

Année 2019/2020.

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Clara Vannier

Né(e) le 21/08/1987 à Vitry-sur-Seine (94)

TITRE

Épidémiologie des modalités de recours aux urgences des patients venant d'EHPAD : Une étude prospective, observationnelle, transversale et multicentrique menée au sein des services des urgences de l'Indre et Loire au cours de l'année 2019

Présentée et soutenue publiquement le **9 novembre 2020** date devant un jury composé de :

JURY¹

Président : Professeur Bertrand FOUGERE, gériatrie, Faculté de Médecine-Tours

Membres :

Professeur François MAILLOT, médecine interne, Faculté de Médecine- Tours

Professeur Emmanuel RUSCH, épidémiologie, économie de la santé et prévention, Faculté de Médecine- Tours

Docteur Geoffroy ROUSSEAU, médecine d'urgence, PH, CHU-Tours

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Jacques CHANDENIER
Pr Alain CHANTEPIE
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Pascal DUMONT
Pr Dominique GOGA
Pr Gérard LORETTE
Pr Dominique PERROTIN
Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUËXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Médecine et médecine du développement et de la reproduction
GUILLOIN Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie

MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien.....Soins palliatifs
POTIER Alain.....Médecine Générale
ROBERT Jean.....Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
BARBIER Louise.....	Chirurgie digestive
BINET Aurélien	Chirurgie infantile
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DENIS Frédéric.....	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine.....	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HOARAU Cyrille	Immunologie
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier
---------------------	-----------------------

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

Monsieur le Professeur Bertrand FOUGÈRE,
Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse,
Veuillez trouver ici le témoignage de mon plus profond respect.

Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH,
Merci d'avoir accepté de juger ce travail de thèse,
Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude.

Monsieur le Professeur François MAILLOT,
Vous me faites l'honneur de participer à ce jury,
Acceptez pour cela mes sincères remerciements.

Monsieur le Docteur Geoffroy ROUSSEAU,
Merci de m'avoir proposé ce travail ambitieux dès le début de l'internat.
Merci de m'avoir guidé. Merci pour ton aide et pour ta disponibilité.

À Madame le Docteur Camille DEBACQ et Messieurs les Docteurs Pierre DENEAU et Simon THUMMEL
Merci pour votre aide et pour votre implication dans ce travail.

Aux services d'urgences et aux résidents des EHPAD d'Indre et Loire
Merci de nous avoir ouvert les portes de vos services et d'avoir accepté de participer à ce travail.

Au personnel soignant qui revient chaque matin, aux aides soignants, aux infirmiers et infirmières, aux médecins qui m'ont appris mon métier. À tous ceux qui font tourner l'hôpital public malgré les difficultés. À votre professionnalisme en toute circonstance. A toute cette énergie au quotidien pour soigner au mieux.

Aux patients en général, et plus particulièrement à tous ceux qui ont croisé ma route. Du premier interrogatoire à aujourd'hui, le chemin fut long. Vous m'avez appris mon métier et vous continuerez à le faire encore longtemps. Derrière chaque maladresse il y a toujours eu la volonté de bien faire.

À ma famille:

À mes parents, merci pour votre soutien en tout point. Merci d'y avoir toujours cru, de m'avoir soutenue et encouragée.

Un merci tout particulier à ma mère pour son aide de chaque instant, si précieuse.

À mon frère, qui n'a jamais douté. Pour ton aide dans les moments de doute. A ta grande exigence.

À Annette. J'aurais tellement aimé que tu sois parmi nous en ce jour si particulier. Je pense à toi et à ces mercredis matin studieux qui m'ont ouvert la voie.

À Virginie. Aux mardis soir d'une année de BAC par correspondance, mais aussi à un flot de souvenir d'enfance heureux. Au rougaïl saucisse et à ton sens de l'accueil hors pair.

À Antoinette. À la belote à deux, au pain beurre et à la vie. À la simplicité de ces vacances pleines de bonheur. À l'épatante personne que tu es. À la force tranquille qui t'habite. Mamie, milles merci.

À Blanche. Je sais que tu aurais été fière. Parce que chaque valse était et seras toujours pour toi.

À Ana, Manoli et Antonio : Gracias de haberme permitido de compartir sus vidas durante un año. Gracias por vuestra felicidad, por su generosidad. Fue como en casa. Gracias para todo. Nos os olvidaré, estais mi otra familia.

À mes ami.e.s

À Juju. Merci, merci d'avoir croisé ma route, merci d'être toujours là. Si je suis là aujourd'hui, c'est aussi grâce à toi. Une grande amitié qui change une vie.

À Caro et Coco. Les filles, elle est loin la classe d'hypokhâgne du Lycée Molière avec tous ses souvenirs. Ils sont loin nos 19 ans. Merci d'être celles que vous êtes. À tous nos futurs week-end.

À Wattsou. Pour avoir fait de nos premières années une fête. Que de souvenirs rieurs. Merci d'avoir été là et de l'être encore. Mon fil rouge, ma rencontre, ma médecine. Pour la formidable et extraordinaire médecin que tu es. Pour ta précieuse intelligence de la vie.

Une pensée pour la team de Caen en particulier pour Anne chatouille qui chatouille et toutes ces soirées autour d'un verre, comme quoi tout peut commencer dans un bac à fleur (#pansement).

À Louise. À Caen, à la Normandie. Au bord de mer, au Virgule. À notre amitié.

À ceux qui sont trop loin. Robert, Florentin, Cartman. Je lève mon verre à votre santé.

À Pepette. Que dire....tout ...merci... un grand et immense. Une amitié qui m'a fait traverser les tumultes de cet internat. Une oreille, une écoute, une bouffée d'oxygène. La preuve que les rencontres qui marquent ne sont jamais finies. Un grandtellement tout ... sourire, bonheur, peine, et quelques gouttes de sueur.

À Malek et Marion. M et M qui s'aiment. Deux belles personnes, deux belles rencontres. A votre bonheur, à nous. A ce que nous réserve la vie de plus beau.

À Anaëlle, À Marie. À mes co-internes devenues des amies. Aux soirées autour d'un verre. Aux débriefings nocturnes qui durent. À ces moments partagés.

À Anabelle. Ma grande. Tu es apparue dans ma vie sans crier garde. Je crois que tu ne le sais pas mais tu as été bien des fois ma soupape. Je suis ravie aujourd'hui de te compter parmi mes ami.e.s.

À tous les co-internes. A vous qui avez ponctué mes trois ans en région centre. A ceux qui ont permis d'adoucir les peines. Qui ont fait des difficultés des rires.

A la team de réa, mille mercis. Merci à vous tous d'avoir réussi à créer des souvenirs heureux. D'avoir fait preuve de dérision. Merci pour les rires. Merci pour tout.

À tous ceux qui sont partis trop tôt, à Audrey et à Florian je pense à vous et on ne vous oubliera pas.

À Mathilde. Merci d'avoir partagé ma vie. Merci pour tous ces beaux moments. Merci pour ce bout de chemin parcouru ensemble. Merci de m'avoir aidée à devenir médecin.

À Marlène. Merci d'avoir fait de l'écriture de cette thèse une joie. Avec tout mon amour.

Résumé

Contexte : En 20 ans le nombre de passages aux urgences n'a cessé de croître. En parallèle, la population est vieillissante, souvent avec une perte d'autonomie conduisant à une institutionnalisation de nos aînés. Les passages aux urgences représentent dans cette population un risque de iatrogénie et dégradation psycho-somatique.

Matériel et Méthodes : Nous avons réalisé une étude prospective, multicentrique, observationnelle des modalités de recours aux urgences d'Indre et Loire des patients résidant en EHPAD. Cette étude se déroulait sur 3 périodes d'un mois (hiver, printemps, été) de 2019.

Résultats : Nous avons inclus 836 patients. Le recours aux urgences était plus important sur la période hivernale. Environ 35% des passages ont lieu la nuit. Le temps d'attente moyen avant prise en charge médicale était de 191,8 minutes [IC95% 172,8-210,9]. Ce temps était majoré sur la période 18h-23h59 (242,9 min [IC95% 194,5-291,2]) et en période hivernale 278 min [IC95% 237,7-318,2]. La durée moyenne de séjour aux urgences était de 539,6min [IC95% 574,9-739,5], et était allongée pour les patients admis entre 18h et 23h59. 58,5% des patients sont retournés à leur EHPAD sans hospitalisation. La mortalité à 90 jours était de 9,3%, 12,3% pour la période hivernale.

Conclusion : L'optimisation de la prise en charge des patients d'EHPAD est un problème de santé publique majeur. Il est primordial d'améliorer la collaboration entre la médecine de ville et la médecine hospitalière afin de réduire la morbi-mortalité de cette population.

Mots clés : EHPAD, urgences, épidémiologie, gériatrie

Abstract

Context: In 20 years, the number of emergency room visits has continued to grow. At the same time, the population is aging, often with a loss of autonomy leading to the institutionalization of our elders. In this population, visits to the emergency room represent a risk of iatrogeny and psycho-somatic degradation.

Material and Methods: We carried out a prospective, multicentric, observational study of the modalities of consulting to the emergency departments of Indre et Loire for patients living in nursing homes. This study took place over 3 one-month periods (winter, spring, summer) in 2019.

Results: We included 836 patients. The presentation to emergency departments was higher during the winter period. Approximately 35% of the visits took place during the night period. The average waiting time before medical management was 191.8 minutes [95% CI 172.8-210.9]. This time was increased over the period 18h-23h59 (242.9 min [95% CI 194.5-291.2]) and in the winter period 278 min [95% CI 237.7-318.2]. The mean length of stay in the emergency department was 539.6 min [95% CI 574.9-739.5], and was longer for patients admitted between 18h and 23h59.58.5% of patients returned to their nursing home without hospitalization. Mortality rate at 90 days was 9.3% overall, and 12.3% during the winter period.

Conclusion: Optimizing the management of nursing home residents is a major public health issue. It is essential to improve the collaboration between town and hospital medicine in order to reduce the morbi-mortality of this population.

Keywords: Nursing home, Emergency Departments, Epidemiology, Geriatrics

Table des matières

TABLE DES MATIÈRES	14
LISTE DES ABRÉVIATIONS	15
1 INTRODUCTION	16
2 MATÉRIEL ET MÉTHODE	17
2.1 TYPOLOGIE DE L'ÉTUDE	17
2.2 RECUEIL DE DONNÉES	17
2.3 ANALYSES STATISTIQUES	18
2.4 CADRE ÉTHIQUE ET RÉGLEMENTAIRE	18
3 RÉSULTATS	19
3.1 CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS.....	19
3.2 CARACTÉRISTIQUES ADMINISTRATIVES DES PASSAGES AUX URGENCES	21
3.3 MANAGEMENT DES PATIENTS AUX URGENCES :.....	23
3.4 ORIENTATION DES PATIENTS ET DEVENIR :	24
4 DISCUSSION	25
5 CONCLUSION	29
6 BIBLIOGRAPHIE	30

Liste des abréviations

AIT: Accident Ischémique Transitoire

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC: Accident Vasculaire Cérébral

CH : Centre Hospitalier

CHRU: Centre Hospitalier Régional Universitaire

CNIL: Commission Nationale Informatique et Liberté

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

GIR : Groupe Iso Ressource

HTA: Hypertension Artérielle

HTCD: Hospitalisation Très Courte Durée

IDE : Infirmier Diplômé d'État

INR: International Normalized Ratio

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

PSLV: Pôle santé Léonard de Vinci

SMUR: Service Médical d'Urgence et de Réanimation

1 Introduction

En 2013, la France comptait 738 structures d'urgences. Le nombre de passages annuels aux urgences ne cesse de croître et est passé de 13,6 millions en 2001 à 18,5 millions en 2011 [1]. On observe une augmentation importante des consultations des personnes de plus de 75 ans et parmi cette population de 9 à 37% des patients proviennent d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) [2, 3].

D'après les projections de l'INSEE le nombre de personnes de 75 ans ou plus s'accroîtrait, à lui seul, de 7,8 millions entre 2013 et 2070, soit presque les trois quarts de la hausse totale de la population. En 2070, 13,7 millions de personnes seraient ainsi âgées de 75 ans ou plus, soit deux fois plus qu'en 2013. Le nombre de personnes de 85 ans ou plus pourrait presque quadrupler, passant de 1,8 million à 6,3 millions [4]. Le nombre de personnes âgées dépendantes en GIR 1 à 4 augmenterait de 25 %. En parallèle les effectifs d'aidants potentiels augmenteraient quant à eux moins vite et conduiraient à une hausse du nombre de personnes âgées institutionnalisées [5].

En 2014 la France comptait déjà 7258 EHPAD pour un total de 557648 lits [6]. D'après la Haute Autorité de Santé, 25% des résidents d'EHPAD sont transférés au moins une fois par an vers les urgences, 10% deux fois ou plus [7].

De nombreuses études ont mis en avant l'inadaptation des services d'urgences à l'accueil des personnes âgées fragiles particulièrement vulnérables et chez qui toute hospitalisation peut être source de déstabilisation physique et/ou psychique. [7, 8]

Dans ce contexte, la prise en charge des personnes âgées dépendantes constitue un enjeu majeur de santé publique. La réorganisation des filières de soins passe par une connaissance plus fine des modèles de morbidité des sujets âgés et dans ce cas précis des modalités de recours aux services d'urgences.

L'objectif principal de cette étude est de décrire les modalités de passages aux urgences des patients résidant en EHPAD afin d'améliorer leur prise en charge.

2 Matériel et Méthode

2.1 Typologie de l'étude

Nous avons réalisé une étude prospective, observationnelle, transversale et multicentrique menée au sein des services d'accueil des urgences d'Indre et Loire au cours de l'année 2019. L'objectif principal était de dresser un état des lieux des motifs de recours et des modalités de prise en charge des soins d'urgences des résidents en EHPAD en Indre-et-Loire. En 2018, le nombre de lits en EHPAD au sein de notre département était de 5632 pour 60 établissements. Le recrutement a été réalisé sur l'ensemble des services d'urgences d'Indre et Loire publiques (CHRU Tours, CH Amboise, CH Chinon et CH Loches) et privés (Clinique de l'Alliance et Pôle Santé Léonard de Vinci (PSLV)). Les inclusions ont été réparties sur 3 périodes d'un mois se rapportant à différentes saisons. La première période a eu lieu du 7 janvier au 7 février 2019, la seconde période d'inclusion a eu lieu du 8 avril au 8 mai 2019. La dernière période d'inclusion a eu lieu du 15 juillet au 15 août 2019.

Tout patient résidant en EHPAD d'Indre et Loire et consultant dans un service d'urgence du département a été inclus. Ont été exclus les résidents provenant d'EHPAD situés hors département, vivant en foyer logement ou à domicile, et les résidents d'EHPAD adressés par un service hospitalier. Aucune limite d'âge n'a été définie. En effet, nous sommes partis du principe que tout résident d'EHPAD était par définition un patient fragile qu'il ait soixante ou quatre-vingt-dix ans.

2.2 Recueil de données

Le recueil a été effectué par 4 médecins qui se sont vus attribués chacun respectivement un ou deux centres pendant toute la durée de l'étude. Les dossiers médicaux ont été récupérés sur chaque centre en se basant sur la base de données des admissions quant à la provenance des patients. Chaque centre disposait d'un système de dossier médical propre, informatique ou papier. Nous avons recueilli l'établissement de résidence des patients, leurs caractéristiques (âge, sexe, Groupe Iso-Ressource), leurs données biométriques d'accueil (fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, pression artérielle, saturation percutanée en oxygène, le Glasgow Coma Scale, la température), les antécédents médicaux principaux et les traitements habituels. Le nombre de traitement et les classes thérapeutiques les plus courantes ont été spécifiés.

Le motif de consultation a été classé en médical, traumatologique, psychiatrique, social par un médecin (GR). Nous avons également colligé si le patient était adressé par un médecin, le personnel de l'EHPAD, une équipe SMUR ou à la demande de la famille.

Concernant la prise en charge aux urgences, nous avons relevé les jours et heures d'arrivée, les temps d'attente avant prise en charge médicale et la durée de séjour aux urgences. Le temps d'attente avant prise en charge médicale a été défini par le délai entre l'admission aux urgences et le premier contact médical. La durée de séjour aux urgences a été définie par le délai entre l'admission aux urgences et la sortie du service, que ce soit un retour à l'EHPAD, une hospitalisation ou le décès. Les heures d'arrivées ont été reclassées en 3 périodes : 0h – 7h59 correspondant à la nuit profonde sans garde de médecine libérale, 8h – 17h59 correspondant aux horaires de journée classique et 18h – 23h59 correspondant aux horaires de garde avec une garde de médecine libérale. Nous avons notifié les examens réalisés (biologie, bandelette urinaire, échographie, radiographie, tomodensitométrie) et les actes réalisés (pose de voie veineuse, antibiothérapie, soins urologiques à savoir pose de sonde urinaire ou cathéter sus-pubien ou soin de sonde, soins de confort, immobilisation à savoir attelle ou plâtre, ventilation non invasive, suture/agrafe, lavement).

Nous avons enfin colligé le devenir des patients, classé en retour à l'EHPAD, hospitalisation en service de médecine, service de chirurgie, service de psychiatrie ou soins intensifs, décès aux urgences. Pour les patients hospitalisés, nous spécifions s'ils ont eu un passage par l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée accolée au service des urgences. La mortalité cumulée à 30 jours, 60 jours et 90 jours a également été collectée.

2.3 Analyses statistiques

Toutes les variables quantitatives sont décrites par leur moyenne et leur intervalle de confiance à 95%. Les variables qualitatives sont données en nombre et pourcentage. Les variables qualitatives ont été comparées par test du Chi-2 quand cela s'avérait nécessaire. Les variables quantitatives ont été comparées par méthode de Kuskall-Kurtis en assumant une répartition non gaussienne des données. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel GraphPad Prism v6.0 (GraphPad Software, San Diego, California, USA). Le seuil de significativité est donné pour un risque alpha de 5%.

2.4 Cadre éthique et réglementaire

Notre étude a été déclarée à la CNIL et a reçu un avis favorable du Comité d'éthique de la Région Centre Val de Loire présidé par le Dr Birmelé le 22 novembre 2018 (numéro 2018 100). Des lettres d'information ont été données aux patients, destinées à eux-mêmes ou à leurs proches.

3 Résultats

Ont été recensés 885 patients. Parmi eux, 21 ont été exclus car ils résidaient en foyer logement, 9 provenaient d'un département extérieur, 10 étaient déjà hospitalisés dans un service hospitalier, 6 avaient des données erronées et 3 n'avait pas de lieu de provenance identifié. Finalement, 836 patients ont été inclus et analysés.

3.1 Caractéristiques des patients

Sur les 836 patients inclus dans l'étude, 530 étaient des femmes (63,39%). La moyenne d'âge des patients était de 88,35 ans [IC95% 87,79-88,91]. La majorité des patients avaient plus de 90 ans. (Table 1)

Les groupes iso ressources étaient renseignés pour 421 patients (50,36%). 60% d'entre eux avaient un GIR à 1 ou 2.

Parmi les 836 patients inclus, 37 n'avaient pas d'antécédents renseignés. 474 patients (59,3%) présentaient une HTA. 43% des patients avaient un antécédent de démence. On note également une forte prévalence des antécédents cardio-vasculaires, 26,5% des patients avaient un antécédent de trouble du rythme, 20,8% d'AVC et/ou d'AIT et 16,7% souffraient d'insuffisance cardiaque.

801 dossiers analysés renseignaient les traitements. 72% des patients étaient polymédiqués avec plus de cinq molécules et 50 % plus de sept. Les principales classes thérapeutiques prescrites étaient les psychotropes retrouvés sur l'ordonnance de 66 % des patients, les traitements à visée cardio-vasculaire pour 64% et les anticoagulants retrouvés chez 44% des patients. (Table 1)

Table 1 : Caractéristiques des patients provenant d'un EHPAD, consultant aux urgences

	Total n = 836	Période 1 n = 349	Période 2 n = 258	Période 3 n = 229	p
Sexe ratio F/H	530/306	219/130	169/89	142/87	0.689
Age	88.35 [87.79-88.91]	88.56 [87.67-89.45]	88.15 [87.14-89.15]	88.25 [87.20-89.30]	0.831
Répartition					
<80 ans	110 (13.1%)	41 (11.8%)	35 (13.5%)	34 (14.8%)	
80-89 ans	294 (35.2%)	126 (36.1%)	92 (35.7%)	76 (33.2%)	
≥90 ans	432 (51.6%)	182 (52.1%)	131 (50.8%)	119 (52.0%)	
GIR (data = 421)					0.206
1-2	252 (60.0%)	100 (61.0%)	73 (52.5%)	79 (66.9%)	
3-4	146 (34.6%)	55 (33.5%)	58 (41.7%)	33 (28.0%)	
5-6	23 (5.4%)	9 (5.5%)	8 (5.8%)	6 (5.1%)	
Pression Artérielle Systolique (data=739)	142.2 [140.2-144.3]	141.4 [138.2-144.7]	141.7 [138.0-145.3]	143.8 [140.0-147.6]	0.528
Pression Artérielle Diastolique (data=737)	73.03 [71.81-74.25]	73.00 [70.95-75.06]	72.43 [70.36-74.50]	73.73 [71.48-75.99]	0.882
Fréquence cardiaque (data=738)	80.58 [79.21-81.94]	82.66 [80.43-84.88]	79.21 [76.91-81.51]	79.47 [76.87-82.08]	0.048
Glasgow Coma Scale (data=443)	13.85 [13.65-14.05]	13.72 [13.38-14.06]	14.16 [13.89-14.43]	13.68 [13.27-14.09]	0.176
SpO2 (data=693)	94.56 [94.08-95.05]	94.79 [94.26-95.31]	95.37 [94.87-95.88]	94.33 [93.70-94.96]	0.030
Fréquence respiratoire (data=189)	24.14 [23.02-25.26]	24.16 [22.46-25.86]	22.04 [20.06-24.02]	26.12 [23.94-28.30]	0.012
Température (data=687)	36.81 [36.75-36.87]	36.86 [36.76-36.97]	36.82 [36.73-36.90]	36.75 [36.63-36.88]	0.061
Antécédents (data = 799)		Data = 333	Data = 249	Data = 217	
AVC/AIT	166 (20.8%)	75 (22.5%)	47 (18.9%)	44 (20.3%)	0.550
Cancer	79 (9.9%)	42 (12.6%)	32 (12.9%)	34 (15.7%)	0.553
Démence	341 (42.7%)	136 (40.8%)	118 (47.4%)	95 (43.8%)	0.289
Dépression	32 (4.0%)	14 (4.2%)	10 (4.0%)	8 (3.7%)	0.955
Diabète	96 (12.0%)	51 (15.3%)	10 (4.0%)	35 (16.1%)	<0.0001
Dyslipidémie	28 (3.5%)	13 (3.9%)	10 (4.0%)	6 (2.8%)	0.726
HTA	474 (59.3%)	176 (52.9%)	160 (64.3%)	138 (63.6%)	0.007
Cardiopathie ischémique	115 (14.4%)	46 (13.8%)	34 (13.7%)	35 (16.1%)	0.694
Insuffisance cardiaque	133 (16.7%)	57 (17.1%)	35 (14.1%)	41 (18.9%)	0.685
Trouble du rythme	212 (26.5%)	92 (27.6%)	62 (24.9%)	58 (26.7%)	0.760
Nombre moyen de traitements [IC95%]	6.61 [6.36-6.87]	6.56 [6.14-6.98]	6.42 [5.96-6.88]	6.93 [6.52-7.33]	0.395
Data = 801		Data = 336	Data = 251	Data = 214	0.003
< 3	102 (12.7%)	53 (15.8%)	38 (15.1%)	11 (5.1%)	
3 - 4	123 (15.4%)	46 (13.7%)	39 (15.5%)	38 (17.8%)	
5 - 6	173 (21.6%)	67 (19.9%)	47 (18.7%)	59 (27.6%)	
≥ 7	403 (50.3%)	170 (50.6%)	127 (50.7%)	106 (49.5%)	
Traitements (data=801)					
Anticoagulants	353 (44.1%)	141 (42.0%)	115 (45.8%)	97 (45.3%)	0.591
Antidiabétiques	112 (14.0%)	37 (11.0%)	37 (14.7%)	38 (17.8%)	0.077
Antalgiques pallier 2	60 (7.5%)	26 (7.7%)	25 (10.0%)	9 (4.2%)	0.062
Antalgiques pallier 3	62 (7.7%)	20 (6.0%)	20 (8.0%)	22 (10.3%)	0.178
Cardiovasculaire	516 (64.4%)	213 (63.4%)	151 (60.2%)	152 (71.0%)	0.045
Diurétiques	234 (29.2%)	97 (28.9%)	64 (25.5%)	73 (34.1%)	0.124
Psychotropes	528 (65.9%)	215 (64.0%)	170 (67.7%)	143 (66.8%)	0.606

Les moyennes sont données avec leur intervalle de confiance à 95%. AVC = Accident Vasculaire Cérébral, AIT = Accident Ischémique Transitoire, HTA = Hypertension artérielle, GIR = Groupe Iso-Ressource

3.2 Caractéristiques administratives des passages aux urgences

42% des inclusions ont eu lieu du 7 janvier 2019 au 7 février 2019, 31% ont été inclus du 8 avril 2019 au 8 mai 2019 et 27% ont été inclus du 15 juillet 2019 au 15 août 2019. Le CHRU de Tours comptait le plus grand nombre d'inclusion total avec 407 patients soit 49% du total des inclusions. (Table 2)

Sur l'ensemble des périodes de recueil, le nombre total de passage des patients venant d'EHPAD représentait 2,10% de l'ensemble des passages aux urgences (n = 39783).

85,3% des patients étaient adressés vers le service d'urgences de secteur. La grande majorité (77,3%) a été adressée directement de l'EHPAD et 21,7% ont été adressés par un médecin. (Table 2)

La majorité des passages a eu lieu le lundi (17,0%). Le samedi et le dimanche étaient les jours ayant enregistré le moins de passages aux urgences avec respectivement 12,5% et 12,1% du total des inclusions. Les arrivées aux urgences avaient essentiellement lieu entre 8h00 et 17h59 avec 64,8% des passages. (Table 2)

Le temps d'attente moyen avant prise en charge médicale était estimé, pour les trois périodes à 191,8 min (IC 95% [172,8-210,9]), avec un temps d'attente moyen maximum de 242,9 min (IC 95% [194,5-291,2]) pour les admissions ayant lieu entre 18h et 23h59. Les temps d'attente étaient significativement augmentés pendant la période hivernale avec une moyenne de 278,0 min (IC 95% [237,7-318,2], $p < 0,0001$), et plus particulièrement pour les admissions ayant eu lieu de minuit à 7h59 et de 8h à 17h59, respectivement 253,0 min d'attente avant prise en charge médicale (IC 95% [142,1-363,8], $p = 0,017$), et 259 min (IC 95% [211,7-307,1], $p = 0,010$). (Table 2)

La durée moyenne de séjour aux urgences toutes périodes confondues était de 539,6 min (IC 95% [509,7-569,6]) sans différence statistiquement significative entre les différentes périodes d'inclusions. 49,3 % des patients ont vu leur durée de passage se prolonger au-delà de 7h. Les patients admis entre 18h et 23h59 étaient ceux qui avaient leur temps de passage aux urgences le plus allongé avec une moyenne de 657,2 min (IC 95% [574,9-739,5]). (Table 2)

Table 2 : Caractéristiques des passages aux urgences

	Total n = 836	Période 1 n = 349	Période 2 n = 258	Période 3 n = 229	p
Service d'accueil					
Alliance	121 (14.5%)	44 (12.6%)	36 (14.0%)	41 (17.9%)	0.0004
PSLV	43 (5.1%)	26 (7.4%)	14 (5.4%)	3 (1.3%)	
CHRU Tours	407 (48.7%)	145 (41.5%)	133 (51.6%)	129 (56.3%)	
Amboise	136 (16.3%)	68 (19.5%)	38 (14.7%)	30 (13.1%)	
Chinon	79 (9.4%)	38 (11.0%)	21 (8.1%)	20 (8.7%)	
Loches	50 (6.0%)	28 (8.0%)	16 (6.2%)	6 (2.6%)	
Urgences de secteur					
Oui	713 (85.3%)	298 (85.4%)	219 (84.9%)	196 (85.6%)	0.974
Non	123 (14.7%)	51 (14.6%)	39 (15.1%)	33 (14.4%)	
Adressé par					0.007
EHPAD	646 (77.3%)	277 (79.4%)	186 (72.1%)	183 (79.9%)	
Famille	5 (0.6%)	2 (0.6%)	0	3 (1.3%)	
Médecin	181 (21.7%)	70 (20.1%)	68 (26.4%)	43 (18.8%)	
SMUR	4 (0.4%)	0	4 (1.5%)	0	
Jour d'arrivée					0.310
Lundi	142 (17.0%)	50 (14.3%)	45 (17.4%)	47 (20.5%)	
Mardi	123 (14.7%)	43 (12.3%)	41 (15.9%)	39 (17.0%)	
Mercredi	117 (14.0%)	47 (13.5%)	37 (14.3%)	33 (14.4%)	
Jeudi	121 (14.5%)	57 (16.3%)	40 (15.5%)	24 (10.5%)	
Vendredi	127 (15.2%)	55 (15.8%)	38 (14.7%)	34 (14.8%)	
Samedi	105 (12.5%)	54 (15.5%)	25 (9.7%)	26 (11.4%)	
Dimanche	101 (12.1%)	43 (12.3%)	32 (12.4%)	26 (11.4%)	
Heure d'arrivée	Data = 833	Data = 349	Data = 255	Data = 229	0.713
00h – 07h59	115 (13.8%)	53 (15.2%)	34 (13.3%)	28 (12.2%)	
08h – 17h59	540 (64.8%)	222 (63.6%)	171 (67.1%)	147 (64.2%)	
18h – 23h59	178 (21.4%)	74 (21.2%)	50 (19.6%)	54 (23.6%)	
Temps d'attente avant prise en charge médicale					
Total	191.8 [172.8-210.9]	278.0 [237.7-318.2]	127.7 [110.2-145.3]	134.0 [113.5-154.6]	<0.0001
Période 0h – 7h59	150.3 [97.33-203.3]	253.0 [142.1-363.8]	63.59 [46.61-80.56]	66.27 [45.84-86.70]	0.017
Période 8h – 17h59	183.8 [161.8-205.8]	259.4 [211.7-307.1]	134.8 [112.6-157.1]	129.2 [107.6-150.8]	0.010
Période 18h – 23h59	242.9 [194.5-291.2]	350.3 [251.7-448.8]	148.0 [102.9-193.0]	182.4 [119.0-245.9]	0.057
Durée passage aux urgences	Data = 803	Data = 332	Data = 250	Data = 221	
Total	539.6 [509.7-569.6]	584.4 [530.1-638.7]	505.4 [460.4-550.5]	511.1 [460.0-562.2]	0.166
< 4h	176 (21.9%)	71 (21.4%)	56 (22.4%)	49 (22.2%)	
4h – 7h	231 (28.8%)	88 (26.5%)	71 (28.4%)	72 (32.6%)	
7h – 12h	206 (25.6%)	86 (25.9%)	71 (28.4%)	49 (22.2%)	
>12h	190 (23.7%)	87 (26.2%)	52 (20.8%)	51 (23.0%)	
Période 0h – 7h59	471.0 [412.9-529.1]	443.2 [375.5-510.9]	536.0 [386.2-685.9]	445.0 [342.6-547.4]	
Période 8h – 17h59	516.0 [480.9-551.1]	557.7 [496.8-618.6]	482.7 [430.5-534.9]	492.5 [424.7-560.3]	0.150
Période 18h – 23h59	657.2 [574.9-739.5]	773.9 [601.0-946.8]	561.1 [452.0-670.3]	597.0 [494.0-700.1]	0.340

Les nombres sont donnés avec leur pourcentage. Les moyennes sont données avec leur intervalle de confiance à 95%.

PSLV = Pôle de Santé Léonard de Vinci ; SMUR = Service Mobile d'Urgences et de Réanimation

3.3 Management des patients aux urgences :

544 patients (65,1%) inclus dans l'étude ont été admis aux urgences pour un motif médical et 34,1% pour un motif traumatologique. 7 patients ont été admis pour des motifs psychiatriques ou sociaux.

95 patients (11,9%) des patients adressés aux urgences n'ont bénéficié d'aucun examen complémentaire. Les examens les plus prescrits étaient les bilans sanguins réalisés chez 72,7% des patients, et des examens d'imagerie. Des radiographies ont été prescrites chez 56,9% des patients, des scanners pour 20,9% et une échographie pour 4,8% d'entre eux.

Parmi les 659 patients pour lesquels les actes effectués avaient été renseignés, 36% d'entre eux n'ont bénéficié d'aucun traitement spécifique aux urgences. 25% ont été perfusés et 4,6% d'entre eux ont reçu des antibiotiques. Les actes de traumatologie (suture et immobilisation) représentaient 16,1% des actes.

Table 3 : Management des patients aux urgences

	Total n = 836	Période 1 n = 349	Période 2 n = 258	Période 3 n = 229	p
Motif d'admission					0.067
Médical	544 (65.1%)	226 (64.8%)	160 (62.0%)	158 (69.0%)	
Traumatologique	285 (34.1%)	117 (33.5%)	98 (38.0%)	70 (30.6%)	
Autres	7 (0.8%)	6 (1.7%)	0	1 (0.4%)	
Examens réalisés	Data = 799	Data = 320	Data = 250	Data = 229	
Aucun	95 (11.9%)	49 (15.3%)	25 (10.0%)	21 (9.2%)	0.049
Biologie	581 (72.7%)	230 (71.9%)	174 (69.6%)	177 (77.3%)	0.153
BU	114 (14.3%)	27 (7.7%)	41 (16.4%)	46 (20.1%)	0.0003
Echographie	38 (4.8%)	13 (4.1%)	15 (6.0%)	10 (4.4%)	0.530
Radiographie	455 (56.9%)	194 (60.6%)	134 (53.6%)	127 (55.5%)	0.211
Tomodensitométrie	167 (20.9%)	64 (20.0%)	52 (20.8%)	51 (22.3%)	0.811
Actes effectués	Data = 659	Data = 213	Data = 217	Data = 229	
Aucun	237 (36.0%)	51 (23.9%)	44 (20.3%)	142 (62.0%)	<0.0001
Aérosol	14 (2.1%)	7 (3.3%)	2 (0.9%)	5 (2.2%)	0.235
Antibiothérapie	30 (4.6%)	21 (9.9%)	9 (4.1%)	0	<0.0001
Immobilisation	27 (4.1%)	12 (5.6%)	8 (3.7%)	7 (3.1%)	0.367
Lavement	10 (1.5%)	3 (1.4%)	2 (0.9%)	5 (2.2%)	0.546
Soins de confort	3 (0.5%)	0	1 (0.5%)	2 (0.9%)	0.395
Soins urologiques	37 (5.6%)	15 (7.0%)	10 (4.6%)	12 (5.2%)	0.524
Sutures/agraves	79 (12.0%)	39 (18.3%)	19 (8.8%)	21 (9.2%)	0.003
VNI	10 (1.5%)	4 (1.9%)	2 (0.9%)	4 (1.7%)	0.677
VVP	165 (25.0%)	30 (14.1%)	108 (49.8%)	27 (11.8%)	<0.0001

BU = Bandelette urinaire ; VNI = Ventilation non invasive ; VVP = Voie veineuse périphérique

3.4 Orientation des patients et devenir :

Le devenir après passage aux urgences était connu pour 812 patients. 475 (58,5%) patients ont été réadressés à l'EHPAD d'origine sans hospitalisation. 12 patients sont décédés aux urgences. 317 patients ont été hospitalisés, dont 241 patients en médecine, 70 en chirurgie, 2 en psychiatrie et 4 en unité de soins intensifs. 143 (20%) patients ont fait un passage par l'HTCD. (Table 4)

A J30, 62 patients étaient décédés après leurs passage aux urgences soit 7,4% de notre population. La mortalité cumulée à J60 est estimée à 8,6 % et à 9,3% à J90.

Table 4 : Devenir des patients

	Total n = 836	Période 1 n = 349	Période 2 n = 258	Période 3 n = 229	p
Orientation post-urgences	Data = 812	Data = 333	Data = 252	Data = 227	0.586
Chirurgie	70 (8.6%)	35 (10.5%)	20 (7.9%)	15 (6.6%)	
Médecine	241 (29.7%)	100 (30.0%)	73 (29.0%)	67 (29.5%)	
Psychiatrie	2 (0.2%)	1 (0.3%)	1 (0.4%)	0	
Soins intensifs	4 (0.5%)	1 (0.3%)	1 (0.4%)	2 (0.9%)	
EHPAD	475 (58.5%)	184 (55.3%)	152 (60.3%)	139 (61.2%)	
Décès aux urgences	12 (1.5%)	7 (2.1%)	1 (0.4%)	4 (1.8%)	
Passage par UHCD	Data = 713	Data = 296	Data = 251	Data = 166	0.949
Oui	143 (20.0%)	61 (20.6%)	49 (19.5%)	33 (19.9%)	
Non	570 (80.0%)	235 (79.4%)	202 (80.5%)	133 (80.1%)	
Mortalité cumulée J30	62 (7.4%)	34 (9.7%)	10 (3.9%)	18 (7.9%)	0.892
Mortalité cumulée J60	72 (8.6%)	39 (11.2%)	15 (5.8%)	18 (7.9%)	
Mortalité cumulée J90	78 (9.3%)	43 (12.3%)	17 (6.6%)	18 (7.9%)	

UHCD = Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

4 Discussion

Notre travail a permis de décrire les modalités de recours aux urgences des patients venant d'un des 60 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes d'Indre et Loire ayant été adressés à un des six services d'accueil des urgences répartis sur l'ensemble du département.

Les résultats de notre étude montrent que les patients adressés aux urgences par les EHPAD étaient majoritairement des femmes ayant souvent plus de 90 ans et présentant un niveau de dépendance élevée (GIR 1 – 2). Ces patients étaient souvent polymédiqués. Presque un patient sur deux était sous anticoagulants, les deux tiers des patients consommaient des psychotropes et environ deux patients sur cinq présentait une démence étiquetée.

Nos résultats sont proches de ceux retrouvés dans la littérature [9,10,11]. La polymédication n'est pas sans risque chez le sujet âgé d'autant plus qu'il s'agit de médicaments fortement pourvoyeurs d'effets secondaires, notamment de chutes. Les chutes et leurs conséquences traumatiques sont la première cause de transfert aux urgences des patients d'EHPAD [7]. Dans notre étude, 44,1 % des patients étaient sous anticoagulants, ce qui est très pourvoyeur d'accidents hémorragiques graves chez des patients au risque de chute élevé. Une étude dirigée par le ministère des affaires sociales et de la santé et réalisée en 2011 a mis en évidence une insuffisance de suivi de ces traitements chez les patients institutionnalisés en EHPAD, avec un contrôle régulier de l'INR chez seulement 25% des patients et un sous-dosage ou un sur-dosage dans 43% des cas [12]. De même 64,4% des patients de notre étude avaient des traitements à visée cardio-vasculaire dont des anti-hypertenseurs, et 29% des diurétiques, majorant ainsi le risque de chute. Par ailleurs, 65,9% des patients inclus dans notre étude recevaient des psychotropes, souvent en association. Ces chiffres sont proches de ceux retrouvés dans la littérature [13]. Une réévaluation régulière de l'ordonnance par le médecin traitant pourrait permettre de réduire les effets iatrogènes et les complications potentiellement graves pouvant être à l'origine d'un passage aux urgences. En effet, selon Binot et al. la iatrogénie serait à l'origine de 44% des transferts potentiellement évitables de patients d'EHPAD vers les urgences [14]. L'étude effectuée au Gérontopole de Toulouse en 2010 a montré que le nombre de médicaments par patient augmentait de 1,1 à la suite d'une hospitalisation [8], accroissant ainsi le risque d'une nouvelle hospitalisation.

Plusieurs études ont montré que les hospitalisations ne seraient pas sans conséquences pour les personnes âgées institutionnalisées déjà fragiles et dépendantes. L'enquête du Gérontopole de Toulouse a mis en évidence une augmentation des chutes de 5%, de la dénutrition de 23%, de la nécessité de contention physique de 14% et plus généralement une hausse de 22% de patients présentant une dépendance lourde suite à une hospitalisation [8]. D'après la littérature, ces hospitalisations non programmées seraient évitables dans 19 à 67 % des cas [15]. L'étude FINE menée par Binot and al. a mis en évidence une augmentation significative du diagnostic de démence après une hospitalisation chez les patients d'EHPAD [14].

Les temps d'attente avant prise en charge médicale étaient souvent prolongés avec une moyenne dépassant les 3h et les temps de prise en charge moyen de presque 9h, pouvant dépasser 12h pour 23,7% des patients. Ces délais sont superposables à ceux de la littérature [16, 17]. La majorité des admissions aux urgences (64,8%) avait lieu entre 08h et 17h59, alors que ce sont des horaires ouverts et 21,4% des admissions avaient lieu entre 18h et minuit, horaire où il existe une permanence des soins. Seulement 13,8% des admissions avaient lieu en nuit profonde, au moment où aucun autre recours médical n'est possible. Ces chiffres suivent les tendances observées de la fréquentation générale des urgences [1], et sont similaires à ceux retrouvés dans la littérature pour la population spécifique des patients d'EHPAD [8,16]. La durée d'attente est exponentielle au fil de la journée, avec des attentes avant prise en charge médicale pouvant dépasser les 240 minutes pour des consultations ayant lieu après 18h. Il en va de même pour le temps de passage total, avec des durées supérieures à 650 min après 18h. Cette augmentation des délais de séjour aux urgences concorde avec la surcharge progressive des urgences au cours des dernières décennies. Une autre cause est la pénurie de lits d'hospitalisation disponibles sur la journée avec un retentissement sur la nuit profonde [18].

De tels délais font poser la question du rapport bénéfice / risque des transferts des patients d'EHPAD vers les urgences quand on sait les complications qui peuvent apparaître au décours. Les temps d'attente et la durée de passage aux urgences sont longs et peuvent être à l'origine de complications de décubitus chez des patients pouvant rester de nombreuses heures sur un brancard. Les conséquences d'un alitement prolongé chez le sujet âgé sont rapides, plus graves et souvent irréversibles. La littérature estime que 5 à 10% des personnes d'un âge supérieur à 85 ans sont incapables de se mouvoir spontanément [19]. Or la plupart de ces patients sont très dépendants et requièrent un personnel dédié et disponible qui peut faire défaut dans des services d'urgences saturés et à fort taux d'absentéisme de personnel.

La plupart des patients sont orientés vers les urgences de proximité. Seulement 21,7% des transferts ont été décidés par un médecin en charge du patient. Les chiffres de la littérature varient de 27% de décision médicale précédent le transfert aux urgences [16] jusqu'à 98% chez Le Fur et al. [9] qui relève par ailleurs que dans 24,4 % des cas l'avis médical est téléphonique. Il est légitime de s'interroger sur les difficultés de médicalisation des EHPAD. Une amélioration de la présence médicale au sein de ces établissements pourrait diminuer le recours aux urgences et les hospitalisations de ces patients. Une étude menée par Barnay et al. [20] rapporte que 29,5% de ces passages sont jugés non pertinents. Pour Binot and al., 43% des passages aux urgences des patients venant d'EHPAD sont jugés inappropriés et 48% seraient évitables [14]. D'après la Haute Autorité de Santé [7] il y a en moyenne dans les EHPAD 0,6 équivalent temps plein médical et 6 IDE équivalent temps plein pour 100 résidents. Ces chiffres semblent faibles quand on sait les besoins des patients dépendants et fragiles. Cependant, la littérature n'a pas montré de diminution des hospitalisations des patients d'EHPAD par l'augmentation du temps de présence d'un médecin au sein de l'établissement [21]. Le taux d'hospitalisation global, tous services confondus est de 39% dans notre étude, inférieur aux chiffres de 42 à 52% donnés par la Haute Autorité de Santé [7], mais supérieur à ceux retrouvés par Boisguérin et al. qui font état de 86% des patients en provenance d'EHPAD non hospitalisés. L'étude menée par le Gérontopole de Toulouse rapporte quant à elle un taux d'hospitalisation de 90% des patients après un passage par les urgences [8]. Une telle disparité s'explique probablement par des spécificités locales, notamment en ce qui concerne le niveau de médicalisation des différents EHPAD dont sont issus les patients. Quoi qu'il en soit, le taux d'hospitalisation des patients en provenance d'EHPAD reste largement inférieur à celui des personnes âgées non institutionnalisées qui dépasse les 50% d'hospitalisation après 75 ans pour croître constamment avec l'âge [22]. Cette différence peut s'expliquer par le fait que les EHPAD étant des structures médicalisées, les hospitalisations pour surveillances simples ne sont pas nécessaires et peuvent se faire au sein de l'établissement d'origine une fois le diagnostic posé.

Ainsi on ne peut pas exactement assimiler les patients venant d'EHPAD aux autres sujets âgés dépendants consultants au sein des services d'urgences. Tous les patients âgés dépendants, de par leur fragilité, nécessitent une prise en charge adaptée. Créer des filières gériatriques au sein des structures d'urgences dans lesquelles les patients seraient pris en charge de façon plus globale avec un personnel dédié, sur le modèle des urgences pédiatriques tend à se généraliser depuis quelques années. Néanmoins on peut s'interroger sur la place des patients venant d'EHPAD au sein de ces filières si ces dernières restent uniquement intra-hospitalières.

L'intervention des équipes mobiles de gériatrie ainsi que la généralisation des hospitalisations à domicile au sein de l'EHPAD pourraient permettre une meilleure prise en charge des résidents et diminuer la morbidité engendrée par un transfert vers l'hôpital [23]. De même, s'appuyer sur les EHPAD afin d'y développer des structures disposant d'un petit plateau technique pouvant être hébergées par des maisons de santé pluridisciplinaire ou par les 500 à 600 petits hôpitaux de proximité comportant des plateaux techniques (imageries, biologie, explorations) pouvant prendre en charge notamment la petite traumatologie et ainsi s'affranchir de la nécessité de transfert vers les services d'urgences pourrait être une piste comme le souligne la Cour des Comptes [22]. Par exemple, d'après Kurtzemann et al. 15% des résidents d'EHPAD ont été dirigés vers les urgences pour des plaies à suturer [23]. Dans notre étude, les sutures, les lavements et les soins urologiques représentent 19,1% des actes effectués aux urgences. Autant de transferts qui pourraient être évités en améliorant les possibilités de prise en charge directement au sein des EHPAD. Binot et al. arrivent à des conclusions similaires mettant en avant le fait que le manque de support technique dans les EHPAD est un des principaux facteurs à l'origine de transferts inappropriés vers les urgences [14].

Au cours de notre étude, l'ARS Centre Val de Loire a organisé en collaboration avec certains EHPAD du département et un des services d'hospitalisation à domicile une veille de prise en charge paramédicale. Les établissements signataires pouvaient faire appel au passage d'une IDE la nuit quand il n'y avait pas d'IDE sur place, avec la possibilité de contacter un médecin régulateur du SAMU en cas de besoin. Une étude spécifique permettrait d'évaluer les effets sur le nombre de transferts aux urgences évités.

De plus, l'actualité récente et l'épidémie de COVID a permis un changement de paradigme. Les services d'urgences ainsi que les hôpitaux de façon générale ne peuvent pas faire face à un afflux massif de patients venant d'EHPAD durement touchés par le SARS-CoV 2. Les équipes mobiles de gériatrie ont procédé à des dépistages directement au sein des EHPAD. Les prises en charge y ont été optimisées en relation avec les équipes hospitalières référentes et les équipes mobiles de soins palliatifs. Les transferts vers les hôpitaux ont été exceptionnels et principalement motivés par un principe de précaution pour éviter une propagation de l'épidémie lors des premiers cas avérés au sein d'un établissement. Les retours d'expériences à venir pourront peut-être servir de socle à une réorganisation de la prise en charge des sujets âgés dépendants vivant en EHPAD.

Notre étude présente plusieurs biais. Tout d'abord les différents services d'urgences ne possédaient pas le même logiciel de prise en charge des patients. De plus, nous nous sommes

basés sur la cotation administrative d'entrée des patients aux urgences. Cette cotation est réalisée par des agents administratifs, parfois intérimaires, qui peuvent coder le lieu de provenance d'un patient d'EHPAD comme « Domicile » et non « EHPAD ». Nous n'avons aucun moyen de récupérer ces dossiers perdus. Ainsi notre échantillon est probablement sous-représentatif de la population réelle. Cela expliquerait que notre échantillon ne représente que 2,10% de l'ensemble des admissions aux urgences sur la période étudiée, proportion plus faible que dans d'autres études américaines. Une autre raison viendrait d'un problème sémantique dans les papiers américains où la population étudiée inclurait les patients provenant de soins de rééducation. Les 60 établissements ayant adressé des patients dans les services d'urgences du département de l'Indre et Loire, représentaient en 2018, 5632 lits. 836 patients ont été inclus aux urgences durant les 92 jours de recueil de données soit 15 % de l'ensemble des résidents. Ce chiffre peut être surestimé par des admissions répétées de certains résidents. Il pourrait également être sous-estimé par les erreurs de codage administratif d'entrée aux urgences. Un autre biais fait suite à un manque de données dans les dossiers médicaux. Cette absence de renseignement est un rappel important de la nécessité de bien remplir les dossiers patients afin d'optimiser leur prise en charge, notamment celle des plus fragiles. Notre étude a tout de même le mérite d'être multicentrique sur l'ensemble des services d'urgences publiques et privés de notre département, permettant une analyse de 836 dossiers. L'analyse des séjours sur plusieurs saisons permet de limiter des biais de sélection secondaires à des périodes épidémiques.

5 Conclusion

Avec le vieillissement de la population et l'augmentation de la dépendance des personnes âgées dans les années à venir, la refonte de la prise en charge des patients institutionnalisés est un des défis majeurs des prochaines années. Optimiser les filières de soins des patients résidant en EHPAD permettrait de réduire les comorbidités engendrées par des transferts vers l'hôpital. Toutefois, lors de l'arrivée d'un de ces patients aux urgences, les équipes doivent rester rigoureuses et optimiser les délais de prise en charge.

6 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. Congy F., Piette F., P. Speciel P., *et al.* Les personnes âgées admises par le service d'urgences du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière. *La revue de gériatrie* 1990;15:45-56.
3. Fanello S., Moutel L., Houssin L., *et al.* Analyse de la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus par le service des admissions et urgences d'un grand hôpital. *Santé publique* 1999;11:465-82.
4. Blanpain N., Chardon O. Projection de population à l'horizon 2060 : un tiers de la population âgé de plus de 60ans. Insee Première, n° 1320, octobre 2010.
5. Bontout O., Colin C., Kerjosse R., Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040. *Etudes et Résultats* 2002;160:1-10.
6. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Personnes âgées dépendantes. Insee Références 2016:96-97.
7. Haute Autorité de Santé. Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpad. HAS 2015. [Internet, disponible le 6 octobre 2020] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-07/note_methodo_reduire_hospit_residents_ehpad.pdf
8. Rolland Y., Andrieu S., Hein C., Vellas B. Rates of admissions and discharges of nursing home residents in France: results of the pleiad study. *La Revue de Gériatrie* 2012;37:543-548.
9. Le Fur-Musquer E., Delamarre-Damier F., De Decker L., *et al.* Modalities of hospitalization in emergency of institutionalized patients. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2011;9:409-415.
10. Rolland Y., Abellan Van Kan G., Hermabessiere S., *et al.* Descriptive study of nursing home residents from the REHPA network. *J Nutr Health Aging* 2009;13:679-683.
11. 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. *Médecine humaine et pathologie*. 2017. [Thèse] dumas-01679123
12. Verger P. La politique du médicament en EHPAD. Ministère des Solidarités et de la Santé 2013. [Internet] <https://www.directeur-ehpad.com/actualite-1864/rapport-du-docteur-philippe-verger-la-politique-du-medicament-en-ehpad-septembre-2013-d421.htm> (Disponible le 08/03/2020)

13. Al Shouaib W. Les passages au Service d'Accueil des Urgences de l'Hôpital Bel-Air de Thionville des patients résidant en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes. *Sciences du Vivant* 2017. [Thèse] <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932020>
14. Binot I., Tavassoli N., Berard E., *et al.* Nursing home residents in emergency department: risk factors of inappropriate or potentially avoidable transfers. Results of FINE pilot study. *Jour Nursing Home Res* 2017;3:28-37.
15. Graverholt B., Forsetlund L., Jamtvedt G. Reducing hospital admissions from nursing homes: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2014;14:36.
16. Rémont L. Analyse des patients provenant d'EHPAD adressés aux urgences : étude multicentrique sur le Nord Pas de Calais. [Thèse] 2015 <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-5453>
17. Boisguérin B., Mauro L., Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier. *Études et résultats* 2007;1007.
18. Carrasco V., Baubeau D., Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. *Études et résultats*, 2003;212:1-8.
19. Blanchon MA. Conséquences du syndrome d'immobilisation. *La revue de gériatrie* 1998;23:609-622.
20. Barnay EM., 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. [Thèse] 2015. [dumas-01163888](https://theses.univ-st-etienne.fr/theses/00000001163888)
21. Grabowski DC., Stewart KA., Broderick SM., *et al.* Predictors of nursing home hospitalization: a review of the literature. *Med Care Res Rev* 2008;65:3-39.
22. Cours des comptes. Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités. Rapport public annuel 2019:211-2039. [Internet] <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf> (Disponible le 22/03/2020).
23. Kurtzemann I. Prise en charge des urgences en EHPAD. Proposition d'amélioration par le médecin coordonnateur. [Mémoire] 2007. <http://cmrr.vermeil.org/ehpad/Bibliotheque/Memoires/memoires-2006-2007/Memoire%20de%20Isabelle%20Kurtzemann.pdf>

Vu, le Directeur de Thèse

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

Vannier Clara

Nombre de pages 34 – tableaux 4

Résumé : En 20 ans le nombre de passages aux urgences n'a cessé de croître. En parallèle, la population est vieillissante, souvent avec une perte d'autonomie conduisant à une institutionnalisation de nos aînés. Les passages aux urgences représentent dans cette population un risque de iatrogénie et dégradation psycho-somatique.

Nous avons réalisé une étude prospective, multicentrique, observationnelle des modalités de recours aux urgences d'Indre et Loire des patients résidant en EHPAD. Cette étude se déroulait sur 3 périodes d'un mois (hiver, printemps, été) de 2019.

Nous avons inclus 836 patients. Le recours aux urgences était plus important sur la période hivernale. Environ 35% des passages ont lieu sur la période de nuit. Le temps d'attente moyen avant prise en charge médicale était de 191,8 minutes [IC95% 172,8-210,9]. Ce temps était majoré sur la période 18h-23h59 (242,9 min [IC95% 194,5-291,2]) et en période hivernale 278 min [IC95% 237,7-318,2]. La durée moyenne de séjour aux urgences était de 539,6min [IC95% 574,9-739,5], et était allongée pour les patients admis entre 18h et 23h59. 58,5% des patients sont retournés à leur EHPAD sans hospitalisation. La mortalité à 90 jours était de 9,3%, 12,3% pour la période hivernale.

L'optimisation de la prise en charge des patients d'EHPAD est un problème de santé publique majeur. Il est primordial d'améliorer la collaboration entre la médecine de ville et la médecine hospitalière afin de réduire la morbi-mortalité de cette population.

Mots clés : EHPAD, urgences, épidémiologie, gériatrie

Jury :

Président du Jury : Professeur Bertrand FOUGÈRE

Directeur de thèse : Docteur Geoffroy ROUSSEAU

Membres du Jury : Professeur François MAILLOT
Professeur Emmanuel RUSCH

Date de soutenance : 9 novembre 2020