

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 18 Juin 2013 à Poitiers
par **M. Frédéric CHALE**

Caractéristiques et prise en charge des résidents d'Ehpad décédant précocement après admission dans le service de gériatrie.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT

Membres : Monsieur le Professeur Olivier POURRAT
Monsieur le Professeur Marc PACCALIN
Monsieur le Docteur Jean-Yves LARDEUR

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Marc PACCALIN

*Le Doyen,*

Année universitaire 2012 - 2013

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie
15. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
16. EUGENE Michel, physiologie
17. FAURE Jean-Pierre, anatomie
18. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
19. FROMONT-HANKARD Gaëlle, anatomie et cytologie pathologiques
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOJJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HANKARD Régis, pédiatrie
30. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
31. HERPIN Daniel, cardiologie
32. HOUETO Jean-Luc, neurologie
33. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
34. IRANI Jacques, urologie
35. JABER Mohamed, cytologie et histologie
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (détachement)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
44. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (surnombre)
45. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (surnombre)
46. MARECHAUD Richard, médecine interne
47. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
48. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
49. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
50. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
51. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
52. NEAU Jean-Philippe, neurologie
53. ORIOT Denis, pédiatrie
54. PACCALIN Marc, gériatrie
55. PAQUEREAU Joël, physiologie
56. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
57. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
58. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
59. POURRAT Olivier, médecine interne
60. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
61. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
62. RICHER Jean-Pierre, anatomie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, oncologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
13. HURET Jean-Loup, génétique
14. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
17. MIGEOT Virginie, santé publique
18. ROY Lydia, hématologie
19. SAPANET Michel, médecine légale
20. THILLE Arnaud, réanimation
21. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

SCEPI Michel, thérapeutique et médecine d'urgence

Maitres de Conférences associés de Médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VALETTE Thierry

Professeur certifié d'Anglais

DEBAIL Didier

Maitre de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, bactériologie - virologie

Professeurs émérites

1. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales
2. DABAN Alain, oncologie radiothérapie
3. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
4. GIL Roger, neurologie
5. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
7. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
8. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
9. BURIN Pierre, histologie
10. CASTETS Monique, bactériologie - virologie - hygiène
11. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
12. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
13. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
14. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
15. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
16. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
17. GOMBERT Jacques, biochimie
18. GRIGNON Bernadette, bactériologie
19. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
20. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
21. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
22. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
23. MARILLAUD Albert, physiologie
24. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
25. PATTE Dominique, médecine interne
26. PATTE Françoise, pneumologie
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Pascal Roblot, qui me fait l'honneur de présider cette thèse.

Veillez agréer l'assurance de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Pourrat, merci d'avoir accepté de juger ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Docteur Lardeur, merci d'avoir accepté de participer à ce jury.

Veillez accepter l'assurance de ma considération distinguée.

A Monsieur le Professeur Paccalin, merci de m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse, de votre disponibilité et votre motivation. J'ai beaucoup apprécié le stage effectué dans votre service et j'espère avoir répondu à vos attentes avec ce travail.

A mes parents. Merci de m'avoir toujours soutenu dans mes choix et de m'avoir prodigué votre amour et vos conseils. Maman, merci de toute ton affection et de ton écoute. Papa, merci de ton soutien et de tous tes conseils. Je vous aime.

A mes grand-parents. Mémé, même si on s'est parfois pris la tête tous les deux, je sais que sans toi, je ne serai jamais arrivé jusque là. Pépé, garde ce sens de l'humour qui te caractérise tant, et sois un peu plus strict dans la gestion de ton diabète ;)

A ma sœur Cécile et Eric. Même si les kilomètres nous séparent, les liens restent forts et je suis profondément heureux voir comment évolue votre belle petite famille.

A Eloise et Mathias. Les deux bout d'chou, restez aussi mignons toute votre vie et vous ferez le bonheur de vos parents. Je tâcherai d'être à la hauteur en tant que tonton.

A mon oncle Philippe. J'adore discuter médecine et informatique avec toi. Il faudra un jour que l'on reprenne nos parties d'échecs.

A mes amis Greg, Fanfy, Toto, Lolo et Pyg avec qui je suis toujours sûr de passer de bons moments pleins d'humour. Changez pas les mecs.

A mes compagnons de route médicale, Etienne (même si on se voit beaucoup moins souvent et qu'il est difficile de te joindre !!!), **Benoit, Patoche, Mathieu** (reste tel quel, une personne formidable et un excellent médecin), **Stéphane**, et tous ceux que j'oublie et qui m'ont accompagné durant toutes ces années.

Aux Docteurs Bourriquen, Barret et Laidet qui m'ont montré ce qu'était la médecine générale et m'ont beaucoup appris.

Caractéristiques et prise en charge des résidents
d'Ehpad décédant précocement après admission dans
le service de gériatrie

Sommaire

Glossaire	10
Introduction	11
1. Population des personnes âgées de plus de 60 ans	13
1.1. Etat des lieux en France	13
1.2. Projections.....	14
1.3. En Vienne	14
2. Evolution du lieu de décès de la population	15
3. L'offre d'hébergement.....	16
4. Le centre hospitalier de Poitiers	18
4.1. L'hôpital	18
4.2. Structure du service de gériatrie.....	18
4.3. La convention CHU-Ehpad.....	19
4.3.1. Modalités de prise en charge des patients	19
4.3.2. Hospitalisations programmées	21
4.3.3. Les consultations gériatriques	21
4.3.4. Formation du personnel de l'EHPAD.....	22
Matériels et méthodes	23
1. Type et période de l'étude.....	24
2. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	24
3. Recueil des données	24
3.1. Mode de recueil	24

3.2. Types de données recueillies	25
3.2.1. Générales.....	25
3.2.2. Administratives	25
3.2.3. Médicales	26
3.2.4. Données relatives à la prise en charge gériatrique.....	30
Résultats	31
1. Données générales	32
1.1. Les hospitalisations	32
1.2. Sexe et âge	33
1.3. Jour et heure d'hospitalisation.....	34
1.4. Jour de décès	35
1.5. Tiers adressant le patient.....	35
1.6. Hospitalisations antérieures des patients	35
2. Etat clinique des patients.....	36
2.1. Motifs d'hospitalisation.....	36
2.2. Autonomie antérieure à l'hospitalisation	37
2.3. L'indice de masse corporelle	37
2.4. Données biologiques.....	37
2.4.1. Anémie	37
2.4.2. Fonction rénale.....	38
2.5. Comorbidités et score de Charlson	38
3. Evolution au sein du service de gériatrie.....	39
3.1. Avenir prévisionnel des patients lors de l'hospitalisation	39
3.2. Investigations complémentaires	39
3.3. Mise en place d'un traitement antalgique type Morphine.....	39
3.4. Mise en place d'un traitement sédatif type Hypnovel.....	40
3.5. Avis des soins palliatifs.....	41

Discussion	42
1. Points forts et limites de l'étude.....	44
2. Caractéristiques générales de la population étudiée.....	45
2.1. Une population très âgée, à parts homme/femme équivalentes.....	45
2.2. Des hospitalisations majoritaires en début et fin de semaine.....	46
2.3. Un relais d'informations plutôt bien assuré.....	47
2.4. Pathologies cardio-vasculaires et altérations de l'état général (AEG) aux premiers plans des motifs de consultation.....	48
2.5. Un état clinique pré-hospitalier précaire.....	50
3. La prise en charge hospitalière.....	55
3.1. Une majorité de décès dans la première semaine.....	55
3.2. Des décès pour la plupart anticipés.....	55
3.3. Une limitation des examens complémentaires au strict minimum.....	56
3.4. Place des opiacés et de la sédation dans la prise en charge hospitalière.....	57
3.5. Peu d'utilisation du service de soins palliatifs.....	58
Conclusion	60
Bibliographie	62
Résumé	71

Glossaire

AEG : Altération de l'Etat Général.

CG : Cockcroft and Gault.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CIM-10 : Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision.

DFG : Débit de Filtration Glomérulaire.

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées.

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

EMG : Equipe Mobile Gériatrique.

GIR : Groupe Iso-Ressources.

IMC : Indice de Masse Corporelle.

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

MDRD : Modification of the Diet in Renal Disease.

MNA : Mini Nutritional Assessment.

NFS : Numération Formule Sanguine.

OAP : Oedème Aigü Pulmonaire.

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente.

USLD : Unité de Soins Longue Durée.

INTRODUCTION

La France fait face depuis plusieurs années au vieillissement de sa population secondaire à l'arrivée des « Baby-boomers » à un âge avancé, favorisée par l'amélioration des conditions de vie et de la qualité de soins entraînant un accroissement global de l'espérance de vie.

En effet si en 1999 l'âge moyen de la population Française était de 38,4 ans, il a été estimé en 2012 à 40,4 ans, avec une constante augmentation d'une année à l'autre. Le vieillissement de la population pose le problème de la prise en charge des personnes âgées dépendantes dont le nombre augmentera dans les années à venir.

Une des réponses à ce problème est le développement des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (Ehpad), structures de vie médicalisées, permettant à chaque résident de garder son médecin traitant habituel, mais bénéficiant en plus, la journée, d'une surveillance régulière par des équipes soignantes (infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeutes, médecin coordonnateur...).

Malgré ce dispositif, le vieillissement de la population entraîne l'apparition de patients aux comorbidités de plus en plus nombreuses, rendant leur prise en charge de plus en plus lourde et difficile. Les personnes âgées en Ehpad sont des personnes fragiles pour lesquels une agression minime peut entraîner un déséquilibre et donc un risque d'hospitalisation ou de décès précoce.

Une étude récente quantifiant sur 3 mois le flux entrant / sortant des résidents d'Ehpad, montre qu'un quart des résidents est concerné et que dans 70 % des cas le transfert se fait entre l'Ehpad et l'hôpital, dont 58% adressés directement aux urgences avant d'être hospitalisés dans un service ou renvoyés dans leur structure de vie [94]. De plus, les données recueillies au sein de cette étude montrent un risque de fragilité accrue de ces patients au cours de leur hospitalisation, ce qui soulève l'intérêt de ces transferts.

Dans le département de la Vienne, une convention CHU-Ehpad a été réalisée afin d'améliorer la collaboration entre le CHU de Poitiers et les Ehpad de la Vienne pour organiser de la meilleure façon possible les mouvements entre les deux

structures, et de permettre aux personnes âgées d'avoir un avis spécialisé, tout en diminuant au maximum les effets délétères des transferts.

Mais alors, quelques années après la création de cette convention, qu'en est-il des mouvements des résidents d'Ehpad vers les urgences de Poitiers ? Ces transferts sont-ils tous justifiés ?

L'objectif de notre étude a été de quantifier le nombre de transferts des personnes âgées depuis leur Ehpad vers les urgences de Poitiers, de comptabiliser le nombre de décès précoces survenus dans les deux semaines qui ont suivi leur admission dans le service de Gériatrie et de déterminer leurs caractéristiques cliniques pré-hospitalières et leur prise en charge hospitalière afin de discuter sur la pertinence de leur transfert.

Dans une première partie nous donnerons quelques données démographiques actuelles et les prévisions pour les années à venir, puis nous présenterons le service de Gériatrie de Poitiers en expliquant la convention CHU-Ehpad. Dans une deuxième partie nous décrirons la population cible de notre étude, à savoir la population des résidents d'Ehpad adressée aux urgences, et décédée dans les quinze jours suivant leur hospitalisation dans le service de gériatrie. Enfin nous analyserons les résultats obtenus et discuterons de la prise en charge des patients en Ehpad et de la fin de vie des personnes âgées dépendantes.

1. Population des personnes âgées de plus de 60 ans

1.1. Etat des lieux en France

Au 1^{er} Janvier 2012, la population de la France était estimée à 65 350 181 habitants dont 15 341 022 personnes âgées de plus de 60 ans et 5 866 673 personnes âgées de plus de 75 ans, soit respectivement 23 et 9% de la population totale. Par comparaison en 2007 le nombre de résidents présents dans un Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée (Ehpa) s'élevait à 656 741 personnes, dont 494 709 (soit 75,3%) dans un Ehpad.

L'espérance de vie à la naissance pour l'homme était de 77,8 ans, et pour la femme de 84,3 ans. L'espérance de vie à 60 ans était pour l'homme de 22,2 ans et pour la femme de 26,8 ans.

1.2. Projections

Si les tendances démographiques actuelles se maintiennent, la France comptera en 2030 dans les 68,3 millions d'habitants, dont 29,4% d'individus de plus de 60 ans et 12,3% de plus de 75 ans. En 2060, elle comptera 73,6 millions d'habitants dont 16,2% de plus de 75 ans. L'espérance de vie à la naissance pourrait atteindre en 2060, 86 ans pour les hommes et 91 ans pour les femmes.

On remarque que dans les années à venir, si le nombre de personnes âgées est en très nette augmentation, c'est surtout la part des personnes de plus de 75 ans qui prendra de l'ampleur, ce qui fait redouter une hausse de la dépendance qu'il faudra prendre en charge. D'ailleurs, la DREES a conduit une étude en 2006 selon laquelle le nombre de personnes âgées dépendantes, au sens de l'allocation personnalisée d'autonomie, devrait progresser selon une fourchette allant de 21,2 à 28,5% entre 2000 et 2020 et de 21 à 26% dans les vingt années suivantes, soit une augmentation moyenne de 1% par an jusqu'en 2040 [12].

1.3. En Vienne

Pour la même période, la population de la Vienne s'élève à 438 566 habitants, dont 97 100 personnes âgées de plus de 60 ans soit 22% de la population régionale.

Selon les prévisions pour 2020, ces chiffres atteindraient 454 100 personnes au total, dont 135 900 (soit 30%) de personnes de plus de 60 ans. On remarque que la part des personnes de plus de 60 ans va évoluer de façon un peu plus importante en Vienne par rapport à la moyenne nationale, et donc que le problème de l'évolution du

nombre de personnes âgées dépendantes va d'autant plus se poser dans ce département.

2. Evolution du lieu de décès de la population

Jusque dans les années 70, la majorité de la population décédait à domicile. La médicalisation des derniers jours de vie dans les années 70-80 a entraîné une inversion de la répartition des lieux de décès avec de plus en plus de décès à l'hôpital et de moins en moins de décès à domicile. Cette répartition s'est peu à peu stabilisée dans les années 90. Parallèlement, nous avons pu observer une augmentation progressive du nombre de décès en maison de retraite, qui a doublé entre 1980 et 2009.

Selon l'INSEE, en 2010, 25,75% de la population est décédée à domicile, 57,3% à l'hôpital ou en clinique et 11,4% en maison de retraite. Concernant les Français de plus de 60 ans, 25% sont décédés à domicile, 57,6% à l'hôpital ou en clinique et 13,2% en maison de retraite. Cette répartition se modifie après 90 ans, où 42% des décès surviennent à l'hôpital, 30% à domicile et 25% en maison de retraite.

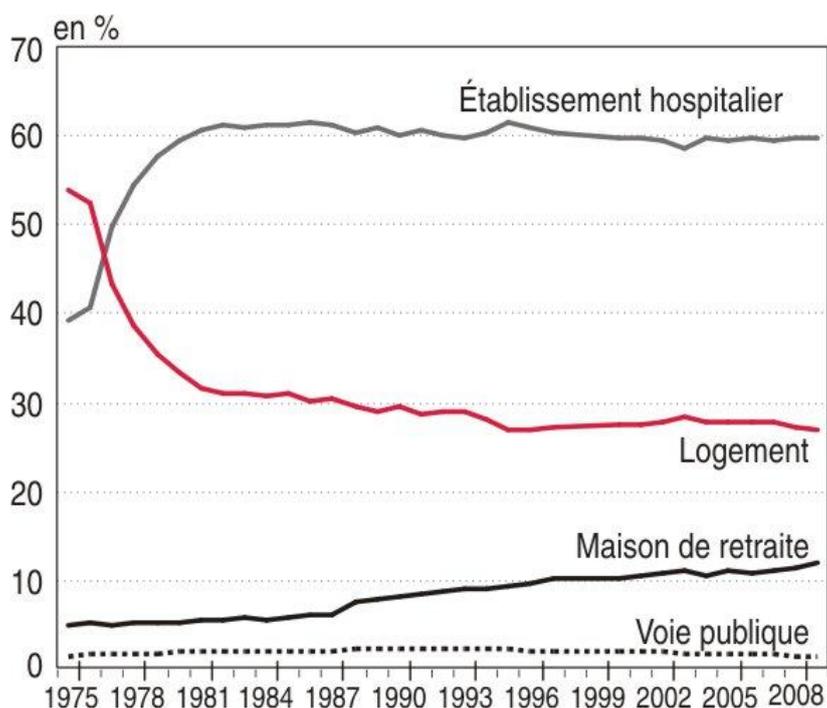
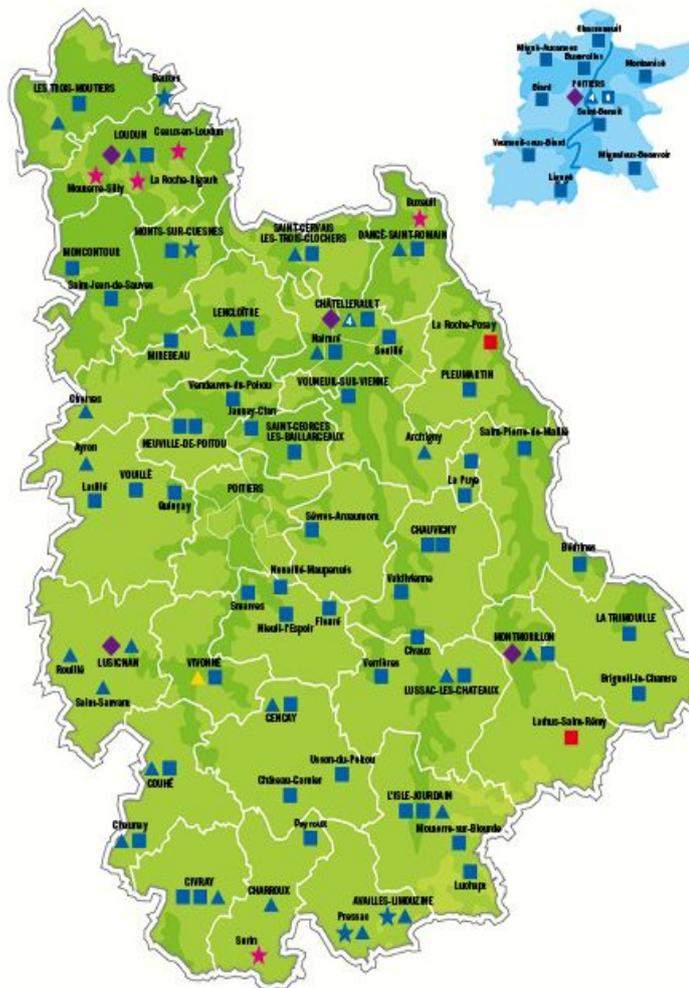


Figure 1 : répartition des décès selon le lieu [48].

3. L'offre d'hébergement

En 2007 en France, près de 657 000 personnes vivaient dans un Ehpa, dont près de 495 000, soit les trois-quart, étaient hébergés dans un Ehpad [65]. Actuellement en Vienne, il existe 74 Ehpad, proposant 5430 lits d'hébergement, ce qui correspond à plus de 75% de la capacité d'accueil total (les autres établissements étant les maisons de retraite, les foyers-logements, les Unités de soin longue durée ou USLD et les établissements d'accueil temporaires).



- ◆ EHPAD hospitalier USLD
- EHPAD existant
- ▲ EHPA existant (logements-foyers, MARPA, MAFPA)
- ▲ Foyer-logement en cours de transformation en EHPAD
- EHPAD autorisé non encore installé
- ★ MAF existante
- ★ MAF en cours de réalisation

situation au 01/09/12

Figure 2 : Les structures pour personnes âgées de la Vienne [63].

4. Le centre hospitalier de Poitiers

4.1. L'hôpital

Le centre hospitalier universitaire de Poitiers est le centre de soins de référence de la région Poitou-Charentes. Il est situé dans le département de la Vienne, dans le quartier de La Milétrie, à l'Est de Poitiers. Il possède une capacité de 1521 lits répartis en dix pôles médicaux.

4.2. Structure du service de gériatrie

Le service de gériatrie est un service spécialisé dans la prise en charge globale, médico-psycho-sociale des personnes âgées les plus fragiles, présentant de nombreuses comorbidités ou un état de perte d'autonomie. La filière gériatrique est basée sur une composition variée regroupant un panel de structures de soins :

- 60 lits de médecine gériatrique pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique des pathologies aiguës,
- 86 lits de soins de suite et de rééducation,
- Un secteur de 15 lits de soins de suite, cognitivo-comportementale,
- Une unité dédiée à la prise en charge des patients « hospitalo-requérants » ou atteints de maladie d'Alzheimer ou de maladie neuro-dégénérative comportant 141 lits répartis en 32 lits d'hébergement renforcé Alzheimer et 109 lits « hospitalo-requérants ».

Le service de gériatrie dispose chaque jour une équipe mobile gériatrique (EMG) sous la responsabilité d'un médecin du service qui est alors « de mobilité » pour la journée. Il est joignable à tout moment de la journée par les urgences et les services médicaux et chirurgicaux du CHU. Son rôle est d'apporter une expertise gériatrique au lit des personnes âgées hospitalisées aux urgences ou dans les services non gériatrique. Il permet aussi, après évaluation, le transfert vers la

médecine gériatrique des personnes âgées hébergées dans d'autres service, leur traitement sur place lorsque le transfert est impossible ou l'aide à l'organisation du retour à domicile en collaboration avec les services en charge du malade.

Deux infirmières de liaison et de coordination centralisent les appels des médecins traitants et des autres services du CHU pour organiser les hospitalisations dans les différentes unités de gériatrie et renseigner l'EMG. Ce sont elles aussi qui assurent la liaison avec les Ehpad et organisent des rencontres avec les personnels de ces structures pour la présentation du service et le rappel des éléments de la convention CHU-Ehpad.

4.3. La convention CHU-Ehpad

Cette convention, mise en place début 2009, a été créée pour permettre la collaboration entre le CHU de Poitiers et les Ehpad du territoire de santé de la Vienne afin de faciliter les transferts des personnes âgées entre ces structures. Elle est établie sur la base d'un modèle général que signe le CHU avec les Ehpad le demandant. D'une durée initiale d'un an, la convention est ensuite reconduite tous les deux ans après concertation avec tous les Ehpad pour formuler d'un accord général les modifications à apporter.

4.3.1. Modalités de prise en charge des patients

- Lors d'une hospitalisation par le service des urgences du CHU, l'Ehpad s'engage :
 - A signaler au pôle gériatrie tous ses résidents adressés aux urgences dans la journée en prévenant l'infirmière de liaison (numéro unique du pôle gériatrie) ou dès le début de matinée si l'hospitalisation a eu lieu durant la nuit.

- A faire accompagner chaque transfert de résident systématiquement d'une fiche de liaison (ou fiche synthétique minimale) comprenant une synthèse des informations du patient ainsi que les informations suivantes :
 - Date de naissance,
 - Copie de l'attestation réactualisée de la carte vitale et de la mutuelle,
 - Antécédents,
 - Score GIR,
 - Traitements en cours,
 - Nom du médecin traitant et ses coordonnées,
 - Nom du médecin coordinateur et ses coordonnées.
- Si possible de fournir une lettre d'accompagnement du médecin traitant ou du médecin coordinateur de l'Ehpad.
- De son côté, le pôle gériatrie s'engage :
 - A faire une expertise gériatrique par son unité mobile gériatrique que le patient soit aux urgences, hospitalisé dans un autre service, ou hébergé en attente d'une place dans le service de gériatrie.
 - A faire un courrier pour tout patient vu par l'EMG dans un service d'hébergement et retournant à l'Ehpad sans passer par le service de gériatrie.

4.3.2. Hospitalisations programmées

Lorsqu'une demande d'hospitalisation directe dans le service de gériatrie est demandée pour un résident, les soignants de l'Ehpad doivent contacter l'infirmière de liaison pour déterminer la bonne filière d'hospitalisation pour un malade donné, en soumettant une fiche synthétique minimale et si possible du courrier du médecin traitant.

L'infirmière de liaison, joignable les jours ouvrables de 08h30 à 17h00, propose la filière d'hospitalisation la plus adaptée au problème médical et donne un rendez-vous d'hospitalisation ou un délai d'hospitalisation indicatif.

A son retour d'hospitalisation dans l'Ehpad, le patient se voit remettre une ordonnance pour 15 jours, un courrier de liaison infirmier comprenant les protocoles de soins, ainsi qu'une fiche résumant les problèmes médicaux, leur traitement et la prise en charge.

Un courrier plus détaillé est ensuite adressé au médecin traitant et un double au médecin coordonnateur.

4.3.3. Les consultations gériatriques

Les patients peuvent avoir des consultations gériatriques générales ou spécialisées (chutes, plaies chroniques, mémoire, onco-gériatrie, neuropsychiatriques) au sein du pôle gériatrie. Un courrier complet est ensuite adressé à leur médecin traitant et au médecin coordonnateur.

4.3.4. Formation du personnel de l'EHPAD

Le CHU propose des formations aux professionnels des Ehpads de la Vienne

- Sur le site du CHU, proposition de journées de formation dont le catalogue est adressé par le service de formation continue du CHU à chaque Ehpad. Les directeurs peuvent adresser une demande d'inscription au responsable de la formation continue qui établit alors une convention.
Par complément, le pôle gériatrie adresse aux Ehpads le programme des après-midi thématiques qu'il organise à l'attention de ses professionnels et qui sont ouverts aux professionnels des Ehpads suite à une simple demande de leur directeur.
- Sur le site de l'Ehpad, il est proposé des interventions des professionnels du pôle gériatrie sur différents thèmes.

A noter qu'à l'heure actuelle, environ les deux tiers des Ehpads de la Vienne ont signé cette convention, qui ne les empêche d'ailleurs pas d'honorer les conventions qu'elles auraient signées avec leur hôpital de proximité.

MATERIELS ET METHODES

1. Type et période de l'étude

Cette étude descriptive a été réalisée de façon rétrospective sur une période allant du 01/01/2011 au 31/12/2011.

2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Ont été inclus dans l'étude les patients résidant dans un Ehpad de la Vienne, adressés au service des urgences et décédés dans les quinze jours après leur hospitalisation dans le service de gériatrie. Les patients décédés après quinze jours d'hospitalisation en Gériatrie et ceux décédant dans un autre service où ils étaient hébergés, n'ont pas été inclus.

3. Recueil des données

3.1. Mode de recueil

Les données chiffrées ont été recueillies à l'aide du logiciel Télémaque. Les données descriptives de la population étudiée ont été recueillies à partir du dossier médical.

3.2. Types de données recueillies

3.2.1. Générales

Nous avons déterminé le nombre total de personnes vivant en Ehpad qui ont été adressées aux urgences durant l'année 2011. A partir de cette donnée nous avons déterminé le nombre total de patients hospitalisés en gériatrie en additionnant le nombre de personnes hospitalisées en Gériatrie directement, et le nombre de patients initialement hébergés puis repris en Gériatrie.

Enfin nous avons récupéré les dossiers de ceux qui sont décédés dans les quinze jours après leur venue aux urgences.

3.2.2. Administratives

Les données administratives recueillies étaient :

- L'âge,
- Le sexe,
- La date d'hospitalisation en précisant le jour de la semaine,
- L'heure d'entrée au service des urgences,
- La date du décès,
- La durée du séjour avant le décès,
- La personne ayant adressé le patient,
- Présence ou non d'un courrier du médecin traitant,
- Hospitalisation antérieure du patient en gériatrie.

3.2.3. Médicales

- Les données médicales recueillies étaient :
 - Le motif d'hospitalisation, synthétisé en sept groupes :
 - Etiologies cardio-vasculaires,
 - Altérations de l'état général (AEG),
 - Troubles du comportement,
 - Iatrogénies,
 - Chutes,
 - Infections,
 - Troubles digestifs,
 - Le degré d'autonomie antérieur à l'hospitalisation défini par le Groupe Iso-Ressource (GIR),
 - L'Indice de Masse Corporelle (IMC),
 - Le taux d'hémoglobine,
 - La clairance de la créatinine,
 - Le score de comorbidités de Charlson.

- Le GIR est un outil permettant de déterminer le degré de perte d'autonomie d'une personne [20]. Pour calculer le score GIR, il est nécessaire d'évaluer l'état de la personne à l'aide d'un ensemble de dix variables discriminantes évaluant l'autonomie du patient en termes de :
 - Cohérence,
 - Orientation,
 - Toilette,
 - Habillage,
 - Alimentation,
 - Elimination,
 - Transferts (lit-fauteuil),
 - Déplacements à l'intérieur,

- Déplacements à l'extérieur,
- Communication à distance.

Chacune des dix variables propose trois modalités de réponse : A (fait seul, totalement, habituellement et correctement), B (fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement) et C (ne fait pas).

Le GIR est obtenu grâce à un algorithme inséré dans un logiciel qui donne un groupe en fonction des valeurs A, B ou C données à chacune des dix variables discriminantes.

Les GIR sont au nombre de six et se regroupent comme tel :

- Dépendance totale ou lourde :
 - Le GIR 1 comprend les personnes ayant perdu toute autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale nécessitant une présence indispensable et continue d'intervenants.
 - Le GIR 2 comprend les « grabataires lucides » ou dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et les déments déambulants ou détériorés mentaux graves gardant des fonctions motrices partielles. Ces personnes nécessitent une surveillance constante et des actions d'aide répétitives.

- Dépendance partielle ou légère :
 - Le GIR 3 regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale et partiellement leur autonomie locomotrice, n'assurant pas majoritairement leur hygiène de l'élimination et qui nécessitent quotidiennement des aides pour leur autonomie corporelle.
 - Le GIR 4 regroupe les personnes qui n'assument pas seuls les transferts mais peuvent se déplacer, ou qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qui doivent être aidés ou stimulés pour les activités corporelles.

 - Dépendance très légère, ou GIR 5, regroupant les personnes nécessitant une surveillance et des aides ponctuelles, ayant besoin pour l'essentiel d'aides ménagères.

 - L'absence de dépendance ou GIR 6 regroupe les personnes autonomes pour les actes de la vie courante.
-
- L'indice de Charlson est l'un des scores de comorbidité utilisés dans de nombreuses études cliniques en gériatrie [55]. Sa validation est fondée sur sa prédiction du risque de mortalité. Initialement créé pour être utilisé dans certains domaines cliniques comme l'oncologie ou la néphrologie, une adaptation à la personne âgée a secondairement été établie en intégrant une variable selon l'âge. (tableau 1)
Plus le score obtenu est élevé, plus les risques de décès du patient sont grands.

Tableau 1: indice de comorbidité de Charlson [55].

Pondération	Maladie présentée
1	<p>Infarctus du myocarde</p> <p>Insuffisance cardiaque congestive</p> <p>Artériopathie oblitérante des membres inférieurs</p> <p>Accident vasculaire cérébral</p> <p>Démence</p> <p>Maladie pulmonaire chronique</p> <p>Connectivite</p> <p>Maladie ulcéreuse peptique gastroduodénale</p> <p>Diabète</p> <p>Age entre 50 et 59 ans</p>
2	<p>Hémiplégie</p> <p>Insuffisance rénale modérée à terminale</p> <p>Diabète compliqué</p> <p>Tumeur solide</p> <p>Leucémie</p> <p>Lymphome</p> <p>Age entre 60 et 69 ans</p>
3	<p>Cirrhose hépatique avec ou sans saignement</p> <p>Age entre 70 et 79 ans</p>
4	<p>Age entre 80 et 89 ans</p>
5	<p>Tumeur solide métastatique</p> <p>Maladie à VIH</p> <p>Age entre 90 et 99 ans</p>

3.2.4. Données relatives à la prise en charge gériatrique

Les données relevées liées à la prise en charge du patient dans le service de gériatrie sont :

- La notion d'un décès attendu à court terme indiqué par une phrase explicite inscrite par un médecin sur le dossier médical du patient,
- La réalisation d'examens complémentaires,
- La mise en place d'un traitement par antalgiques de type morphine et sa date de prescription,
- La mise en place d'un traitement anxiolytique par midazolam (Hypnovel®) et sa date de prescription,
- La demande d'un avis auprès du service des soins palliatifs,
- La notion d'un retour prévu en Ehpad.

Les données ont été saisies par informatique sur un tableur Excel. Les données quantitatives (moyennes, écart-type) ont été calculées à l'aide du logiciel Graph Pad.

RESULTATS

1. Données générales

1.1. Les hospitalisations

Durant l'année 2011, 2091 personnes résidentes d'un Ehpad ont été adressées aux urgences du CHU.

Sur ces 2091 personnes :

- 722 n'ont pas été hospitalisées.
- 1369 patients ont été hospitalisés (65,5% soit 2 sur 3) :
 - 651 ont été orientés vers le service de gériatrie depuis les urgences (45,7% des patients hospitalisés).
 - 718 ont été orientés vers d'autres services de spécialité.
- Sur les 651 patients orientés vers la gériatrie :
 - 164 ont été pris directement en gériatrie (25%).
 - 487 ont été hébergés dans un autre service.
- Sur les 487 patients hébergés :
 - 336 ont été secondairement admis dans le service de gériatrie (69%).
 - 151 sont restés dans le service d'hébergement, suivis quand nécessaire par l'équipe mobile gériatrique, avant de retourner à leur Ehpad (n = 123). Vingt-huit patients sont décédés au sein du service d'hébergement.

Au total sur les 1369 patients résidents d'Ehpad hospitalisés en 2011, 500 ont été traités dans le service de gériatrie.

Sur ces 500 patients, 50 (10%) sont décédés dans les 15 jours qui ont suivi leur admission aux urgences, et constituent notre sujet d'étude. Les 28 patients décédés dans les services hébergeant n'ont pas été inclus dans notre étude.

1.2. Sexe et âge

Sur les 50 patients étudiés, 27 étaient des femmes (54%) et 23 des hommes.

La moyenne d'âge était de 88,56 ans.

- 85,52 ans pour les hommes,
- 91,15 ans pour les femmes.

Aucune femme et deux hommes étaient âgés de moins de 80 ans.

Quinze femmes et quatre hommes étaient âgés de plus de 90 ans.

Tableau 2: Répartition par sexe et tranches d'âge.

Sexe/âge	< 75	75-79	80-84	85-89	90-94	> 95
Femmes (n=27)	0	0	3	9	6	9
Hommes (n=23)	2	0	5	12	3	1

1.3. Jour et heure d'hospitalisation

Concernant les 50 patients, le lundi et le vendredi correspondaient au jour d'adressage majoritaire (20% et 22% respectivement).

20% des patients ont été hospitalisés le Week-end.

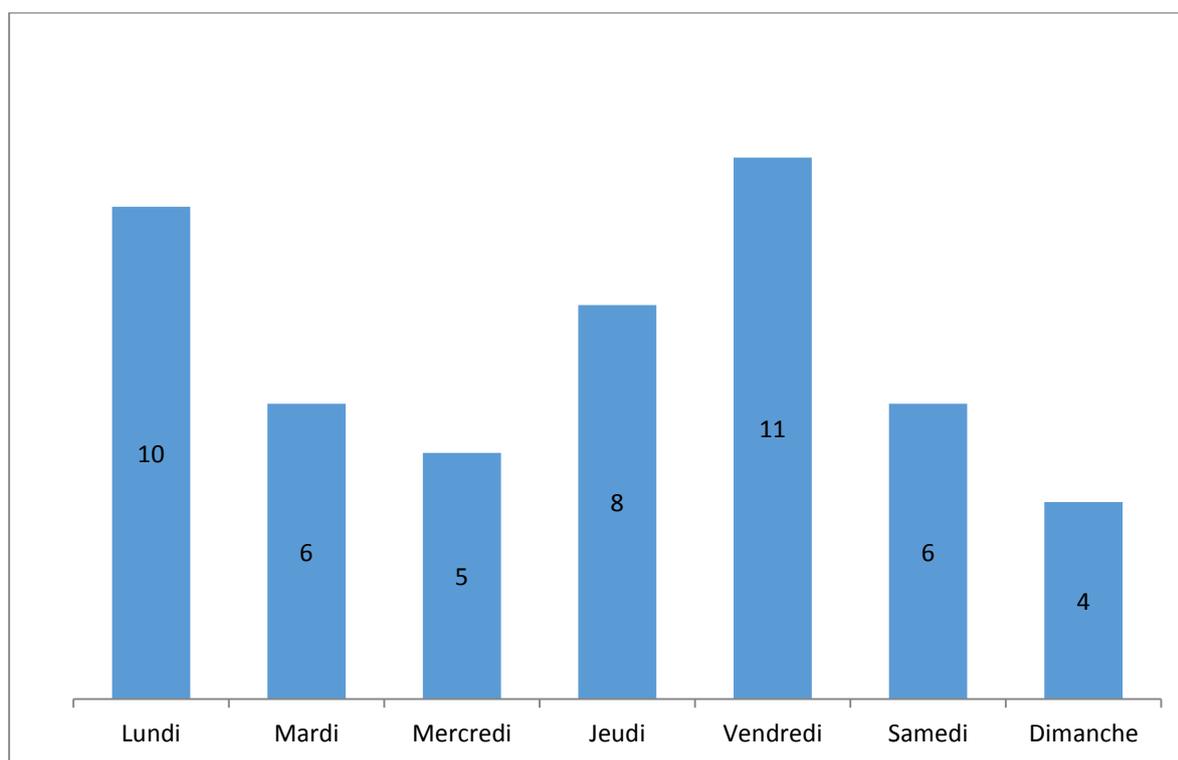


Figure 3 : Répartition hebdomadaire des venues aux urgences des sujets.

- 5 patients sont arrivés aux urgences entre minuit et 8 heures.
- 19 patients sont arrivés entre 08h00 et 13h00.
- 18 patients sont arrivés entre 13h00 et 19h00.
- 8 patients sont arrivés entre 19h00 et minuit.

Au total 13 patients sur 50 (26%) sont arrivés pendant les horaires de nuit aux urgences.

1.4. Jour de décès

- Le décès le plus précoce est survenu le jour même de l'hospitalisation et du transfert dans le service de gériatrie.
- La durée moyenne du séjour avant décès était de 6,52 jours.
 - 32 patients (64%) sont décédés au cours de la première semaine d'hospitalisation, dont 5 à J1, 1 à J2, 7 à J3, 4 à J4, 7 à J5, 5 à J6 et 2 patients à J7.
 - 18 au cours de la seconde semaine : 2 patients à J8, 2 à J9, 3 à J10 et J11, 2 patients à J12, 3 à J13, 2 à J14 et 1 patient à J15.

1.5. Tiers adressant le patient

Sur les 50 patients étudiés, 23 ont été adressés aux urgences par leur médecin traitant avec un courrier de liaison (46%). 27 résidents ont été adressés sans courrier de transfert.

Tous les résidents avaient un dossier de transfert synthétique établi au sein de l'Ehpad.

1.6. Hospitalisations antérieures des patients

Au total, 40 patients (80%, 24 femmes et 16 hommes) étaient connus du service de Gériatrie et avaient au moins une fois fait un séjour antérieur dans le service.

2. Etat clinique des patients

2.1. Motifs d'hospitalisation

A la lecture du dossier médical du service des urgences :

- 15 patients ont été adressés pour problème cardio-vasculaire (30%), 8 pour altération de l'état général (AEG) (16%), 7 pour infection (14%), 3 pour troubles du comportement (6%), 1 pour troubles digestifs (2%) et 1 pour iatrogénie (2%).
- 15 patients adressés pour un double motif (30%) : 4 pour AEG + problème cardio-vasculaire, 7 pour AEG + infection, 2 pour AEG + chute, 1 pour problème cardio-vasculaire + infection et 1 pour trouble du comportement + iatrogénie.

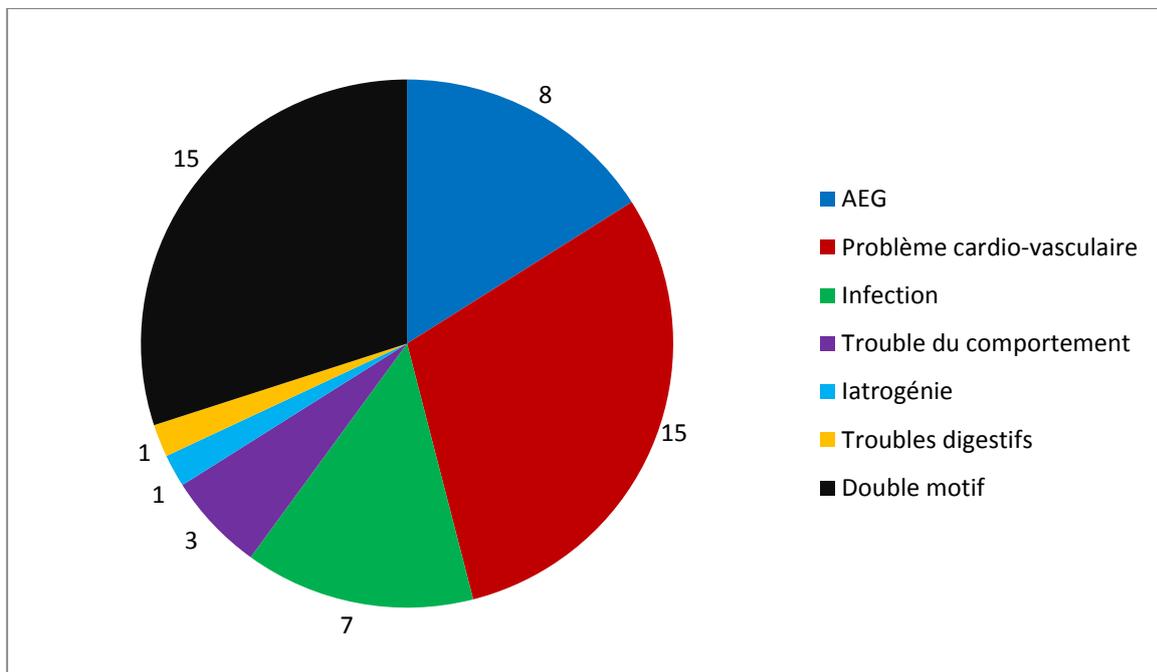


Figure 4 : Motifs d'hospitalisation des patients décédés précocement.

2.2. Autonomie antérieure à l'hospitalisation

Le score GIR moyen de la population étudiée était de 2,2 (+/- 1,1), calcul fait sur 47 patients, 3 patients sans score GIR retrouvé dans le dossier de transfert d'Ehpad.

2 patients avec un score GIR à 5 (4,5%), 7 avec score GIR à 4 (15%), 4 patients classés GIR 3 (8,5%), 21 patients GIR 2 (45%) et 13 en GIR 1 (27%).

Ainsi 34 patients (72%) classés GIR 1 ou 2, avaient une dépendance totale ou lourde.

2.3. L'indice de masse corporelle

Sur les 50 dossiers étudiés pour notre étude, nous avons trouvé seulement 20 IMC calculés.

La moyenne de ces IMC était de 23,2 (+/- 4,84).

6 patients avec un IMC inférieur à 21 et 7 avec un IMC supérieur à 25.

2.4. Données biologiques

2.4.1. Anémie

Sur l'ensemble des sujets étudiés, 48 d'entre eux ont eu une Numération Formule Sanguine (NFS) lors de leur hospitalisation. Le taux d'hémoglobine moyen était de 11,84 g/dl (+/- 2,4), [5,8-17].

27 patients avaient une anémie : 18 avec un taux d'hémoglobine compris entre 10 et 12 g/dl et 9 patients avec un taux d'hémoglobine inférieur à 10 g/dl.

2.4.2. Fonction rénale

Nous avons pu trouver ou calculer la clairance de la créatinine (selon Cockcroft) chez 49 patients.

La clairance moyenne de la population était de 36,49 ml/min (+/- 20,08), [10,5 – 90].

- 6 patients (12%) avec une clairance de la créatinine entre 60 et 90 ml/min.
- 18 patients (37%) avaient une insuffisance rénale modérée avec une clairance de la créatinine entre 30 et 60 ml/min.
- 25 patients (51%) avaient une insuffisance rénale sévère avec une clairance de la créatinine entre 10 et 30 ml/min.

2.5. Comorbidités et score de Charlson

Pour calculer le score de Charlson, nous avons repris les antécédents des patients tels qu'ils étaient indiqués dans leur dossier ou la fiche médicale de synthèse de l'Ehpad. Parmi les comorbidités, le syndrome démentiel et les pathologies cardiovasculaires étaient prépondérants.

Le score de Charlson moyen était de 7,1 (\pm 1,5), [5 – 12]. Neuf patients avaient un score de Charlson quantifié à 5, 8 patients un score de 6, 15 patients un score de 7, 11 patients un score de 8, 4 patients un score de 9, 2 patients un score de 10 et 1 patient un score de 12.

3. Evolution au sein du service de gériatrie

3.1. Avenir prévisionnel des patients lors de l'hospitalisation

Le décès était attendu pour 37 des 50 patients de l'étude (74%), indiqué par une note manuscrite sur le dossier médical par un médecin.

Pour 2 patients, un retour à l'Ehpad avait été programmé.

3.2. Investigations complémentaires

Des examens complémentaires radiologiques (scanner, échographie...) ont été réalisés pour 10 patients (20%).

3.3. Mise en place d'un traitement antalgique type Morphine

Sur les 50 patients étudiés, 28 (56%) ont reçu un traitement antalgique à base de Morphine.

Le traitement a été instauré à J0 pour 10 patients, à J1 pour 1 patient, à J2 pour 5 patients, à J3 pour 2 patients, à J4 pour 1 patient, à J5 pour 2 patients, à J6 pour 2 patients, à J7 pour 1 patient, à J8 pour 1 patient, à J9 pour 1 patient, à J10 pour 1 patient et à J13 pour 1 patient.

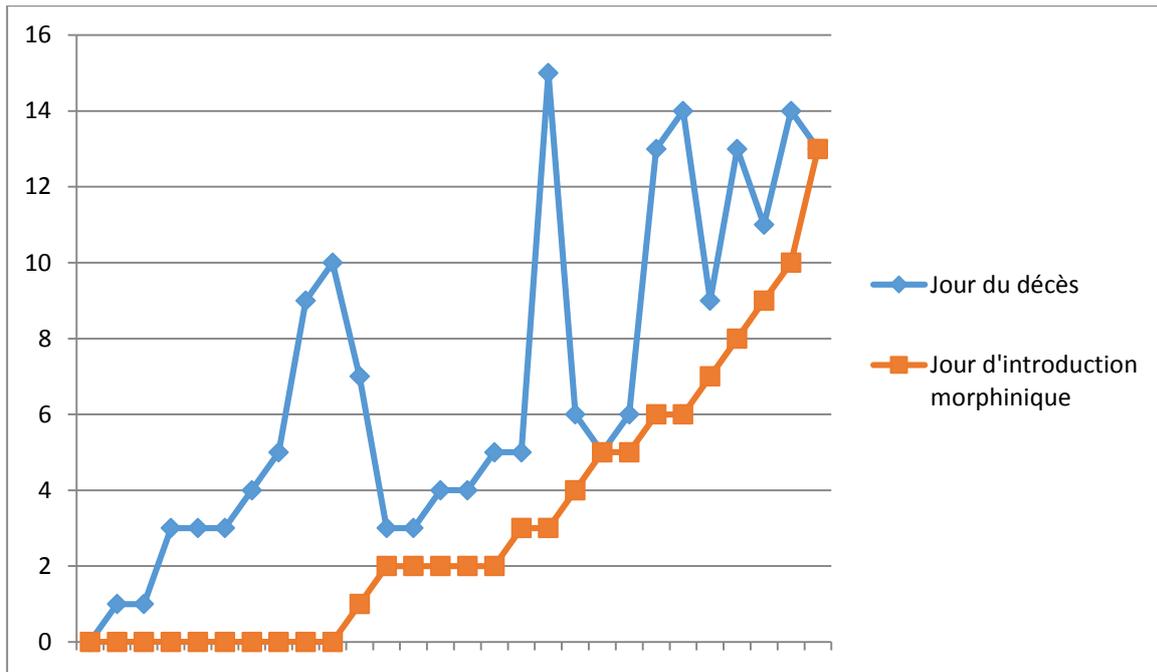


Figure 5 : Délai entre l'introduction du traitement Morphinique et le décès.

3.4. Mise en place d'un traitement sédatif type Hypnovel

16 des 50 patients (32%) ont reçu un traitement anxiolytique type midazolam (Hypnovel®) durant leur hospitalisation.

Le traitement a été instauré à J0 pour 2 patients, à J2 pour 3 patients, à J3 pour 1 patient, à J4 pour 2 patients, à J5 pour 3 patients, à J7 pour 1 patient, à J8 pour 1 patient, à J9 pour 1 patient et à J10 pour 2 patients.

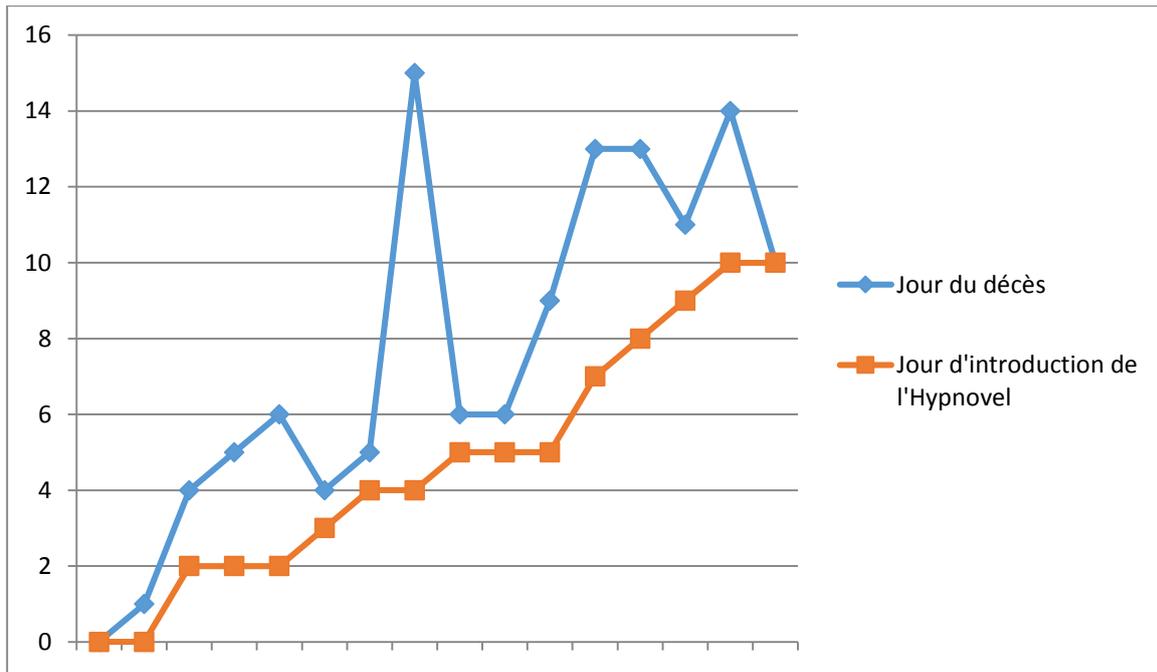


Figure 6 : Délai entre l'introduction du traitement par midazolam et le décès.

Sur les 16 patients ayant reçu un traitement anxiolytique durant leur hospitalisation, 15 avaient reçu également un traitement antalgique par morphine.

3.5. Avis des soins palliatifs

Durant l'hospitalisation des patients, aucun avis auprès du service des soins palliatifs n'a été demandé.

DISCUSSION

Notre étude prend place dans un contexte de vieillissement de la population entraînant un accroissement du nombre de personnes âgées dépendantes [23,27], qui nécessitent une surveillance et des soins quotidiens accrus par rapport au reste de la population. Une des réponses à ce problème a été le développement de structures médicalisées adaptées à la personne âgée dépendante : les Ehpad.

Ces structures médicalisées, outre la prise en charge des patients aux comorbidités de plus en plus lourdes, sont censées permettre un accompagnement de la fin de vie de la façon la plus sereine possible, ce qui implique de limiter le plus possible tout transfert, notamment vers les urgences, sources parfois de douleurs, de désorientation et de mal-être chez la personne âgée.

C'est dans ce cadre-là que notre étude a recueilli les données des résidents d'Ehpad hospitalisés durant l'année 2011 via le service des urgences dans le service de Gériatrie, et décédés dans les quinze jours suivants. Notre hypothèse étant qu'un décès d'un résident d'Ehpad, survenu dans un délai court après hospitalisation, pourrait mettre en cause la pertinence du transfert à l'hôpital. Il nous a paru important de connaître la part que représente cette population parmi la totalité des résidents d'Ehpad adressés aux urgences, et de l'analyser afin de comprendre les facteurs ayant entraîné des hospitalisations potentiellement évitables.

Durant l'année 2011, sur les 2091 résidents d'Ehpad qui ont été adressés aux urgences, 500 (24%) ont été hospitalisés dans le service de Gériatrie. Sur ces 500 patients, 50 (10%) sont décédés dans les quinze jours dont 6 (12%) dans les 48 heures. Pour 37 de ces patients (74%), le décès avait été anticipé par l'équipe médicale de Gériatrie qui avait indiqué ce risque par une note manuscrite sur le dossier médical.

Dans cette partie, après avoir décrit les points forts et les limites de notre étude, nous allons discuter du pourquoi ces décès étaient attendus, à-travers les caractéristiques médicales pré-hospitalières des patients et leur prise en charge hospitalière. Nous discuterons par la même occasion des éléments qui ont conduit ces patients à être transférés aux urgences plutôt que d'avoir une prise en charge dans l'Ehpad.

1. Points forts et limites de l'étude

Le choix de la mortalité comme critère principal de cette thèse est motivé par le fait qu'elle est l'issue la plus défavorable d'une prise en charge médicale. La population Française décède de plus en plus à l'hôpital : un Ehpad structure dite médicalisée pourrait assumer les fins de vie.

Nous avons porté cette étude sur une période de un an afin d'obtenir un nombre suffisant de dossiers pour réaliser une analyse cohérente, et pour éviter le biais de sélection lié à saisonnalité (canicule, épidémies ...).

Ces données donnent une représentation du mode de fonctionnement des Ehpad de la Vienne, quelques années après la création de la convention CHU-Ehpad et peuvent permettre de mettre en évidence les carences de prise en charge et/ou de formation des soignants d'Ehpad sur le sujet de la prise en charge de la fin de vie des personnes âgées.

Le choix d'inclusion et d'exclusion des sujets de l'étude peut être critiquable, du fait de ne pas avoir inclus des patients décédés dans la bonne période, mais non dans le service de gériatrie. En effet cela a entraîné l'exclusion de 28 sujets dont l'ajout des données aurait pu modifier certains de nos résultats.

Le mode de recueil de données, sur dossier médical de façon rétrospective, entraîne un risque de biais d'information du fait que le dossier, réalisé lors de la première hospitalisation puis complété par la suite, n'est pas exhaustif. Certaines données médicales du patient ne sont pas mentionnées comme la taille, ce qui empêche le calcul de l'IMC dans le cas présent. De plus il est fréquent que le passage des patients au service des urgences entraîne la perte de certains documents comme le courrier du médecin traitant ou la fiche synthétique de l'Ehpad, du fait du turn-over important dans les box d'urgence qui favorise les erreurs dans le rangement des dossiers.

Enfin nous n'avons pas recensé le nombre de décès au sein des Ehpad durant l'année 2011. Ce nombre aurait probablement pondéré le nombre de décès intra-hôpital.

2. Caractéristiques générales de la population étudiée

Durant l'année 2011, sur les 2091 résidents d'Ehpad qui ont été adressés aux urgences, 50 (soit 2,4%) sont décédés précocement dans le service de gériatrie, et 78 (soit 3,7%) en prenant en compte les sujets décédés en hébergement qui n'ont pas été inclus pour la recherche de données. Ce chiffre plutôt bas (de l'ordre de 7% dans la littérature) [44] est rassurant quant à la qualité de travail des Ehpad de la Vienne et de leur volonté à laisser leurs résidents avoir une fin de vie dans leur cadre de vie habituel, entourés du personnel médical qu'ils ont l'habitude de côtoyer.

2.1. Une population très âgée, à parts homme/femme équivalentes

Nous pouvons remarquer dans cette étude que la moyenne d'âge des sujets (88,6 ans en moyenne, 85,52 pour les hommes et 91,15 ans pour les femmes) est supérieure à celle des résidents d'Ehpad en Poitou-Charentes recensée en 2007 (85 ans en moyenne, 81 ans pour les hommes et 86 ans pour les femmes) [64]. Ceci peut s'expliquer d'une part par l'augmentation de l'âge moyen des résidents d'EHPAD depuis 2007 et d'autre part du fait que les sujets les plus âgés sont pour la majorité les plus fragiles et de ce fait les plus à risque de décéder.

Contrairement aux dernières études sur la fréquentation des personnes âgées consultant aux urgences, montrant une nette majorité de femmes (entre 60 et 70%) [52-82-94-100], ici nous pouvons constater que la quantité d'hommes et de femmes est peu différenciée avec 54% de femmes malgré une population des résidents d'Ehpad aux trois-quarts féminine [63,64]. Cette différence est d'autant plus nette lorsque l'on compare à l'étude PLEIAD [93] spécifique des flux d'entrée et de sortie des résidents d'Ehpad, qui montre une féminisation à hauteur de 70%.

Quelles hypothèses pouvons-nous formuler pour expliquer cette différence ?

Tout d'abord, les hommes résidents en Ehpad étant en moyenne plus jeunes que les femmes, la notion de fin de vie peut être plus délicate à aborder pour les soignants qui pourraient avoir tendance à les adresser plus facilement aux urgences. Ensuite, les

hommes, décédant plus jeunes que les femmes, restent plus facilement chez eux accompagnés de leur épouse, et entrent en Ehpad lorsqu'ils ont une dégradation physique et cognitive importante. De ce fait les hommes résidents d'Ehpad ont en général un état de santé moins bon que celui des femmes, et sont donc plus enclins à décompenser.

2.2. Des hospitalisations majoritaires en début et fin de semaine

L'enquête DREES 2002 [8] n'observait pas de différence de fréquentation des urgences entre les jours de semaine et le week-end chez les sujets âgés de plus de 75 ans. Dans notre étude, 80% des transferts vers les urgences ont été réalisés un jour de semaine et 20% le week-end. De plus, nous retrouvons des pics d'admission les Lundi et Vendredi avec respectivement 20 et 22% des entrées totales.

Ces pics d'admission nous interpellent et l'on peut se demander pourquoi ces journées sont marquées par de plus nombreuses hospitalisations. La majoration des entrées du vendredi peut être expliquée par une « crainte » du week-end, pendant lequel les médecins traitants ne sont pas joignables, et les effectifs dans les Ehpad réduits, entraînant des difficultés de surveillance et de prise en charge adaptée des patients à risques de décompenser. L'hospitalisation des patients les plus instables avant le week-end serait alors un moyen de limiter les risques d'évènements indésirables au sein de l'Ehpad et de rassurer les soignants et aidants. La majoration des entrées du Lundi quant à elle pourrait être consécutive à la reprise du travail médecin traitant qui découvrirait des patients en état de décompensation clinique ayant débuté durant le week-end, et non pris en charge.

Ces éléments nous laissent à penser que la prise en charge des résidents d'Ehpad le week-end est un problème difficile à gérer tant pour les médecins libéraux et les soignants des Ehpad qui accusent un manque de personnel médical à disposition, que pour les urgentistes qui sont confrontés à des pics d'admission entraînant des problèmes de place dans les services hospitaliers durant le week-end.

Par ailleurs nous pouvons noter que 74% des sujets avaient été admis aux urgences durant la journée. Sachant que très peu d'Ehpad bénéficient d'une présence infirmière durant la nuit [62,95], il est difficile pour des personnes non formées à la prise en charge de patients en fin de vie de déterminer la nécessité d'une hospitalisation, ce qui explique les 26% d'admissions nocturnes. Ce chiffre correspond approximativement à ce que l'on peut retrouver dans d'autres études [51].

2.3. Un relais d'informations plutôt bien assuré

Dans notre étude, nous avons mis en évidence qu'un courrier de transfert réalisé par le médecin traitant (ou adressant) avait été réalisé pour 23 (46%) des patients. Ce chiffre peut paraître bas étant donné l'importance de ces courriers pour la prise en charge urgentiste, mais il est explicable. En effet, si l'on déduit les patients adressés de nuit et de week-end, donc sans l'avis du médecin traitant, ce chiffre passe à près de 80%. Certains courriers ont pu être perdus lors du passage du patient aux urgences et d'autres n'ont peut-être pas pu être réalisés, si le médecin avait une forte charge de travail et avait fait transférer son patient par téléphone. Une étude récente indique un taux de décision d'hospitalisation par le médecin traitant chez les résidents d'Ehpad de 30% [94], chiffre bien plus bas que dans notre étude.

En revanche, nous avons retrouvé dans tous les dossiers la fiche synthétique de l'Ehpad, ce qui peut nous rassurer quant au sérieux des soignants des Ehpad de la Vienne lorsqu'ils doivent organiser le transfert de l'un de leur résident, et ce n'importe quand. Ceci montre une évolution dans la prise en charge des personnes âgées institutionnalisées puisqu'en 1997, 10% des patients étaient transférés sans aucune documentation [52].

2.4. Pathologies cardio-vasculaires et altérations de l'état général

(AEG) aux premiers plans des motifs de consultation

A eux deux, en prenant en compte les doubles causes d'hospitalisation, ces diagnostics représentent 72% des motifs de consultations.

Dans les études déjà réalisées sur les passages aux urgences des sujets âgés, certains motifs de consultation sont clairement majoritaires comme les traumatismes (surtout les chutes), les pathologies cardio-vasculaires et les troubles digestifs [6,44,52,82,100]. Une analyse comparative récente sur les facteurs intervenant dans la décision d'hospitalisation des résidents d'Ehpad décédant à l'hôpital ou en Ehpad [94] trouvait que les causes de décès en Ehpad étaient dues aux infections (pneumopathies surtout) et aux AEG et que les décès hospitaliers étaient secondaire à des poussées d'insuffisance cardiaque (OAP) et des infections majoritairement.

Contrairement à cette étude, dans notre population de sujets âgés institutionnalisés décédés précocement suite à leur hospitalisation, l'altération de l'état général est le premier motif de consultation aux urgences, suivi des pathologies cardio-vasculaires et des infections.

L'altération d'état général est un motif qui est donné pour 21 des sujets de notre étude, soit 42%, dont 8 pour lesquels il est le seul motif d'hospitalisation. L'AEG est par définition le regroupement de trois symptômes qui sont l'asthénie, l'anorexie et l'amaigrissement. Or ces symptômes sont le résultat d'une dégradation progressive de l'état de santé d'un patient, qui ne relève donc normalement pas de soins aigus et n'est normalement pas censée aboutir à une admission dans le service des urgences. On peut alors se poser la question si le terme d'AEG ne correspond plus, dans la pratique, à sa définition classique, mais traduit plutôt une rupture avec l'état antérieur, lié à une pathologie aiguë [49].

Dans ce cas-là, quelle doit-être l'attitude du médecin traitant lorsqu'il doit faire face à ce genre de problème ?

Ces patients ne relèvent pas du service des urgences, mais nécessitent dans la plupart des cas une prise en charge hospitalière. Ne pourrait-on pas réaliser les

investigations initiales (prélèvement sanguin, bandelette urinaire, radiographie pulmonaire) en Ehpad, tout en demandant un transfert vers la filière Gériatrique ? Il est difficile de donner une réponse claire à ce sujet car elle dépend de plusieurs facteurs (rapidité de la dégradation clinique, heure de prise en charge, places dans les services concernés, volonté des familles...) que le médecin libéral doit prendre en compte et qui peuvent modifier complètement la prise en charge. Il est enfin possible qu'un manque de communication entre les médecins libéraux et les structures de soins soit à l'origine de certains passages inappropriés aux urgences. Cette question mériterait d'être approfondie. Des études ont cependant montré l'intérêt d'effectuer certains examens paracliniques en Ehpad (dont la radiographie pulmonaire) pour limiter les transferts hospitaliers [116].

Parmi les autres pathologies qui ont donné lieu à des hospitalisations, on retrouve un problème cardio-vasculaire chez 20 sujets et une infection chez 15 sujets. Ces deux groupes de pathologies sont liés à des problèmes médicaux aigus et sont retrouvés dans la littérature comme faisant partie des motifs les plus fréquemment rencontrés lors de l'admission des personnes âgées aux urgences. Il n'est donc pas surprenant de les retrouver comme source d'admission fréquente chez les sujets de notre étude.

Enfin parmi les motifs d'hospitalisation qui semblent être les moins source de décès chez la personne âgée, nous retrouvons 4 troubles du comportement, 1 trouble digestif, 2 iatrogénie et 2 chutes. Nous pouvons remarquer ici que les sujets âgés résidents d'Ehpad décédant précocement à l'hôpital sont rarement admis à la suite d'un traumatisme. On retrouve des études démontrant que les chutes et autres traumatismes sont responsables de 40 à 50% des consultations des personnes des plus de 70 ans aux urgences [8]. D'autres études montrent une nette différence pour les personnes âgées institutionnalisées, pour qui les traumatismes ne seraient responsables des consultations aux urgences que pour 20 à 30% d'entre eux [28,52,82,100]. Le fait que dans notre étude, seulement deux sujets avaient été admis pour chutes (d'ailleurs associées à un AEG, ce qui laisse à penser que les chutes étaient la conséquence de l'AEG), tend à démontrer que les traumatismes et leurs

complications, bien qu'ayant un lourd retentissement sur la qualité de vie, ne sont pas à l'origine de décès précoces.

2.5. Un état clinique pré-hospitalier précaire

Des patients en nette perte d'autonomie

En 2008, une étude du groupe Korian sur le profil moyen et l'état de santé des personnes âgées accueillies dans ses Ehpad montrait que près de 56% des résidents étaient classés GIR 1 ou 2 [88]. En 2012, une étude montrait une nette différence entre le degré d'autonomie via le GIR moyen des résidents d'Ehpad décédant dans leur établissement et ceux décédant à l'hôpital, le premier étant de 1,1 et le deuxième de 2,6 [94]. Cette étude relevait aussi un taux de patients décédant à l'hôpital en GIR 1 ou 2 de 42%, en GIR 3 de 27%, en GIR 4 de 26% et en GIR 5 de 5%. Dans notre étude le GIR moyen de la population étudiée était de 2,2 avec un taux de 72% de sujets classés GIR 1 ou 2, 8,5% de sujets classés GIR 3, 15% de sujets classés GIR 4 et 4,5% de sujets classés GIR 5. On notera l'absence de sujets classés GIR 6, ce qui est normal ces patients n'étant pas censés être résidents en Ehpad, mais plutôt d'Ehpa.

Plusieurs remarques peuvent être faites :

La différence observée entre les résultats de notre étude et de celle de 2012 pourrait être imputable à la différence du nombre de sujets inclus. En effet si dans notre étude le résultat porte sur 50 patients, il ne porte que sur 20 patients dans l'étude menée en 2012.

Le fait que 72% des sujets de notre étude aient été classés GIR 1 ou 2 dénote que le degré de dépendance n'est pas le facteur principal de la prise décisionnelle d'hospitalisation, mais montre aussi que les patients résidents d'Ehpad décédant à l'hôpital sont en majorité des patients présentant un degré de dépendance élevé, appuyant cette étude de Rozzini et al qui avaient déterminé qu'une perte d'autonomie

fonctionnelle avant la survenue d'un évènement aigu augmentait le risque de décès [96].

Il serait intéressant de déterminer le GIR moyen des résidents d'Ehpad de la Vienne, et celui des résidents décédant en Ehpad et de comparer ces chiffres avec ceux de notre étude pour déterminer si comme dans l'étude de 2012, il existe une différence significative entre le degré de dépendance des sujets décédant en Ehpad ou à l'hôpital.

Un score de comorbidité élevé indiquant un fort risque de mortalité

Afin de déterminer le score de morbidité pré-hospitalier des sujets de notre étude, nous avons utilisé le score de comorbidité de Charlson, validé pour mesurer le risque prédictif de décès à court terme chez la personne âgée [14]. Une version adaptée à la CIM-10 de l'indice de Charlson [104] a permis d'établir 3 niveaux de sévérité de l'état de comorbidité : comorbidité peu sévère (score de Charlson inférieur à 2), comorbidité moyennement sévère (score de Charlson compris entre 2 et 4) et comorbidité très sévère (score de Charlson supérieur ou égal à 5).

Dans notre étude nous pouvons observer que les sujets qui avaient le score de comorbidité le plus bas présentaient un score de Charlson à 5, ce qui correspond déjà à un niveau de comorbidité très sévère. D'autre part le score moyen des sujets était de 7,1 avec un score maximal à 12. Ces résultats nous indiquent que ces patients, déjà en nette perte d'autonomie, présentaient tous un niveau de comorbidité très sévère, et donc un fort risque de décès à court terme. Se pose alors la question des directives anticipées qui auraient peut-être conclu en une limitation des investigations et à l'absence de recours à l'hospitalisation... mais ces directives sont rarement réalisées en France et posent un souci de pérennisation (à renouveler tous les 3 ans au sein d'une population cognitivement vulnérable).

Parmi les comorbidités retrouvées chez les sujets de l'étude, deux groupes étaient nettement prépondérants : le syndrome démentiel (54%) et les pathologies cardio-vasculaires (60%). Des études ont démontré que l'altération des fonctions

cognitives est un facteur indépendant de mortalité [43,78] et que près de 43% des résidents en Ehpad présenteraient une démence [92].

L'évaluation multidimensionnelle de l'état de santé des personnes âgées permet d'identifier les patients les plus vulnérables afin de planifier une prise en charge optimale. Cette identification ne doit en aucun cas conduire à une stigmatisation qui engendrerait une décision de soins purement palliatifs et d'accompagnement de fin de vie mais permettre au praticien libéral de déterminer au cas par cas si le transfert aux urgences est la prise en charge appropriée.

Un marqueur de fragilité peu utilisé

La fragilité du sujet âgé peut se définir comme un syndrome résultant d'une réduction multi systémique des réserves fonctionnelles, limitant les capacités de l'organisme à répondre à un stress, même mineur. Elle se caractérise par un état d'instabilité physiologique exposant à un risque majeur de décompensation fonctionnelle, associée souvent à des phénomènes de cascades et de cercles vicieux, sources de perte d'autonomie, d'institutionnalisation ou de décès. Les caractéristiques qui la représentent le plus sont la sarcopénie, la dénutrition protéino-énergétique, l'altération des fonctions cognitives et des aptitudes posturales.

Nous avons vu précédemment que les sujets de notre étude présentaient pour la plupart une altération des fonctions cognitives et des aptitudes posturales (de par leur degré de dépendance). Nous nous sommes donc penchés sur l'évaluation de leur état nutritionnel via le calcul de l'Indice de Masse Corporelle. Chez le sujet âgé, un IMC inférieur à 21 correspondrait à un état de dénutrition [11].

Le résultat que nous avons obtenu est assez surprenant. En effet, il ne nous a été possible de déterminer l'IMC que chez 20 de nos 50 sujets d'étude. C'est-à-dire que pour 60% d'entre eux, ni dans le dossier clinique, ni dans la fiche synthétique de l'Ehpad nous n'avons pu retrouver tous les éléments nécessaires au calcul de l'IMC, à savoir le poids et/ou la taille. De ce constat nous pouvons nous poser la question si la notion de dénutrition, pourtant essentielle dans la prise en charge du sujet âgé

dépendant, ne serait pas sous-évaluée par le corps médical et paramédical au sein des institutions, ou si la pesée ou la mesure de la taille des résidents peu autonomes ne seraient pas considérées comme des examens trop traumatisants par rapport au bénéfice que le soignant en tirerait.

Parmi les 20 sujets chez qui nous avons pu calculer l'IMC, 6 (soit 30%) présentaient un résultat inférieur à 21 et donc pouvaient être considérés comme dénutris.

Cette difficulté, parfois surprenante, de pesée ou de prise de la taille, ont conduit les auteurs du Mini Nutritional Assessment (MNA) à remplacer l'IMC par la mesure anthropométrique du diamètre du mollet.

Un fort taux de sujets anémiés

L'anémie est une situation fréquente chez le sujet âgé. Sa prévalence est de l'ordre de 15 à 18% chez l'homme et de 8 à 13% chez la femme, alors qu'elle n'est que de 1 à 2% dans la population générale. Selon les études, il a été trouvé une prévalence de l'anémie chez le sujet âgé en institution de 25 à 40% [16]. Elle est aussi un signe de dénutrition. L'anémie chez le sujet âgé se traduit comme pour le sujet jeune par une pâleur cutanéomuqueuse, une asthénie, une dyspnée d'effort et une tachycardie. Pourtant ce tableau clinique est parfois plus difficile à diagnostiquer chez le sujet âgé. En effet l'asthénie peut ne pas être repérée du fait d'un taux d'activité faible, la tachycardie peut être masquée par des traitements médicamenteux, la dyspnée d'effort peut être attribuée à une pathologie cardiopulmonaire et la pâleur cutanée à un manque d'exposition solaire.

Notre étude met en évidence que 56% des sujets présentaient une anémie, qu'elle soit légère, modérée ou sévère. Même si dans certains cas il est possible que le taux d'hémoglobine ait été biaisé par une hémodilution, la prévalence est élevée et l'on peut se demander si cette pathologie ne serait pas sous-diagnostiquée chez les personnes âgées institutionnalisées et de ce fait majorerait l'état de faiblesse de cette population, d'autant plus qu'une étude ayant démontré que l'anémie est associée à un

risque plus élevé d'hospitalisation et de décès chez les personnes âgées institutionnalisées [21] nous conforte dans notre hypothèse.

Une altération de la fonction rénale probablement sous-estimée en institution

L'estimation du débit de filtration glomérulaire (DFG) est importante chez le sujet âgé car l'insuffisance rénale chronique est liée à un risque accru de mortalité, d'apparition d'événements cardiovasculaires et de morbidité [71]. Deux formules sont utilisées en pratique pour la calculer : la formule de Cockcroft and Gault (CG) et la formule de MDRD (Modification of Diet in Renal Disease). Chez la personne âgée, on trouve des estimations différentes du DFG [84] suivant l'utilisation de l'une ou l'autre formule, celle de Cockcroft and Gault ayant tendance à sous-évaluer le DFG. Dans notre étude, nous avons décidé d'utiliser la formule de CG pour cette raison, car nous avons estimé que chez des personnes fragiles, il valait mieux sous-estimer leur capacité rénale plutôt que de la surestimer et provoquer des problèmes liés à la iatrogénie.

Nous avons trouvé chez la population étudiée, que 88% des sujets présentaient une insuffisance rénale, avec 51% des patients en insuffisance rénale sévère. Le rein étant la principale source d'érythropoïétine (EPO), hormone responsable de la régulation de l'érythropoïèse, il est probable que l'insuffisance rénale de ces patients soit pour une partie responsable du fort taux d'anémie retrouvé chez les sujets de notre étude [83].

Après avoir recueilli ces données, nous avons repris les antécédents des patients comme ils étaient indiqués sur leur feuille synthétique d'Ehpad ou dans leur dossier médical hospitalier et nous avons remarqué que seuls quatre patients de l'étude étaient diagnostiqués comme insuffisants rénaux. Cette nette différence entre les antécédents notés et la réalité biologique nous fait nous demander si l'insuffisance rénale chez les résidents d'Ehpad ne serait pas sous-estimée, avec comme

conséquence une augmentation de la morbidité et l'apparition de problèmes liés à la iatrogénie médicamenteuse pouvant être évités [38,53].

3. La prise en charge hospitalière

3.1. Une majorité de décès dans la première semaine

Sur les 50 résidents d'Ehpad décédés dans les 15 premiers jours de leur hospitalisation, 32 sont décédés la première semaine, dont 6 dans les 48 premières heures. La durée moyenne du séjour était de 6,52 jours.

Nous retrouvons une durée moyenne de séjour plus faible que celle de l'étude de Rousseau de 2012 [94] qui était de 8,9 jours car contrairement à eux nous avons dès le départ limité les dates de décès à 15 jours maximum après l'hospitalisation pour nous concentrer sur les décès les plus précoces.

3.2. Des décès pour la plupart anticipés

Durant leur séjour, 74% des patients de notre étude ont été considérés par les médecins du service de gériatrie comme ayant un risque élevé de décéder dans les jours suivants. Le fait de retrouver une note manuscrite dans le dossier médical indiquant le probable décès prochain des patients confirme qu'ils étaient dans un état clinique très instable et nous renforce dans notre interrogation quant à l'intérêt de leur transfert aux urgences, notamment pour ceux qui sont morts moins d'une semaine après leur admission.

Ces indications manuscrites dans les dossiers médicaux ont une double utilité : Tout d'abord, elles rendent explicites les décisions de limitation de soins afin de permettre à l'ensemble des soignants du service de reconnaître qu'un patient est en fin de vie. Ensuite, c'est une information capitale pour les soignants ne faisant pas

partie du service qui pourraient être amenés à intervenir lors de gardes ou d'astreintes et qui ne connaissent pas le patient.

Dans l'étude de Rousseau de 2012, il est clairement indiqué que peu de décisions de non-hospitalisations avaient été prises pour les résidents d'Ehpad et que l'on remarquait une absence quasi-totale de trace écrite sur les dossiers médicaux, même si l'on pouvait constater de par les traitements non invasifs privilégiant le confort, que ces patients étaient au cœur d'une prise en charge palliative.

La réalisation systématique d'une trace écrite dans les dossiers des résidents d'Ehpad dont la prise en charge ne nécessite que des soins à visée palliative pourrait être un élément limitant le transfert aux urgences, notamment lors des horaires de nuit et le week-end, lorsque ce sont les soignants des Ehpad et les médecins de garde et ceux du SAMU qui doivent prendre la décision du transfert. Un effort dans ce sens de la part des médecins libéraux permettrait une amélioration de la prise en charge de ces patients.

A noter que parmi les sujets de l'étude, 2 patients sont décédés brutalement sans réelle explication autre que leur état de fragilité (pouvons-nous identifier ces décès comme « naturels » liés à l'âge ?) puisqu'un retour vers leur Ehpad était prévu et indiqué sur leur dossier ce qui implique que le problème médical initial responsable de l'hospitalisation ait été traité.

3.3. Une limitation des examens complémentaires au strict

minimum

Parmi les sujets de notre étude, seulement 10 patients (20%) ont eu des examens complémentaires radiologiques avant leur décès. Ce chiffre est cohérent par rapport au reste de notre étude dans le cadre d'une population dont les décès étaient prévu pour 74%, et dont la prise en charge se voulait en majorité tournée vers les soins palliatifs. En effet ce type d'examen complémentaire est souvent source de stress aigu,

de déplacements physiques parfois douloureux, d'inconfort et est inutile si l'objectif secondaire n'est pas de mettre en place un traitement à visée curative.

En revanche 48 patients ont eu une prise de sang, examen de base peu contraignant et souvent routinier, qui parfois peut expliquer la dégradation clinique des patients et amener à une correction permettant un retour des patients à leur état clinique antérieur.

3.4. Place des opiacés et de la sédation dans la prise en charge

hospitalière

Le patient en fin de vie, quel que soit l'âge, de par la maladie et les expériences de séparation auxquelles elle le confronte, peut vivre une souffrance physique et psychique. Ce sont la douleur, l'anxiété, les craintes, les incompréhensions qui peuvent générer une souffrance globale. Le fait de se retrouver dans un lieu inconnu entouré de personnes non familières ne peut qu'exacerber ces sensations et rend de ce fait la fin de vie très inconfortable.

Dans un souci de soulager le patient afin de rendre sa fin de vie plus « douce » et moins douloureuse, l'utilisation des traitements à base de morphine et/ou de midazolam est unanimement acceptée et recommandée [66].

La morphine est un traitement opiacé utilisé en première intention dans la prise en charge des douleurs nociceptives intenses. La multiplicité des formes galéniques à disposition (comprimé, gélule, solution buvable, solution injectable, patch transdermique, bâtonnet transmuqueux) offre des possibilités thérapeutiques importantes. Le deuxième intérêt des morphiniques dans la prise en charge d'une fin de vie est son activité anxiolytique, qui permet d'apaiser la souffrance morale des patients.

Le midazolam est un hypnotique sédatif de courte durée d'action exerçant également des activités anxiolytiques, anticonvulsivantes et myorelaxantes. Il est

utilisé pour contrôler des symptômes réfractaires en fin de vie ou extraire le malade d'une souffrance intense de nature physique ou psychologique.

Ces deux traitements ont pour avantage de pouvoir être administrés par voie sous-cutanée, voie d'abord bien tolérée.

Dans notre étude, nous pouvons remarquer que 28 (56%) patients ont reçu durant leur séjour un traitement morphinique, et que 16 (32%) patients ont reçu un traitement sédatif par midazolam. Ceci indique que plus de la moitié des sujets présentaient une souffrance physique importante et qu'au moins un tiers d'entre eux présentaient des signes d'anxiété et/ou d'agitation les mettant dans un état d'inconfort physique et psychologique. On notera que 15 patients ont nécessité un traitement à la fois antalgique par morphine et sédatif par midazolam, l'antalgique seul n'ayant pas suffi à les soulager efficacement.

L'utilisation de ces traitements n'est en aucun cas associée au décès précoce des patients. En effet plusieurs études démontrent que la sédation et les morphiniques utilisés aux doses usuelles ne raccourcissent pas la durée de vie des patients [36,73,105]. D'autre part, on remarque bien dans notre étude grâce aux courbes comparatives entre les dates d'introduction des deux traitements et les dates de décès des sujets, que les décès interviennent de façon très différente d'un patient à un autre par rapport à la mise en place des traitements.

3.5. Peu d'utilisation du service de soins palliatifs

Le service de soins palliatif de l'hôpital de Poitiers, pourtant détenteur d'une équipe mobile de soins palliatifs, n'a été requis pour aucun des patients de notre étude.

Ceci peut s'expliquer par deux raisons : tout d'abord l'équipe de soins palliatifs, dont l'intérêt est de mettre en place des soins destinés au maintien de la qualité de vie des patients présentant une maladie évolutive et incurable, n'est pas forcément nécessaire dans la prise en charge d'une fin de vie rapide comme chez les patients de notre étude. Ensuite, les médecins gériatres de Poitiers sont habitués aux soins palliatifs ce qui limite leur demande d'intervention du service spécialisé.

CONCLUSION

Le faible taux de résidents d'Ehpad décédant précocement dans le service de gériatrie par rapport au nombre de transferts total durant l'année 2011 relevé par notre étude indique que les Ehpad de la Vienne tiennent globalement bien leur rôle de dernier lieu de vie et en pratique, que la convention CHU-Ehpad est plutôt bien suivie. Toutefois des efforts sont encore à faire pour éviter certaines fins de vie éprouvantes.

Quand une personne âgée institutionnalisée en Ehpad est dans une phase de santé critique risquant d'aboutir à son décès, il est souhaitable de déterminer sur quels éléments les soins peuvent être correctement assurés dans l'Ehpad ou bien s'il est préférable de la transférer à l'hôpital et, dans ce cas, à quelles conditions et avec quelles précautions.

Les sujets de notre étude étaient très âgés et présentaient pour la majorité un état clinique général précaire, un taux de dépendance élevé et de lourdes comorbidités, ce qui pour les trois-quarts d'entre eux laissait présager une fin de vie imminente, soulignée par la prise en charge hospitalière par les gériatres plutôt tournée vers les soins de confort et la limitation des examens complémentaires.

Un défaut d'information entre les médecins libéraux et les soignants des Ehpad est mis en évidence de par le fort taux de transfert des résidents en fin de vie la nuit et le week-end. La réalisation de directives anticipées, la rédaction de façon explicite de la mise en place d'un traitement à visée palliative et une présence infirmière durant la nuit pourraient limiter les transferts inappropriés. Ceci est chronophage nécessitant de réunir le patient, le médecin traitant, la famille, l'infirmière de coordination et le médecin coordonnateur. Néanmoins il s'agit d'une nécessité de par la démographie actuelle et à venir, l'amélioration à souhaiter de l'accompagnement et le coût de l'hospitalisation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ackermann RJ, Kemle KA, Vogel RL, Griffin RC Jr. Emergency department use by nursing home residents. *Ann Emerg Med* 1998;31:749-57.
2. Adamson JW. Renal disease and anemia in the elderly. *Semin hematol* 2008;45:235-41.
3. Ann R. Pertinence des admissions des personnes âgées aux Structures des Urgences du Centre Hospitalo-universitaire de Caen [Mémoire Master M2 pro]. Université de Caen et de Rouen;2006.
4. AquinoJP. Le plan national « bien vieillir ». *Gérontologie et société* 2008;125:39-52.
5. Arveux I, Faivre G, Lenfant L et al. Le sujet âgé fragile. *La Revue de Gériatrie* 2002;27:569-81.
6. Barker WH, Zimmer JG, Hall WJ, Ruff BC, Freundlich CB, Eggert GM. Rates, patterns, causes, and costs of hospitalization of nursing home residents: a population-based study. *Am J Public Health* 1994;84:1615-20.
7. Bas P. Plan solidarité grand Âge. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie* 2007:1-39.
8. Baubeau D. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *DREES Etudes et Résultats* 2003;215
9. Bergman H, Clarfield AM. Appropriateness of patient transfer from a nursing home to an acute-care hospital: a study of emergency room visits and hospital admissions. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:1164-8.
10. Berthel M. coopération Ehpad/CHU pour améliorer la prise en charge en fin de vie. *Cairn info* 2005;228-30.
11. Blin P, Ferry M. Prévalence de la dénutrition protéino-énergétique en Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). *La Revue de Gériatrie* 2011;36:127-134.
12. Bontout O, Colin C, Kerjosse R. Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels: une projection à l'horizon 2040. *DREES, Etudes et résultats* 2002;160:1-12.
13. Brooks S, Warshaw G, Hasse L, Kues JR. The physician decision-making process in transferring nursing home patients to the hospital. *Arch Intern Med* 1994;154:902-8.
14. Buntinx F, Niclaes L, Suetens C, Jans B, Mertens R, Van den Akker M. Evaluation of Charlson's comorbidity index in elderly living in nursing homes. *J Clin Epidemiol* 2002;55:1144-7.
15. Caselli G, Vallin J, Wunsch G. *Démographie : Analyse et Synthèse* 2001;6:582.
16. Chaibi P, Merlin L, Ourad W. Conduite à tenir devant une anémie chez un sujet âgé. *La Revue de Gériatrie* 2003;28:57-68.

17. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987;40:373-383.
18. Charvet-Protat S, Falcoff H, Jarlier A. Principes d'évaluation des réseaux de santé. *ANAES/Direction de l'évaluation* 1999:1-139.
19. Cohen-Mansfield J, Lipson S. To hospitalize or not to hospitalize? That is the question: an analysis of decision making in the nursing home. *Behav Med* 2006;32:64-70.
20. Coutton V. Évaluer la dépendance à l'aide de groupes iso-ressources (GIR) : une tentative en France avec la grille agir. *Gérontologie et Société* 2001;99:111.
21. Culleton BF, Manns BJ, Zhang J, Tonelli M, Klarenbach S, Hemmelgarn BR. Impact of anemia on hospitalization and mortality in older adults. *Blood* 2006;107:3841-6.
22. Decelle G. Equipe mobile de gériatrie intervenant en Ehpad : Enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes du bassin de santé d'Annecy [thèse]. Université de Grenoble;2011.
23. Drame M. Analyse de la fragilité du sujet âgé au travers de la mortalité dans la cohorte SAFES (sujet âgé fragile – évaluation et suivi) [thèse]. Université de Reims;2009.
24. Drame M, Novella JL, Lang PO et al. Derivation and validation of a mortality-risk index from a cohort of frail elderly patients hospitalised in medical wards via emergencies: the SAFES study. *Eur J Epidemiol* 2008;23:783-91.
25. Drame M, Jovenin N, Novella JL et al. Predicting early mortality among elderly patients hospitalised in medical wards via emergency department: the SAFES cohort study. *J Nutr Health* 2008;12:599-604.
26. Drame M, Dia P A J, Jolly D et al. Factors predictive of long-term mortality in patients aged 75 years or older hospitalized from the emergency department: the SAFES cohort. *Presse Med* 2009;38:1068-75.
27. Duée M, Rebillard C. La dépendance des personnes âgées: une projection en 2040. *Données sociales–La société française* 2006:613-619.
28. Etat DD. Les personnes âgées de 75 ans et plus ayant recours aux urgences du CHU de Bondy (93) : Caractéristiques épidémiologiques et place de la prise en charge par la filière gériatrique [thèse]. Université de Paris Descartes;2010.
29. Extermann M. Measurement and impact of comorbidity in older cancer patients. *Crit Rev Oncol Hematol* 2000;35:181-200.
30. Fanello S, Moutel L. 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;11:465-482.
31. Demaret C. Fin de vie en Ehpad [Mémoire]. Paris : Faculté Cochin Port-Royal 2007.

32. Fried LP, Kronmal RA, Newman AB et al. Risk factors for 5-year mortality in older adults: the Cardiovascular Health Study. *JAMA* 1998;279:585-92.
33. Garnier M. Evolution des EHPAD à 15 ans : entre sécurité et humanité. [Mémoire]. Paris : Faculté Cochin Port-Royal 2006.
34. Geffrier-d'Acremont C, Anaes P. Soins palliatifs: spécificité d'utilisation des médicaments courants hors antalgiques. *Bull Cancer* 2003;90:255-267.
35. Gonthier R, Kariger E, Kørner E et al. La fin de vie des personnes âgées : à propos de la révision de la loi LEONETTI. *La Revue de Gériatrie* 2013;38:81-92.
36. Good PD, Ravenscroft PJ, Cavenagh J. Effects of opioids and sedatives on survival in an Australian inpatient palliative care population. *Intern Med J* 2005;35:512-7.
37. Haegy J, Andronikof M, Thiel M. Ethique et urgences: Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. *Journal Européen des Urgences* 2003.
38. Hanlon JT, Wang X, Handler SM et al. Potentially inappropriate prescribing of primarily renally cleared medications for older veterans affairs nursing home patients. *J Am Med Dir Assoc* 2011;12:377-83.
39. Happ MB, Capezuti E, Strumpf NE et al. Advance Care Planning and End-of-Life Care for Hospitalized Nursing Home Residents. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:829-835.
40. Houede B. Soignants en EHPAD: quelles difficultés dans l'accompagnement en fin de vie ? [Mémoire]. Université de Rennes;2010.
41. Hutt E, Ecord M, Eilertsen TB, Frederickson E, Kramer AM. Precipitants of Emergency Room Visits and Acute Hospitalization in Short-Stay Medicare Nursing Home Residents. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:223-9.
42. Incalzi RA, Capparella O, Gemma A et al. The interaction between age and comorbidity contributes to predicting the mortality of geriatric patients in the acute-care hospital. *J Intern Med* 1997;242:291-8.
43. Incalzi RA, Gemma A, Capparella O et al. Predicting mortality and length of stay of geriatric patients in an acute care general hospital. *J Gerontol* 1992;47:35-9.
44. Ingarfield SL, Finn JC, Jacobs Ig et al. Use of emergency departments by older people from residential care: a population based study. *Age Ageing* 2009;38:314-8.
45. Inouye SK. Importance of Functional Measures in Predicting Mortality Among Older Hospitalized Patients. *JAMA* 1998;279:1187-1193.
46. Insee - Population - Accompagner la dépendance en Poitou-Charentes. <http://www.insee.fr> (accès le 20 Janvier 2013).
47. Insee - Population - Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 - La population continue de croître et le vieillissement se poursuit. <http://www.insee.fr> (accès le 20 Janvier 2013).

48. Insee - Population - Statistiques d'état civil sur les décès en 2010. <http://www.insee.fr> (accès le 28 Décembre 2012).
49. Jainsky L, Tazé S, Schmidt J. Altération de l'état général : un motif de passage fréquent aux urgences pour des personnes âgées. *Journal Européen des Urgences* 2008;21:149.
50. Jeandel C. Un programme pour la gériatrie. Rapport commandé par Xavier Bertrand;2006.
51. Jensen PM, Fraser F, Shankardass K, Epstein R, Khera J. Are long-term care residents referred appropriately to hospital emergency departments? *Can Fam Physician* 2009;55:500-5.
52. Jones JS, Dwyer PR, White LJ, Firman R. Patient Transfer from Nursing Home to Emergency Department: Outcomes and Policy Implications. *Acad Emerg Med* 1997;4:908-15.
53. Jones SA, Bhandari S. The prevalence of potentially inappropriate medication prescribing in elderly patients with chronic kidney disease. *Postgrad Med J* 2013;89:247-250.
54. Kurtzmann I. Prise en charge des urgences en EHPAD, proposition d'amélioration par le médecin coordonnateur [Mémoire]. Paris : Faculté Cochin Port-Royal;2007.
55. De Decker L. L'indice de co-morbidité de Charlson. *Ann Gerontol* 2009;2:159-60.
56. Lamberg JL, Person CJ, Kiely DK, Mitchell SL. Decisions to hospitalize nursing home residents dying with advanced dementia. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:1396-1401.
57. Lanièce I, Couturier P, Dramé M et al. Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. *Age Ageing* 2008;37:416-22.
58. Lazarovici C, Somme D, Chatellier G, Saint-Jean O, Espinoza P. Initial pattern of elderly patients and effect on their orientation after their visit in the emergency departments. Results from a national study. *Rev Med Interne* 2008;29:618-25.
59. Lazarovici C., Carrasco V, Baubeau D, Somme D, Saint-Jean O. Enquête sur les utilisateurs des services d'urgences, profil des usagers de plus de 75 ans. *Journal Européen des Urgences* 2004;17:209-214.
60. Lazarovici C, Somme D, Carrasco V, Baubeau D, Saint-Jean O. Caractéristiques, consommation de ressources des usagers des services d'urgences de plus de 75 ans en France. *Presse Med* 2006;35:1804-1810.
61. Léonetti J. Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation de la loi n° 2005-370 du 22 Avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie;2008.
62. DRASS Poitou-Charente. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en Poitou-Charentes Fin 2007. *Com'stat* 2009;5:1-8.
63. Brocas AM. Les personnes âgées en institution. *Dossier solidarité et santé* 2011;22:1-32.

64. DREES. Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. *Etudes et résultats* 2009;699:1-8.
65. DREES. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. *Etudes et résultats* 2003;212:1-8.
66. Lindqvist O, Lundquist G, Dickman A et al. Four essential drugs needed for quality care of the dying: a Delphi-study based international expert consensus opinion. *J Palliat Med* 2013;16:38-43.
67. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. <http://www.legifrance.gouv.fr> (accès le 12 septembre 2012).
68. Long T, Scientifique C, Samu DU. 10ème conférence de consensus prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. *Société Francophone de Médecine d'Urgence* 2003.
69. Mardegan P. Urgences et demandes de soins en urgence, quelle prise en charge. *Actualité et Dossier en Santé Publique* 2005;52:18-22.
70. Faye M. Filière de soins gériatriques : le flux des personnes âgées de 75 ans ou plus en provenance des EHPAD , ayant recours aux services des urgences en Limousin. *ORULIM* 2011.
71. Mc Clellan WM, Resnick B, Lei L et al. Prevalence and severity of chronic kidney disease and anemia in the nursing home population. *J Am Med Dir Assoc* 2010;11:33-41.
72. McCloskey R, Van den Hoonaard D. Nursing home residents in emergency departments: a Foucauldian analysis. *J Adv Nurs* 2007;59:186-94.
73. Mercadante S, Intravaia G, Villari P, Ferrera P, David F, Casuccio A. Controlled sedation for refractory symptoms in dying patients. *J Pain Symptom Manage* 2009;37:771-9.
74. Meyer S, Verger P, Peyrichou S. Une solution dans la prise en charge des résidents d'EHPAD en situation d'urgence paramédicale. L'unité de recours et de soin gériatrique du CHU de Limoges. *La Revue de Gériatrie* 2011;36:215-220.
75. Michel M, Michel O. Existe-t-il une spécificité des soins palliatifs chez le sujet âgé? *Revue internationale de soins palliatifs* 2002;17:30-32.
76. Monnier A, Pennec S. Le grand âge et le vécu de la mort. *Gérontologie et société* 2001;98:129.
77. Moritz F, Benez F, Verspyck V et al. Quelle prise en charge des personnes très âgées aux urgences ? Evaluation de 150 patients très âgés au CHU de Rouen. *Presse Med* 2001;30:51-54.
78. Narain P, Rubenstein LZ, Wieland GD et al. Predictors of immediate and 6-month outcomes in hospitalized elderly patients. The importance of functional status. *J Am Geriatr Soc* 1988;36:775-83.

79. Neuzillet Y. Evaluation of co-morbidities and co-morbidity evaluation scores. *Prog Urol* 2009;19:80-6.
80. Niel X, Beaumel C. Le nombre de décès augmente, l'espérance de vie aussi. *Insee première* 2010;1318:1-4.
81. Petitot C, Chapuis F, Touzet S, Fournier G, Bonnefoy M. Passage inapproprié des personnes âgées aux urgences médicales d'un établissement hospitalier universitaire : une enquête prospective. *La Revue de Gériatrie* 2008;33:761-769.
82. Ouslander JG, Lamb G, Perloe M et al. Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: frequency, causes, and costs. *J Am Geriatr Soc* 2010;58:627-35.
83. Pautas, E. Insuffisance rénale et anémie chez le sujet âgé. *La Revue de Gériatrie* 2009;34:801-803.
84. Pedone C, Corsonello A, Incalzi RA. Estimating renal function in older people: a comparison of three formulas. *Age Ageing* 2006;35:121-6.
85. Percival J, Johnson M. End-of-life care in nursing and care homes. *Nursing times* 2013;109:20-2.
86. Poitiers D. Le réseau gérontologique ville-hôpital du grand Poitiers : Un temps, un lieu, un espace, des actions. *GCS Réseau Gérontologique de Poitiers*.
87. Poupet JY, Ingrand P, Pradere C, Thomas P, Bonneau-Lussier MD, Merlet I. Les personnes âgées adressées aux urgences: caractéristiques médico-sociales, motifs d'admission et orientation initiale. *La Revue de Gériatrie* 1995;20:465-470.
88. Denormandie P. Profil des résidents d' EHPAD: une étude de KORIAN, spécialiste de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées 2008. <http://www.groupe-korian.com/> (accès le 3 Février 2013).
89. Promotion M, Ynesta S. Evaluation de la prise en charge de la fin de vie dans les EHPAD [Mémoire]. Paris : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique;2011.
90. Gonthier R, Blanc P, Farce S, Stierlam F. Individualisation des personnes âgées fragiles et filières de soins. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil* 2003;1:187-96.
91. Reynaert M, Danthee A. La fin de vie au service des urgences: Pourquoi ? Comment ? *Louvain médical* 2006;125:398-403.
92. Rolland Y, Hermabessière S, Abellan van Kan G, Gérard S, Guyonnet-Gillette S, Vellas B. Description des résidents d'EHPA: données de l'enquête menée par le réseau REHPA (Recherche en établissements d'hébergement pour personnes âgées). *Cah Ann Gerontol* 2009;1:35-41.
93. Rolland Y, Andrieu S, Hein C, Vellas B. Les flux d'entrée et de sortie des résidents des EHPAD en France : résultats de l'étude PLEIAD. *La Revue de Gériatrie* 2012;37:543-548.

94. Rousseau C, Cattenoz C, Le Guen A, Delarue N. Décès en EHPAD ou à l'hôpital : analyse des facteurs intervenants dans la décision d'hospitalisation des résidents. *La Revue de Gériatrie* 2012;37:257-264.
95. Royal FC. Contribution de la filière de soins gériatrique à la continuité des soins dans les EHPAD. Evaluation des besoins et du recours aux systèmes de soins d'urgences dans le territoire de santé 95 [Mémoire]. Paris : Faculté Cochin Port-Royal;2009.
96. Rozzini R, Sabatini T, Cassinadri A et al. Relationship between functional loss before hospital admission and mortality in elderly persons with medical illness. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005;60:1180-3.
97. Sachet A. Mourir âgé en institution. *Etudes sur la mort* 2004;126:115.
98. Salive ME, Cornoni-Huntley J, Guralnik JM. Anemia and hemoglobin levels in older persons: relationship with age, gender, and health status. *J Am Geriatr Soc* 1992;40:489-96.
99. Sant GDELA, Facult ES, Guesde J. Analyse des rapports d'activité médicale des EHPAD du Tarn en 2009. *Observatoire Régional Santé Midi-Pyrénées* 2010.
100. Schwebel G, Manciaux M, Baumann C. Recours au service d'accueil des urgences des personnes âgées en provenance des établissements d'hébergement. *La Revue de Gériatrie* 2005;30:547-56.
101. Shlipak MG, Fried LF, Cushman M et al. Cardiovascular mortality risk in chronic kidney disease: comparison of traditional and novel risk factors. *JAMA* 2005;293:1737-45.
102. Simonet F. Perspectives d'évolution de la coordination gérontologique liées à la mise en place des CLIC Exemple de la région Rhône-Alpes [Mémoire]. Paris : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique;2001.
103. Somme D, Yvain F, Levy A, Elrodt A, Davido A, St-Jean O. Patients âgés de 80 ans et plus admis en urgence: Caractéristiques et filières de soins. *Presse Med* 2003;32:870-875.
104. Sundararajan V, Henderson T, Perry C, Muggivan A, Quan H, Ghali WA. New ICD-10 version of the Charlson comorbidity index predicted in-hospital mortality. *J Clin Epidemiol* 2004;57:1288-94.
105. Sykes N, Thorns A. Sedative use in the last week of life and the implications for end-of-life decision making. *Arch Intern Med* 2003;163:341-4.
106. Tena-Nelson R, Santos K, Weingast E, Amrhein S, Ouslander J, Boockvar K. Reducing potentially preventable hospital transfers: results from a thirty nursing home collaborative. *J Am Med Dir Assoc* 2012;13:651-6.
107. Unger PF, Stuckelberger A, Michel JP. Orientation des patients âgés à partir du service d'accueil et d'urgence. *Réanimation Urgences* 1993;2:273-278.

108. Van Nes MC, Herrmann FR, Gold G, Michel JP, Rizzoli R. Does the mini nutritional assessment predict hospitalization outcomes in older people? *Age Ageing* 2001;30:221-6.
109. Vaquin-Villeminey C, Gauthier P. Partenariat clinique entre un EHPAD et un réseau de soins palliatifs: bénéfiques et limites. *La Revue de Gériatrie* 2010;35:263-269.
110. Guinchard-Kunstler P. VieillirenFrance : Engeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie. Rapport politique;1999.
111. Dab W, Tregoat JJ. Recommandations de bonnes pratiques de soins en Ehpad;2004.
112. Danezis A.. Parcours de soins de la personne âgée vivant en Ehpad [Mémoire de DIU de médecin coordinateur en Ehpad]. Paris : Faculté Cochin Port Royal;2008.
113. Wang HE, Shah MN, Allman RM, Kilgore M. Emergency department visits by nursing home residents in the United States. *J Am Geriatr Soc* 2011;59:1864-72
114. Winograd CH, Gerety MB, Chung M, Goldstein MK, Dominguez F, Vallone R. Screening for frailty: criteria and predictors of outcomes. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:778-84.
115. Young Y, Barhydt NR, Broderick S, Colello AD, Hannan EL. Factors associated with potentially preventable hospitalization in nursing home residents in New York State: a survey of directors of nursing. *J Am Geriatr Soc* 2010;58:901-7.
116. Hutt E, Kramer AM. Evidence-based guidelines for management of nursing-home acquired pneumonia. *J Fam Pract* 2002;51:709-16.

Résumé

Rationnel : Devant le vieillissement de la population et l'augmentation de la dépendance, devant l'impression que la population décède à l'hôpital, on peut se poser la question de savoir si les structures Ehpad jouent leur mission de dernier lieu de vie.

But de l'étude : Juger *à posteriori* de la pertinence du transfert aux urgences de résidents d'Ehpad décédant précocement après leur hospitalisation.

Méthode : Etude descriptive, rétrospective menée sur l'année 2011 qui concernait les résidents d'Ehpad hospitalisés dans le service de gériatrie de Poitiers via les urgences et décédant dans les quinze jours après admission. Recueil des caractéristiques socio-démographiques (dont statut fonctionnel GIR et indice de masse corporelle IMC) et clinico-biologiques (dont score de Charlson de co-morbidités) à partir du dossier médical.

Résultats : 50 patients (2,4% des résidents d'Ehpad transférés aux urgences durant l'année 2011) ont été répertoriés : moyenne d'âge 88,5 ans, 54% étaient des femmes. Les sujets ont été hospitalisés majoritairement le lundi et le vendredi; 26% de nuit; dans 46% des cas on notait un courrier de liaison du médecin traitant et dans 100% des cas une fiche médico-sociale synthétique de l'Ehpad. Les motifs d'hospitalisation les plus fréquents étaient une altération de l'état général et un problème cardio-vasculaire. Le GIR moyen était de 2,2. Le score de Charlson moyen était de 7,1. Plus de la moitié des patients avaient une anémie, 88% avaient une insuffisance rénale. L'IMC n'était trouvé que pour 40% des sujets. Vingt-pour-cent ont eu des examens complémentaires radiologiques, 56% ont reçu un traitement antalgique, 32% un traitement anxiolytique. La durée moyenne du séjour était de 6,5 jours. Le décès attendu à court terme était mentionné pour 74% des patients.

Conclusion : Cette analyse révèle un faible taux de décès hospitalier précoce de résidents d'Ehpad hospitalisés aux Urgences durant l'année 2011. Elle souligne les progrès réalisés mais la nécessité de poursuivre les efforts en termes de coordination et de dialogue entre les médecins libéraux, les soignants des Ehpad et l'hôpital afin de garantir la meilleure prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Mots clés : Ehpad, résidents, gériatrie, décès, hôpital.

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie 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 !



