



La filière gériatrique

RECHERCHE ET PUBLICATIONS

L'effet de la multi-morbidité sur le recours aux hospitalisations et orientations aux urgences des résidents d'Ehpad

À ce jour, la plupart des travaux se sont intéressés aux conséquences des maladies prises isolément (diabète, démence, insuffisance cardiaque...) sur différents événements péjoratifs (hospitalisations, décès). Peu d'études ont exploré les conséquences de la multi-morbidité qui est pourtant la situation la plus fréquemment rencontrée chez les personnes âgées. Les résidents d'Ehpad se caractérisent souvent par des maladies concomitantes, une poly-médication, un recours élevé aux services de soins. Nous nous sommes, ici, intéressés aux conséquences des pathologies mentales (démence, pathologie psychiatrique...), et physiques (diabète, insuffisance cardiaque, cancer...), ou de leur association (physique et mentale) sur le recours aux hospitalisations à partir des données de l'étude IQUARE.

Rappelons que 6275 résidents de 175 Ehpad ont été inclus dans l'étude. Les caractéristiques médicales, le nombre et le lieu des hospitalisations au cours des 12 mois précédant l'inclusion ont été renseignés.

1 944 résidents ont été hospitalisés, totalisant 2 921 hospitalisations. Parmi eux, 1 119 résidents sont passés par les urgences (cf. tableau). De façon attendue, la multi-morbidité est associée à un risque accru d'hospitalisation.

Résidents (n)	Taux hospitalisation	Passage par les urgences (%- nb résidents concernés)
Total (6275)	30%	17,8% (1119)
Sans co-morbidité	20%	11,3% (54)
1 pathologie physique	40%	16 (105)
1 pathologie mentale	30%	13,1 (121)
≥ 2 pathologies physiques	70%	22,7% (172)
≥ 2 pathologies mentales	40%	17,6% (85)
1 pathologie mentale et 1 pathologie physique	40%	18,7% (176)
≥ 2 pathologies physiques et ≥ 2 pathologies mentales	60%	22,1% (406)

Toutefois les analyses complémentaires (modèles de régression) suggèrent que le risque d'hospitalisation (et d'orientation vers les urgences) pour les résidents ayant une ou plusieurs pathologies physiques associées à une ou plusieurs pathologies mentales est inférieur au risque présenté par des résidents présentant uniquement une ou des pathologies physiques. Différentes hypothèses peuvent être avancées : la demande d'hospitalisation est sans doute moindre pour ces derniers. La présence d'une pathologie mentale pourrait conduire l'équipe soignante à réduire le recours à l'hospitalisation compte tenu du caractère déstabilisant de l'hospitalisation dans cette population. La balance bénéfice/risque de l'hospitalisation des sujets déments est souvent défavorable et ceci est maintenant bien connu des équipes d'Ehpad.

■ P. De Souto Barreto, M. Lapeyre-Mestre, B. Vellas, Y. Rolland. *Multimorbidity type, hospitalisation and emergency department visits among nursing home residents: A preliminary study. J Nutr Health Aging, 2013, 28:705-9*

Intervention d'une équipe mobile de soins palliatifs en Ehpad : Étude rétrospective

De 2008 à 2012, le Programme de développement des soins palliatifs a encouragé les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) à se rendre dans les Ehpad et à y diffuser la culture palliative. L'objectif était d'améliorer les soins au sein

des Ehpad et de réduire le recours inapproprié aux hospitalisations des résidents en fin de vie.

Dans cette étude descriptive, l'EMSP de Metz-Thionville rapporte les données de son activité au sein de 16 Ehpad, sur l'année 2012. L'EMSP a suivi 55 résidents dont 42 en soins palliatifs, pour un total de 242 consultations. Ceci représente 9% de l'ensemble des consultations de l'EMSP. Les résidents ont été vus en moyenne 4 fois. L'intervention était initiée principalement à la demande du médecin traitant (55% des cas), et du médecin

CHIFFRES CLÉS

Les chiffres du Rapport d'activité médicale 2013 (399 Ehpad répondants) :

- En 2013 : 48% des 9 638 entrées en Ehpad ont eu lieu à la suite d'une sortie d'hospitalisation.
- Sur l'année, 12 600 résidents ont été hospitalisés pour 20 790 hospitalisations.
- 52% des hospitalisations se font via les urgences et 12% ont lieu la nuit.
- 3 Ehpad sur 5 ont fait appel au réseau ou à l'équipe mobile soins palliatifs.
- 1 073 résidents, soit 3% de la file active, ont bénéficié de l'intervention de l'EMG.
- 2 164 résidents, soit 6,1% de la file active, ont bénéficié de d'une prise en charge en collaboration avec une équipe de psychiatrie.

coordonnateur (29%). Les patients sont majoritairement des femmes de 84 ans d'âge moyen. Parmi les 55 résidents, 12 souffrent de pathologies néoplasiques diverses et 43 de pathologies non néoplasiques (démence principalement). La dose maximale de morphine prescrite a été de 55 mg (en équivalent morphine orale). Trente résidents sont décédés en 2012 dont 2 hors Ehpad. Les symptômes présentés par les résidents sont la douleur (76%), des symptômes neuro-psychiques (74%), des symptômes digestifs (38%), des symptômes respiratoires (27%), et des symptômes cutanés (36%). La communication orale est impossible pour 29% des résidents et perturbée pour 45%. Les voies d'administration des antalgiques sont par ordre de fréquence : orale, sous-cutané, et transdermique. Seul un résident a bénéficié d'une voie veineuse. Au total, l'activité de l'EMSP en Ehpad, même si elle s'est développée, reste encore marginale. Son intervention doit prendre en compte les particularités des résidents et les contraintes de fonctionnement des établissements.

■ Piot E. *Intervention of a mobile palliative care team in nursing home. Ger Psychol Neuropsychiatr Vieil 2014 12:347-54*

RECOMMANDATIONS EN VIGUEUR

■ Points clés : Organisation des Parcours

(HAS-ANESM juillet 2015)

Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des EHPAD ?

Ce document réalisé par l'HAS et l'ANESM présente les stratégies complémentaires à mettre en œuvre pour réduire les hospitalisations non programmées évitables. Ces recommandations touchent :

- l'organisation de l'Ehpad,
- la prise en charge optimale des maladies chroniques et des syndromes gériatriques par les médecins traitants,
- la mise en place par l'Ehpad de politiques de prévention des risques et d'alternatives à l'hospitalisation.

Les recommandations présentées s'appuient sur les causes les plus fréquentes d'hospitalisations non programmées et sur les interventions qui ont démontré leur efficacité dans la littérature. Ainsi sont abordés l'amélioration de la gestion des urgences, le renforcement de la politique vaccinale, le traitement des pneumopathies, les soins palliatifs, la prévention des chutes en Ehpad, la réduction de la iatrogénie, l'optimisation des ressources internes, le recours à l'expertise, le développement de l'HAD, de la télé-médecine.

Enfin, ce document identifie les préalables à un plan d'action et propose les étapes pour engager un travail de cette nature spécifique à chaque Ehpad.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-07/fpc_reduire_hospit_residents_ehpad.pdf

■ La coordination des soins autour du résident

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Qualité de vie en EHPAD, volet 4

(ANESM 2012)

Pour la coordination des soins, des recommandations sont développées dans les champs suivants :

- La continuité de l'accompagnement médical et la coordination des soins avec le médecin traitant
- La coordination de l'accompagnement médical du résident au sein de l'Ehpad avec l'équipe mobile gériatrique (EMG) et/ou l'hospitalisation à domicile (HAD)
- La coordination des soins avec les autres aspects de l'accompagnement
- La continuité de l'accompagnement du résident entre les secteurs d'activité de l'Ehpad
- L'anticipation de la gestion des situations d'urgences médicales
- L'organisation des liens avec l'hôpital en cas d'hospitalisation du résident.

http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_QDV4_Novembre_2012.pdf

ACTUALITÉS

■ **Congrès national Alzheimer sur les unités de soins, d'évaluation et de prise en charge**, 16 et 17 décembre 2015, Palais des Congrès, Issy-les-Moulineaux

■ **4^e congrès francophone sur l'évaluation de la fragilité**, 17 et 18 mars 2016, Hôtel Dieu St Jacques -Toulouse

RETOUR D'EXPÉRIENCE

Création d'un hôpital de jour spécifiquement dédié aux résidents d'EHPAD

Au CHU de Toulouse, une étude récente montre que près de 22% des sujets de plus de 75 ans adressés aux urgences du CHU de Toulouse proviennent des Ehpad. Les transferts aux urgences ont fait l'objet de nombreuses études soulignant qu'ils exposent potentiellement certains résidents d'Ehpad à des complications iatrogènes, à un risque de déclin fonctionnel, à un risque accru de mortalité. Parmi ces résidents d'Ehpad adressés aux urgences, environ 43% le sont pour des raisons inappropriées (étude FINE pilote). Parmi ceux adressés aux urgences de façon appropriés (situation clinique relevant de l'urgence), l'analyse des dossiers suggère que la situation d'urgence aurait pu parfois être évitée par des actions préalables.

Pour répondre au mieux aux attentes des résidents et des équipes soignantes d'Ehpad, le Gérontopôle de Toulouse (Hôpital Garonne) crée un nouvel hôpital de jour dédié spécifiquement aux résidents d'Ehpad. Cet hôpital de jour propose un bilan médical avec la possibilité de divers avis d'experts (cardiologue, neurologue, urologue, psychiatre, rééducateur fonctionnel, rhumatologue, pneumologue, plaies et cicatrisation, oncogériatre, endocrinologue, soins palliatifs...) et d'examen paramédicaux avec un délai de prise en charge court.

L'attente des soignants d'Ehpad est préalablement discuté par un appel téléphonique auprès de l'IDE et médecin de l'Hôpital de jour au 05 61 77 64 45. L'objectif est d'intervenir en amont de la décompensation aiguë et d'éviter ainsi le passage aux urgences.

■ **Auteurs** : Dr C. Laffon de Mazieres, Pr Y. Rolland - Gérontopôle de Toulouse

Le personnel en Ehpad mobilisé autour du médecin généraliste grâce à la Télé-médecine

Un projet de Télé-médecine en Ehpad proposé par les professionnels du bassin de Muret a été initié dans les Ehpad du bassin. Après 30 actes de consultations de télé-médecine, nous avons cherché à repérer le rôle des soignants dans l'information donnée au médecin traitant qui permet de décider du recours à ce type de consultation.

Le personnel de deux Ehpad a été interrogé à l'aide d'un questionnaire permettant d'aborder les thèmes suivants : mobilisation du personnel autour de la télé-médecine, motifs de consultations initiés par le personnel, impact dans l'organisation des soins, intérêt en termes de formation et de partage des informations.

30 agents sur 45 interrogés ont répondu au questionnaire.

– 17 avaient participé à une session d'information sur la télé-médecine dans la résidence.

– 11 avaient été à l'initiative de 16 téléconsultations sur les 30 réalisées avec comme motifs, dans l'ordre décroissant, plaie et cicatrisation, troubles du comportement, prise en charge de la douleur.

– 11 indiquent que la télé-médecine permet de réduire les déplacements, le nombre de consultations non programmées et de mieux préparer les hospitalisations voire de les diminuer. La prise de rendez-vous est facilitée et les synthèses faites immédiatement après la téléconsultation facilitent la prise en charge.

– 12 considèrent que la télé-médecine permet d'améliorer le suivi et le partage de l'information entre le médecin généraliste, le spécialiste gériatre et le personnel mobilisé à chaque consultation.

– 15 soulignent que le fait de participer aux téléconsultations contribue à leur formation individuelle.

L'analyse conduite permet de constater que le nombre de consultations, à l'initiative du personnel de l'Ehpad est conséquent et que le partage d'informations à cette occasion est renforcé. A cet égard, la télé-médecine en Ehpad, au-delà de l'intérêt médico-économique et du confort du patient, apparaît être un excellent moyen de valorisation du sens du travail des agents, apportant des éléments au médecin traitant pour améliorer la prise en charge des patients.

■ **Auteurs** : Drs M. Bismuth (médecin coordonnateur), L. Ekouya (master2), F. Decottignies (directeur médical Edenis), Ehpad Marie-Antoinette-Ehpad Du Barry 31 – Médecin généraliste

➔ Afin de connaître votre avis sur la Lettre IQUARE et nous aider à adapter et faire évoluer cet outil, nous vous invitons à compléter le questionnaire à remplir directement en ligne, et que vous trouverez avec le lien suivant :

<https://solen.sante.gouv.fr/cgi/HE.exe/SF?P=1788z65z2z-1z-1z171DB3E492>

DIRECTRICE DE LA PUBLICATION :
Monique Cavalier, Agence Régionale de Santé de Midi-Pyrénées

RESPONSABLE DE LA RÉDACTION :
Pr Yves Rolland, Gérontopôle

COMITÉ DE RÉDACTION
Dr Françoise Cayla, Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées
Dr Philippe de Souto Barreto, Gérontopôle
Dr Jean-Marie Piatat, Union Régionale des Professionnels de Santé

Dr Adrian Klapouszczak, Dr Robert Abadie,
Dr André Stillmunkes, Association Medcomp
Dr Camallieres, CH d'Auch
Dr Cufi, CHIC Castres Mazamet
Dr Christine Piau, Anne Cianfarani, Agence Régionale de Santé de Midi-Pyrénées

RÉALISATION TECHNIQUE :
Christel Andrieu, Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées

CRÉDIT PHOTO : © fotolia Frog 974