



Hospitalisations aux Urgences des résidents d'EHPAD

F. Nourhashémi (Toulouse)



Hospitalisations aux Urgences des résidents d'EHPAD

Constat

Discussion

Le constat

Étude IQUARE :

30,7% des résidents ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année.

- dont 60,6% ont été admis au moins une fois aux **urgences**,
- 10,8% en Gériatrie, 5,4% en Psychiatrie.

Rolland et al. JAGS 2016

Données de la littérature

20 à 65 % des résidents ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année

Albi = 8
 Auch = 8
 Bagnères-de-Bigorre = 1
 Cahors = 9
 Castres-Mazamet = 12
 Condom = 3
 Cornebarrieu = 10
 Decazeville = 2
 Espalion = 5
 Figeac = 7
 Foix = 2
 Gourdon = 2
 Lannemezan = 4
 Lavaur = 5
 Lavelanet = 3
 Lourdes = 3
 L'Isle-Jourdain = 2
 Millau = 5
 Moissac = 4
 Montauban = 9
 Muret = 5
 Nogaro = 1
 Pamiers = 2
 Rodez = 9
 Saint-Affrique = 3
 Saint-Céré = 5
 Saint-Gaudens = 7
 Saint-Girons = 4
 Saint-Jean-Lunion = 11
 Tarbes-Vic = 5
 Toulouse = 10
 Villefranche-de-Lauragais = 4
 Villefranche-de-Rouergue = 5



France

Midi-Pyrénées

6 275 résidents / 175 EHPAD

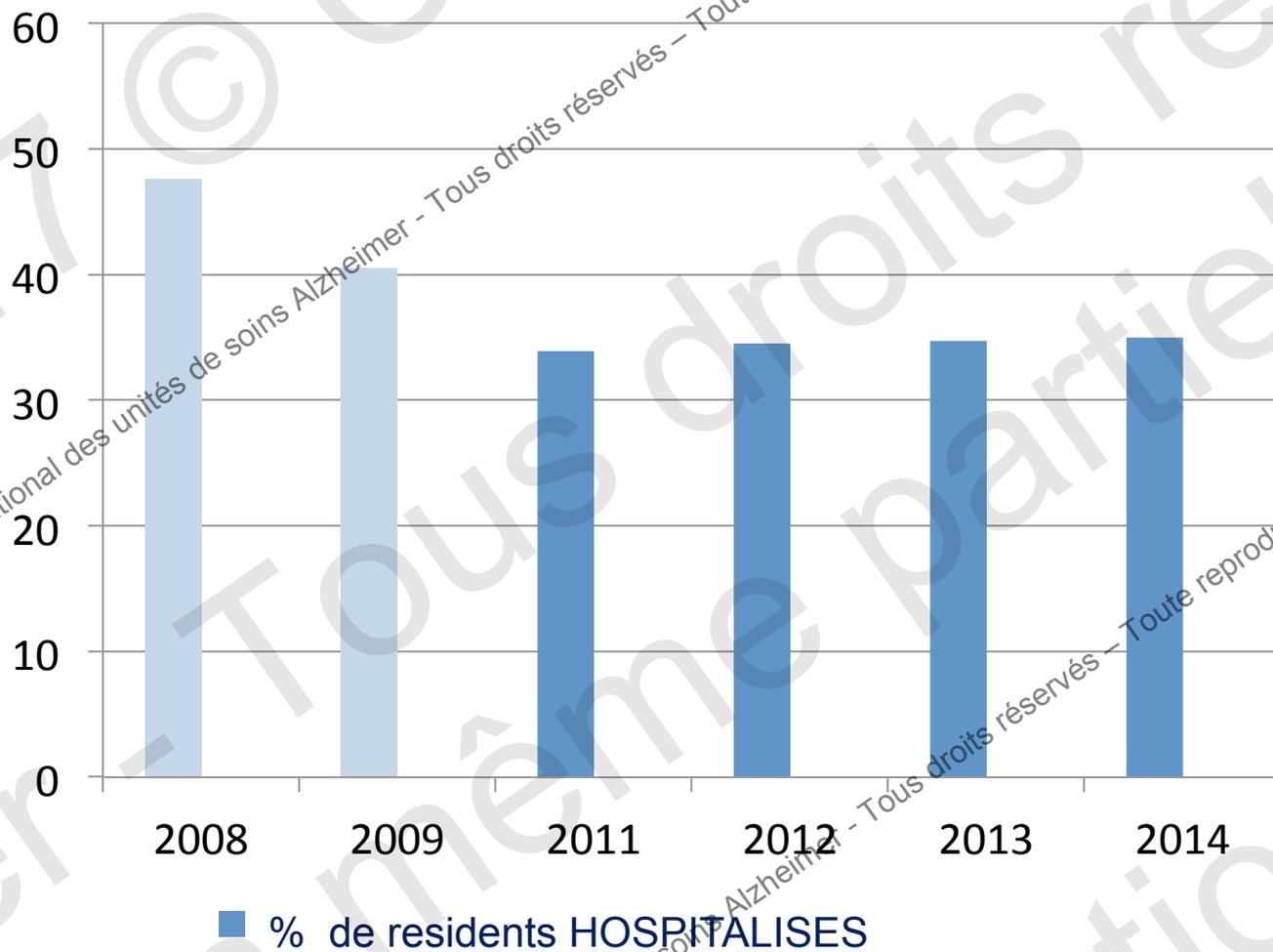


ETUDE IQUARE

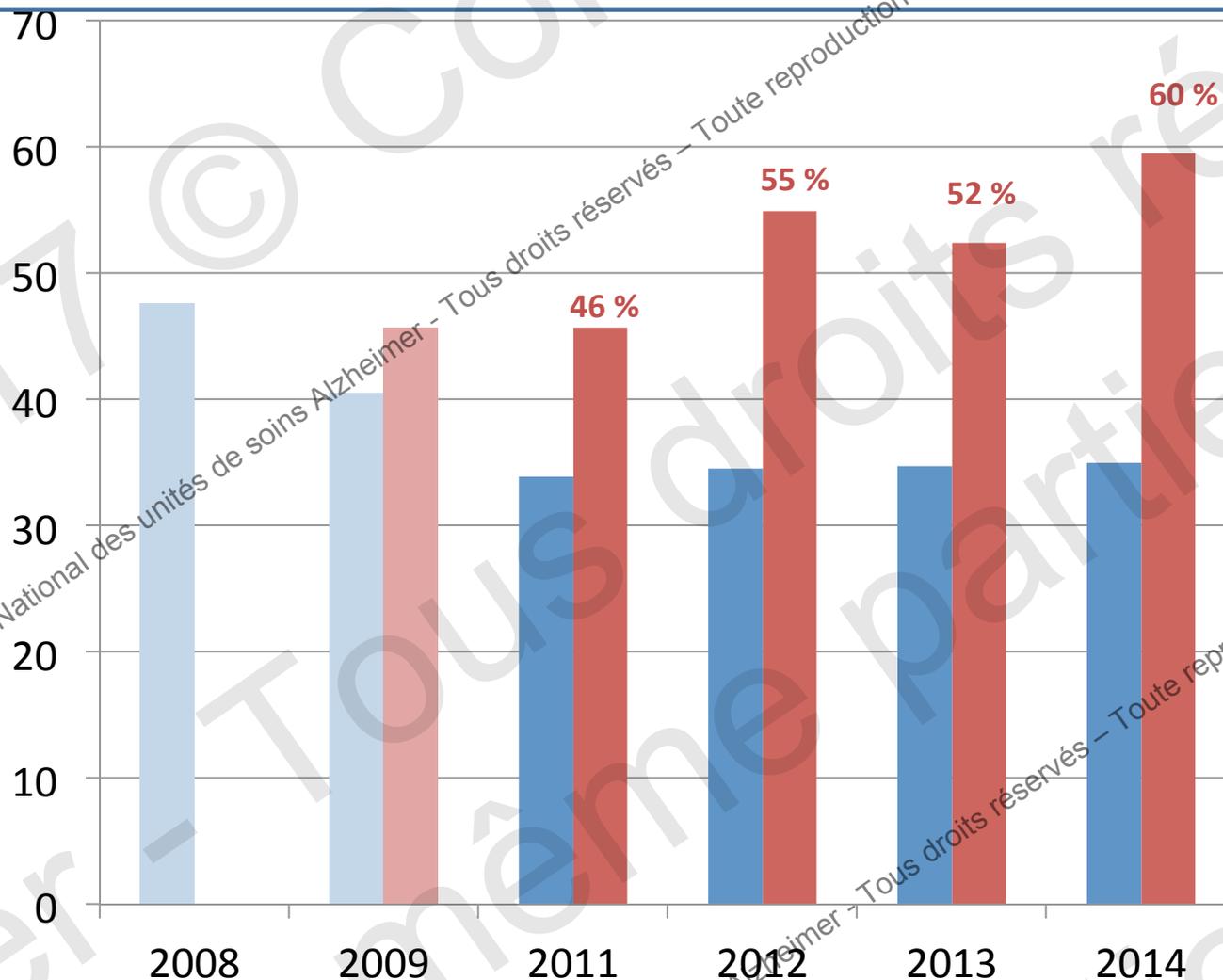
Gérontopôle – ARS - ORSmip

Rolland Y, et al.
 Improving the Quality of Care of Long-Stay Nursing Home Residents in France
 J Am Geriatr Soc. 2016

% des résidents hospitalisés en Midi-Pyrénées



% des résidents hospitalisés en Midi-Pyrénées



■ Pourcentage de résidents hospitalisés

■ Pourcentage de résidents hospitalisés aux urgences

Analyse des rapports d'activités médicales des EHPAD de la région Midi-Pyrénées. ORSMIP

**Aux
URGENCES**

Filière *peu variable* en fonction des départements

- Des hospitalisations fréquentes et aux urgences

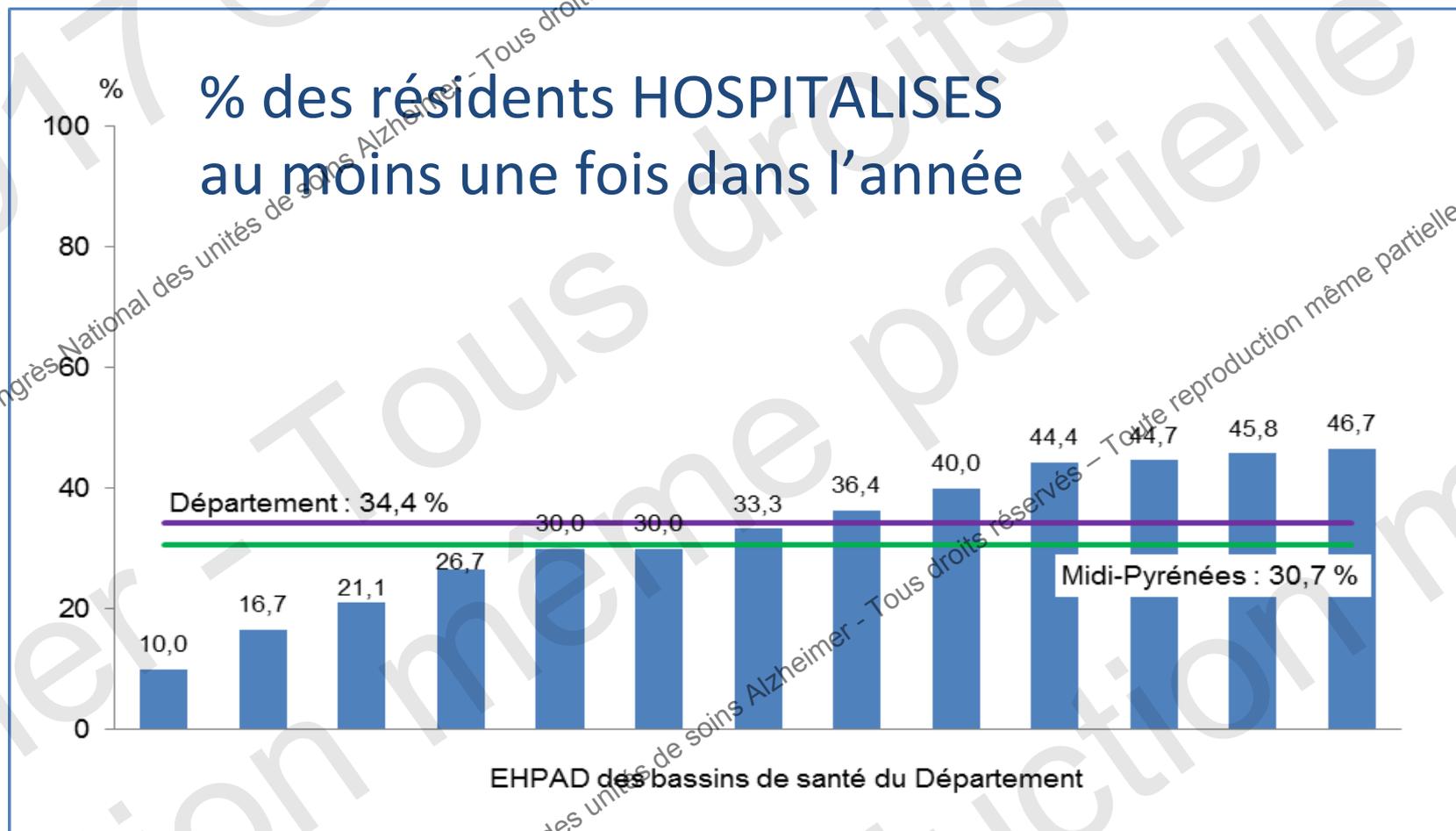
	Ariège	Aveyron	Hte- Gne	Gers	Lot	Htes Pyr.	Tarn	Tarn et Gne	Région
Nb résidents hospitalisés au moins une fois dans l'année	158	307	675	163	197	164	365	168	2197
%	27.9	28.0	33.2	25.3	29.1	30.2	32.7	34.4	30.7%
Pour les hospitalisations en situation aiguë, les modes d'admissions* (%)									
Aux urgences	51.6	64.2	66.1	48.0	54.6	59.3	64.1	62.4	60.6%
En Gériatrie	11.5	9.9	9.3	15.1	13.4	17.0	8.3	10.5	10.8%
En Psychiatrie	14.0	9.2	2.1	4.8	4.3	7.6	5.1	2.5	5.4%
Autre	40.8	26.6	33.2	43.2	33.2	31.5	34.5	42.6	34.4%

ETUDE IQUARE

Gérontopôle – ARS - ORSmip

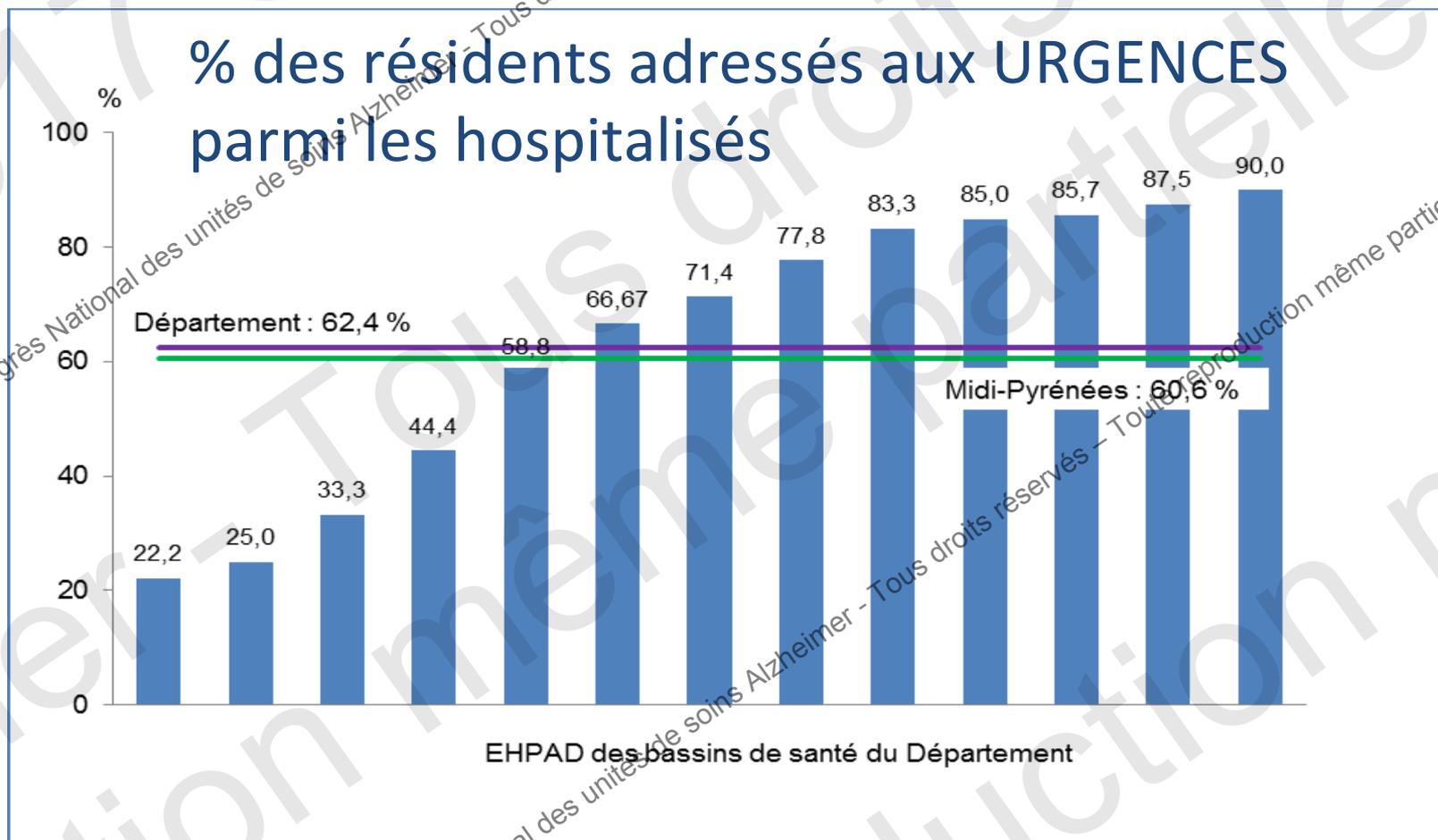
Filière *très variable* en fonction des EHPAD

Exemple d'un département



Filière *très variable* en fonction des EHPAD

Exemple d'un département



Risques et Avantages de l'hospitalisation d'un résident



Hospitalisation



2017 © Congrès National des unités de soins Alzheimer - Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite

Risques et Avantages de l'hospitalisation d'un résident



Hospitalisation



BONUS

- Expertise de spécialités
- Accès aux examens complémentaires
- Soins complexes
- Surveillances

Risques et Avantages de l'hospitalisation d'un résident



Hospitalisation



MALUS

Complications

- Confusion
- Iatrogénie médicamenteuse
- Chute
- Incontinence et sonde urinaire
- Infections nosocomiales
- Immobilisation, déconditionnement, content
- Escarres

Risques et Avantages de l'hospitalisation d'un résident



Hospitalisation



MALUS

Complications

- Confusion
- Iatrogénie médicamenteuse
- Chutes
- Incontinence et sondage urinaire
- Infections nosocomiales
- Immobilisation, déconditionnement, content
- Escarres

URGENCES

Risques et Avantages de l'hospitalisation d'un résident



Hospitalisation



MALUS

Complications

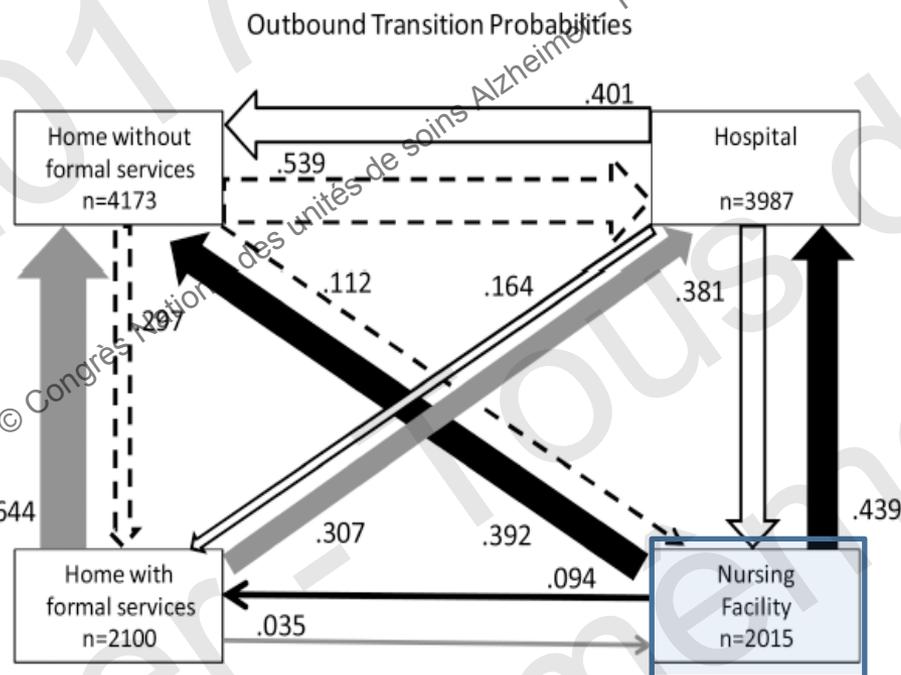
- Confusion
- Iatrogénie médicamenteuse
- Chutes
- Incontinence et sondage vésical
- Infections nosocomiales
- Immobilisation, déconditionnement, content
- Escarres

patients Déments

2017 © Congrès National des unités de soins Alzheimer - Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite

Transitions in Care for Older Adults with and without Dementia

Christopher M. Callahan, MD,^{††} Greg Arling, PhD,^{†††} Wanzhu Tu, PhD,^{†‡§}
 Marc B. Rosenman, MD,^{†¶} Steven R. Counsell, MD,^{†††} Timothy E. Stump, MA,[§] and
 Hugh C. Hendrie, MB, ChB, DSc^{††††}



Les personnes âgées démentes :

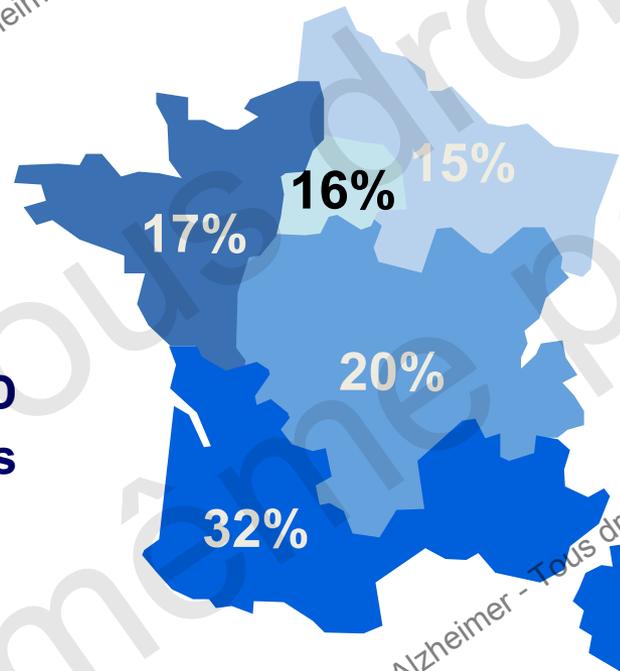
Les patients Alzheimer ayant le plus de probabilité d'être hospitalisés sont les résidents d'EHPAD.

Etude PLEIAD :

Etude des flux d'admission et de transfert des résidents d'EHPAD



300 EHPAD
2 231 Résidents



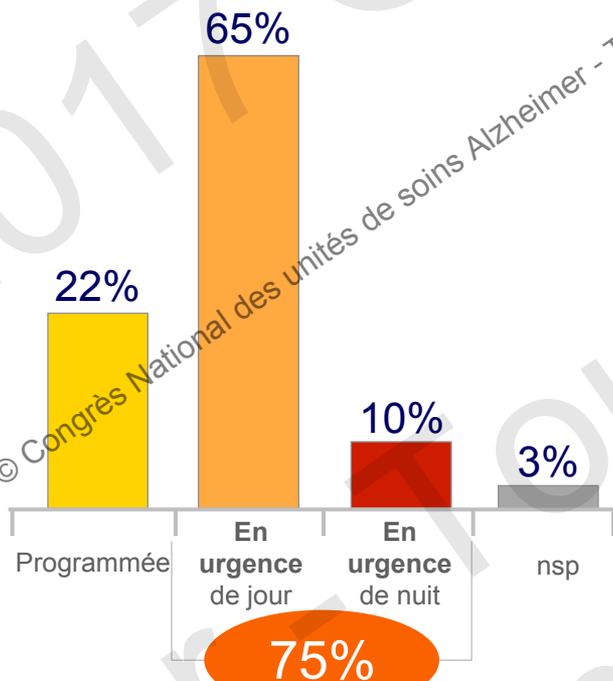
PLEIAD
ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE
DESCRITIVE EN EHPAD

Toulouse
GÉRONTOPOËLE

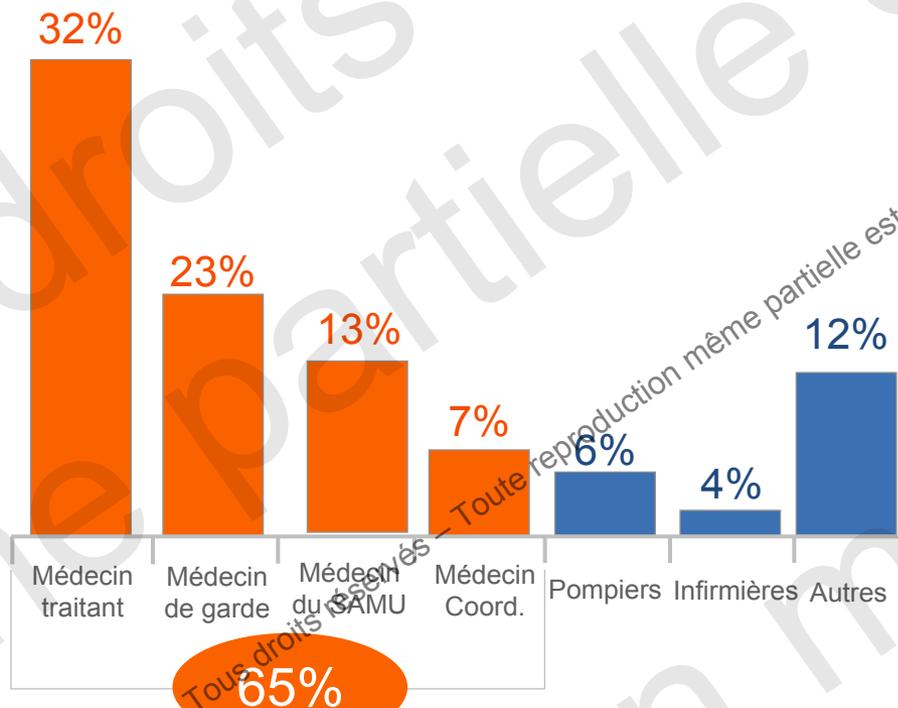
Rolland Y, et al. Psychotropic drug consumption at admission and discharge of nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc.* 2012

Une hospitalisation décidée en grande majorité par le médecin de ville et le plus souvent en urgence de jour

Quand est prise la décision d'hospitalisation ?



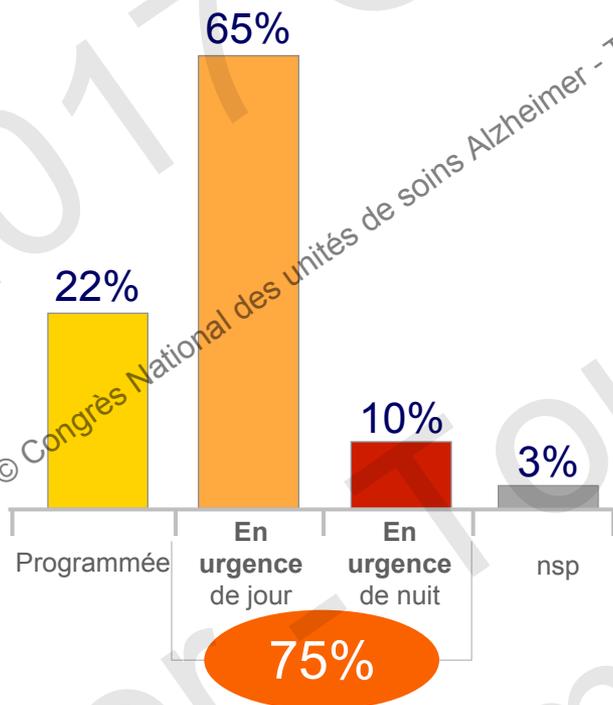
Qui prend la décision d'hospitalisation ?



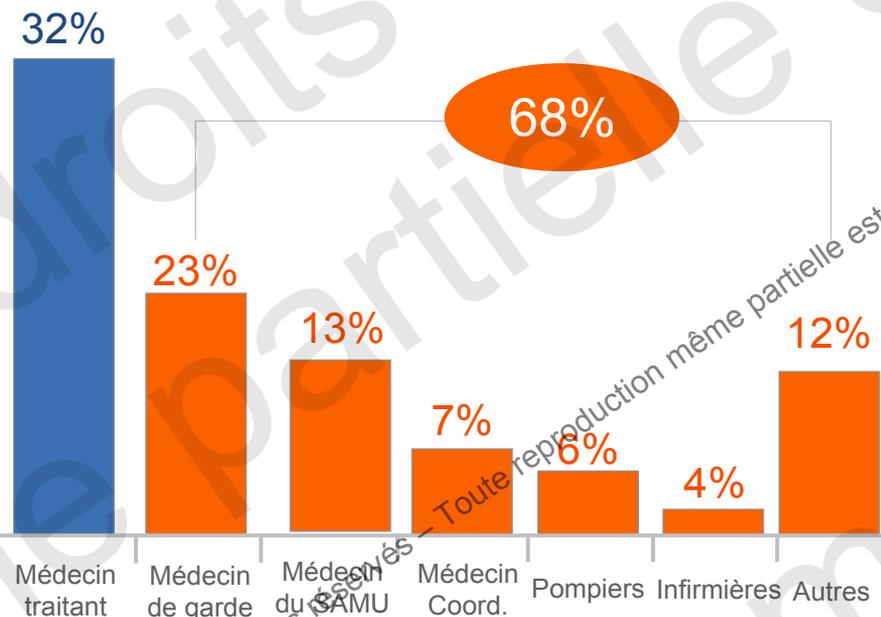
■ Une décision prise de jour, par les médecins de l'EHPAD

Une hospitalisation décidée en grande majorité par le médecin de ville et le plus souvent en urgence de jour

Quand est prise la décision d'hospitalisation ?

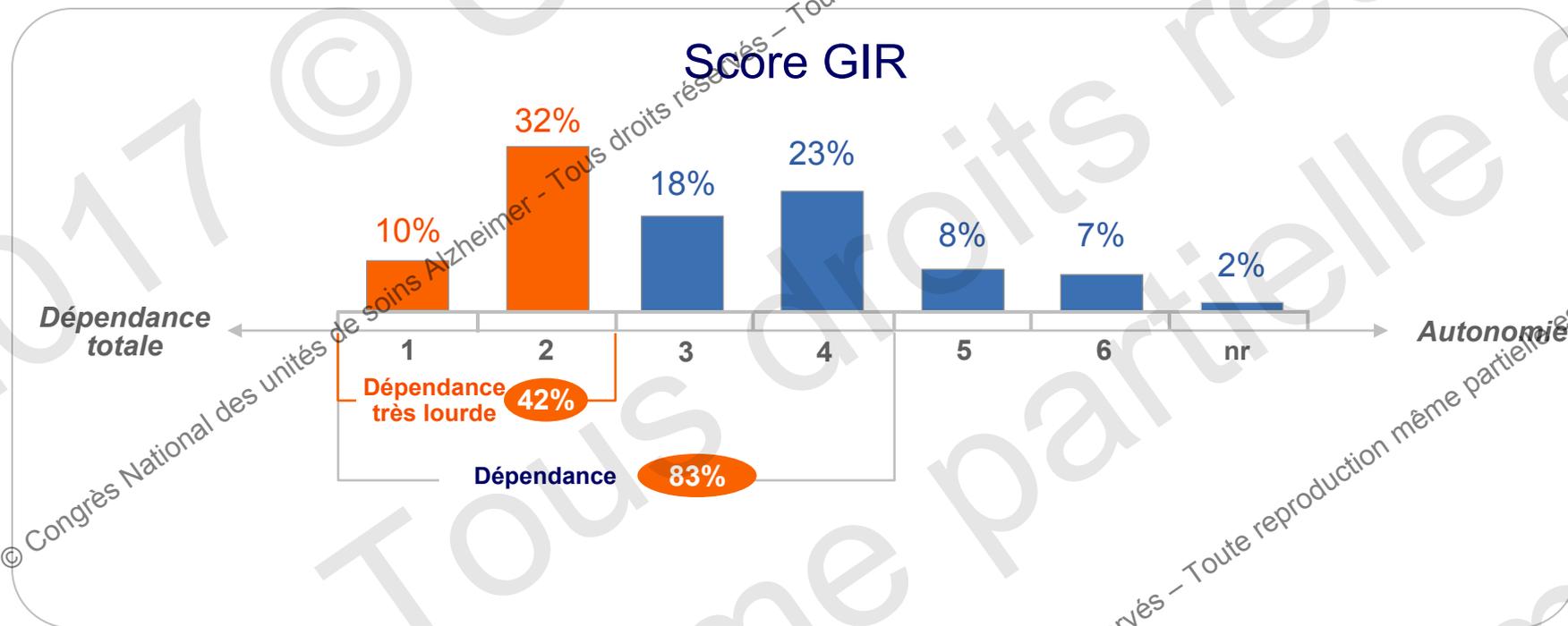


Qui prend la décision d'hospitalisation ?



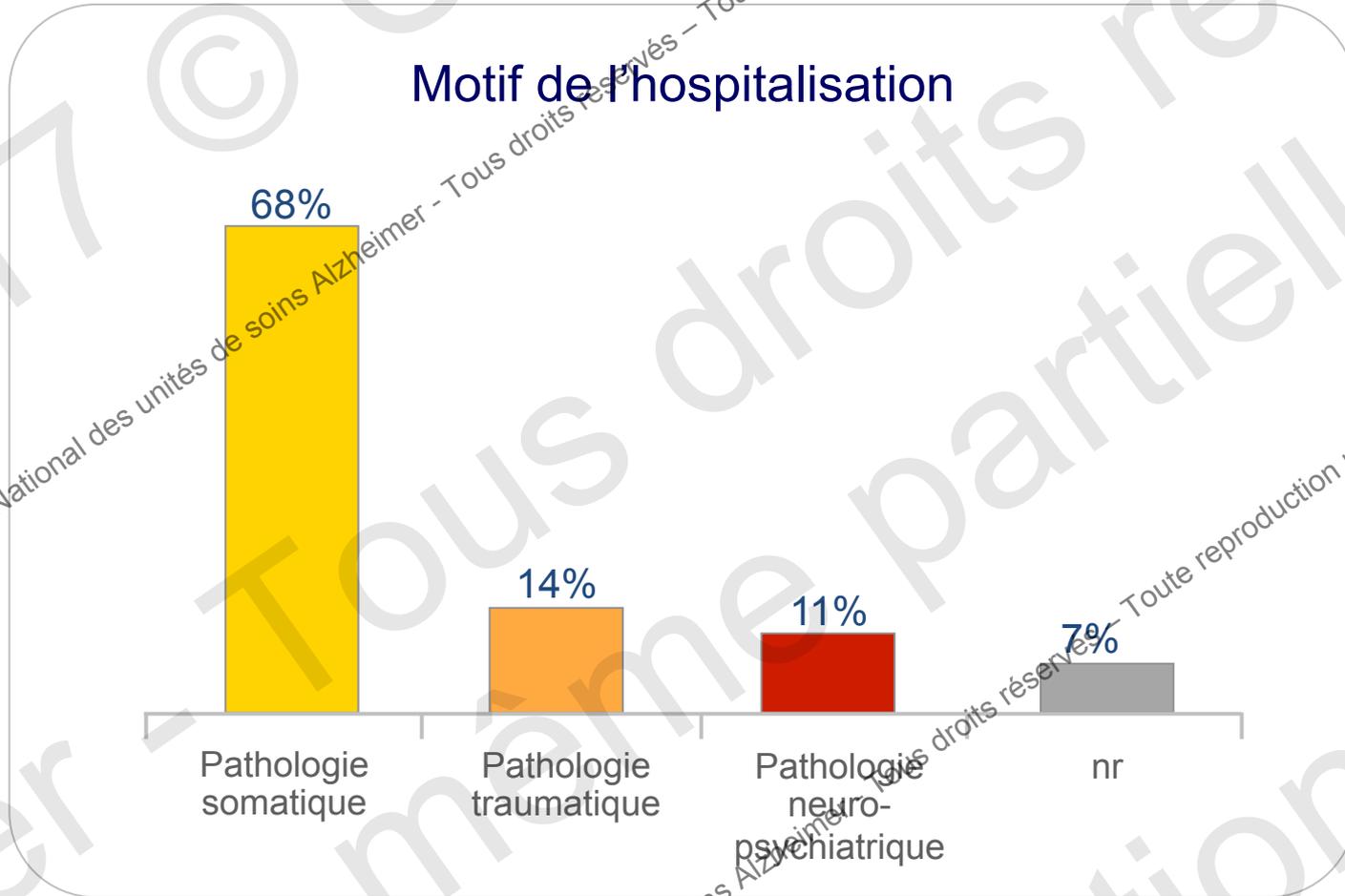
■ Une décision prise de jour, par les médecins de l'EHPAD

Degré de dépendance des résidents adressés aux urgences

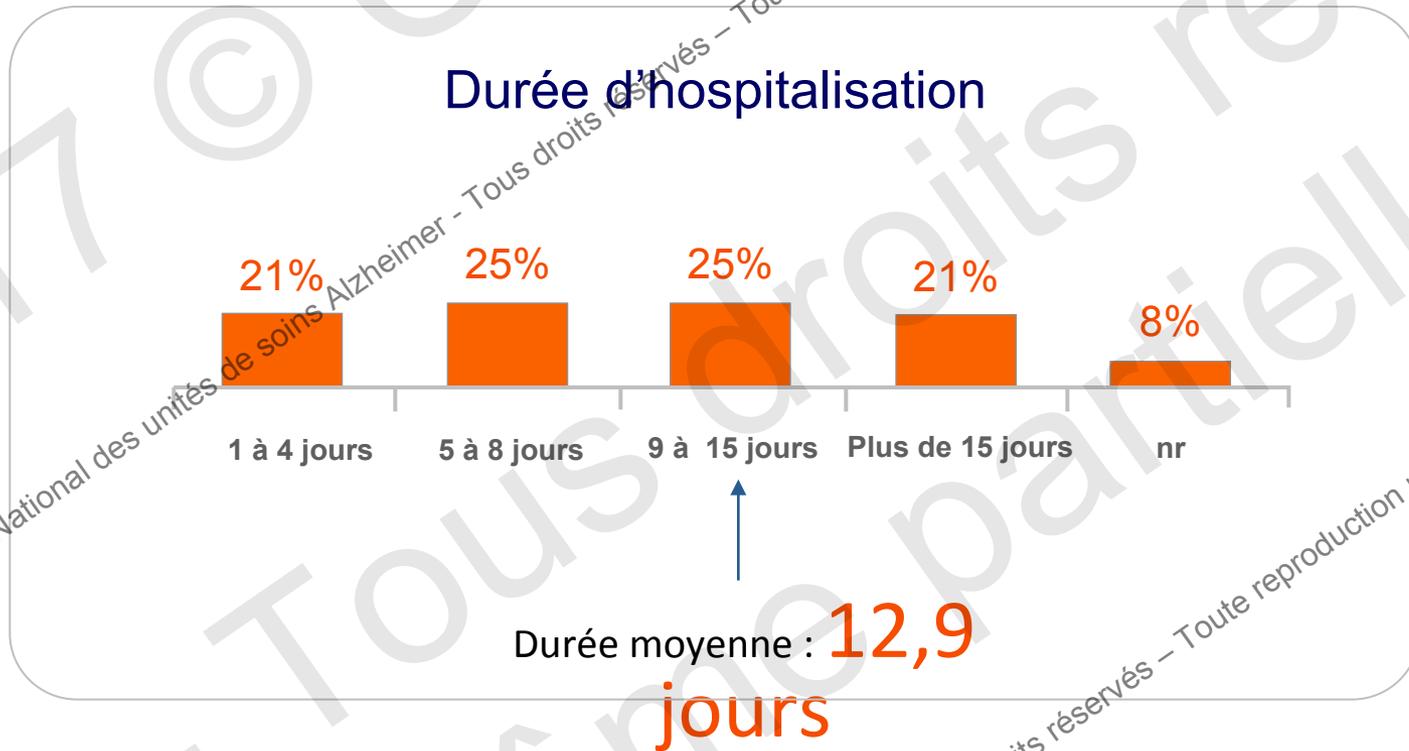


- La population étudiée est très dépendante
- 1 résident sur 2 est atteint de MA ou syndrome apparenté (51%)

Pathologies somatiques : 70 % des hospitalisations



70 % des hospitalisations ont une durée supérieure à la moyenne générale

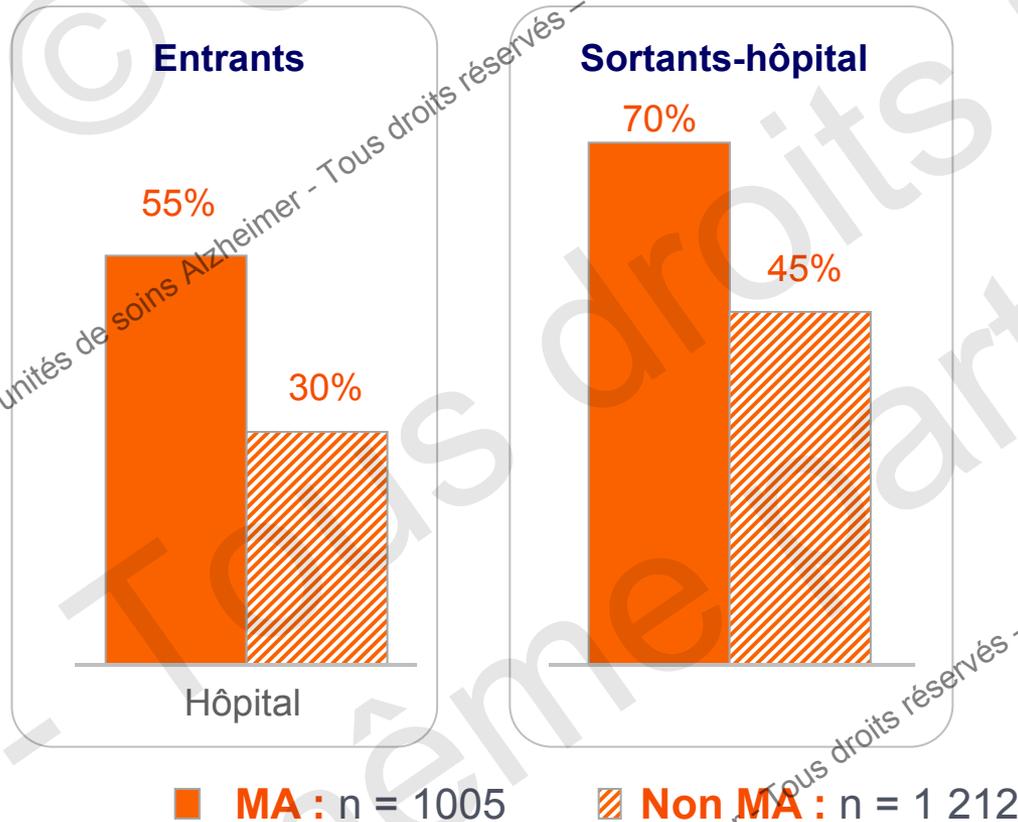


- **Durée moyenne d'hospitalisation tous âges confondus : 5,8 jours***

* L'activité des établissements de santé en 2008 en hospitalisation complète et partielle.
Etude et résultats N° 716 • février 2010 • DREES

Dépendance lourde

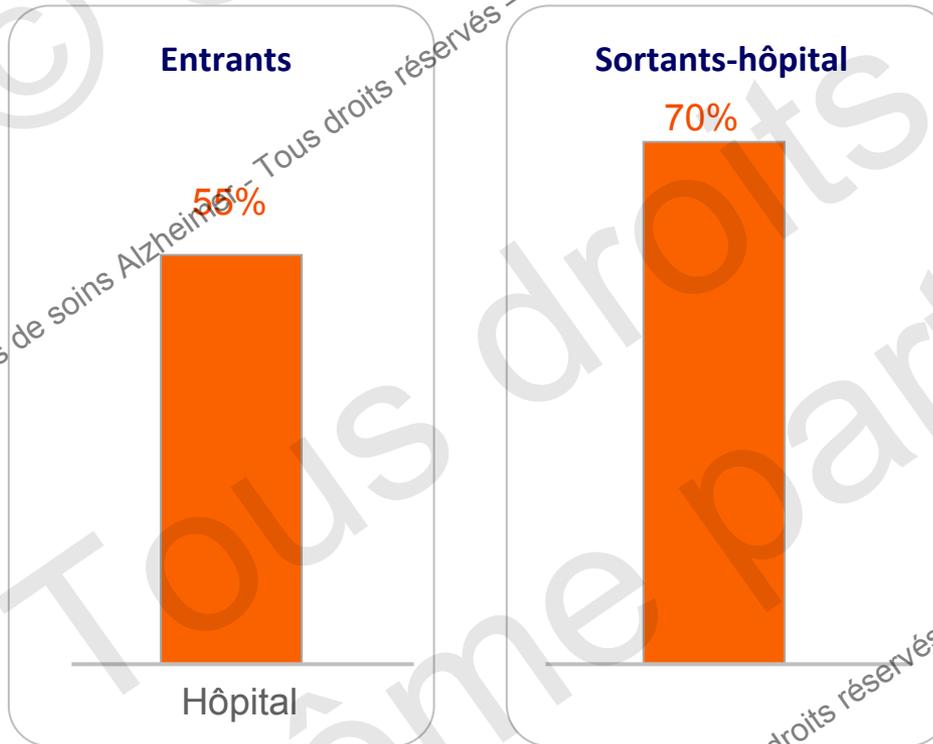
Comparaison des GIR 1 et 2 (%) en fonction de la présence d'une maladie d'Alzheimer



- La maladie d'Alzheimer est constamment accompagnée d'une proportion importante de dépendance lourde quel que soit le statut du patient

Risque de dépendance lourde

% de résidents Alzheimer ayant une dépendance sévère
A l'arrivée et à la sortie d'hospitalisation



■ **Maladie d'Alzheimer** : n = 1005

- **La maladie d'Alzheimer est constamment accompagnée d'une proportion importante de dépendance lourde quel que soit le statut du patient**

Fallait il aller aux urgences ? Pouvait on l'éviter ?

Hospitalisation aux URGENCES
d'un sujet venant d'EHPAD

INAPPROPRIÉE ?



Résident :

- Sans aucun signe clinique de gravité
- La prise en charge de la pathologie aurait pu être organisée de façon adéquate en ambulatoire ou directement dans un service hospitalier ou en EHPAD sans diminution de chance du résident
- Prise en charge palliative
- Directive anticipée de "non hospitalisation dans" le dossier médical

Oui

**Hospitalisation
Inappropriée**

Non

**POTENTIELLEMENT
EVITABLE ?**

Oui

**Hospitalisation appropriée mais
potentiellement évitable**

Non

**Hospitalisation appropriée et
inévitabile**

Hospitalisation aux URGENCES
d'un sujet venant d'EHPAD

INAPPROPRIÉE?

Résident :

- Sans aucun signe clinique de gravité
- La prise en charge de la pathologie aurait pu être organisée de façon adéquate en ambulatoire ou directement dans un service hospitalier ou en EHPAD sans diminution de chance du résident
- Prise en charge palliative
- Directive anticipée de "non hospitalisation dans" le dossier médical

Oui

**Hospitalisation
Inappropriée**

Non

**POTENTIELLEMENT
EVITABLE ?**

Oui

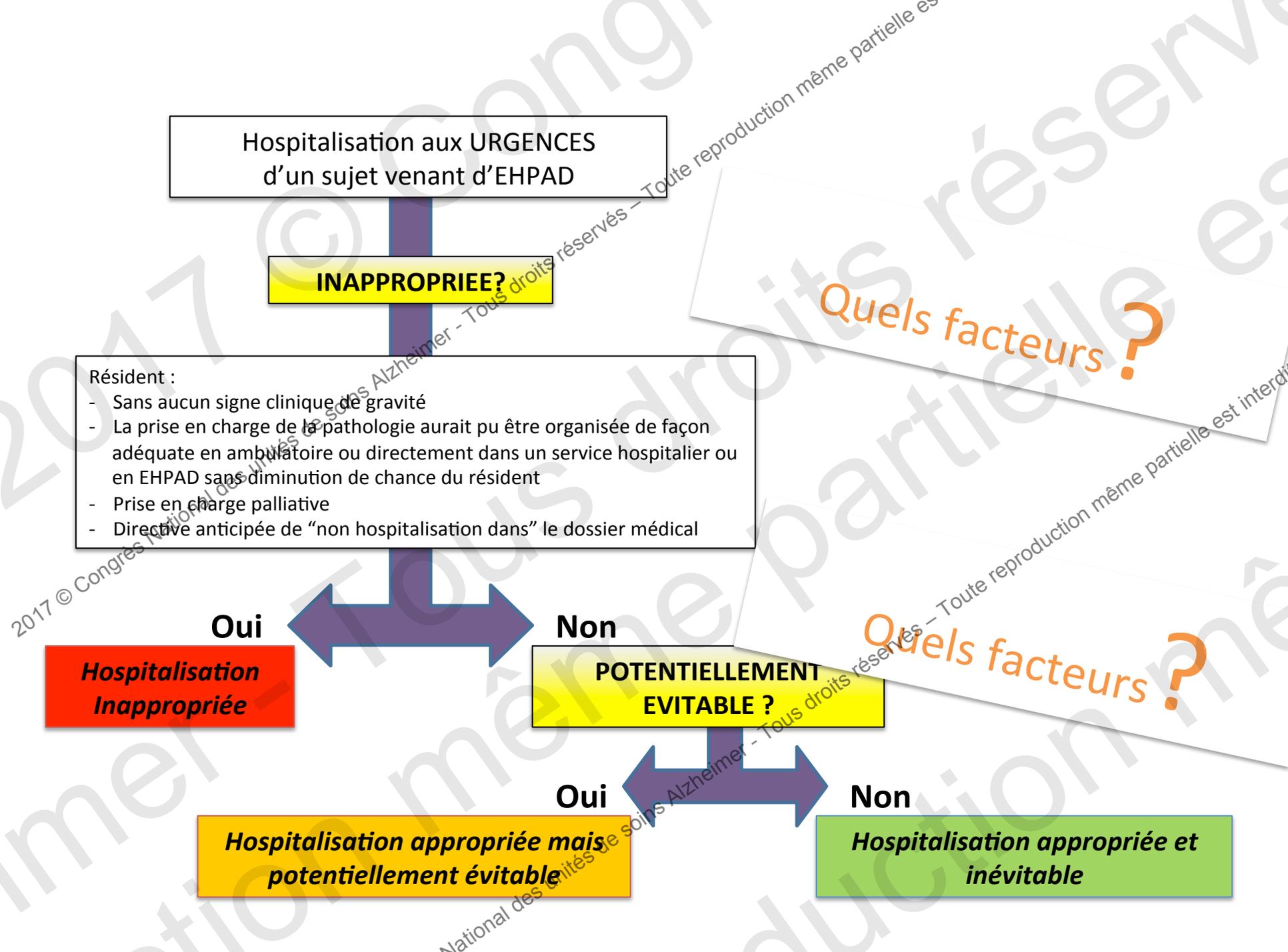
**Hospitalisation appropriée mais
potentiellement évitable**

Non

**Hospitalisation appropriée et
inévitabile**

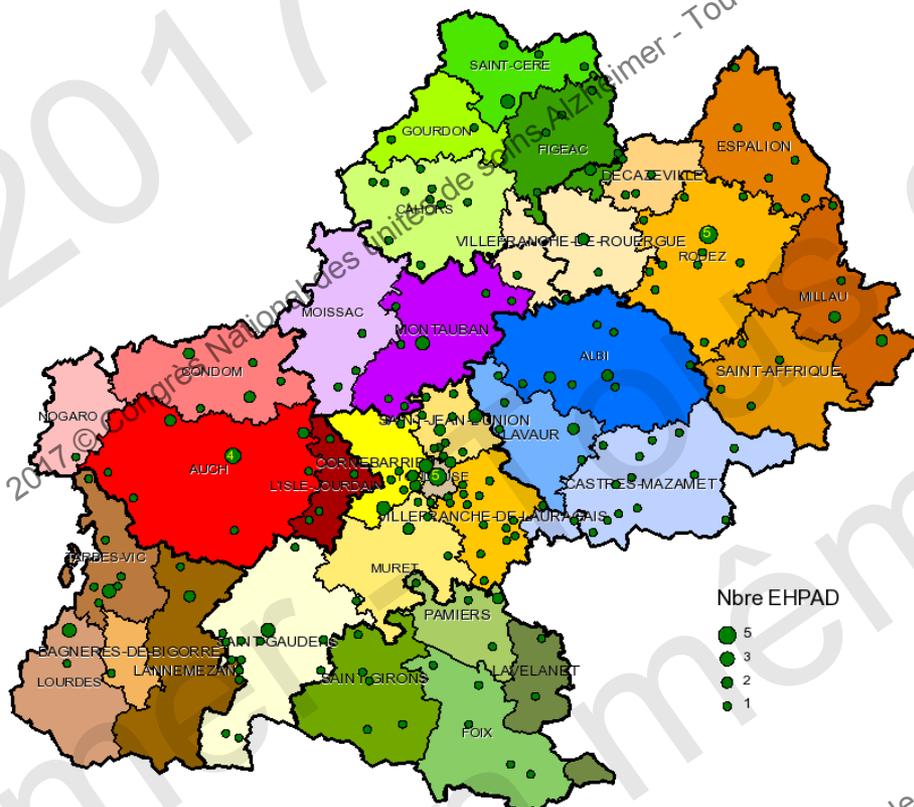
Quels facteurs ?

Quels facteurs ?



ETUDE FINE

Facteurs Prédiposant au Transfert Inapproprié aux Départements des Urgences des Résidents d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)



8 DEPARTEMENTS
17 Services d'URGENCES
(CHU et CHR)

Exhaustivité des flux EHPAD/Urgences
sur 4 semaines

ETUDE FINE

Facteurs Prédisposant au Transfert Inapproprié aux Départements des Urgences des Résidents d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)

Résidents d'EHPAD = 22% des sujets âgés adressés aux urgences du CHU de Toulouse

- **43 % transferts inappropriés**

« Inapproprié »

- Absence d'urgence somatique
- PEC palliative connue
- Directives anticipées de « non transfert »

Et souvent potentiellement évitable



Hospitalisations aux Urgences des résidents d'EHPAD

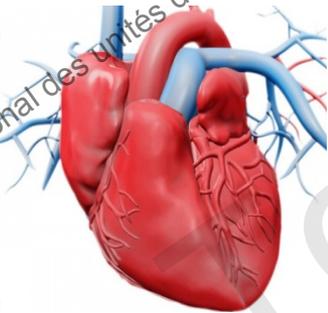
Constat

Discussion

Histoire de cœur(s)...

Physiologie cardiovasculaire

Retour veineux
("input")



Risque d'engorgement

- retour veineux excessif
- défaillance de la pompe
- obstacle à l'éjection

Éjection artérielle
("output")

Physiologie des urgences

Flux d'amont
(médecine ambulatoire, structures..)



Hospital Urgences

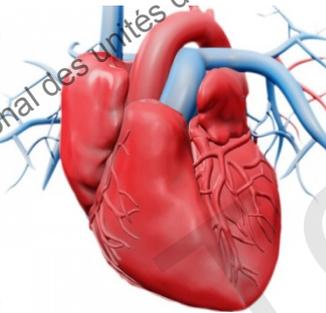
Flux d'aval
(organisation hospitalière, alternatives à l'hospitalisation..)

Œdème pulmonaire

Histoire de cœur(s)...

Physiologie cardiovasculaire

Retour veineux
("input")



Risque d'engorgement

- retour veineux excessif
- défaillance de la pompe
- obstacle à l'éjection

Éjection artérielle
("output")

Physiologie des urgences

Flux d'amont
(médecine ambulatoire, structures..)



Hospital Urgences

Flux d'aval
(organisation hospitalière, alternatives à l'hospitalisation..)

PUG
Accès à l'ambulatoire
EMG
Formation des urgentistes

Œdème pulmonaire

Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpad

LES INTERVENTIONS EFFICACES RETROUVEES DANS LA LITTÉRATURE :

- Les interventions visant à améliorer les transferts d'information (DLU) et la gestion des transferts vers les services des urgences.
- La vaccination antigrippale des résidents en Ehpad
- Les protocoles pluriprofessionnels de traitement des pneumopathies en Ehpad
- Les interventions visant à repérer les résidents relevant de soins palliatifs et à augmenter les soins palliatifs en Ehpad
- La planification anticipée des soins des résidents atteints de troubles cognitifs sévères
- Le renforcement des capacités en soins de l'Ehpad.
- Le renforcement de l'expertise gériatrique en Ehpad (équipes mobiles et consultation gériatrique)
- La télémédecine en Ehpad

Améliorer l'expertise gériatrique

Stop and Watch Early Warning Tool



If you have identified a change while caring for or observing a resident, please **circle** the change and notify a nurse. Either give the nurse a copy of this tool or review it with her/him as soon as you can.

S T O P a n d W A T C H	Seems different than usual
	Talks or communicates less
	Overall needs more help
	Pain – new or worsening; Participated less in activities
	Ate less
	No bowel movement in 3 days, or diarrhea
	Drank less
	Weight change
	Agitated or nervous more than usual
	Tired, weak, confused, or drowsy
Change in skin color or condition	
Help with walking, transferring, toileting more than usual	
<input type="checkbox"/> Check here if no change noted while monitoring high risk patient	

Patient / Resident

Your Name

Reported to

Nurse Response

Nurse's Name

Date and Time (am/pm)

Date and Time (am/pm)

©2011 Florida Atlantic University, all rights reserved. This document is available for clinical use, but may not be resold or incorporated in software without permission of Florida Atlantic University.

EHPAD	Réduction du nombre d'hospitalisation
EHPAD engagées (N = 17)	24%
EHPAD non engagées (N = 8)	6%

- Pour un EHPAD de 100 lits = 2 hospitalisations de moins par mois
- Economies faites ~ 117 000 \$ par EHPAD et par an

Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpad

CONDITIONS DE BASE À RÉUNIR

- S'assurer de la permanence des soins,
- Assurer la coordination des soins et la continuité des soins dans l'Ehpad en lien avec le médecin traitant,
- Organiser le travail en pluridisciplinaire,
- Mettre en place les DLU (dossier de liaison d'urgence) et une procédure de gestion des urgences.

FAIRE UN ETAT DES LIEUX ET PRIORISER

- Commencer par un état des lieux des hospitalisations (programmées ou non) et des facteurs de risques d'hospitalisation,
- Evaluer les ressources mobilisables en interne et externe,
- Prioriser les interventions à mettre en place.

MOBILISER LES RESSOURCES INTERNES ET EXTERNES

- Informer et former les soignants,
- Informer et mobiliser les médecins traitants et les autres professionnels libéraux et mettre en place régulièrement la *commission de coordination gériatrique*,
- Informer les résidents et leurs familles,
- Travailler dans un partenariat effectif et conventionner avec les ressources externes.

COMMENCER, SUIVRE, ADAPTER ET POURSUIVRE LES ACTIONS

- Commencer par un ou deux objectifs réalistes et réalisables,
- Suivre et analyser les retours d'expérience et les différents indicateurs en réunions pluriprofessionnelles, adapter les interventions, les formaliser et poursuivre dans la durée,
- Informer et motiver l'ensemble des acteurs,
- S'appuyer sur les succès pour poursuivre avec d'autres objectifs.

Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpad

CONDITIONS DE BASE À RÉUNIR

- S'assurer de la permanence des soins,
- Assurer la coordination des soins et la continuité des soins dans l'Ehpad en lien avec le médecin traitant,
- Organiser le travail en pluridisciplinaire,
- Mettre en place les DLU (dossier de liaison d'urgence) et une procédure de gestion des urgences.

FAIRE UN ETAT DES LIEUX ET PRIORISER

- Commencer par un état des lieux des hospitalisations (programmées ou non) et des facteurs de risques d'hospitalisation,
- Evaluer les ressources mobilisables en interne et externe,
- Prioriser les interventions à mettre en place.

MOBILISER LES RESSOURCES INTERNES ET EXTERNES

- Informer et former les soignants,
- Informer et mobiliser les médecins traitants et les autres professionnels libéraux et mettre en place régulièrement la *commission de coordination gériatrique*,
- Informer les résidents et leurs familles,
- Travailler dans un partenariat effectif et conventionner avec les ressources externes.

COMMENCER, SUIVRE, ADAPTER ET POURSUIVRE LES ACTIONS

- Commencer par un ou deux objectifs réalistes et réalisables,
- Suivre et analyser les retours d'expérience et les différents indicateurs en réunions pluriprofessionnelles, adapter les interventions, les formaliser et poursuivre dans la durée,
- Informer et motiver l'ensemble des acteurs,
- S'appuyer sur les succès pour poursuivre avec d'autres objectifs.

Etude IQUARE

Impact d'une démarche QUALITÉ sur l'évolution des pratiques et le bien fonctionnel des Résidents des EHPAD



163 EHPAD – 6 000 résidents

*Partenariat entre Gériatres hospitaliers
et équipes des EHPAD*

Travail sur les **INDICATEURS DE QUALITE**

Rolland Y. et al. J Am Geriatr Soc 2016

Participation des EHPAD de la région Midi-Pyrénées

423 EHPAD en Midi Pyrénées

243 établissements candidats

203 établissements participants T0

48 % des EHPAD de la région

Sortie de 40 établissements

Motifs :
 Changement de direction
 Absence de MedCo
 Participation à IDEM
 Charge de travail

Sortie de 28 établissements

Motifs : Participation à IDEM

175 établissements

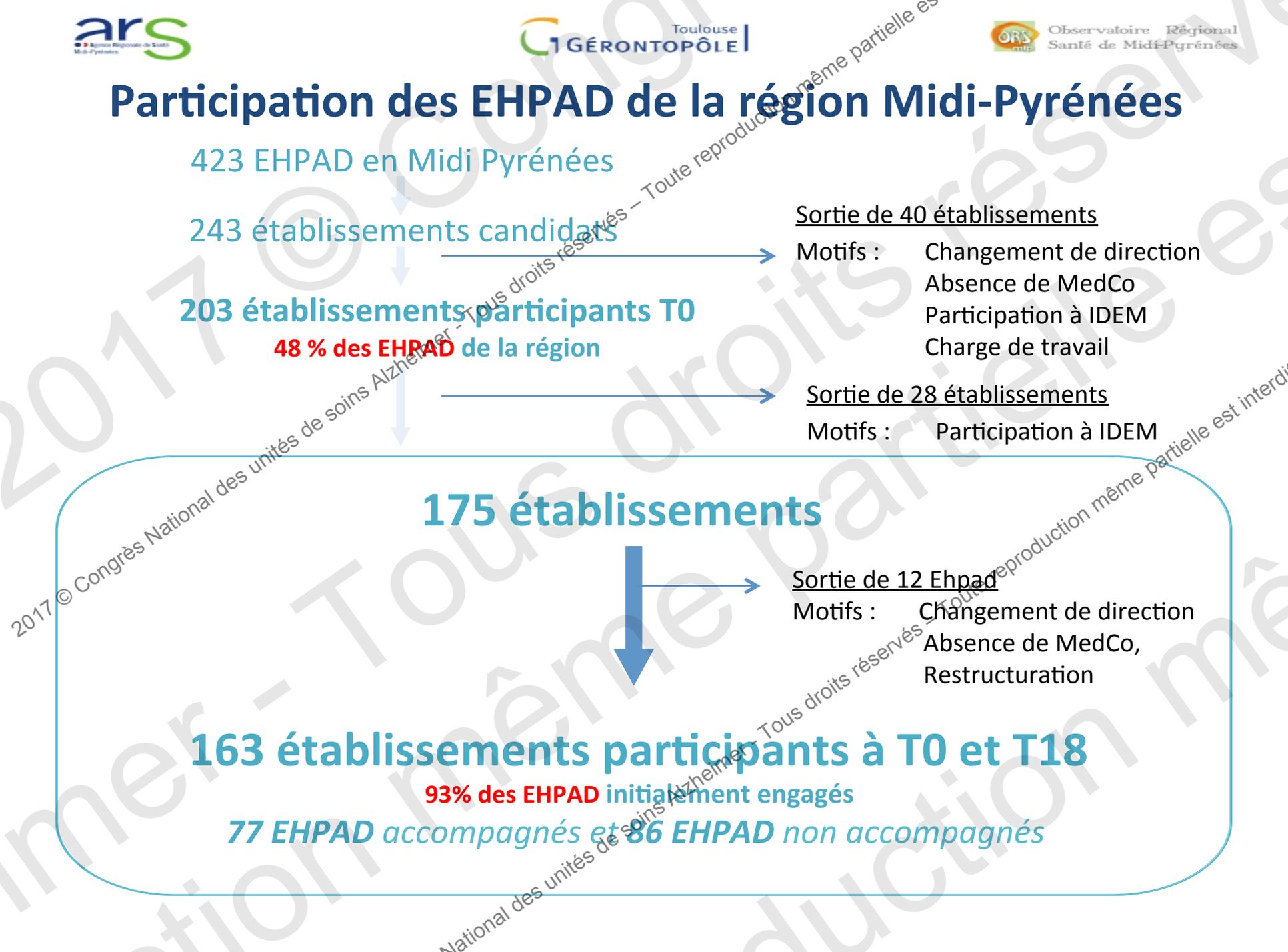
Sortie de 12 Ehpad

Motifs :
 Changement de direction
 Absence de MedCo,
 Restructuration

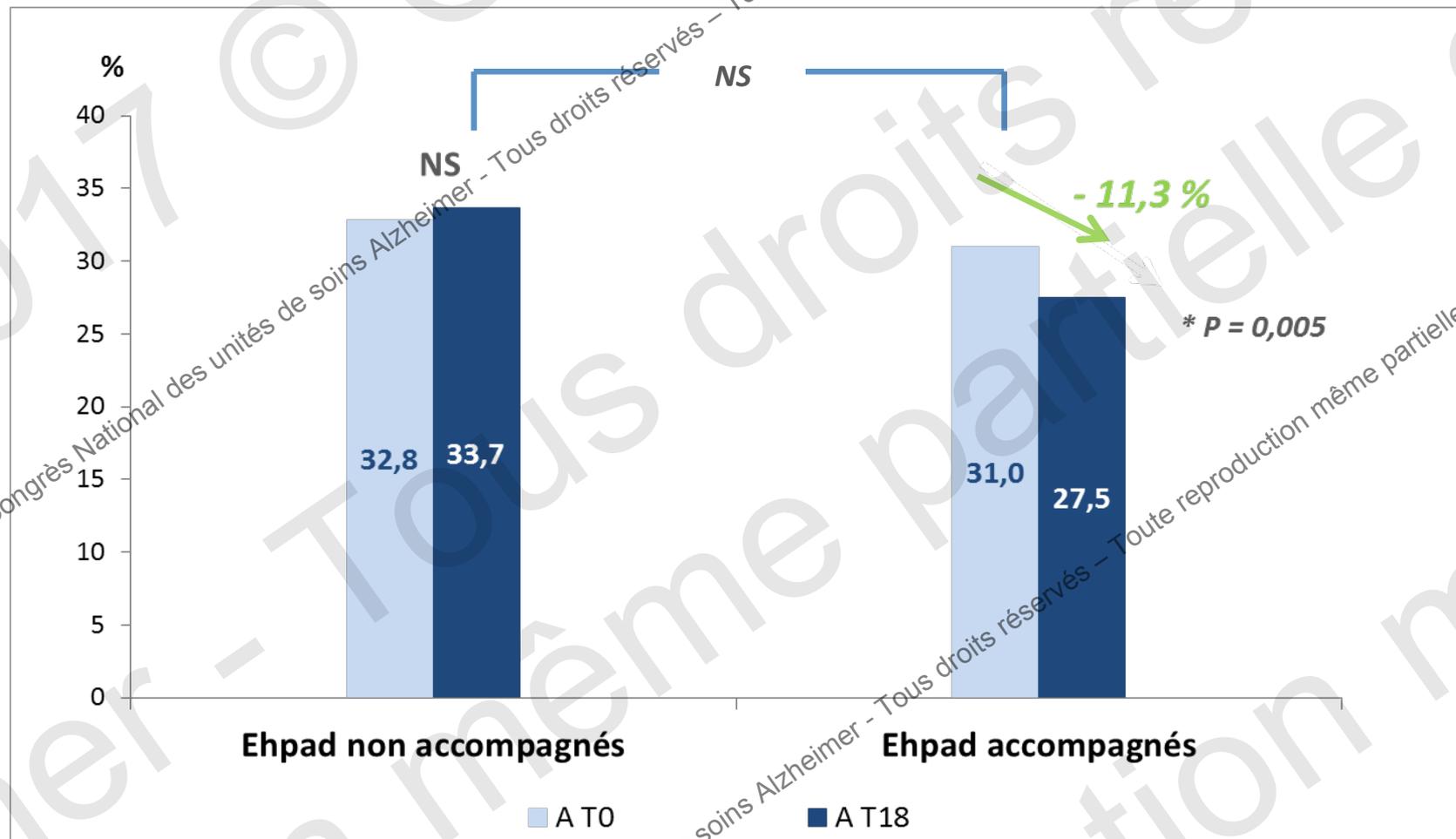
163 établissements participants à T0 et T18

93% des EHPAD initialement engagés

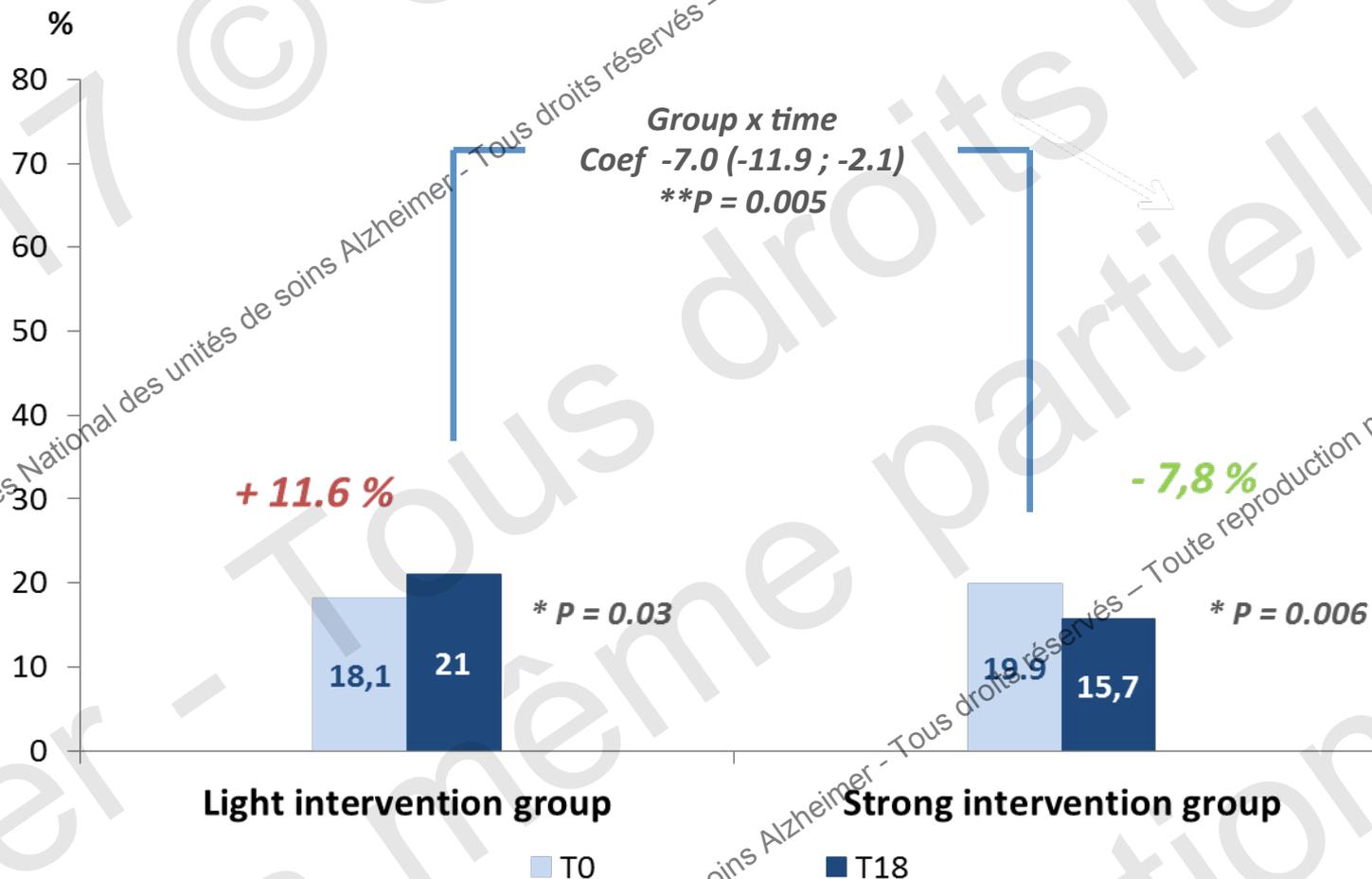
77 EHPAD accompagnés et 86 EHPAD non accompagnés



% de résidents hospitalisés au moins une fois dans l'année



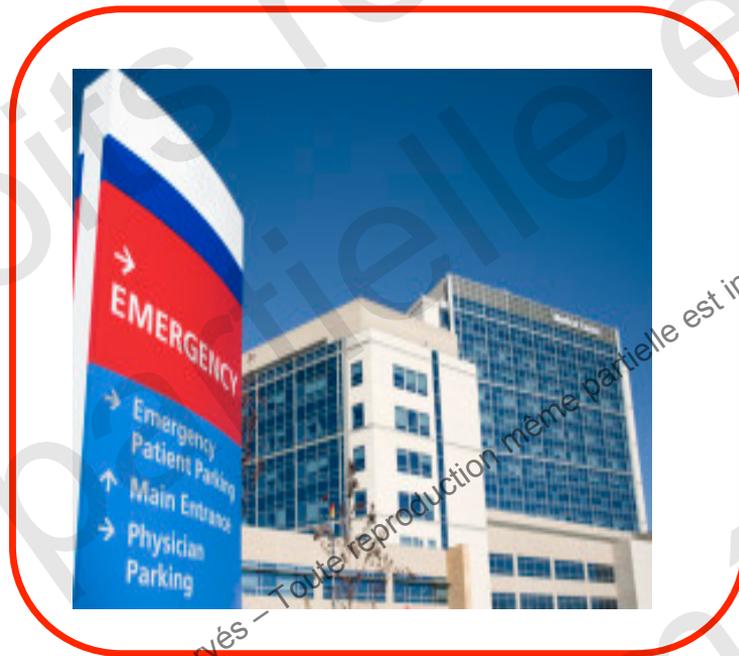
% de résidents adressés aux urgences au moins 1 fois au cours de l'année



*Unadjusted

** Adjusted for health area

Les leviers d'amélioration ?



Un Hôpital de jour réactif dédié aux résidents EHPAD

Alternative à l'hospitalisation classique pour les patients d'EHPAD

Expertise **MULTIDISCIPLINAIRE, REACTIVE** (dans la semaine)

Traitements complexes difficilement réalisables en EHPAD et pratiquer des soins lourds (transfusions, plaies complexes...)

PROGRAMMATION HOPITAL DE JOUR REACTIF dédié aux EHPAD

Pr Rolland - Dr Laffon de Mazieres - Dr Hermabessière - Dr Abellan - Dr Gérard
 CHU Toulouse-Purpan - Hôpital Germaine - 224, avenue de Casselardit 31059 Toulouse cedex

Nom : Prénom :
 Date de naissance : / /
 EHPAD :
 Tel :
 Nom du médecin traitant :
 Tel du médecin traitant :
 Nom du médecin demandeur de l'HJ :

TEL IDE : 05 - 34 - 55 - 76 - 33
FAX : 05 - 34 - 55 - 76 - 21
TEL médecin : 05 - 61 - 77 - 64 - 45

Pour toute demande urgente
 merci de contacter directement le médecin
 au 05-61-77-64-45

Motif de la demande :

Antécédents :

 Date de la demande : Délai de programmation souhaité

ADL : /6 Suivi en TELEMEDECINE possible : Oui Non

Avis spécialisé	<input type="checkbox"/> Avis Urologique <input type="checkbox"/> Avis Infectieux <input type="checkbox"/> Avis Onco-gériatrique <input type="checkbox"/> Autre avis (Soins palliatifs/douleur, pneumologique, maladie métabolique)	<input type="checkbox"/> Avis Plaies <input type="checkbox"/> Avis Cardiologique <input type="checkbox"/> Injection Toxine Botulique	<input type="checkbox"/> Chirurgien-Dentiste <input type="checkbox"/> Avis Neurologique
Trouble de la mémoire	<input type="checkbox"/> Evaluation à faire <input type="checkbox"/> Syndrome démentiel MMSE date		
Trouble du comportement	<input type="checkbox"/> Merci de détailler les troubles dans le motif de la demande ou par un courrier joint à la demande. NPI à joindre		
Trouble nutritionnel	<input type="checkbox"/> Dénutrition <input type="checkbox"/> Recueil des ingesta à joindre	<input type="checkbox"/> Surcharge pondérale <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Avis orthophoniste
Biologie	<input type="checkbox"/> Bilan standard 1° fois : -Ionogramme sanguin, albuminémie -NFS, plaquettes -Bilan hépatique, GRP -B12, Folates, globulines, TSH	<input type="checkbox"/> Hba1C <input type="checkbox"/> VS <input type="checkbox"/> Dosage toxicologie <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Bilan d'hémostase <input type="checkbox"/> Electrophorèse des protéines
Examens complémentaires	<input type="checkbox"/> Radio thoracique <input type="checkbox"/> Autres radiographies <input type="checkbox"/> Echographie cardiaque <input type="checkbox"/> Scanner Cérébral sans injection <input type="checkbox"/> Autres imageries à discuter avec le médecin		<input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Test hypotension <input type="checkbox"/> EEG <input type="checkbox"/> Autre
Acte infirmier	<input type="checkbox"/> Transfusion <input type="checkbox"/> Pansement <input type="checkbox"/> Autre :		

*Texture de l'alimentation : normale mixée Autre :
 * joindre traitements (ordonnance et comprimés) et surveillance IDE (poids, constantes, pansements...)



Un Hôpital de jour réactif
 dédié aux résidents
 EHPAD

2017 © Comité National des

Alzheimer - Fédération Française des Sociétés de Neurologie

National des unités de soins Alzheimer - Fédération Française des Sociétés de Neurologie

Toute reproduction même partielle est interdite

Conclusions

- Télémédecine
 - (PHRCI DETECT, PHRCI TELESM)
- Autres?

RESEARCH ARTICLE

Open Access



Emergency department transfers and hospital admissions from residential aged care facilities: a controlled pre-post design study

Carolyn Hullick^{1,2,4*}, Jane Conway^{1,3}, Isabel Higgins^{1,2,4}, Jacqueline Hewitt², Sophie Dilworth^{1,4}, Elizabeth Holliday^{1,4} and John Attia^{1,2,4}

Abstract

Background: Older people living in Residential Aged Care Facilities (RACF) are a vulnerable, frail and complex population. They are more likely than people who reside in the community to become acutely unwell, present to the Emergency Department (ED) and require admission to hospital. For many, hospitalisation carries with it risks. Importantly, evidence suggests that some admissions are avoidable. A new collaborative model of care, the Aged Care Emergency Service (ACE), was developed to provide clinical support to nurses in the RACFs, allowing residents to be managed in place and avoid transfer to the ED. This paper examines the effects of the ACE service on RACF residents' transfer to hospital using a controlled pre-post design.

Methods: Four intervention RACFs were matched with eight control RACFs based on number of total beds, dementia specific beds, and ratio of high to low care beds in Newcastle, Australia, between March and November 2011. The intervention consisted of a clinical care manual to support care along with a nurse-led telephone triage line, education, establishing goals of care prior to ED transfer, case management when in the ED, along with the development of collaborative relationships between stakeholders. Outcomes included ED presentations, length of stay, hospital admission and 28-day readmission pre- and post-intervention. Generalised estimating equations were used to estimate mean differences in outcomes between intervention and controls RACFs, pre- and post-intervention means, and their interaction, accounting for repeated measures and adjusting for matching factors.

Results: Residents had a mean age of 86 years. ED presentations ranged between 16 and 211 visits/100 RACF beds/year across all RACFs. There was no overall reduction in ED presentations (OR = 1.17, $p = 0.56$) with the ACE intervention. However, when compared to the controls, the intervention group reduced their ED length of stay by 45 min ($p = 0.0575$), and was 40 % less likely to be admitted to hospital, . The latter was highly significant ($p = 0.0012$).

(Continued on next page)



Peut-on prévenir les hospitalisations inappropriées des résidents d'EHPAD ?

CONCLUSION

BONUS

MALUS



2017 © Congrès National des unités de soins Alzheimer - Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite

2017 © Congrès National des unités de soins Alzheimer - Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite

2017 © Congrès National des unités de soins Alzheimer - Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite