

Université Paris Descartes/ Université de Paris

DIU « Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur d’Etablissement
d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (MC) »

Année Universitaire 2023/2024

Mise en œuvre de la démarche ASSURE (Amélioration des Soins
d’URgence en EHPAD) **au sein des EHPAD** (Etablissement d’Hébergement de
Personnes Agées Dépendantes)

Directeur de Mémoire : Dr Shimi Noureddine Médecin Généraliste

Mémoire collectif :

Dr Hebert Vincent

Dr Tanouti Amal

Table des matières

I-Introduction	2
1-Contexte et enjeux de l'étude.....	3
a-Problématique des hospitalisations d'urgence en EHPAD (Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes) évitables.....	3
b- La démarche ASSURE (Amélioration des Soins d'URgence en EHPAD)...	4
2-Objectifs de l'étude.....	5
II- Matériel et Méthode.....	6
1-Design de l'étude.....	6
2- Critères de jugement.....	6
a-Critère de jugement principal.....	6
b-Critères de jugement secondaires.....	6
III-Résultats.....	7
1-Généraux.....	7
2-Critère de jugement principal.....	10
3-Critères de jugement secondaire.....	10
IV-Discussion.....	11
1-Principaux résultats de l'étude.....	11
2-Limites de l'étude.....	13
3-Perspectives.....	14
a-Recommandations pour les EHPAD.....	14
b-Perspectives de recherche.....	14
V-Conclusion.....	15
VI-Bibliographie.....	16
VII-Annexe.....	18

I-Introduction

1-Contexte et enjeux de l'étude

a-Problématique des hospitalisations d'urgence en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) évitables

Le nombre de passage par an aux urgences est en constante augmentation. On en comptait 13,6 millions en 2001 et 18,5 millions en 2011 (1). Les consultations des personnes âgées de plus de 75 ans aux urgences augmentent (2).

La population Française comporte davantage de personnes âgées du fait notamment de l'amélioration de l'espérance de vie (3 ; 4). Les Français seraient 76,4 millions au 1^{er} Janvier 2070 dont 17.5 % de 75 ans et plus (4).

Cette population âgée souvent fragile, dépendante, polypathologique et souvent polymédiquée entraîne une augmentation du besoin de structures adaptées telles que les EHPAD, que l'entrée y soit volontaire et préparée ou non (2 ; 3 ; 5).

Selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), plus de 8,8% des personnes âgées de plus de 75 ans vivent en institution actuellement (6). 60 % des résidents en EHPAD y décèderont (3).

Les EHPAD peuvent présenter plusieurs problématiques : le manque de matériel, une charge de travail importante, le manque de personnels avec une faible formation continue (5). Les résidents sont à risque de soins urgents (3). Ils passent plus de temps aux urgences (2 ; 3) avec plus d'examen complémentaires réalisés (3).

Selon l'étude PLEIAD (7), les hospitalisations représentent 70% des mouvements sortants d'un EHPAD. L'étude IQUARE de 2016 (8) montre que 30 % des résidents ont été admis à l'hôpital au moins une fois dans l'année, dont 60% au moins une fois aux urgences. Selon la Haute autorité de Santé, 10 % des résidents d'EHPAD sont transférés deux fois ou plus par an aux urgences et 25% au moins une fois (9). Ces résidents sont majoritairement des femmes de plus de 90 ans et polymédiquées, avec un niveau de dépendance élevé (GIR 1-2) (2 ; 5).

Selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), en 2017, 58 % des patients de plus de 75 ans qui étaient admis aux urgences avaient initié des démarches auprès de professionnels de santé avant de s'y rendre et 11 % résidaient en établissements médico-sociaux (3).

La décision de transfert aux urgences était prise par le personnel paramédical de l'EHPAD (infirmières et aides-soignantes) dans 57,8% des cas bien qu'elle soit dans plus de 80% des cas une décision sur critères médicaux (10).

Dans son étude de 2019 en Indre et Loire, l'auteur montre que 21,7 % des transferts ont été décidés par un médecin impliqué dans la prise en charge du patient, contre 27% à 98% dans la littérature (6).

Après un passage aux urgences, les personnes âgées de plus de 75 ans vont être hospitalisées à 56%. 38% vont rentrer à domicile et 5% à l'EHPAD (11). Dans son étude de 2023 (3), l'auteur retrouve « 78 transferts aux urgences non suivis d'une hospitalisation durant 6 mois soit 21,4% des transferts ».

Le diagnostic principal retrouvé lors du retour à domicile ou à l'EHPAD est une lésion traumatique (39 à 46%) en France (3;11) ou en Allemagne (3).

L'admission aux urgences a de nombreux avantages (examens complémentaires, spécialistes, surveillance, soins complexes...) (8) mais les conséquences néfastes de l'hospitalisation aux urgences des personnes âgées sont retrouvées dans différents articles (2 ; 3 ; 5 ; 12) : iatrogénie, pose de sonde urinaire, infections nosocomiales, augmentation des escarres, dénutrition, des contentions physiques, des chutes, de la perte d'autonomie, aggravation des démences et de la dépendance ...

Une étude de 2015 (13) portant sur l'hospitalisation en urgence des personnes âgées en EHPAD dans les Hauts-de-France montre que 3% des gériatres et 27% des urgentistes estimait celle-ci évitable.

Selon la HAS, une hospitalisation potentiellement évitable concerne « 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 » (14).

Le Professeur Rolland (15), définit un transfert d'inapproprié aux urgences : absence d'urgence somatique ou psychiatrique, présence de soins palliatifs connus et/ ou de directives anticipées de non hospitalisation connue.

Une autre étude (16) qualifie d'hospitalisation potentiellement évitable une admission « qui aurait pu être évitée avec des soins primaires délivrés à temps ». Elles représentaient 5,7 % de l'ensemble des séjours (10% des journées) en Ile de France dans cette étude de 2014 portant sur les Programmes de médicalisations des Systèmes d'Information (PMSI) et le recensement de l'INSEE de 2006. Plus de la moitié des hospitalisations étaient liées à l'asthme, au diabète et à l'insuffisance cardiaque. Elles sont deux fois plus longues que les autres hospitalisations et sont présentes dans les zones les plus défavorisées (revenus, chômage).

Selon l'article de G. Mercier, Bourret R et Bousquet J (17) : une hospitalisation potentiellement évitable est une « mesure indirecte de l'accès aux soins primaires et de leur efficacité. Les enjeux sont majeurs, incluant l'évaluation des politiques publiques et la réalisation de comparaisons internationales. A travers le monde, de plus en plus de travaux cherchent à les quantifier à partir de bases de données médico-administratives hospitalières. Plusieurs méthodes existent pour les quantifier [...]. Seule une démarche nationale voire internationale pourrait permettre d'obtenir un consensus sur la définition ».

La définition reste cependant floue. Selon les études, 19 à 67% des hospitalisations seraient évitables (2 ; 5). Des recommandations ont été publiées en 2015 pour diminuer les hospitalisations évitables en EHPAD(14).

b-La démarche ASSURE (Amélioration des Soins d'URgences en EHPAD)

Devant ces constats, un programme piloté et financé par l'ARS Hauts-de-France, puis repris par l'Ile-de France(Gérond'if), nommé ASSURE voit le jour en 2018. Il devait initialement durer 2 ans mais se poursuit aujourd'hui à durée indéterminée (5; 12).

La démarche ASSURE reposait initialement sur le Groupe Hospitalier Loos-Habourdin en partenariat avec le Collège de Médecine d'Urgence, l'Observatoire Régional des Urgences (ORU), l'Association des médecins coordonnateurs de Picardie et les Centre Hospitalo-Universitaire de Lille et Amiens (5; 12).

La démarche ASSURE vise à assurer le bon soin (paramédical, médical), au bon patient, par le bon soignant (médecin hospitalier, urgentiste, médecin traitant, infirmière, médecin coordonnateur...), au bon moment (urgence ou non) et au bon endroit (service hospitalier spécialisé, EHPAD ou urgences). Ainsi cela permettrait d'éviter un engorgement des urgences ou du centre 15, d'adapter le suivi et les prises en soins, d'éviter les ruptures de soins, de diminuer des hospitalisations évitables, de faciliter la coopération et donner aux soignants des outils pour un recours adapté au centre 15 (3 ;5 ;12).

La démarche ASSURE permet de respecter l'instruction du 29 Décembre 2017 (12) : perfectionner le parcours de santé des personnes âgées en améliorant la coopération EHPAD/hôpital et EHPAD/Domicile.

La démarche ASSURE participe à l'amélioration des processus de certification au sein des établissements (12).

La démarche ASSURE permet l'amélioration des soins et notamment en cas d'urgence en EHPAD. Elle permet une meilleure collaboration entre les structures sanitaires, notamment gériatriques et médicosociales (5 ; 12) avec un meilleur partage des informations à travers les dossiers de liaisons d'urgence et les directives anticipées. La télémédecine pourrait se mettre en place ultérieurement (12). Des entrées directes si nécessaire dans des services hospitaliers adaptés seraient facilitées, ce qui permet une meilleure réponse aux personnes âgées (hors urgence vitale) (18). La démarche assure permet ainsi d'éviter les effets néfastes des hospitalisations aux urgences chez les résidents (2 ; 3 ; 5 ;12).

Elle est bénéfique aux soignants avec un sentiment d'accomplissement de soi, une capacité à effectuer un meilleur repérage d'une détresse vitale et une amélioration de l'autonomie des équipes qui exerce une réflexion sur une situation médicale.

La démarche ASSURE se met en place grâce à différents outils (5 ; 12). De nouveaux outils ont été créés (jeux de mises en situation CLUEHPAD, fiches de conduites à tenir...) et d'autres outils existaient déjà (directives anticipées, fiches Urgences-pallia et SAED...).

La mise en place de la démarche au sein des établissements passe par la formation en cascade des binômes urgentistes/gériatres vers des trinômes médecin coordonnateur/directeur/cadre ou infirmier coordonnateur qui formeront ensuite leurs équipes (aides-soignants, infirmiers, médecins traitants...) soit par la formation en mode « train the trainer » (5 ; 12).

Une étude (5) montre les freins à l'installation et la poursuite du projet : « le COVID et ses conséquences », « expériences déjà acquises par le personnel de santé », « un manque d'intérêt de la part des urgentistes », « peu d'EHPAD ont reçu l'information d'une filière gériatrique dans leur secteur, leur permettant d'éviter le passage aux urgences et d'avoir accès à un avis gériatrique rapide », « renouvellement du personnel de santé ».

D'autres études montrent les mêmes bénéfices d'autres programmes : RESURCA (19, Urgences Champagne-Ardenne), RESUVAL (20, en Auvergne-Rhône-Alpes), ARS Ile-de France (21) : amélioration de la prise en charge des résidents, diminution du nombre de transferts évitables grâce à la sensibilisation et l'utilisation de guides pour les soignants.

2-Objectifs de l'étude

La mise en place de la démarche ASSURE permet-elle de réduire le nombre d'hospitalisations aux urgences inappropriées?

Quel est l'impact de la démarche assure sur le personnel des EHPAD? Comment est-elle mise en place au sein des EHPAD ?

L'hypothèse principale est que la mise en place de la démarche assure permet de réduire sur le recours inapproprié aux urgences avec une meilleure sélection des résidents nécessitant des soins médicaux urgents (3 ; 5 ; 12).

La démarche permettrait aussi l'augmentation du niveau de connaissance des soignants à travers une formation spécifique et une meilleure autonomie des équipes (3 ; 5 ; 12).

La littérature (5) met en évidence la nécessité d'un suivi continu de la mise en place de la méthode ASSURE et d'une adaptation au cours du temps des méthodes de mise en œuvre de la démarche ASSURE pour maximiser les bénéfices à long terme.

II- Matériel et Méthode

1-Design de l'étude

Notre étude est observationnelle descriptive retrospective multicentrique, réalisée du 01/06/24 au 30/09/24.

Nous avons adressé par mail et sur l'application «whats app » notre questionnaire créé sur framaforms.org, présenté en Annexe, à nos collègues IDEC, IDE et médecins coordonnateurs dans les EHPAD où nous travaillons et à tous les étudiants inscrits à notre DIU pour l'année universitaire 2023/2024 entre le 01/06/2024 et le 30/09/2024. Nous l'avons aussi rempli nous-même à cette même période.

Les données recueillies de manière anonymisée ont été analysées.

Les variables qualitatives ont été décrites en effectifs et pourcentages.

2-Critères de jugement

a-Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal est de déterminer, à l'aide du questionnaire présenté en annexe, en interrogeant les médecins coordonnateurs, les IDEC, les IDE des EHPAD où nous travaillons et avec qui nous sommes en formation de DIU dont la démarche ASSURE a été mise en œuvre au sein de leur établissement, ainsi que nous-même, si cette démarche permet la baisse du nombre d'hospitalisations inappropriées aux services d'accueil des urgences

b-Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires sont de déterminer, à l'aide du questionnaire présenté en annexe, en interrogeant les médecins coordonnateurs, les IDEC, les IDE des EHPAD où nous travaillons et avec qui nous sommes en formation de DIU dont la démarche ASSURE a été mise en œuvre au sein de leur établissement, ainsi que nous-même, si cette démarche a un impact sur le personnel soignant des EHPAD et les modalités de mise en œuvre de la démarche ASSURE dans les établissements.

III-Résultats

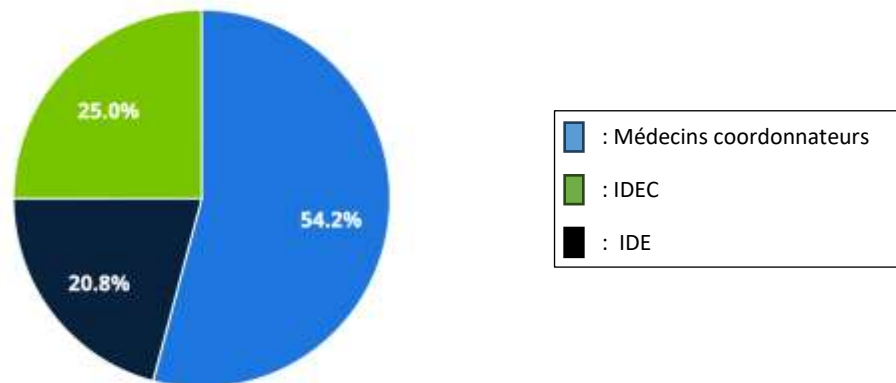
1-Généraux

Nous avons eu 12 répondants (sur 18 possibles) dans nos EHPAD de travail et 12 répondants sur les 80 inscrits au DIU.

Nous avons obtenu 24 réponses, soit un taux de réponse de 24,5%.

Question 1 : Quelle est votre fonction ?

Sur 24 questionnaires reçus, il y a eu : 13 médecins coordonnateurs (54,2 %), 5 IDEC (20,8%) et 6 IDE (25,0 %).



Question 2 : Dans quel type de structure exercez-vous ?

Sur 24 questionnaires reçus, il y a eu 5 établissements publics (20,8 %), 5 établissements privés à but lucratifs (20,8%) et 14 établissements privés à but non lucratif (58,4 %).

Question 3 : Dans quel département exercez-vous ?

Sur 24 questionnaires reçus, il y a eu :

- 2 participants n'ayant pas répondu (8,3 %)
- 8 participants du département 95 (33,3 %)
- 4 participants du département 21 (16,7%)
- 2 participants du département 77 (8,3%)
- 2 participants du département 78 (8,3 %)
- 2 participants du département 89 (8,3 %)
- 1 participant du département 76 (4,2%)
- 1 participant du département 27 (4,2%)
- 1 participant du département 54 (4,2%)
- 1 participant du département 63 (4,2%).

Question 4 : Combien de résidents en séjour permanent avez-vous ?

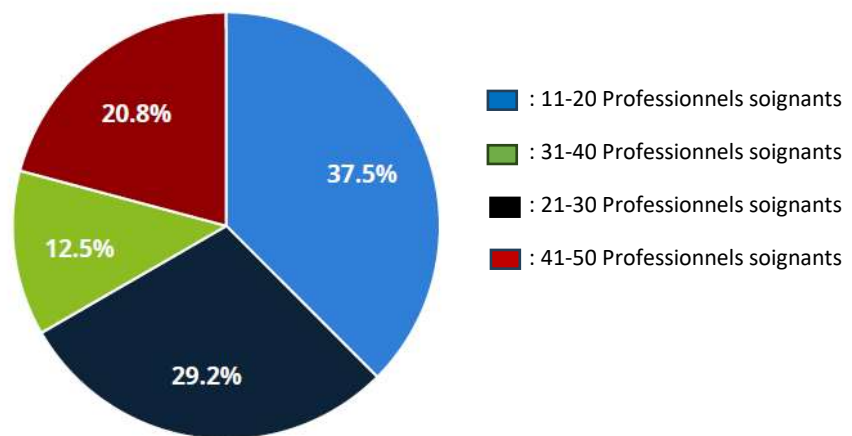
Sur 24 questionnaires reçus, il y a eu :

- 1-40 résidents en séjour permanent : 2 réponses (8,3%)
- 41-80 résidents en séjour permanent : 14 réponses (58,4%)
- 81-100 résidents en séjour permanent : 3 réponses (12,5%)
- 101-150 résidents en séjour permanent : 3 réponses (12,5 %)
- 151 et plus résidents en séjour permanent : 2 réponses (8,3%)

Question 5 : Combien de professionnels soignants (médecins, IDEC, IDE, aides-soignants) exercent dans votre structure ?

Sur 24 questionnaires reçus il y a eu :

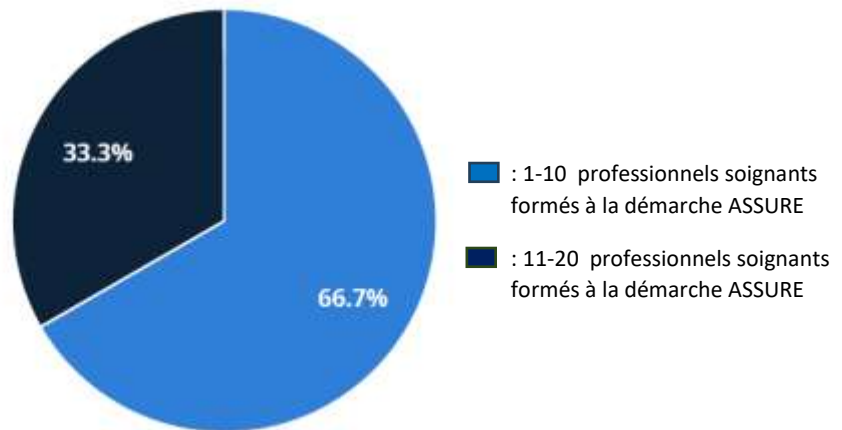
- 1-10 professionnels soignants : 0 réponse (0,0%)
- 11-20 professionnels soignants : 9 réponses (37,5%)
- 21-30 professionnels soignants : 7 réponses (29,2%)
- 31-40 professionnels soignants : 3 réponses (12,5%)
- 41-50 professionnels soignants : 5 réponses (20,8%)



Question 6 : Combien de professionnels soignants (médecins, IDEC, IDE, Aides-soignants) de votre structure sont formés à la démarche ASSURE ?

Sur 24 questionnaires reçus il y a eu :

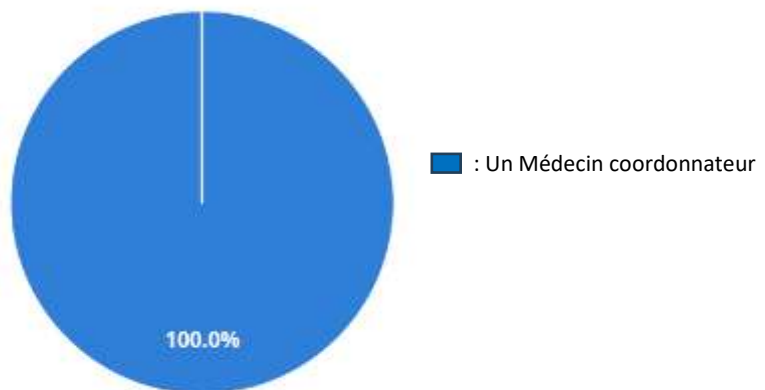
- 1-10 professionnels soignants formés à la démarche ASSURE: 16 réponses (66,7 %)
- 11-20 professionnels soignants formés à la démarche ASSURE : 8 réponses (33,3 %)
- 21-30 professionnels soignants formés à la démarche ASSURE: 0 réponses (0,0%)
- 31-40 professionnels soignants formés à la démarche ASSURE: 0 réponses (0,0%)
- 41-50 professionnels soignants formés à la démarche ASSURE: 0 réponses (0,0%)



Question 7 : Combien de médecins coordonnateurs exercent dans votre structure ?

Sur 24 questionnaires reçus il y a eu :

- 1 : 24 réponses (100,0%)
- 2 : 0 réponse (0,0%)
- 3 et plus : 0 réponse (0,0%)



2-Critère de jugement principal

Question 8 : Depuis la mise en place de la démarche ASSURE, avez-vous constaté une baisse des hospitalisations inappropriées aux urgences dans votre structure ?

Sur 24 questionnaires reçus il y a eu :

- Non : 3 réponses (12,5%)
- Oui : 21 réponses (87,5%)
- Sans préciser (erreur du répondant): 3 réponses (12,5%)
- Moins de 10% : 11 réponses (45,8%)
- De 10 à 20 % : 6 réponses (25,0%)
- De 21 à 30% : 0 réponse (0,0%)
- De 31 à 40% : 1 réponse (4,2 %)
- Plus de 41% : 0 réponse (0,0%)

3- Critères de jugement secondaires

Question 9 : Quels sont les impacts de la démarche ASSURE sur les professionnels soignants (médecin, IDEC, IDE, aides-soignants) de votre structure formés (une ou plusieurs réponses possible) ?

Sur 24 questionnaires avec 79 réponses au total il y a eu :

- Augmentation du niveau de connaissances : 17 réponses (21,4%)
- Meilleure autonomie des équipes : 12 réponses (15,1%)
- Amélioration de la collaboration avec les autres structures : 19 réponses (24,1%)
- Amélioration de l'accomplissement professionnel : 4 réponses (5,1%)
- Amélioration du confort de travail : 4 réponses (5,1%)
- Amélioration de l'accomplissement personnel : 4 réponses (5,1%)
- Amélioration du repérage des situations d'urgence : 19 réponses (24,1%)

Question 10 : Comment la démarche ASSURE a-t-elle été mise en place dans votre établissements (une ou plusieurs réponses possibles) ?

Sur 24 questionnaires avec 36 réponses au total il y a eu :

- Formations en présentiel de quelques heures : 14 réponses (38,9%)
- Rappels quotidiens : 9 réponses (25,0%)
- Retour d'expérience : 6 réponses (16,7%)
- Formation en distanciel : 3 réponses (8,3%)
- Formation pratique par des équipes extérieures : 4 réponses (11,1%)

IV-Discussion

1-Principaux résultats de l'étude

Le faible taux de réponse de notre étude (24,5%) peut être expliqué par le fait que de nombreux étudiants inscrits avec nous en DIU nous ont précisé ne pas avoir répondu car le personnel de leur EHPAD n'est pas encore sensibilisé à la démarche ASSURE. De plus, le manque de temps pour répondre aux nombreux questionnaires peut expliquer ce résultat.

Parmi les répondants, la majorité sont des médecins coordonnateurs (54,2 %), suivis par les IDE (25,0%) puis les IDEC (20,8%) La présence majoritaire de médecins coordonnateurs montrerait que la gestion de la démarche ASSURE serait principalement encadrée par ces professionnels de santé qui occupent des postes clés dans la coordination des soins en EHPAD. Cela reflèterait une organisation où le rôle du médecin coordonnateur est central, un point déjà souligné par diverses études sur la gestion des EHPAD (2 ; 3 ; 5). En effet, dans son étude de 2023 (3), l'auteur décrit qu' « environ un tiers des transferts sont estimés inappropriés et la plupart des transferts inappropriés ont lieu en l'absence du médecin coordonnateur. Quand le médecin coordonnateur est présent lors du transfert, celui-ci est plus approprié (résultat significatif)[...] Contrairement aux 3 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 et également d'une formation du SAMU 92 en septembre 2022 ».

Les EHPAD privés à but non lucratif sont les plus représentés (58,4%). Ces établissements sont souvent caractérisés par une mission de service public sans objectif de profit, ce qui pourrait expliquer leur plus grande adhésion à des démarches comme ASSURE, orientées vers l'amélioration continue des soins. Les EHPAD publics et les EHPAD privés à but lucratif représentaient 20,8% chacun. Ce contraste montrerait que les structures privées à but lucratif et les structures publiques, seraient probablement moins engagées dans la démarche ASSURE, peut-être en raison de priorités économiques différentes.

Parmi les participants, la région Ile-de-France (33,3% des répondants sont du département 95 ; 8, 3% du département 77 ; 8,3 % du département 78) ou départements limitrophe de celle-ci (4,2 % des répondants sont du département 76 et 4,2 % du département 27) sont les plus représentés. Cela s'expliquerait par le fait que le DIU soit centralisé à Paris et qu'un des deux auteurs du mémoire exerce en Ile de France (95). De plus, la région Ile-de-France a été la 2^e région à mettre en place la démarche ASURE (5 ; 12). Le département 21 est également bien représenté avec 16,7%, l'un des deux auteurs du mémoire y exerçant. Cependant 8,3 % des participants n'ont pas précisé leur département d'exercice.

La majorité des structures (58,4%) hébergent 41 à 80 résidents en séjour permanent, ce qui suggérerait que les EHPAD de taille moyenne seraient plus enclins à participer à des démarches de qualité des soins comme ASSURE. Cela semble aussi la taille moyenne des établissements en France.

Les structures de très grande taille (plus de 151 résidents) ou de très petite taille (1 à 40 résidents) sont sous-représentées (8,3% respectivement). Cela pourrait s'expliquer par le peu d'établissements en France de cette taille, par les difficultés logistiques rencontrées par les petits établissements pour déployer des initiatives nécessitant des ressources humaines et financières significatives.

En termes d'effectifs, 37,5% des participants ont déclaré exercer dans un EHPAD contenant entre 11 et 20 professionnels soignants, tandis que 29,2% en comptent entre 21 et 30. Les établissements ayant des équipes plus importantes (12,5% des répondants ont déclaré 31 à 40 professionnels soignants et 20,8% 41 à 50 professionnels soignants), sont moins nombreux, bien que ceux-ci soient généralement mieux équipés pour intégrer des démarches comme ASSURE. Cette répartition suggérerait que les établissements avec des effectifs moyens semblent mieux adaptés ou plus motivés à participer à ce type de programme d'amélioration des soins d'urgence.

En termes d'effectifs formés à la démarche ASSURE, 66,7 % des répondants ont indiqué avoir entre 1 et 10 professionnels soignants formés à la démarche ASSURE dans leur structure et 33,3% entre 11 et 20. Ceci se retrouve dans la littérature où toutes les équipes ne sont pas encore sensibilisées (3 ; 5 ; 12) et par la méthode même de sensibilisation que nous avons évoquée (12).

100% des répondants déclarent n'avoir qu'un seul médecin coordonnateur dans leur EHPAD, ceci s'expliquant par le nombre de résidents (texte du 9 Juillet 2024 (22) : 1 seul médecin coordonnateur dans les EHPAD de moins de 200 places) et par la pénurie médicale.

Le critère de jugement principal évalue l'efficacité de la démarche ASSURE en mesurant la réduction des hospitalisations inappropriées aux urgences. 87,5 % des répondants ont constaté une baisse des hospitalisations inappropriées depuis la mise en place de la démarche ASSURE. Ce chiffre, bien que positif, montre que 12,5 % des structures n'ont pas observé de changement significatif. Toutefois, parmi ceux ayant constaté une réduction, 45,8 % des participants ont noté une réduction de moins de 10%. Cette faible réduction pourrait être liée à des facteurs conjoncturels ou à une mise en œuvre récente de la démarche, ne permettant pas encore d'observer des améliorations substantielles. 25,0 % des participants ont rapporté une réduction des hospitalisations entre 10 et 20%, tandis que 4,2 % de répondants ont noté une baisse plus marquée, allant jusqu'à 30 à 40%.

Cela indique que l'impact de la démarche ASSURE varie d'une structure à l'autre, probablement en fonction de l'application de la démarche, des ressources disponibles, des données transmises au régulateur, du régulateur lui-même des médecins décidant le transfert.

Cette réduction des hospitalisations inappropriées s'aligne sur les objectifs du programme ASSURE et les tendances retrouvées dans la littérature (3 ; 5 ; 12), montrant une amélioration la gestion des situations d'urgence au sein des EHPAD. La démarche permet de limiter les transferts non nécessaires vers les hôpitaux (3 ; 5 ; 12), en renforçant les compétences internes et la capacité des soignants à répondre de manière adéquate aux situations critiques.

Cependant, nos résultats montrent qu'il reste des marges de progression, notamment pour les établissements qui n'ont pas encore observé de bénéfices importants.

Les critères de jugement secondaires permettent d'évaluer l'impact de la démarche ASSURE sur les professionnels soignants et les modalités de mise en œuvre de la démarche ASSURE dans les établissements.

L'un des deux impacts les plus fréquemment rapportés est l'amélioration de la collaboration avec d'autres structures, mentionnée dans 24,1 % des cas. Cela met en évidence la dimension collaborative de la démarche ASSURE (3 ; 5 ; 12), qui vise à favoriser des échanges efficaces entre les EHPAD et les services d'urgence ou les hôpitaux. Cette meilleure

coordination permet d'optimiser les interventions d'urgence tout en assurant une prise en charge rapide des résidents nécessitant une prise en charge hospitalière (3 ; 5 ; 12).

D'autres impacts, tels que l'amélioration du repérage des situations d'urgence (24,1 % des réponses) et des aspects plus personnels comme l'accomplissement professionnel et personnel (5,1% des réponses chacun) et le confort de travail (5,1 % des réponses), montrent une amélioration globale des conditions de travail et du bien-être personnel au sein des équipes retrouvées dans la littérature (3 ; 5 ; 12). Cela peut pérenniser les équipes en évitant les situations de stress.

L'augmentation des connaissances des soignants dans la gestion des urgences a été notée dans 21,4% des cas, confirmant l'efficacité des formations intégrées à la démarche retrouvées dans les articles étudiés (3 ; 5 ; 12). Ces connaissances renforcées contribuent à l'amélioration de l'autonomie des équipes, un autre bénéfice signalé dans 15,1 % des cas et dans les études citées (3 ; 5 ; 12). Ces résultats suggèrent que les professionnels des EHPAD sont mieux préparés à intervenir en cas d'urgence, ce qui est crucial dans des environnements où les situations critiques peuvent se produire fréquemment (3 ; 5 ; 12).

La démarche ASSURE a principalement été mise en place à travers des formations en présentiel (38,9% des cas), ce qui reflète l'importance de l'apprentissage pratique et interactif pour intégrer les nouveaux protocoles, bien décrits dans les études (3 ; 5). D'autres méthodes incluent les rappels quotidiens (25,0% des cas), qui permettent de renforcer de manière continue l'application des connaissances acquises et qui sont aussi décrits (5).

Une minorité des établissements a opté pour des retours d'expérience (16,7% des réponses), des formations pratiques par des équipes extérieures (11,1% des cas) ou des formations en distanciel (8,3% des cas), ces approches étant probablement plus coûteuses ou compliquées à organiser. Ces options pourraient toutefois être explorées davantage pour garantir une formation de qualité et un soutien pratique dans les situations d'urgence.

Ces résultats mettent en évidence la nécessité d'un suivi continu de la mise en place de la méthode ASSURE et d'une adaptation au cours du temps des méthodes de mise en œuvre de la démarche ASSURE pour maximiser les bénéfices à long terme. Ceci est décrit également dans la littérature (5). Un indicateur pourrait être mis en place à cet effet.

Une étude (5) montre que les EHPAD étaient très motivés pour former les soignants par le biais de retours d'expériences (RETEX), de réunions pluridisciplinaires, de discussions autour des situations problématiques ou des transferts inappropriés.

2-Limites de l'étude

Nous retrouvons un biais de sélection : le nombre de réponses n'est pas assez important du fait de la méthode utilisée.

Notre étude possède ainsi un biais de représentativité du fait de peu de répondants et du fait de la non inclusion d'aides-soignantes. De plus, le turn-over des équipes et l'absentéisme rend également difficile l'obtention puis l'extrapolation des résultats.

Un biais de confusion peut également être retrouvé, d'autres mesures antérieures ou postérieures à la démarche ASSURE pouvant expliquer une diminution des transferts inappropriés et avoir un impact positif sur le personnel soignant.

Un biais d'évaluation est également présent: le caractère subjectif du caractère inapproprié ou non du transfert. Nous n'avons pas évoqué de critères objectifs du fait de la définition floue de la notion.

Un biais de mémorisation est retrouvé. Il est en effet difficile de se rappeler de transferts ayant eu lieu dans les semaines ou les mois précédents.

3-Perspectives :

a-Recommandations pour les EHPAD :

Il existe d'autres propositions retrouvées dans la littérature pour améliorer les soins d'urgence dans les EHPAD et diminuer le nombre d'hospitalisations inappropriées: élargir le programme ASSURE à tous les EHPAD (3 ; 5), majorer les consultations gériatriques ambulatoires (2 ; 23) pour diminuer le transfert aux urgences, majorer les hotlines gériatriques (24) permettant d'éviter une admission aux urgences ou en hospitalisation, proximité d'un support technique (radiologie, biologie, sutures...(2 ; 25)) permettant d'éviter le passage aux urgences, majoration de la disponibilité des médecins traitants (2 ; 26) qui ont souvent un temps partiel à l'EHPAD, formation continue (AFGSU (formation aux gestes et soins d'urgence), nouvelles formations (5), rappels (5)), sensibilisation accrue des médecins traitants, des urgentistes, des filières gériatriques ainsi qu'un échange avec eux (5). Le matériel en EHPAD est à optimiser également (5).

En 2023, l'auteur (3) évoque que l'envoi aux urgences pourrait être diminué par des mesures de prévention efficace concernant les chutes, l'activité physique, les aides techniques et technologiques, une amélioration de la connaissance des soins palliatifs et la nutrition.

b-Perspectives de recherche

De nouvelles études concernant la démarche ASSURE devraient être menées avec de bons niveaux de preuves (études prospectives, méta-analyses) montrant son efficacité à diminuer les hospitalisations inappropriées, son impact positif sur les personnels soignants et décrivant la manière dont elle a été mise en œuvre dans les EHPAD pour permettre une généralisation de cette méthode à davantage d'EHPAD.

V-Conclusion

Le vieillissement de la population et l'augmentation de la dépendance des personnes âgées dans les prochaines années sont un défi important pour optimiser la prise en charge des résidents en EHPAD par les filières de soins.

Notre étude met en évidence que les EHPAD de taille moyenne, particulièrement ceux à but non lucratif, sont les plus représentés et donc les plus investis dans la mise en place de la démarche ASSURE, sous la supervision des médecins coordonnateurs.

Dans notre étude et dans la littérature, le programme ASSURE au sein des EHPAD permet l'amélioration des soins urgents et une diminution des transferts inappropriés. Les soignants relatent une amélioration de leur travail au niveau du confort, de l'assurance, de l'autonomie, de la sécurité. Les fiches de protocoles et les guides les accompagnent dans les situations d'urgence.

Cependant, les résultats de notre étude et de la littérature montrent qu'il reste des marges de progression, notamment pour les établissements qui n'ont pas encore observé de bénéfices importants. Ces résultats mettent en évidence la nécessité d'un suivi continu de la mise en place de la méthode ASSURE et d'une adaptation au cours du temps des méthodes de mise en œuvre de la démarche ASSURE pour maximiser les bénéfices à long terme.

Devant le bénéfice apporté par la démarche ASSURE, il paraît important d'élargir le programme à tous les EHPAD.

En complément, des réunions entre les différents acteurs (urgences, gériatres, personnels des EHPAD, médecins traitants) permettraient une meilleure coopération et collaboration ainsi qu'une meilleure qualité des soins notamment urgents des résidents en EHPAD.

VI-Bibliographie

1. Vuagnat A. Les urgences hospitalières, qu'en sait-on. Le panorama des établissements de santé. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, 2013 :11-28.
2. Vannier C. Epidémiologie des modalités de recours aux urgences des patients venant d'EHPAD : Une étude prospective, observationnelle, transversale et multicentrique menée au sein des urgences de l'Indre et Loire au cours de l'année 2019. [Faculté de Médecine de Tours]: Tours; 2020.
3. Denicourt L et al. Transferts des résidents d'EHPAD aux urgences sans hospitalisation. [Université Paris Descartes/Université de Paris] : Paris ; 2023.
4. Population par âge-Tableaux de l'économie française. INSEE [Internet]. [cité le 06 Juin 2024]. Disponible sur:
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
5. Debargue Fumery M. Étude qualitative du programme ASSURE (Amélioration des Soins d'URgence en EHPAD) en Picardie. [Université de Picardie Jules Verne] : Amiens ; 2020.
6. 4 millions de séniors seraient en perte d'autonomie en 2050- Insee Première-1767 [Internet]. [Cité 06 Juin 2024]. Disponible sur:
[https://www.insee.fr/fr.statistiques/4196949](https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949)
7. Rolland Y et al. Les flux d'entrée et de sortie des résidents des EHPAD en France : résultats de l'étude PLEIAD. 2012.
8. Nourashemi_SCU2017.pdf [Internet]. [cité 06 Juin 2024]. Disponible sur :
<https://www.uspalz.com/Media/slides/2017/NOURASHEMI8SCU2017.pdf>
9. Haute Autorité de Santé. Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des ehpad. HAS 2015. [Internet]. [Cité le 06 Juin 2024. Disponible sur :
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-07/note_methodo_reduire_hospit_residents_ehpad.pdf
10. Fur-Musquer El et al. Modalités d'hospitalisations en urgences des sujets âgés hébergés en établissements pour personnes âgées dépendantes. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil . 1 déc 2011 ; 9(4) : 409-15.
11. Von Lennep F. Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier. [Internet]. Drees ;2017 Mar. Report No. :1007. Disponible sur :
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1007.pdf>
12. Thomas B. ASSURE (Amélioration des Soins d'URgence en EHPAD et à domicile). [Internet]. [cité le 06 Juin 2024]. Disponible sur <https://ghlg.fr/le-groupe-hospitalier/assure>.
13. Wiel E et al. Recours aux Urgences de patients provenant d'établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes : enquête régionale multicentrique dans le Nord-Pas-de-Calais. 2018.
14. Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des EHPAD. [Internet]. HAS, ANESM ;2015. Disponible sur : https://has-sante.fr/jcms/c_2049096/fr/comment-reduire-les-hospitalisations-nonn-programmees-des-residents-des-EHPAD
15. Rolland Y. Résidents d'EHPAD : une admission aux urgences sur 5 serait évitable. Univadis, 2021. [Cité 06 juin 2024]. Disponible sur :

- <https://www.univadis.fr/viewaarticle/rzsidents-d-EHPAD-une-admission-aux-urgences-sur-5-serait-evitable>
16. Philippon J-F, Freund RJ, Tonnelier F, A. Les hospitalisations potentiellement évitables : un marqueur du renoncement au soin. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 62 S (2014). S96-S106.
 17. Mercier G, Bourret R, Bousquet J. Hospitalisations potentiellement évitables en France : comment les identifier à partir du programme de médicalisation des systèmes d'information. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 62 S (2014) S71-S92.
 18. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé- Sénat [Internet]. [cité le 06 Juin 2024]. Disponible sur <https://www.senat.fr/noticerapport/2016/r16-685-notice.html>
 19. Guide-EHPAD-Urgences-mars2017.pdf[Internet]. [cité 06 Juin 2024]. Disponible sur <https://www.est-rescue.fr/wp-content/uploads/2018/10/Guide-EHPAD-Urgences-mars-2017.pdf>
 20. Pavan et al. –Impact d'un programme de formation des soignants.pdf [Internet]. [cité 06 juin 2024]. Disponible sur :<https://resuval.com/wp-content/uploads/2019/05eP017.pdf>
 21. IDE et aide-soignante en EHPAD –Conduite à tenir en cas d'urgences [Internet]. [cité 06 juin 2024]. Disponible sur : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr>
 22. Décret n°2024-779 du 9 Juillet 2024. *Journal Officiel de la république Française*. [Internet]. [cité 25 Septembre 2024]. Disponible sur www.Journal-officiele.gouvernement.fr.
 23. D'Arcy LP et al. Is Geriatric Care Associated with Less Emergency Department use ?[Internet]. *Mathematica Policy Research Reports*. [cité 06 juin 2024]. (Mathematica Policy Research). Report No. : 499404f4f2114a82b8e3ddfb1fbb9c61. Disponible sur :<https://ideas.rpec.org/p/mpr/mprres/499404f4f2114a8e3ddfb1fbb9c61.html>.
 24. Maréchal F et al. Evaluation de la ligne unique et directe d'appel téléphonique en gériatrie (ELUDAT G) : une étude qualitative. *NPG Neurol-psychiatr-Gériatrie*. 1 déc 2015 ; 15 (90) :316-22.
 25. Eklund K et al. Positive experience of a mobile radiography service in nursing homes. *Gerontology*. 2012 ; 58(2) :107-11.
 26. Coode J et al. Quantification of the proportion of transfers from residential aged care facilities to the emergency department that could be avoided through improved primary care services. *Australas J Ageing*. Déc 2010 ;29(4) :167-71.

VII- Annexe : Questionnaire de l'étude sur framaforms.org

Question 1 : Quelle est votre fonction ?

- Médecin coordonnateur
- IDEC
- IDE

Question 2 : Dans quel type de structure exercez-vous ?

- Public
- Privé à but non lucratif
- Privé à but lucratif

Question 3 : dans quel département exercez-vous ?

Question 4 : Combien de résidents en séjour permanent avez-vous ?

- 1-40
- 41-80
- 81-100
- 101-150
- 151 et plus

Question 5 : Combien de professionnels soignants (médecins, IDEC, IDE, aides-soignants) exercent dans votre structure ?

- 1-10
- 11-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50

Question 6 : Combien de professionnels soignants (médecins, IDEC, IDE, Aides-soignants) de votre structure sont formés à la démarche ASSURE ?

- 1-10

-11-20

-21-30-

31-40

-41-50

Question 7 : Combien de médecins coordonnateurs exercent dans votre structure ?

-1

-2

-3 et plus

Question 8 : Depuis la mise en place de la démarche ASSURE, avez-vous constaté une baisse des hospitalisations inappropriées aux urgences dans votre structure

-Non

-Oui :

-Moins de 10%

-De 10 à 20 %

-De 21 à 30% ?

-De 31 à 40%

-Plus de 41% ?

Question 9 : Quels sont les impacts de la démarche ASSURE sur les professionnels soignants (médecin, IDEC, IDE, aides-soignants) de votre structure formés (une ou plusieurs réponses possible)

-augmentation du niveau de connaissance

-meilleure autonomie des équipes

-amélioration de la collaboration avec les autres structures

-amélioration de l'accomplissement professionnel

-amélioration du confort de travail

-amélioration de l'accomplissement personnel

-amélioration du repérage des situations d'urgence

Question 10 : Comment la démarche assure a-t-elle été mise en place dans votre établissements
(une ou plusieurs réponses possibles)

- formations en présentiel de quelques heures
- rappels quotidiens
- retour d'expérience
- formation en distanciel
- formation pratique par des équipes extérieures