction de la présence du médecin coordonnateur.





Environ un tiers des transferts sont estimés inappropriés (Figure 9) et la plupart des transferts inappropriés ont lieu en l'absence du médecin coordonnateur (Figure 10)

- Quand le médecin coordonnateur est présent lors du transfert, celui-ci est plus approprié (résultat significatif khi2 $p < 0.05$) (tableau 5 en annexe)

Analyse et Discussion

1. Biais et limites de l'étude

a. Biais de l'étude

Lors de l'analyse de nos résultats, nous avons retrouvé plusieurs biais :

- Un **biais de sélection** à deux niveaux :
 - sur la constitution de l'échantillon qui ne semble pas assez conséquent. En effet sur 364 lits, 78 transferts ont eu lieu sur 6 mois.
 - sur la représentativité : par exemple, contrairement aux données de la littérature, nos transferts sont rarement liés à une fin de vie non anticipée.
- Un **biais d'évaluation** concernant le caractère approprié ou non du transfert qui s'appuie en partie sur la subjectivité de chaque médecin coordonnateur car ne s'appuyant pas sur des critères objectifs. Pour limiter ce biais nous nous sommes basés sur les critères utilisés par l'étude, de Rolland et Al, publiée en 2021. Nous aurions pu également croiser les avis des médecins coordonnateurs entre les EHPAD pour déterminer le caractère approprié ou non mais cela aurait complexifié l'organisation de l'étude.
- Un **biais de confusion** concernant le critère principal de jugement, en effet d'autres facteurs peuvent entrer dans l'équation :
 - *La formation initiale du médecin coordonnateur*
 - *La réactivité ou non des médecins traitants*
 - *La stabilité des équipes soignantes*
 - *Les moyens alloués (capacité à hospitaliser directement, possibilité d'avoir accès à de l'imagerie mobile)*

b. Limites de l'étude

Il faut par ailleurs prendre en compte un certain nombre de facteurs que cette étude ne pouvait retenir :

- Le nombre de transferts ayant entraîné une hospitalisation et la cause de cette hospitalisation ne sont pas cités.
- Une évaluation a été faite concernant le fait que le transfert non suivi d'une hospitalisation était ou non approprié mais il reste possible que la présence du médecin coordonnateur aurait limité le nombre de transfert suivi d'une hospitalisation, par la mise en place d'un suivi adapté qui n'aurait pas été en l'absence d'un avis médical.

- Le nombre de résidents qui auraient justifié d'un transfert et sont restés sur site car les soignants en place n'ont pas évalué correctement leur situation ou ont préféré attendre le lendemain pour un avis médical. Il s'agit dans ce cas d'une perte de chance pour le résident par absence d'évaluation médicale d'une situation qui aurait requis une décision rapide.
- L'influence des intentions des proches dans la décision de transfert, bien que cette décision soit plus à prendre en compte pour les résidents en fin de vie ou en soins palliatifs. En effet, en cas de chute traumatique, la décision relève uniquement d'un avis médical. On peut décider d'accompagner un résident avec les soins adaptés plutôt que de le transférer mais en aucun cas on ne peut garder un résident avec fracture ou relevant d'un cas de psychiatrie aigue.

2. Analyse des résultats concernant le critère principal de jugement

Notre critère principal de jugement était de comparer le taux horaire de passages aux urgences d'un résident non suivis d'une hospitalisation selon la présence ou non d'un médecin coordonnateur sur site lors de l'envoi aux urgences.

Notre hypothèse était que la présence du médecin coordonnateur au moment de l'urgence permettait de diminuer le nombre de passages aux urgences qui ne sont pas suivis d'une hospitalisation.

En effet certaines études suggèrent que le fait d'avoir un avis médical au moment de l'urgence permet de diminuer le nombre de transferts inappropriés(10) mais la présence d'un médecin au moment de l'urgence permet-elle de diminuer le recours aux services d'urgence ?

Les résultats de notre étude n'ont pas confirmé notre hypothèse, en effet la tendance mise en évidence par notre étude était au contraire que la présence du médecin coordonnateur au moment de l'urgence augmentait la probabilité de passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation. La différence n'était statistiquement pas significative avec l'utilisation du calcul statistique khi-deux, (puisque le test de khi-2 était de 6,47 avec un P égal à 0,091), cependant cette tendance a été retrouvée dans trois EHPAD sur les quatre.

Le taux horaire d'envoi aux urgences en l'absence du médecin coordonnateur était de 0,0038 et passait à 0,0103 en présence du médecin coordonnateur. Il a été observé dans un seul EHPAD une tendance à une diminution des passages aux urgences non suivi d'une hospitalisation lorsque l'urgence survenait en présence du médecin coordonnateur.

Contrairement aux trois autres EHPAD, dans l'EHPAD montrant une tendance à une diminution des envois aux urgences en présence du médecin coordonnateur, le médecin coordonnateur et les soignants avaient bénéficié de la sensibilisation par le projet ASSURE en janvier 2023 (Amélioration des soins d'urgence en EHPAD) et également d'une formation du SAMU 92 en septembre 2022. Ces deux formations

avaient des objectifs similaires qui étaient de permettre aux personnels des EHPAD de mieux gérer les situations d'urgence, d'appeler le centre 15 à meilleur escient et de réduire les hospitalisations inutiles des patients en provenance d'EHPAD. A chaque fois, ces formations ont permis aux soignants de s'entraîner sur des mises en situation. Par ailleurs, une documentation avec des fiches pratiques et les coordonnées des acteurs de la filière gériatrique ont été remises aux soignants. Ces deux interventions ont eu lieu au moment de la mise en place de notre étude et ont probablement eu un impact sur la prise en charge des patients en situation d'urgence dans cet EHPAD.

D'autres éléments en dehors du temps de présence du médecin coordonnateur au sein de l'établissement ont possiblement eu un impact sur le nombre de passages aux urgences de nos résidents d'EHPAD : l'accès à un plateau technique en dehors des services d'urgence (biologie, imagerie à domicile), la disponibilité des médecins traitants, la formation des équipes de nuit, la présence d'une astreinte IDE de nuit... La différence dans les résultats de notre critère principal dans les quatre EHPAD de notre étude pourrait aussi en partie s'expliquer par de nombreux autres éléments par exemple un accès plus ou moins aisé à un plateau technique ou des médecins traitants qui n'ont pas la même disponibilité en fonction des sites par exemple.

Comme cela a été mis en évidence dans d'autres études(12),(13) la formation des soignants reste un enjeu majeur pour la prise en charge de nos résidents et notamment pour limiter le recours aux services d'urgence.

D'autres pistes de réflexion seraient la possibilité d'avoir un accès facilité à un plateau technique en dehors des services d'urgence : accès à un centre de radiologie, radiologie à domicile, astreinte IDE de nuit, médecins traitants salariés...

3. Plus de passage aux urgences en présence du médecin coordonnateur ?

Bien que non significative, la tendance à une augmentation du nombre de passage aux urgences en présence du médecin coordonnateur interroge. Pour essayer de mieux comprendre cette tendance on peut s'intéresser aux facteurs qui entrent en jeu dans la décision de transfert aux urgences en EHPAD.

Plusieurs travaux ont été réalisés sur ce sujet, dont le travail de thèse du Dr Vivant Maxime qui a fait une étude qualitative par entretien semi-dirigés par groupe focus auprès de 8 EHPAD Niçois en 2022 afin d'identifier les facteurs intervenant dans la décision de transfert aux urgences. Ce travail met en évidence le rôle de leader du médecin dans la décision de transfert dans les situations d'urgences relatives. Puisque dans la situation d'urgence immédiate, il s'agit souvent du médecin régulateur du 15 qui prend la décision de transfert, en revanche dans la situation d'urgence relative, l'IDE attend l'avis du médecin disponible le plus rapidement : médecin traitant ou médecin coordonnateur(13). Le travail de thèse du Dr Jacquot Agathe réalisé en 2017 retrouvait d'ailleurs 40,2% de transfert aux urgences sur décision du médecin traitant, 30,8% sur décision de SOS médecin et 5,6% sur décision du médecin

coordonnateur. Il s'agissait d'une étude descriptive réalisée aux urgences de Bordeaux sur une période de 3 mois(14). Ces éléments suggèrent le rôle prédominant du médecin traitant dans les décisions de transfert. Il arrive ainsi parfois qu'un transfert aux urgences soit décidé par le médecin traitant du résident en présence du médecin coordonnateur.

On peut aussi se questionner sur l'indication à des examens complémentaires pour justifier un transfert aux urgences. L'EHPAD bien que médicalisé, ne dispose souvent pas d'accès à un plateau technique complet rapidement. La première cause de transfert aux urgences était la chute. Deux des 4 EHPAD de notre étude ne disposaient pas d'accès à l'imagerie rapide en dehors des urgences.

Les deux autres EHPAD en revanche avaient accès à une radiologie mobile permettant la réalisation d'imagerie sur place.

Enfin, on peut aussi se demander si la présence d'un médecin coordonnateur ne favorise pas un retour en EHPAD plus rapide. Est-ce que la présence d'un médecin dans l'EHPAD qui peut assurer le relai est une raison de ne pas hospitaliser le patient ?

Les urgentistes sont aussi de plus en plus sensibilisés à la problématique gériatrique de l'hospitalisation. De plus, les tensions récurrentes sur les places d'hospitalisation et le développement des hospitalisations à domicile sont également des facteurs qui entrent en jeu dans la décision d'une non hospitalisation et de la poursuite des soins à l'EHPAD.

4. Analyse des résultats concernant les critères secondaires

Les quatre EHPAD de notre étude multicentrique totalisaient 364 lits. Au cours des 6 mois de notre étude (1^{er} janvier au 30 juin 2023), il y a eu un total de 78 passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation.

La grande majorité des transferts aux urgences (61,5%) avait pour motif un traumatisme ou une plaie, le plus souvent suite à une chute et ceci loin devant le deuxième motif d'envoi (AEG/Malaise) qui représente seulement 9% des motifs de transferts aux urgences. Dans la littérature, les causes de passages aux urgences retrouvées sont similaires(12),(10).

Concernant les passages aux urgences qui ne sont pas suivis d'une hospitalisation, le principal diagnostic de sortie lorsque le patient est adressé par un EHPAD est une lésion traumatique (entre 39 et 46%).

Cette tendance se retrouve également à l'international, comme en témoigne une étude épidémiologique menée en Allemagne(12). Le second diagnostic de sortie le plus représenté dans cette population était « Un symptôme sans diagnostic précis » à 30% puis « Autre » à 13% qui ne correspondait donc ni à une défaillance cardiaque/neurologique/pulmonaire ou digestive.

Le principal motif d'envoi aux urgences est donc représenté par l'un des grands syndromes gériatriques, les chutes. Les chutes chez le sujet âgé sont grevées d'une morbi-mortalité importante, c'est l'une des premières causes de décès chez les personnes âgées avec 10 à 50 décès pour 100 000, plus élevés chez les hommes que les femmes(15).

Les données de santé publique France montrent qu'une personne sur trois de plus de 65 ans chute chaque année, plus de 9300 personnes de 65 ans et plus décèdent chaque année des suites d'une chute, 76 000 hospitalisations pour fracture de l'extrémité supérieure du fémur chaque année en France. Le recours aux urgences des résidents d'EHPAD pourrait donc être sensiblement diminué par la mise en place de mesures de préventions des chutes efficaces et notamment la prise en charge nutritionnelle, l'activité physique (kinésithérapie, activité physique adaptée, psychomotricité), l'adaptation des aides techniques avec des durées de soins d'ergothérapie renforcés et l'utilisation d'innovations technologiques : draps connectés, détecteurs de mouvements en chambre...)

On note également que le motif de passage aux urgences « traumatismes et plaies » représente le motif d'envoi aux urgences pour lequel la présence ou non du médecin coordonnateur semble avoir le plus d'impact avec 10 envois aux urgences en présence du médecin coordonnateur et 36 passages en son absence

Dans tous les cas sur les 46 envois aux urgences pour ce motif, 32 résidents ont bénéficié d'une imagerie, 8 plaies ont été suturées, 3 résidents avaient déjà eu une imagerie et ont bénéficiés d'un avis orthopédique et finalement seulement 3 résidents n'ont eu ni imagerie, ni avis ni suture. Il s'agit donc dans la plupart des cas de transferts « appropriés » si on se réfère à l'étude, de Rolland et al, publiée en 2021(10).

Dans notre étude, nous n'avons pas retrouvé de passage aux urgences pour une situation de fin de vie (inconfort, fin de vie imminente). Il n'y a pas eu de décès aux urgences chez les résidents des quatre EHPAD étudiés. Cela peut s'expliquer par le fait que les résidents connus pour être en fin de vie soient suivis par une équipe mobile de soins palliatifs, ont été identifiés et que le résident est pris en charge en EHPAD avec des soins de confort. Le développement des équipes mobiles en EHPAD (soins palliatifs et gériatriques) ainsi que les HAD avec dossiers dormants ont probablement permis ces dernières années de s'approprier les principes de la prise en charge palliative en EHPAD et de limiter ces transferts inappropriés. Malgré tout, cette culture des soins palliatifs en EHPAD doit encore se développer dans tous les métiers du soin en EHPAD. Par exemple, pour l'une des situations de transferts aux urgences de notre étude, il s'agissait d'une patiente identifiée soins palliatifs transférée aux urgences en l'absence du médecin coordonnateur qui a pu être rapidement réadmise en EHPAD après quelques heures dès que le médecin coordonnateur a pris connaissance de cette situation.

5. Pertinence des passages aux urgences

Enfin, parmi les passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation des résidents d'EHPAD on peut s'interroger sur le critère « approprié ou inapproprié » de ces transferts. Ces derniers soulèvent en effet la question de la bonne évaluation médicale de la situation avant l'envoi aux urgences.

Aussi, nous avons étudié le critère secondaire « transfert aux urgences approprié ou inapproprié en présence et en l'absence du médecin coordonnateur » en nous basant sur les critères utilisés lors d'études antérieures effectuées sur ce sujet.

Un travail de thèse réalisé en 2015 concernant les urgences à Chambéry a ainsi étudié la pertinence des passages aux urgences des patients de plus de 75 ans résidents en EHPAD(15). L'évaluation de la pertinence a été réalisée selon une grille de critères explicites, la version française de l'Appropriateness Evaluation Protocol (AEPf), puis les dossiers ont été revus par deux experts ; l'un urgentiste et l'autre gériatre. Ce travail retrouvait 29% des 465 passages comme étant non pertinents. Après relecture des dossiers entre 24% et 13% des passages étaient jugés évitables selon que l'expert soit urgentiste ou gériatre(16).

L'étude de Rolland et Al, publiée en 2021(10) étudiait aussi les transferts aux urgences inappropriés des résidents en EHPAD au cours de 4 semaines courant 2016. Les transferts aux urgences étaient considérés comme inappropriés s'il n'y avait pas d'urgence somatique ou psychiatrique, ou s'il s'agissait d'une situation de soins palliatifs connus et/ou s'il existait des directives anticipées de non hospitalisation connues. La suspicion de fracture était considérée comme un motif approprié si elle conduisait à la réalisation d'investigations radiologiques aux urgences. Sur les 1037 sujets analysés par le groupe de 8 experts, 21% étaient potentiellement inappropriés. Dans notre étude, nous nous sommes basés sur des critères similaires à cette deuxième étude. Cependant, le médecin coordonnateur analysait seul les dossiers, ses conclusions sont donc subjectives.

Nous avons retrouvé 55 transferts appropriés (70,5%) et 23 transferts inappropriés (29,5%). Ces résultats concordaient avec les données retrouvées dans la littérature (13, 15).

Par ailleurs dans notre étude, la présence du médecin coordonnateur influence de manière significative le caractère approprié du transfert aux urgences. En effet, en présence du médecin coordonnateur on retrouvait 88,5% de transferts appropriés alors qu'en l'absence de médecin coordonnateur seulement 61,5% des transferts étaient considérés comme appropriés. On remarque également dans les résultats que les résidents envoyés en l'absence du médecin coordonnateur sont plus souvent renvoyés en EHPAD sans avoir bénéficié d'exams complémentaires : 73% des envois en l'absence du médecin coordonnateur contre seulement 27% des résidents envoyés en présence du médecin coordonnateur. Cela corrobore le fait que les envois semblent plus pertinents en présence du médecin coordonnateur.

6. Axes d'améliorations

a. Formation et moyens en EHPAD

Il peut être intéressant de renforcer la formation aux situations d'urgences pour les médecins coordonnateurs, qui selon leur formation de base et leurs expériences professionnelles antérieures ne sont pas systématiquement formés à la gestion des urgences. Idem pour celle des infirmiers. Néanmoins les dotations matérielles des EHPAD limitent les possibilités de gestion sur site (les activités du médecin coordonnateur également). Par exemple, on note dans cette étude comme dans celles citées en référence des transferts pour plaies (à suturer ou non), or le médecin coordonnateur n'a pas fonction de soignants et son temps est limité, mais théoriquement une suture sur site pourrait être possible.

La possibilité d'une téléconsultation, pour les urgences qui surviennent sur les EHPAD, pourrait être une solution qui limiterait les transferts qui, même lorsqu'ils sont appropriés, restent néanmoins pour le résident une cause de trouble et de perturbation. De même, la présence d'un chariot d'urgence avec tensiomètre, stéthoscope, ECG, (etc) permettrait de faire une première évaluation de l'état d'urgence et parfois de mettre en place immédiatement un suivi adapté sans transférer le résident.

b. Prévention des chutes

Par ailleurs, le principal motif de transferts aux urgences, dans notre étude et dans les données de la littérature en notre possession sont les chutes. Principale cause d'envoi aux urgences des personnes âgées (Domicile ou EHPAD) les chutes des personnes âgées entraînent chaque année plus de 100 000 hospitalisations et plus de 10 000 décès. Ces chutes ont des conséquences physiques, psychologiques, sociales et marquent une rupture dans la vie des individus et une perte d'autonomie.

Pour lutter contre ce fléau, un **plan national triennal antichute des personnes âgées**(17) a été mis en place depuis 2022 par les Agences régionales de santé. Parmi les 5 axes mis en place pour réduire ces chutes le médecin coordonnateur a un rôle à jouer qui limiterait les envois aux urgences :

Axe 1 : Evaluer les risques de chute et alerter : Cela fait partie de l'évaluation gériatrique à l'entrée et tout au long du séjour.

Axe 2 : Aménager l'espace de vie pour limiter les risques de chutes : le médecin coordonnateur en collaboration avec les paramédicaux y contribue.

Axe 3 : Aides techniques à la mobilité faites pour tous : Le médecin y participe également en collaboration avec les autres paramédicaux.

Axe 4 : Téléassistance (concerne le domicile pas l'EHPAD)

Axe 5 : Activité physique (à l'aide des prescriptions de kinésithérapie par le médecin coordonnateur)

Le rôle du médecin coordonnateur dans la réduction des chutes et des risques de chute est primordial et contribue à la limitation des envois aux urgences pour traumatismes.

c. Réflexion autour des niveaux de soins comme outils d'anticipation

Il paraît évident qu'un réel progrès est nécessaire quant à la régulation des transferts aux urgences et par conséquent de la prise en soin de nos plus vulnérables. Entre transferts aux urgences inappropriés et abandon thérapeutique (justifié plutôt sur des critères relevant plus de l'Agisme que de l'éthique), il est parfois difficile de trouver un chemin adapté et respectueux du résident.

Nous l'avons vu, l'amélioration des moyens comme la radio mobile, les formations comme par exemple ASSURE et d'autres initiatives permettent une réduction de toutes ces prises en soin non adaptées et parfois maltraitantes pour nos aînées. Toutes ces initiatives doivent se déployer au niveau national...

Devant ce constat, l'anticipation et la réflexion autour de la prise en charge adaptée à la situation de chaque résident paraît fondamentale. Malheureusement, la réalité du terrain montre que souvent, c'est dans l'urgence qu'une décision doit être prise.

Dans un des EHPAD de l'étude, un projet a été lancé depuis quelques mois avec comme objectif de permettre d'avoir la prise en charge la plus adaptée pour le résident en anticipant la réflexion. Elle s'appuie sur une échelle canadienne qui a fait ses preuves : le code d'intensité thérapeutique. Lors du projet personnalisé ou dans les suites d'un évènement aigu, nous convenons ensemble d'un niveau de soin, allant de l'hospitalisation avec réanimation à la prise en charge de confort exclusive.

Cette décision collégiale est le fruit d'un recueil auprès du résident (directives anticipées, personne de confiance), du médecin traitant, et des équipes soignantes. En cas de difficultés, nous nous aidons de la grille éthique de Renée Sebag.

Les projets de ce genre sont nombreux et tendent à limiter les transferts inappropriés.

Conclusion

Pour conclure, les résultats de notre étude n'ont pas validé notre hypothèse et suggèrent au contraire que la présence du médecin coordonnateur au moment de l'urgence a tendance à augmenter le nombre de transferts aux urgences.

Cependant notre étude met en exergue le rôle positif du médecin coordonnateur au moment de l'urgence puisque qu'on observe une augmentation significative des envois appropriés aux urgences en présence du médecin coordonnateur.

Pour notre critère principal de jugement, nos résultats sont en adéquation avec les précédentes publications et ne montrent pas de différence significative.

Un point positif à retirer de notre étude à titre personnel est que dorénavant, à chaque fois que la décision d'un transfert pourra se poser lorsque nous serons présents sur site, nous serons plus attentifs avant de prendre une décision de transfert aux urgences.

Un autre résultat intéressant de notre étude est l'analyse des motifs d'envoi qui a mis en évidence une large majorité de transferts pour traumatismes et plaies souvent dans un contexte de chute. La mission de prévention du médecin coordonnateur en EHPAD prend donc ici tout son sens.

Enfin, l'absence de transferts aux urgences pour un motif de fin de vie et l'absence de décès aux urgences dans nos 4 EHPAD avec médecin coordonnateur en poste, montre que sa présence permet d'identifier ces situations et d'éviter ce type de transfert inapproprié.

Afin de diminuer les passages aux urgences de nos patients d'EHPAD les efforts doivent néanmoins se poursuivre sur le plan de la formation des médecins coordonnateurs et des soignants sur la prise en charge des situations d'urgence mais également s'agissant des mesures de prévention mises en place en EHPAD (prévention des chutes, risque infectieux...).

Par ailleurs, pour la bonne gestion de ces situations d'urgence, des pistes de réflexion pourraient être d'augmenter les temps de présence médicale et paramédicale en EHPAD (médecins traitants salariés, IDE la nuit), de continuer à développer la téléconsultation, de généraliser l'accès à des centres de radiologie mobile, de favoriser le recours aux équipes mobiles.

Bibliographie

1. Insee. Espérance de vie – Mortalité – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. 2020 [cited 2023 Jul 22]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277640?sommaire=4318291>
2. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. 2019 [cited 2023 Aug 8]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
3. Céline Roux FL. Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Drees; 2022 Juillet. Report No.: 1237.
4. Von Lennep Franck. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation [Internet]. Drees; 2014 Juillet. (La protection sociale en France et en Europe en 2012). Report No.: 889. Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er889.pdf>
5. Franck von Lennep. Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue [Internet]. Drees; 2017 Mar. Report No.: 1008. Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1008.pdf>
6. Franck von Lennep. Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier [Internet]. Drees; 2017 Mar. Report No.: 1007. Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1007.pdf>
7. Approche adaptée à la personne âgée : Une personne âgée de votre famille ou de votre entourage est à l'hôpital pour quelques jours, une semaine, un mois? [Internet]. CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue; 2019. Available from: https://www.cisss-at.gouv.qc.ca/partage/AAPA/AAPA_depliant_familles-proches.pdf
8. FIGARO [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 23]. Urgences : les patients de plus de 75 ans auraient un risque de mourir 46% plus élevé après une nuit sur un brancard. Available from: <https://sante.lefigaro.fr/urgences-les-patients-de-plus-de-75-ans-auraient-un-risque-de-mourir-46-plus-eleve-apres-une-nuit-sur-un-brancard-20230609>
9. Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des EHPAD [Internet]. HAS, ANESM; 2015. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2049096/fr/comment-reduire-les-hospitalisations-non-programmees-des-residents-des-EHPAD
10. Y. Rolland,. Résidents d'EHPAD : une admission aux urgences sur 5 serait évitable | Univadis. 2021 [cited 2023 Aug 8]. Résidents d'EHPAD : une admission aux urgences sur 5 serait évitable. Available from: <https://www.univadis.fr/viewarticle/residents-d-EHPAD-une-admission-aux-urgences-sur-5-serait-evitable>

11. Décret n° 2022-731 du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour personnes âgées et au temps minimum de présence du médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - Légifrance [Internet]. [cited 2023 Sep 22]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045696583>
12. Heinold S, Fassmer AM, Schmiemann G, Hoffmann F. Characteristics of outpatient emergency department visits of nursing home residents: an analysis of discharge letters. *Aging Clin Exp Res.* 2021;33(12):3343–51.
13. Vivant Maxime. Thèse Vivant Maxime. Université Côte d'Azur Faculté de médecine; 2023.
14. Jacquot A. 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.
15. SPF. La surveillance épidémiologique des chutes chez les personnes âgées. Numéro thématique. Vieillesse et fragilité : approches de santé publique [Internet]. [cited 2023 Sep 22]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/traumatismes/chute/la-surveillance-epidemiologique-des-chutes-chez-les-personnes-agees.-numero-thematique.-vieillesse-et-fragilite-approches-de-sante-publique>
16. Barnay ÉE, Marques NC. Évaluation de la pertinence des passages aux urgences du centre hospitalier de Chambéry des personnes âgées de 75 ans et plus résidant en EHPAD.
17. Plan antichute des personnes âgées | Ministère des Solidarités et des Familles [Internet]. [cited 2023 Sep 22]. Available from: <http://solidarites.gouv.fr/plan-antichute-des-personnes-agees>

Annexes

Tableau 4 : Tableau de contingence proportion de réalisation d'examen en fonction de la présence du médecin coordonnateur ou non

Présence du medco × Réalisation d'examens

			Réalisation d'examens		Total
			Pas d'examens	Examens réalisés	
Présence du medco	absent	Nombre	19	33	52
		Ligne %	36,5%	63,5%	100,0%
		Colonne %	73,1%	63,5%	66,7%
		Total %	24,4%	42,3%	66,7%
	présent	Nombre	7	19	26
		Ligne %	26,9%	73,1%	100,0%
		Colonne %	26,9%	36,5%	33,3%
		Total %	9,0%	24,4%	33,3%
Total		Nombre	26	52	78
		Ligne %	33,3%	66,7%	100,0%
		Colonne %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	33,3%	66,7%	100,0%

Tests de X²

	Valeur	df	Sig. asymptotique (bi-variée)	Sig. exacte (bi-variée)	Sig. exacte (uni-variée)
X ² de Pearson	,72	1	,396		
Rapport de vraisemblance	,74	1	,391		
Test exact de Fisher				,453	,279
Correction de continuité	,35	1	,552		
Association linéaire-par-linéaire	,71	1	,399		
Nombre d'observations valides	78				

Tableau 5 : Tableau de contingence des transferts appropriés en présence du médecin coordonnateur ou non

Présence du medco × Transfert approprié

			Transfert approprié		Total
			Non	Oui	
Présence du medco	absent	Nombre	20	32	52
		Ligne %	38,5%	61,5%	100,0%
		Colonne %	87,0%	58,2%	66,7%
		Total %	25,6%	41,0%	66,7%
	présent	Nombre	3	23	26
		Ligne %	11,5%	88,5%	100,0%
		Colonne %	13,0%	41,8%	33,3%
		Total %	3,8%	29,5%	33,3%
Total		Nombre	23	55	78
		Ligne %	29,5%	70,5%	100,0%
		Colonne %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	29,5%	70,5%	100,0%

Tests de X²

	Valeur	df	Sig. asymptotique (bi-variée)	Sig. exacte (bi-variée)	Sig. exacte (uni-variée)
X ² de Pearson	6,04	1	,014		
Rapport de vraisemblance	6,72	1	,010		
Test exact de Fisher				,018	,012
Correction de continuité	4,82	1	,028		
Association linéaire-par-linéaire	5,97	1	,015		
Nombre d'observations valides	78				

Tableau de relevés des données

Etpad	A g	Sexe	Date	G	Motif de transfert aux urgences	Motif catégorisé	Présence medico	Jour/nuit	Examens réalisés aux urgences (texte libre)	Examens catégorisés	Diagnostic de sortie des urgences	Approprié
BRUNE	82	Homme	09/01/2023		2 AEG Apathie	Autre motif	Medico absent	Jour	Biologie & Scan	Imagerie + bio et/ou ECG	RAS	Non approprié
Choseul	97	Femme	17/04/2023		1 Suspicion de fracture du pouce	Traumatismes et plaies	Medico présent	Jour	Pas de radio faite sur raideur et trouble cognitif	Pas d'exams	traitement antalgique sur possible fracture	Approprié
Choseul	94	Homme	16/01/2023		2 Chute à répétition avec TC pour scame	Traumatismes et plaies	Medico présent	Jour	Scébral	Imagerie	scanner cérébral normal	Approprié
Choseul	94	Homme	28/01/2023		2 AEG	Autre motif	Medico absent	Jour	bio ecg	Bio et/ou ECG	retour à l'EHPAD avec hespi programmée	Non approprié
Choseul	94	Homme	18/04/2023		2 Chute hématomie ??? asymétrie MI	Traumatismes et plaies	Medico présent	Jour	radio	Imagerie	bilan radio normal	Approprié
Choseul	94	Homme	10/05/2023		2 Chute TC saignement	Traumatismes et plaies	Medico absent	Jour	TDM	Imagerie	suture TDM sp	Approprié
Choseul	93	Femme	23/05/2023		1 Prognost impotence F	Traumatismes et plaies	Medico présent	Jour	Radio	Imagerie	Poussée catroese	Non approprié
Choseul	93	Homme	17/05/2023		1 Malaise	Autre motif	Medico présent	Jour	Lactate lipase I	Pas d'exams	surveillance Température	Approprié
Choseul	84	Homme	24/03/2023		3 Douleur thoracique	Autre motif	Medico présent	Jour	Echo anormale mais rien n'est fait	Imagerie + bio et/ou ECG	Echo anormale mais tt sympto car patient étiqueté à tort	Approprié
Choseul	95	Homme	11/05/2023		3 Suspicion de fracture du cou du fémur	Traumatismes et plaies	Medico absent	Jour	Radio	Imagerie	RAS	Approprié
Choseul	95	Homme	03/05/2023		3 Douleur thoracique & bio perturbée	Autre motif	Medico présent	Jour	bio ecg (arrait du être hospitalisé)	Bio et/ou ECG	Surveillance bio puis hespi programmée	Approprié
Choseul	90	Homme	10/03/2023		2 Décompensation cardiaque	Autre motif	Medico absent	Jour	ecg bio	Bio et/ou ECG	Modification du traitement	Approprié
Choseul	90	Femme	19/02/2023		3 Chute	Traumatismes et plaies	Medico absent	Jour	radio	Imagerie	Double fracture plâtrée	Approprié
Choseul	96	Femme	28/01/2023		2 Chute TC	Traumatismes et plaies	Medico absent	Nuit	TDM	Imagerie	pansements + suture	Approprié
Choseul	96	Femme	27/01/2023		2 Plâtré main	Traumatismes et plaies	Medico absent	Nuit	TDM	Pas d'exams	Suture + antibiotiques	Approprié
Choseul	88	Homme	27/03/2023		1 TC hématomie près orbites + plaie ++	Traumatismes et plaies	Medico absent	Nuit	Radio TDM	Imagerie	Slestrip car trop tard pour suturer TDM C sp	Approprié
Choseul	101	Homme	14/01/2023		2 TC + PC + plaie	Traumatismes et plaies	Medico absent	Jour	Radio	Imagerie	blan sp + pansements simples	Non approprié
Choseul	95	Femme	04/04/2023		2 Douleur au genou après une chute	Traumatismes et plaies	Medico présent	Jour	Radio	Imagerie	Fracture	Approprié
Choseul	86	Femme	07/01/2023		4 Malaise	Autre motif	Medico absent	Jour	TDM bio ecg	Pas d'exams	RAS	Approprié
Choseul	90	Femme	10/02/2023		3 Epilepsie	Autre motif	Medico présent	Jour	TDM bio ecg	Pas d'exams	programmation d'exploration de son epilepsie	Approprié
Choseul	86	Femme	28/04/2023		2 Idée suicidaire agressivité	Autre motif	Medico absent	Jour	Vu par un psychiatre	Pas d'exams	Changement thérapeutique	Approprié
Choseul	86	Femme	29/01/2023		2 Agitation	Autre motif	Medico absent	Jour	bio	Bio et/ou ECG	Demande de retour de la part du Medico fin de vie étiqueté	Non approprié
Choseul	87	Homme	16/02/2023		2 Chute	Traumatismes et plaies	Medico absent	Jour	radio	Imagerie	Fracture	Approprié
Choseul	87	Homme	01/02/2023		2 Chute HTA bradycardie	Traumatismes et plaies	Medico absent	Nuit	ecg bio	Bio et/ou ECG	adaptation thérapeutique HTA	Approprié
Choseul	91	Femme	06/01/2023		2 Suspicion de fracture du cou du fémur	Traumatismes et plaies	Medico présent	Jour	radio	Imagerie	Fracture tt orthopédique	Approprié
Choseul	91	Femme	03/01/2023		2 hessil sur ft conservateur compliqué co	Traumatismes et plaies	Medico présent	Jour	rien	Pas d'exams	rad avec attente ails ortho	Non approprié
Choseul	79	Femme	27/01/2023		2 Chute épaule	Traumatismes et plaies	Medico présent	Jour	radio	Imagerie	Fracture	Approprié
Choseul	90	Homme	07/06/2023		2 Marche impossible hanche droite dolo	Traumatismes et plaies	Medico absent	Jour	scanner + radio	Imagerie	Radio SP	Approprié
Choseul	94	Femme	07/06/2023		2 Chute plaie profonde	Traumatismes et plaies	Medico absent	Nuit	bio + TDM C + suture	Imagerie + bio et/ou ECG	Suture	Approprié
Choseul	90	Femme	09/06/2023		2 Suspicion FA AEG auscultation	Autre motif	Medico présent	Jour	Bio + ECG	Bio et/ou ECG	Antibiotique arythmie ...	Approprié
Choseul	96	Femme	13/06/2023		2 Fracture radio...	Traumatismes et plaies	Medico absent	Jour	Avis ortho	Pas d'exams	RAS veille fracture	Non approprié
RUEIL	99	Femme	11/06/2023		2 Chute douleur hanche droite	Traumatismes et plaies	Medico absent	Jour	radio	Imagerie	Fracture blanche ilio ischio pubienne droite	Approprié
RUEIL	92	Femme	15/04/2023		2 vomissement/malaise	Autre motif	Medico absent	Jour	bio	Bio et/ou ECG	constipation/laesment	Non approprié
RUEIL	81	Femme	01/02/2023		2 chute/plaie arcade	Traumatismes et plaies	Medico absent	Jour	rien	Pas d'exams	suture	Approprié
BRUNE	81	Homme	02/02/2023		2 Troubles comportement	Autre motif	Medico absent	Jour	RAS	Pas d'exams	Pas de modification TT	Non approprié
BRUNE	91	Femme	21/06/2023		4 ASTHENE / AEG	Autre motif	Medico absent	Jour	Bilan bio & radio	Imagerie + bio et/ou ECG	surveillance	Non approprié
BRUNE	90	Femme	23/01/2023		2 Chute	Traumatismes et plaies	Medico absent	Nuit	Radio	Imagerie	RAS (envol de nuit)	Non approprié
BRUNE	91	Femme	21/03/2023		4 CHUTE	Traumatismes et plaies	Medico présent	Jour	Suture	Pas d'exams	surveillance	Approprié
BRUNE	100	Homme	21/03/2023		4 Fuite cathéter sus pubien	Autre motif	Medico absent	Jour	Changement Cathéter	Pas d'exams	Changement cathéter nécessaire (Envol régulier entre 2 co	Approprié
BRUNE	87	Homme	15/02/2023		4 Fuite cathéter sus pubien	Autre motif	Medico absent	Jour	Changement Cathéter	Pas d'exams	Changement cathéter nécessaire	Approprié
BRUNE	89	Femme	19/04/2023		3 Décompensation respiratoire	Autre motif	Medico présent	Jour	Bilan bio & radio	Imagerie + bio et/ou ECG	ATB thérapie	Approprié
BRUNE	89	Femme	08/01/2023		2 Chute	Traumatismes et plaies	Medico absent	Jour	Chute	Pas d'exams	suture	Approprié
BRUNE	90	Homme	11/01/2023		2 AEG (motif d'entrée en Etpad)	Autre motif	Medico présent	Jour	BIO + aVIS	Bio et/ou ECG	Traitement modifié	Approprié