



**HAL**  
open science

# Analyse des appels du centre 15-SAMU 24 par les EHPAD de Dordogne et association en fonction du niveau de médicalisation

Marjolaine Ado

► **To cite this version:**

Marjolaine Ado. Analyse des appels du centre 15-SAMU 24 par les EHPAD de Dordogne et association en fonction du niveau de médicalisation. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03213042

**HAL Id: dumas-03213042**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03213042v1>**

Submitted on 30 Apr 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BORDEAUX  
UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2021

N°3041

Thèse pour l'obtention du  
**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**  
Médecine d'urgence

Présentée et soutenue publiquement  
le 23 avril 2021

Par **Marjolaine ADO**  
née le 28 avril 1993, à Bayonne

**ANALYSE DES APPELS DU CENTRE 15 - SAMU 24 PAR LES  
E.H.P.A.D. DE DORDOGNE ET ASSOCIATION EN FONCTION  
DU NIVEAU DE MEDICALISATION**

Sous la direction de Monsieur le **Docteur Jean-Paul LORENDEAU**

Composition du jury

Monsieur le Professeur Xavier COMBES	Président
Monsieur le Professeur Michel GALINSKI	Rapporteur
Monsieur le Professeur Philippe REVEL	Juge
Madame le Docteur Eve KAMMER	Juge
Monsieur le Docteur Jean-Paul LORENDEAU	Directeur



## REMERCIEMENTS

### **A monsieur le Professeur Combes,**

Vous me faites l'honneur de présider mon jury; soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

### **A monsieur le Professeur Galinski,**

Cher professeur, vous m'avez fait l'honneur de m'aider à finaliser mon travail et de le juger en tant que rapporteur en plus de participer activement à notre formation; je vous en remercie.

### **A monsieur le Professeur Revel,**

Vous me faites l'honneur de juger ce travail après m'avoir accueillie dans cette première promotion de jeunes urgentistes; je vous en remercie.

### **A madame le Docteur Eve Kammer,**

Tu as rapidement accepté de faire partie de mon jury de thèse et je t'en suis profondément reconnaissante. Tu as accompagné mes premiers pas dans la médecine d'urgence et je n'aurais pas pu mieux choisir. Merci pour le partage de ta passion pour ce métier, pour ta bonne humeur et ta bienveillance envers moi. Si Périgueux n'avait pas été aussi loin de mon foyer, cela aurait été un honneur pour moi de pouvoir travailler à tes côtés.

### **A monsieur le Docteur Jean-Paul Lorendeau,**

Merci d'avoir accepté de m'accompagner tout au long de ce projet de thèse; merci pour ta patience et ta bienveillance. Bien que mon passage au SAMU de Périgueux fut bref, il a su me conforter dans ma décision de choisir la médecine d'urgence et tu fais partie de ceux qui m'ont encouragée dans cette voie. Merci de m'avoir prise sous ton aile; j'espère que nos chemins continueront de se croiser.

## **A ma famille,**

**Papa, maman,** merci pour votre amour et votre soutien infailible lors de ces longues années d'étude où j'ai de nombreuses fois douté. Merci pour l'éducation que vous vous êtes efforcés de me donner, merci pour les belles valeurs que vous avez su me transmettre, merci pour le bonheur que vous avez pu m'offrir depuis mon enfance.

**Pauline,** merci pour tes encouragements incessants et tes conseils de grande soeur. Tu es mon modèle de persévérance et de courage. Ta réussite est une vraie source d'inspiration pour moi comme elle l'est pour tant d'autres. Je suis fière de grandir à tes côtés.

**Rémi,** merci pour ta bienveillance et ta générosité sans limites. Puisses-tu continuer à rendre ma soeur si heureuse.

**Mamie Nita,** merci pour tout l'amour que tu nous as apporté.

**Mamie Jeannette, Papi Peyo, Papi Jean,** vous n'êtes malheureusement plus là pour partager ce moment avec moi, mais il n'empêche que ce travail est pour vous.

A mon parrain **Stéphane,** à ma marraine **Aude,** à tous mes oncles et tantes, cousins et cousines.

A **Lucien** et **Anita,** merci pour votre générosité, votre passion et votre affection. Vous m'avez accompagnée dans les étapes de ma vie; la jeune femme que je suis devenue vous doit beaucoup.

A **Lucas,** merci pour ton amour et ton soutien indéfectible.

## **A mes amis,**

**Laure,** merci pour ton soutien, nos chemins ne cesseront jamais de se croiser.

**Elodie, Albane,** cette aventure a débuté à vos côtés, pourvu qu'elle continue encore longtemps.

**Agathe,** notre amitié est une vraie force depuis plusieurs années, merci pour ton soutien.

**Tatiana,** mon chemin n'aurait pas été le même sans toi, merci pour ton amitié et notre complicité.

**Marion,** ta rencontre a fait naître une belle amitié qui saura perdurer, merci pour ta joie de vivre.

**Morgane, Pierrick, Xavier, Ikram,** votre affection m'aura été précieuse et elle le restera.

## **A mes belles rencontres de l'internat,**

**Margaux** et **Amélie**, Nouvelle aura su nous rapprocher le temps d'un semestre d'été.

**Charlotte**, ta joie et ta bonne humeur ont embelli la médecine polyvalente.

**Marie, Toulla, Jean**, merci pour ces 6 mois passés à la Ferme.

**Clément, Sami, Paul-Emile, Erwan**, la dream-team des soins, avec une mention spéciale pour **Re-naud**, toi qui as bien voulu continuer à me soutenir en réanimation.

**Emeline**, j'espère partager encore beaucoup d'autres aventures avec toi.

**Emmanuel**, merci pour ces moments de rires en pédiatrie.

**Lucie**, ton passage éclair à Bordeaux aura permis notre précieuse rencontre.

**Erwann, Marie, Lucie, Xan**, une belle équipe pour terminer cet internat en beauté.

## **A toutes mes rencontres lors de ma formation,**

**Philippe** et **Alain Faucié**, vous m'avez fait découvrir une médecine magnifique, merci pour votre accueil dans votre cabinet et au sein de votre famille, merci pour votre bienveillance.

Au service des **urgences de Mont de Marsan**.

**Laure**, mon stage de maladie infectieuse n'aurait pas été le même sans toi, merci pour tes conseils.

A tout le **service du SAMU-SMUR et des urgences de Périgueux**, merci de m'avoir fait découvrir votre univers et de m'avoir accueillie comme vous l'avez fait. Votre soutien m'aura aidé à prendre confiance en moi et surtout à me conforter dans ma vocation.

Au service des **soins intensifs cardiologiques de Haut Lévêque**. **Thomas, Khaled**, merci pour vos conseils et de m'avoir fait me sentir à ma place dans ce stage.

A l'équipe des **urgences pédiatriques de l'hôpital des enfants** du CHU.

Au service de **réanimation polyvalente de Bayonne**, merci pour votre confiance et pour tout ce que vous m'avez apporté lors de ce dernier semestre dont le maître mot est la bonne humeur.

# TABLE DES MATIERES

<b>TABLE DES MATIERES</b>	<b>4</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>6</b>
<b>METHODES</b>	<b>8</b>
<b>RESULTATS</b>	<b>11</b>
<b>DISCUSSION</b>	<b>18</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>24</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>25</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>29</b>
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE</b>	<b>31</b>

# LISTE DES ABREVIATIONS

AMU : Aide Médicale Urgente

ARM : Assistant de Régulation Médicale

CH : Centre Hospitalier

CODIS : Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours

CRRA : Centre de Réception et Régulation des Appels

DREES : Direction de Recherche des Etude, de l'Evaluation et des Statistiques

DRM : Dossier de régulation Médicale

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMOG: Equipe Mobile à Orientation Gériatrique

GIR : Groupe Iso-Ressource

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

MC : Médecin coordonnateur

PDSA : permanence de Soins Ambulatoires

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SU : Structure d'Urgence

UPOG: Unité Post Opératoire Gériatrique

UPUG: Unité Post Urgence Gériatrique

# INTRODUCTION

La prise en charge des patients d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) en urgence est une réelle problématique (1). Elle l'est du fait de leurs comorbidités multiples, leur manque d'autonomie, du retentissement sur leur santé et pronostic fonctionnel.

Les EHPAD sont des établissements qui, par définition, permettent l'accueil de personnes âgées en perte d'autonomie. Leur mission principale est un accompagnement global et ils ont la particularité de pouvoir dispenser des soins. Les équipes soignantes sont composées par du personnel médical et paramédical. Il existe une grande hétérogénéité des effectifs médicaux et infirmiers de ces établissements en lien avec leur statut juridique. Pour exemple, selon une enquête nationale en fin 2015, 32% des EHPAD ne déclaraient aucun équivalent temps plein de médecin coordonnateur dans la liste du personnel. Un minimum est pourtant légalement requis en fonction de la taille de l'établissement (2).

Les hospitalisations des patients d'EHPAD aux urgences montrent qu'ils sont plutôt âgés et qu'il s'agit surtout de femmes. Dans 24% des cas, la décision d'hospitalisation est prise sur simple avis téléphonique (3). Cependant, dans les facteurs prédictifs d'hospitalisation en urgence, on ne retrouve pas de lien avec les comorbidités des patients ou quelconque évènement intercurrent (4).

Se pose alors la question de difficultés d'organisation des établissements hébergeurs face à l'urgence et de la présence médicale suffisante.

Dans une petite étude menée au centre hospitalier de Périgueux, les admissions aux urgences en 2019 montraient que le recours à une SU hospitalière était majoritairement justifié (76,1% des admissions). On ne mettait cependant pas en évidence de différence significative sur la proportion d'admissions justifiées selon le niveau de médicalisation des EHPAD (5).

En parallèle, on retrouve une part importante du recours aux centres de régulation médicale venant des EHPAD. Dans l'agglomération de Bordeaux, on relevait qu'en 2017, 23,4% des patients d'EHPAD admis aux urgences l'avaient été après contact avec le SAMU (6). Et sur l'année 2015, l'analyse des dossiers de régulation montrait que la moitié des appels des plus de 75ans sollicitait le médecin urgentiste régulateur, contre 37% pour les moins de 75ans. Pour cette même population de sénior, 16% des appels provenaient des maisons de retraite (7).

La Dordogne est un des départements comptant la population la plus âgée (8). Elle possède environ 70 EHPAD répartis sur un large territoire. Ils permettaient d'héberger plus de 10% des plus de 75ans en 2013. Le Centre 15 - SAMU 24 reçoit de nombreux appels des EHPAD.

L'hypothèse de recherche était que le niveau de médicalisation de l'EHPAD a un impact sur le taux de recours au centre 15-SAMU de la Dordogne.

L'objectif principal était de savoir si le niveau de médicalisation influence le recours au SAMU.

## METHODES

Il s'agissait d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive, transversale, rétrospective et monocentrique. Les données étaient recueillies par un opérateur dépendant de l'étude. Étaient inclus, tous les appels au CRRA provenant des EHPAD de Dordogne du 1er juin 2019 au 31 août 2019. Les appels ne concernant pas les résidents ou dont les dossiers étaient incomplets n'ont pas été inclus. L'étude a été réalisée au sein du Service d'Aide de Médicale Urgente du Centre Hospitalier de Périgueux. Les dossiers de régulation ont été extraits à partir de la base de données du logiciel eRS d'EXOS. Aucune information ni consentement n'ont été donnés aux patients avant inclusion. Les données personnelles ont été anonymisées conformément à la réglementation en vigueur. Aucune des variables recueillies n'étaient spécifique à l'étude. Les données récoltées sont issues des pratiques effectuées quotidiennement au sein du SAMU de la Dordogne. L'ensemble des informations recueillies lors de l'étude a pour but l'optimisation de la prise en charge des patients et des pratiques du personnel au sein du service. Conformément à la réglementation, une déclaration à la CNIL était réalisée.

Le critère de jugement principal était d'analyser les différentes réponses de régulation en fonction du niveau de médicalisation. Les réponses étaient le niveau de gravité estimé par le régulateur puis les moyens engagés. Les critères de jugement secondaire étaient les caractéristiques de la population et les autres modalités de régulation.

Les variables recueillies concernaient les résidents (sexe et âge) et les caractéristiques des appels (EHPAD de provenance et niveau de médicalisation, motif d'appel et cadre nosologique, période). Étaient aussi relevés le type de médecin régulateur (PDSA ou AMU), la priorisation de l'appel, le niveau de soin requis, le bilan en découlant, les moyens mis en oeuvre.

Les motifs d'appels étaient classés selon quatre catégories, déterminées et attribuées de manière subjective par les auteurs (tableau 1):

Tableau 1: Catégories des motifs d'appels

détresse vitale	pathologie urgente	pathologie non urgente	problème technique
-----------------	--------------------	------------------------	--------------------

Le niveau de médicalisation des EHPAD était défini par un critère subjectif propre à notre étude en fonction du temps de présence médicale et para-médicale infirmier (tableau 2).

Tableau 2: Niveau de médicalisation des EHPAD

Niveau 1	Médecin coordonnateur à temps plein et/ou EHPAD au sein d'un centre hospitalier local et/ou présence infirmière 24h/24
Niveau 2	Médecin coordonnateur à temps partiel supérieur ou égal à 50%
Niveau 3	Médecin coordonnateur à temps partiel inférieur à 50%
Niveau 4	Absence de médecin coordonnateur

La classification des niveaux de priorité, de soin requis et de bilan relevait d'une nomenclature nationale déterminée par Le Guide de Régulation Médicale (9).

L'Assistant de Régulation Médical (ARM) qualifie l'appel d'un niveau de priorité après premier décroché (tableau 3).

Tableau 3: Niveau de priorité après premier décroché

P0	Urgence vitale immédiate motivant le déclenchement réflexe d'une équipe SMUR avec nécessité de régulation immédiate par l'AMU
P1	Régulation médicale prioritaire
P2	Régulation médicale éventuellement temporisée
P3	Régulation médicale reportée ou programmée et traitée par un rappel

Le niveau de soin requis par l'appelant est déterminé après régulation médicale (tableau 4).

Tableau 4: Niveau de soin requis

R1	Urgence vitale patente
R2	Urgence potentielle
R3	Urgence relative ou ressentie
R4	Conseil médical ou prescription médicamenteuse par téléphone

Si un effecteur est envoyé, un bilan sera transmis (tableau 5).

Tableau 5: Bilan

B0	Engagement réflexe d'un SMUR et régulation prioritaire
B1	Signes de détresse avérés
B2	Informations complémentaires/différentes de celles recueillies lors de l'appel initial
B3	Bilan identique aux informations recueillies, sans signe de détresse

Le SAMU de Périgueux compte 20 ARM, 19 médecins régulateurs urgentistes 24h sur 24 (AMU), 24 médecins régulateurs libéraux (PDSA). Ces derniers assurent la permanence des soins ambulatoires de 8h à minuit les weekend et jours fériés, et de 19h à minuit en semaine.

#### Analyse statistique:

Les variables quantitatives étaient représentées par leur médiane et les percentiles 25 et 75 (Interquartile). Elles étaient comparées par l'utilisation d'un test t de Student et par un test non paramétrique de Mann-Whitney. Les variables qualitatives étaient représentées par leur pourcentage et leur intervalle de confiance à 95% (IC95) et étaient comparées avec un test de Chi<sup>2</sup>, un test corrigé de Yates ou bien un test de Fisher si indiqué. La saisie des données à été réalisée à l'aide du logiciel excel version 16.16 (Microsoft Inc) et l'analyse a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS version 26.0 (5IBM, SPSS Inc. Chicago. IL).

## RESULTATS

Sur une période de 3 mois, 974 appels provenant d'EHPAD ont été relevés. Parmi eux, 910 dossiers répondaient à nos critères d'inclusion (figure 1).

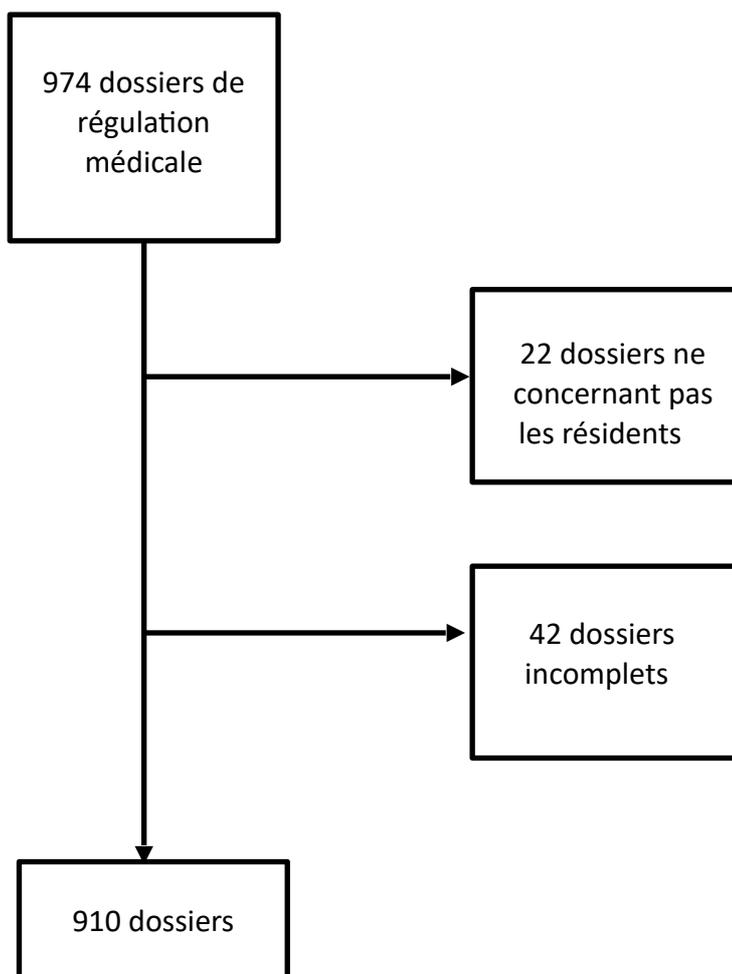


Figure N°1 Diagramme de flux

Les appels provenaient de 71 établissements différents (annexe 1). La moyenne d'âge était de 87 ans. Il y avait une majorité de femmes (68,7%). Deux tiers des appels avaient lieu la journée. Ils étaient passés majoritairement pour des pathologies non urgentes. Ces caractéristiques sont détaillées dans le tableaux 6.

Tableau 6: Description des caractéristiques de la population et des appels

<b>Variables</b>	<b>Effectif (N = 910)</b>
<b>Age, années</b>	
Moyenne (DS)	87,0 (8,9)
Extrêmes	32 - 110
<b>Sexe, n (%)</b>	
M	285 (31,3)
F	625 (68,7)
<b>Période, n (%)</b>	
Jour (7h-19h)	562 (61,8)
Nuit (19h-7h)	348 (38,2)
<b>Niveau de médicalisation des EHPAD, n (%)</b>	
1 - MC temps plein / au sein d'un CH / IDE 24h/24	327 (35,9)
2 - MC temps partiel $\geq$ 50%	156 (17,1)
3 - MC temps partiel $<$ 50%	245 (26,9)
4 - Absence de médecin coordonateur	182 (20)
<b>Motifs de consultation, n (%)</b>	
Détresse vitale	69 (7,6)
Pathologie urgente	249 (27,4)
Pathologie non urgente	583 (64,1)
Problème technique	9 (1,0)

Les types de pathologies revenant le plus souvent étaient les traumatismes (25,2%), les tableaux respiratoires (14,8%) et neurologiques (11,1%) (tableau 7).

Tableau 7: Motifs d'appels selon le cadre nosologique

<b>Cadre nosologique, n (%)</b>	<b>Effectif (N = 910)</b>
Allergie	8 (0,9)
Cardiovasculaire	65 (7,1)
Décès	82 (9,0)
Dermatologie	9 (1,0)
Diabétologie	11 (1,2)
Digestif	83 (9,1)
Douleur	7 (0,8)
Gynécologie	1 (0,1)
Hématologie	13 (1,4)
Infectiologie	50 (5,5)
Métabolique	11 (1,2)
Néphrologie	2 (0,2)
Neurologie	101 (11,1)
Non classé	6 (0,7)
Ophtalmologie	2 (0,2)
ORL	7 (0,8)
Palliatif	9 (1,0)
Psychiatrie	23 (2,5)
Respiratoire	135 (14,8)
Rhumatologie	1 (0,1)
Stomatologie	4 (0,4)
Thérapeutique	23 (2,5)
Toxicologie	5 (0,5)
Traumatologie	229 (25,2)
Urologie	23 (2,5)

La répartition selon le régulateur entre PDSA et AMU était équitable. La majeure partie des appels étaient considérés comme relevant d'une urgence potentielle (46%). Environ 1/3 des appels ne nécessitaient pas d'intervention par un effecteur. Seuls 13 appels ont donné suite à une intervention SMUR.

Tableau 8: Description des modalités de régulation des appels

<b>Variables</b>	<b>Effectif (N = 910)</b>
<b>Médecin régulateur, n (%)</b>	
PDSA	463 (50,9)
AMU	447 (49,1)
<b>Priorité après premier décroché par l'ARM, n (%)</b>	
P0 - Urgence vitale immédiate	2 (0,2)
P1 - RM prioritaire	166 (18,2)
P2 - RM éventuellement temporisée	680 (74,7)
P3 - RM reportée ou programmée et traitée par rappel	62 (6,8)
<b>Niveau de soin requis après régulation médicale, n (%)</b>	
R1 - Urgence vitale patente	13 (1,4)
R2 - Urgence potentielle	419 (46,0)
R3 - Urgence relative ou ressentie	152 (16,7)
R4 - Conseil médical, prescription téléphonique	326 (35,8)
<b>Bilan par premier effecteur, n (%)</b>	
B0 - Engagement réflexe d'un SMUR	7 (0,8)
B1 - Signes de détresse avérés	186 (20,4)
B2 - Informations complémentaires ou différentes	283 (31,1)
Manquants	434 (47,7)
<b>Moyens envoyés, n (%)</b>	
Ambulance privée	330 (36,3)
Conseil	326 (35,8)
Médecin généraliste	143 (15,7)
SDIS	98 (10,8)
SMUR	13 (1,4)

Il n'y avait de différence significative ni du niveau de gravité estimé ( $p=0,6$ ), ni des moyens engagés en fonction du niveau de médicalisation (tableaux 9 et 10).

Tableau 9: Niveau de soin requis en fonction du niveau de médicalisation

	<b>R1 n = 13</b>	<b>R2 n = 419</b>	<b>R3 n = 152</b>	<b>R4 n = 326</b>	<b><i>p</i></b>
<b>Niveau de médicalisation, n (%)</b>					<b><i>0,6</i></b>
1 - MC temps plein / EHPAD au sein d'un CH / IDE 24h/24	3 (0,9)	151 (46,2)	48 (14,7)	125 (38,2)	
2 - MC temps partiel $\geq$ 50%	3 (1,9)	76 (48,7)	28 (17,9)	49 (31,4)	
3 - MC temps partiel $<$ 50%	5 (2,0)	114 (46,5)	37 (15,1)	89 (36,3)	
4 - Absence de MC	2 (1,1)	78 (42,9)	39 (21,4)	63 (34,6)	

Tableau 10: Moyens engagés en fonction du niveau de médicalisation

	<b>Conseil téléphonique n = 326</b>	<b>Ambulance privée n = 330</b>	<b>Médecin généraliste n = 143</b>	<b>SDIS n = 98</b>	<b>SMUR n = 13</b>	<b><i>p</i></b>
<b>Niveau de médicalisation, n (%)</b>						<b><i>0,4</i></b>
1 - MC temps plein / EHPAD au sein d'un CH / IDE 24h/24	125 (38,2)	128 (39,1)	45 (13,8)	25 (7,6)	4 (1,2)	
2 - MC temps partiel $\geq$ 50%	49 (31,4)	59 (37,8)	24 (15,4)	22 (14,1)	2 (1,3)	
3 - MC temps partiel $<$ 50%	88 (35,9)	80 (32,7)	38 (15,5)	34 (13,9)	5 (2,0)	
4 - Absence de MC	64 (35,1)	63 (34,6)	36 (19,8)	17 (9,3)	2 (1,1)	

Il n'y avait pas de différence significative par rapport au niveau de médicalisation entre la période d'appel, le niveau de priorité ou encore le bilan. Il n'y avait pas de différence significative non plus entre le recours à la PDSA ou l'AMU et entre la période d'appel (tableau 11).

Tableau 11: Caractéristiques des appels et de régulation en fonction du niveau de médicalisation

	Niveau de médicalisation				P
	1 n = 327	2 n = 156	3 n = 245	4 n = 182	
<b>Période, n (%)</b>					<i>0,5</i>
Jour	211 (64,5)	90 (57,7)	148 (60,4)	113 (62,1)	
Nuit	116 (35,5)	66 (42,3)	97 (39,6)	69 (37,9)	
<b>Régulateur, n (%)</b>					<i>0,2</i>
PDSA	155 (47,4)	74 (47,4)	131 (53,5)	103 (56,6)	
AMU	172 (52,6)	82 (52,6)	114 (46,5)	79 (43,4)	
<b>Priorité, n (%)</b>					<i>0,9</i>
P0	1 (0,3)	0	1 (0,4)	0	
P1	63 (19,3)	32 (20,5)	42 (17,1)	29 (15,9)	
P2	239 (73,1)	113 (72,4)	189 (77,1)	139 (76,4)	
P3	24 (7,3)	11 (7,1)	13 (5,3)	14 (7,7)	
<b>Bilan, n (%)</b>					<i>0,6</i>
B0	0	1 (0,6)	4 (1,6)	2 (1,1)	
B1	66 (20,2)	35 (22,4)	52 (21,2)	33 (18,1)	
B2	101 (30,9)	53 (34,0)	71 (29,0)	58 (31,9)	
Manquants	160 (48,9)	67 (42,9)	118 (48,2)	89 (48,9)	

L'âge des patients montrait une différence significative en fonction du niveau de médicalisation (tableau 12).

Tableau 12: Age des patients en fonction du niveau de médicalisation

	<b>Niveau de médicalisation</b>				<i>p</i>
	<b>1</b> <b>n = 327</b>	<b>2</b> <b>n = 156</b>	<b>3</b> <b>n = 245</b>	<b>4</b> <b>n = 182</b>	
<b>Age</b>					<i>0,01</i>
Moyenne (DS)	87,3 (9,0)	88,7 (8,2)	85,8 (9,3)	86,5 (8,6)	
Extrêmes min - max	32 - 102	54 - 103	50 - 110	45 - 101	
Manquants = 0					

## DISCUSSION

Les résultats ne dégagent pas de différence significative du niveau de gravité des appels en fonction du niveau de médicalisation. Il n'y avait pas de différence significative du niveau de soin requis ( $p=0,6$ ). Il n'y avait pas de différence significative des moyens engagés ( $p=0,4$ ).

Pour expliquer cela, l'hypothèse était que notre classification ne faisait pas ressortir de différence.

Cette classification est basée sur la présence du médecin coordonnateur. D'après l'article D312-158 du code de l'action sociale et des familles, ses rôles principaux sont: l'application des bonnes pratiques gériatriques, la réalisation du rapport d'activité médicale annuelle, l'évaluation de l'état de dépendance des résidents. Il ne peut avoir le rôle de prescripteur qu'en cas d'urgence d'après modification par décret de cet article en 2011. Sa fonction, majoritairement administrative, ne permet pas de refléter l'état de santé des résidents comme nous l'avions présumé. Il aurait été intéressant de se concentrer sur la présence infirmière. La présence des infirmiers de nuit en EHPAD a déjà montré qu'elle permettait d'éviter les hospitalisations non voulues aux urgences, surtout dans des situations de fin de vie. L'observatoire national de fin de vie décrit en 2013 une baisse de 37% des ces hospitalisations (10). Ces constatations sont notamment en lien avec l'impossibilité de réalisation de soins en l'absence d'un infirmier (11).

Cette classification ne permettait pas de montrer de différence car elle ne reflétait pas la lourdeur de prise en charge des résidents. Une étude de la DREES de 2018 cherchait les déterminants du taux d'encadrement du personnel des EHPAD (2). Elle met en évidence un lien entre le statut juridique et le taux d'encadrement par les soignants (infirmiers et aides-soignants): 22,8 postes pour 100 résidents dans les structures privées contre 36,7 dans les structures publiques. Par contre si l'on regarde le GIR moyen pondéré (échelle synthétisant le niveau moyen de perte d'autonomie entre 0 et 1000), les établissements privés (GMP moyen à 712,5) accueillent des résidents aussi dépendants que les publiques (GMP moyen à 716). Donc le taux d'encadrement n'était pas lié au niveau de dépendance des résidents. Cela se constate dans d'autres pays comme la Suède où le ratio soignants/résidents n'influait pas sur les transferts aux urgences (12).

Cette classification ne permettait pas de faire ressortir de différence car l'état de santé du résident est avant tout géré par le médecin généraliste. Dans le souci de la qualité de vie du résident, il garde le libre choix de son médecin traitant (13). Le prescripteur principal pouvant anticiper le contrôle des comorbidités est donc un médecin extérieur à l'établissement. Sa bonne collaboration avec les établissements est un enjeu. En Allemagne, une étude randomisée contrôlée est d'ailleurs en cours pour évaluer des stratégies d'amélioration de cette collaboration (14).

Notre étude paraissait originale puisqu'il s'agissait de la première de ce genre dans le département de la Dordogne. Elle l'était aussi au niveau national puisque nous n'avons pas trouvé beaucoup de travaux étudiant les liens entre services de régulation et patients d'EHPAD. L'une des forces de ce travail était que le recueil avait été fait de manière exhaustive, sur une période assez longue de trois mois. D'autant plus qu'il avait été fait antérieurement à l'épidémie actuelle de COVID-19.

Parmi les limites de cette étude, le caractère rétrospectif du recueil pouvait constituer des biais d'information. Mais les dossiers incomplets avaient été exclus et les caractéristiques recueillies ne comportaient aucune variable subjective. Dix sept dossiers concernaient des résidents de moins de 60 ans (âge limite d'entrée en EHPAD). Bien qu'il s'agisse de résidents, ce groupe peut constituer un biais de sélection. Ils ne représentaient pas plus de 2% de la population totale. Les résultats auraient été plus représentatifs de la réalité s'ils avaient été relevés dans plusieurs centres. Mais notre population possédait tout de même des caractéristiques similaires à celles décrites dans la littérature. La période d'étude ne concernait qu'une seule saison (été), ce qui pouvait avoir un impact sur le nombre et les motifs d'appels. Mais l'activité de régulation, probablement plus forte à cette période, permettait d'obtenir un nombre important de dossiers. La classification des EHPAD avait été faite de manière subjective, et ne permettait pas de faire ressortir une différence. Il aurait été intéressant d'ajuster nos résultats en fonction du nombre de résidents ou de leur niveau de dépendance.

L'âge moyen et le sex ratio étaient comparables aux études menées sur l'hospitalisation des résidents d'EHPAD aux urgences (5, 6).

Les appels étaient plus fréquents en journée (15). Cette répartition n'était pas influencée par le niveau de médicalisation des EHPAD. Les problèmes sont probablement mieux remarquables en journée où le nombre de personnel est plus important. Selon une enquête de la DREES en 2015, il y avait environ 15 fois plus d'infirmiers travaillant de jour que de nuit, et 5 fois plus d'aides-soignants (16).

Comme retrouvé dans les études menées aux urgences, un motif de consultation fréquent était les traumatismes (17). Dans une thèse de 2015 au Centre Hospitalier de Chambéry, la majorité des passages aux urgences de résidents d'EHPAD considérés comme non justifiés relevaient de la traumatologie (18). Il aurait été intéressant de mieux préciser cette catégorie pour identifier la gravité et savoir si le recours au SAMU était justifié. Bien que la difficulté de prise en charge de la personne âgée réside dans l'évaluation globale au vue de sa fragilité, la survenue de certaines de ces

blessures peut être gérée en ambulatoire. Pour exemple, les traumatismes périphériques ou non graves pourraient bénéficier d'une évaluation médicale par un médecin généraliste et obtenir des examens complémentaires dans des cabinets de ville. Si cela n'est pas fait en pratique est-ce par manque de disponibilité des praticiens libéraux (généralistes, radiologues) (19)? Par difficulté d'organiser le transport sans avoir recours au SAMU (20) ?

En terme de fréquence, les autres motifs d'appels relevaient de problèmes médicaux de type respiratoires (14,8%), neurologiques (11,1%) ou digestifs (9,1%) en concordance avec les autres travaux de ce genre (21). Dans la population générale, la proportion de certains de ces motifs peut varier selon la saison et en fonction des centres. Le motif « pneumologie » était plus important que la traumatologie en hiver au CRRRA de Auch en 2018 (22).

Une partie non négligeable des demandes de ces établissements était en lien avec la nécessité de réalisation d'un certificat de décès. Le défaut de disponibilité de médecins libéraux entraîne des difficultés. Il s'agit plus d'une urgence administrative que médicale puisqu'un délai de 24h est possible (23). Les propositions d'amélioration montrent que la plupart des médecins généralistes ne souhaitent pas se déplacer dans les plus bref délais pour cette raison (24).

Il n'y avait pas de différence entre l'implication de la PDSA ou de l'AMU, indépendamment du niveau de médicalisation. Bien que moins souvent présents, les médecins de PDSA étaient aussi souvent sollicités que les médecins urgentistes. Cela va dans le sens de la montée en puissance du recours à la PDSA déjà mis en évidence pour le SAMU de Périgueux lors des appels nocturnes dans la population générale (25).

Pour répondre à la demande des EHPAD, nos résultats montraient que les régulateurs utilisaient fréquemment des moyens avec intention d'hospitalisation (ambulance privée, pompiers, SMUR). Cela représentait 441 dossiers (environ 48%); alors que pour seulement 15% des dossiers, un médecin généraliste était envoyé. Il ne s'agit pas forcément d'une spécificité de régulation des personnes âgées. D'autres travaux montrent la même répartition des moyens engagés, toute population confondue (26).

Le SMUR était peu sollicité, puisqu'impliqué seulement dans 1,4% des dossiers. L'activité globale nationale des SMUR en 2017 montrait que 5% des DRM entraînaient leur intervention (27). Pourquoi serions nous moins enclin à déclencher des SMUR pour les résidents d'EHPAD ?

Un premier élément d'explication pourrait être en lien avec l'absence de gravité des motifs de recours. Environ 2/3 des appels concernaient des pathologies non urgentes et ne nécessitaient donc pas de moyens de réanimation.

Dans ce cas, pourquoi le recours aux médecins généralistes est aussi peu important ? Les médecins libéraux manquent de disponibilité en heures ouvrables (19). La densité médicale de Dordogne est faible avec 82,4 médecins généralistes libéraux pour 100.000 habitants en 2017 (contre 113 pour la Gironde, 109 pour les Pyrénées-Atlantiques); et d'autant plus en périodes de garde (28). Ce département possède une très grande extension territoriale avec très peu de secteurs de garde de médecine générale (21 secteurs pour 9060km<sup>2</sup> de superficie, Annexe 2) (29). Ceci restreint grandement les possibilités de déplacement la nuit et les week-ends. Le département ne possède pas de structure de type "SOS médecin" qui pourrait être une solution complémentaire.

Un problème reste que la prise en charge des personnes âgées dépendantes est parfois très difficile en ambulatoire du fait de leurs restrictions fonctionnelles (30).

Un deuxième élément de réponse serait que la Dordogne ne bénéficie que de 4 équipes mobiles d'urgence et de réanimation. Si le Centre Hospitalier de Périgueux peut compter sur deux équipes, celles-ci doivent couvrir toute la partie nord du département s'étendant à plus de 50km. Les deux autres sont basées à Sarlat la Canéda et Bergerac. Cela sous entend la réquisition d'une équipe pendant une longue période sans certitude de la bonne indication. Nous rejoignons les résultats d'une étude de la DREES sur l'activité des SMUR. Elle montrait qu'ils étaient moins actifs lorsque les aires d'intervention étaient vastes ou lorsque les moyens dédiés étaient moins importants (26).

Par ailleurs, la principale problématique soulevée par la prise en charge des patients âgés et poly-pathologiques, a fortiori dépendants, est la composante éthique. Si l'on se réfère aux études portant sur l'admission des patients d'EHPAD aux urgences, la majorité relève d'un niveau de dépendance élevé avec des GIR 1 ou 2 (5, 6). Une telle perte d'autonomie sous entend des patients souvent grabataires. Il semble alors raisonnable de leur proposer un engagement thérapeutique adapté et de ne pas envisager des traitements invasifs que pourrait pratiquer un SMUR. Cela ne veut pour autant pas dire que l'attitude thérapeutique doit être nulle. Une réponse adaptée dans des situations mettant le pronostic vital en jeu chez ses patients relève du palliatif. Le manque de formation semble être un frein puisque beaucoup de généralistes s'appuient sur leurs confrères spécialistes d'organes ou cancérologues (31). Ceci se remarque aussi en Allemagne où les généralistes suggèrent une meilleure formation aux soins palliatifs (32). L'organisation en amont, par la réalisation de directives anticipées, la mise en place de protocoles de soins individualisés pourraient aussi être une des solutions (33, 34).

Notre recherche avait été réalisée dans la continuité d'un travail de mémoire. Il portait sur l'existence d'un lien entre le niveau de médicalisation des EHPAD et le caractère justifié d'une hospitalisation aux urgences de leurs résidents. Il n'avait pas été mis non plus en évidence d'influence sur ce facteur (5).

Le travail se rapprochant le plus du notre était une thèse de médecine de 2019 faisant l'état des lieux des caractéristiques des appels provenant d'EHPAD au SAMU 13 dans les Bouches du Rhône (21). La durée d'étude avait permis de relever plus de 8000 appels. La population était comparable à la notre avec un âge moyen de 85ans et une prévalence féminine. La majorité des appels survenaient en journée. Les deux principaux motifs de recours au SAMU était pour eux aussi, les causes traumatologique et cardio-respiratoire. En revanche, la réponse apportée par la régulation ne semblait pas comparable puisque seulement 0,43% des appels étaient traités par un conseil médical contre 35,8% chez nous, et 15% nécessitaient un SMUR contre 1,4% au SAMU 24.

Notre étude semble s'ouvrir sur plusieurs perspectives.

Une étude prospective, sur une durée plus longue permettrait de minimiser les biais d'information.

Un recueil multicentrique offrirait une meilleure représentativité. Il comparerait les différentes manières de gestion de ces appels puisque chaque SAMU possède sa propre organisation (35).

Il serait intéressant de se concentrer sur les motifs d'appel relevant d'un conseil médical. L'apparition de motifs répétitifs poserait la question d'anticipation avec mises en place de protocoles pour les paramédicaux ou amélioration de coordination des soins. Il existe déjà des propositions de ce type dans certains centres (36, 37, 38).

A la suite de notre recueil, certains établissements mettaient en place un planning d'astreinte d'IDE de nuit pouvant intervenir dans plusieurs établissements (39). Dans les CH de Bergerac et Sarlat l'organisation consiste en la présence d'un infirmier aux urgences pouvant se déplacer dans les EHPAD de proximité. Il serait intéressant de comparer le recours au service du SAMU a posteriori.

Le problème soulevé par les certificats de décès permet de s'intéresser a sa gestion dans d'autres territoires. L'exemple de la Réunion montre une organisation codifiée. Le cahier des charges de la PDSA détermine qu'une « demande de concours au SDIS pourra être faite via le CODIS » si aucun autre effecteur n'est disponible (40). Un nouveau projet de loi national prévoit aussi d'autoriser les médecins retraités et internes non thésés à réaliser ces certificats (41).

Notre sujet fait écho à la création de filières spécifiques de régulation. En effet, en réponse au vieillissement de la population, il existe dans les services hospitaliers de plus en plus de filière spécifiques à la personnes âgées: UPUG, UPOG, EMOG... De même, une filière téléphonique gériatrique permettrait une meilleure qualité et pertinence de prise en charge du patient âgé. L'évolution des plateformes de régulation a pris cette voie avec le regroupement de plusieurs expertises telles que les centre anti-poisons, le SAMU social... (42). Ce projet voit déjà le jour dans certains départements notamment en Haute Vienne où un gériatre est joignable pour les médecins généralistes en semaine. Cela permet de favoriser les admissions directes dans les services, d'améliorer l'articulation ville/hôpital, d'apporter une expertise (43).

## CONCLUSION

L'objectif principal de notre étude était d'analyser la différence de la réponse de régulation donnée aux appels provenant des EHPAD de Dordogne au SAMU centre 15 de Périgueux en fonction de leur niveau de médicalisation. Les résultats obtenus ne permettaient pas de conclure à une influence du temps de présence médicale et/ou paramédicale sur l'intensité de prise en charge médicale par le SAMU.

Ce travail nous fait cependant prendre conscience qu'il existe une réelle particularité de régulation pour ce type de population en Dordogne. Représentant une portion importante de l'activité quotidienne elle relève d'une spécificité à part entière. Le fait d'analyser cette activité pour mieux la comprendre permettrait une fluidification de l'activité et une amélioration de la prise en charge des patients.

Tout comme la création de services spécifiques dans les structures hospitalières, la création d'une filière de régulation gériatrique serait un projet d'avenir. Elle permettrait de faire évoluer le système en place en facilitant la prise en charge de ces patients en journée pour anticiper les périodes de permanence de soin.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1- Vergne M. Régulation et sujets très âgés. *Journal européen des Urgences*. 2012;(19):1-17.
- 2- Bazin M, Muller M. Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD. *Etudes et résultats, Les publications de la DRESS*. Juin 2017;(1067):1-6.
- 3- Le Fur-Musquer E, Delamarre-Damier F. Modalités d'hospitalisations en urgence des sujets âgés hébergés en établissements pour personnes âgées dépendantes. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2011;9(4):409-15.
- 4- Le Fur-Musquer E, Delamarre-Damier F, Sonnic A, Berrut G. Existe-t-il des facteurs prédictifs de l'hospitalisation non programmée de résidents d'EHPAD? *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2012;10(2):137-42.
- 5- Oudin B. Analyse des admissions non justifiées de résidents des EHPAD de la Dordogne dans la structure d'urgence du centre hospitalier de Périgueux. Mémoire de DESC de médecine d'urgence, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2020.
- 6- Jacquot A. Les transferts aux urgences des patients venant d'EHPAD: étude descriptive durant trois mois aux urgences du centre hospitalier universitaire de Saint André à Bordeaux. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2017.
- 7- Higginson J. Caractéristiques des appels au SAMU centre 15 selon l'âge: une étude rétrospective au centre de régulation de réception et régulation des appels de Bordeaux du 1er janvier au 31 décembre 2015. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2016.
- 8- ARS. STATISS: Statistiques et indicateurs de la santé et du social, Nouvelle Aquitaine 2016 [internet]. [consulté en janvier 2020]. Disponible sur: [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-01/STATISS\\_ARS\\_NA\\_2016.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-01/STATISS_ARS_NA_2016.pdf)
- 9- Giroud M. Principes de régulation médicale. Dans: *Guide d'aide à la régulation médicale*. Edition 2020. SAMU-Urgences de France.
- 10- Observatoire Nationale de la fin de vie. Fin de vie des personnes âgées: sept parcours ordinaires pour mieux comprendre les enjeux de la fin de vie en France [internet]. [consulté en mars 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/144000058.pdf>
- 11- Pialoux T, Amblard-Manhes E. Les soins palliatifs en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes: état des lieux, problématiques et perspectives. *Médecine Palliative: Soins de Support - Accompagnement - Ethique*. 2013;12(6):298-304.
- 12- Kirsebom M, Hedström M, Pöser U, Wadensten B. Transfer of nursing home residents to emergency departments: organizational differences between nursing homes with his vs. low transfer rates. *Nursing open*. 2017;(4):41-48.
- 13- ANESM. Qualité de vie en EHPAD (volet 4) - L'accompagnement personnalisé de la santé du résident.. Novembre 2012.

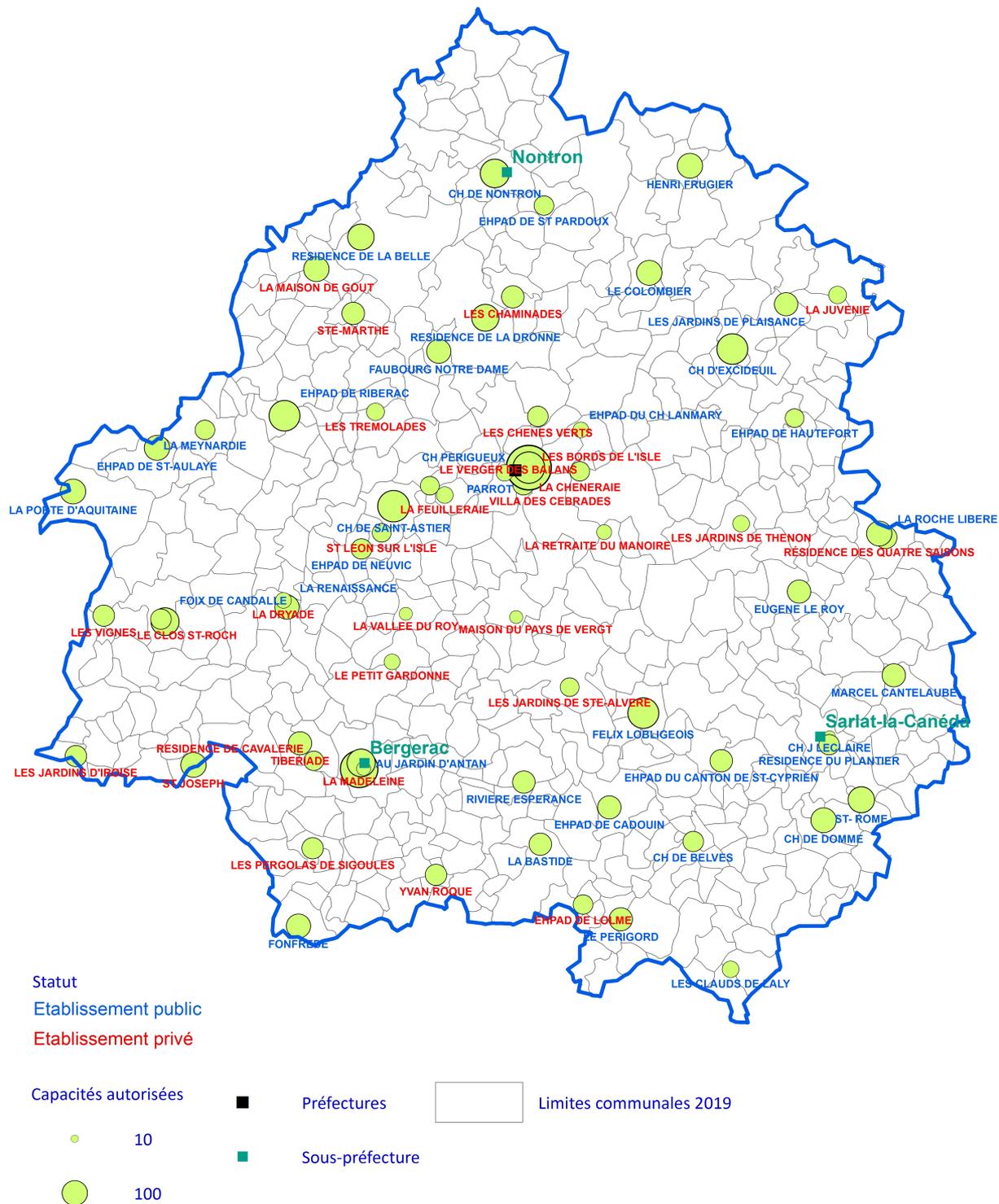
- 14- Müller C, Hesjedal-Streller B, Fleischmann N, Tetzfall B, Mallon T, Scherer M, et al. Effects of strategies to improve general practitioner-nurse collaboration and communication in regard to hospital admissions of nursing home residents (interprof ACT): study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*. 2020;21(1):913.
- 15- Broussier G. Activité comparée en 2015 d'un SAMU-Centre 15 urbain et d'un SAMU-Centre 15 urbain avec composante rurale: Description et état de santé d'une population ayant recours au « 15 ». Thèse de médecine, Limoges: Université de Limoges; 2016.
- 16- DREES. Enquête EHPA 2015 [internet]. [consulté en février 2021]. Disponible sur: [https://drees2-sgsocialgouv.opendatasoft.com/explore/dataset/587\\_l-enquete-aupres-des-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-ehpa/information/](https://drees2-sgsocialgouv.opendatasoft.com/explore/dataset/587_l-enquete-aupres-des-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-ehpa/information/)
- 17- Etude du flux de personnes âgées de 75 ans ou plus en provenance des EHPAD vers les services d'urgence en Limousin. Observatoire régional des urgences du Limousin, Juillet 2011.
- 18- Barnay E, Marques N. Evaluation de la pertinence des passages aux urgences du centre hospitalier de Chambéry des personnes âgées de 75ans et plus résidant en EHPAD. Thèse de médecine, Grenoble: Université Joseph Fourier faculté de médecine de Grenoble; 2015.
- 19- Mutualité française Nouvelle Aquitaine. Nouvelle -Aquitaine: un accès aux soins très contrasté [internet]. [consulté en janvier 2021]. Disponible sur: <https://nouvelle-aquitaine.mutualite.fr/actualites/observatoire2020-acces-aux-soins-nouvelle-aquitaine/>
- 20- HAS. Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ? Points clés et solutions, organisation des parcours. HAS, Décembre 2013.
- 21- Riffault N. Etude descriptive des appels en provenance des EHPAD des Bouches-du-Rhône vers le centre de réception et de régulation du SAMU 13 au cours de l'année 2018. Thèse de médecine, Marseille: Faculté des sciences médicales et paramédicales de Marseille; 2019.
- 22- Marseillan A. Description de l'activité du centre de réception et de régulation médicale libérale d'Auch dans le Gers en 2016. Thèse de médecine, Toulouse: Université Toulouse III - Paul Sabatier - Université de Médecine; 2018.
- 23- ANESM. Accompagner la fin de vie des personnes âgées. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Décembre 2016.
- 24- Vialt-Reyt K, Vallée J. Certification de décès et médecins généralistes: opinions sur les propositions d'amélioration: enquête qualitative réalisée auprès de 14 médecins généralistes de la Loire. *Rev Prat*. 2011;(61):1401-10.
- 25- Claverie M. Evaluation des appels concernant la permanence de soins ambulatoires en horaire de nuit au sein du Centre de Réception et Régulation des appels de la Dordogne. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux - UFR des sciences médicales; 2020.
- 26- Vardon T. Quels sont les motifs de recours au Centre 15 de Haute Garonne (31) par les médecins généralistes? Thèse de médecine, Toulouse: Université Toulouse III - Paul Sabatier, Faculté de médecine de Rangueil; 2018.

- 27- Seimandi T. Les disparités d'activité des SMUR s'expliquent en partie par les moyens dédiés et les caractéristiques des territoires. *Etudes et Résultats*, Les publications de la DREES. Décembre 2019;(1136):1-6.
- 28- ARS Nouvelle Aquitaine. Atlas de la santé [internet]. [consulté en mars 2021]. Disponible sur: [https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2019/01/Offre\\_sante.pdf](https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2019/01/Offre_sante.pdf)
- 29- ARS Nouvelle Aquitaine. Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires [internet]. [consulté en janvier 2021]. Disponible sur: [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2020-11/PDSA\\_NA\\_CDC\\_PDSA\\_13\\_11\\_2020\\_V2.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2020-11/PDSA_NA_CDC_PDSA_13_11_2020_V2.pdf)
- 30- Crozat A. Prise en charge de la personne âgée dépendante par les médecins généralistes amiénois: difficultés, pratiques et solutions. Thèse de médecine, Amiens: Université de Picardie Jules Verne, Unité de formation et de recherche de Médecine d'Amiens; 2017.
- 31- Fortane V. Enquête: les difficultés des médecins généralistes de Loire atlantique dans leur pratique des soins palliatifs à domicile, leurs ressources actuelles et celles qui souhaiteraient voir mises en place. Thèse de médecine, Nantes: Université de Nantes - Unité de formation et de recherche de médecine et des techniques médicales; 2010.
- 32- Allers K, Fassmer A, Spreckelsen O, Hoffman F. End-of-life care of nursing home residents: a survey among general practitioners in northwestern Germany. *Geriatr Gerontol Int*. 2020;20(1):25-30.
- 33- Hernandorena I. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes quant à la prise en charge de la fin de vie en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Thèse de médecine, Paris: Université de Paris Descartes; 2016.
- 34- Bourgeois C. La personne de confiance et les directives anticipées, des moyens d'expression anticipée de la volonté en fin de vie: une enquête dans les EHPAD en 2013. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux - Victor Segalen; 2013.
- 35- Aboueljinane L. Evaluation et amélioration des performances des systèmes d'aide médicale urgente: application au SAMU du département du Val-de-Marne. Thèse de doctorat en génie industriel, Paris: Ecole centrale des arts et manufactures « Ecole Centrale Paris »; 2014.
- 36- ARS Ile -de-France, SGGIF. IDE et aide-soignante en EHPAD: conduite à tenir en situation d'urgence. Groupe de travail pluri-professionnel.
- 37- Kurtzemann I. Prise en charge des urgences en EHPAD: proposition d'amélioration par le médecin coordonnateur. Diplôme Inter-universitaire de médecin coordonnateur d'EHPAD. Paris: Université René Descartes Paris V, Faculté Cochin - Port Royal; 2007.
- 38- Conde N, Chebboubi M, Souliac M, Lecomte M, Razafindralambo H, Bordeaux S et al. Protocoles d'urgence dans le cadre de l'expérimentation de renforcement de la présence d'IDE de nuit en EHPAD. Diplôme Inter-universitaire de médecin coordonnateur d'EHPAD. Paris: Université René Descartes, Faculté Cochin - Port Royal; 2012-13.

- 39- ARS Nouvelle Aquitaine. Appel à candidature (AAC) régional Nouvelle-Aquitaine: Expérimentation « IDE de nuit d'astreinte en EHPAD » [internet]. [consulté en janvier 2021]. Disponible sur: [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-03/AAC\\_IDE\\_Nuit\\_2019\\_CDC.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-03/AAC_IDE_Nuit_2019_CDC.pdf)
- 40- ARS Océan Indien. Cahier des charges régional - Permanence des soins en médecine ambulatoire, Région Réunion. Novembre 2016.
- 41- Safon M-O. La loi relative à l'organisation et la transformation du système de santé - Ma santé 2022. Institut de recherche et documentation en économie de la santé. Septembre 2019.
- 42- Braun F. Organisation de la médecine d'urgence en France. Rev Prat. 2015;(65):34-40.
- 43- Alais M. Admissions inappropriées des personnes âgées aux urgences: impact d'une nouvelle diffusion du numéro de régulation gériatrique auprès des médecins généralistes de la Haute Vienne. Thèse de médecine, Limoges: Université de Limoges; 2017.

# ANNEXES

## Annexe 1: EHPAD de Dordogne

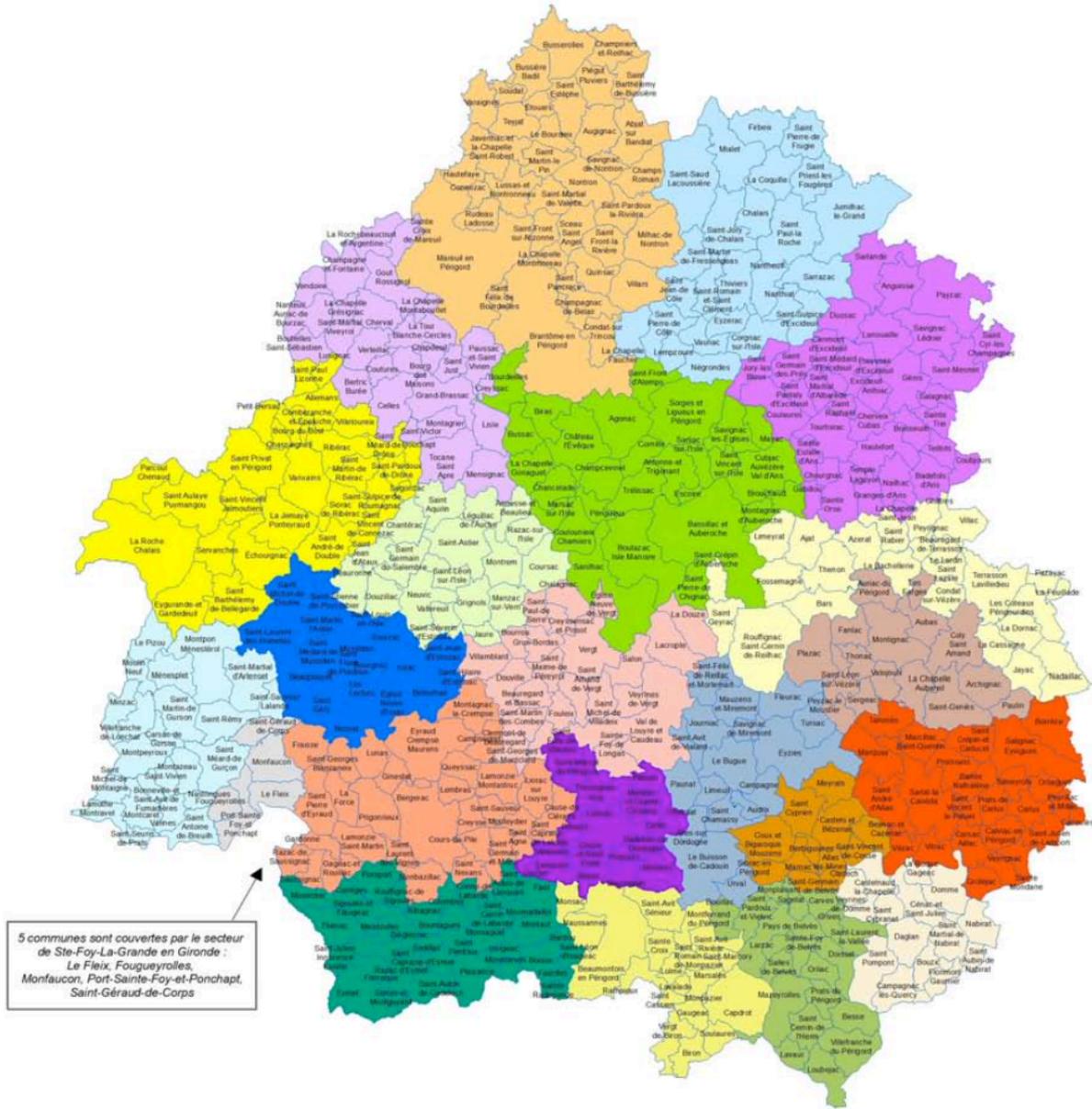


Source : FINESS - Capacités autorisées au 16 juillet 2019  
 Réalisation : ARS Nouvelle Aquitaine - DPSP, PESE - Juillet 2019  
 Cartographie : IGN, découpage au 1er janvier 2019 / Arcgis©

Annexe 2: Secteurs de Permanence de Soins en Dordogne



Permanence des soins ambulatoires  
Médecine générale - DORDOGNE  
Secteurs de garde



5 communes sont couvertes par le secteur de Ste-Foy-La-Grande en Gironde :  
Le Fleix, Fougeyrolles, Monfaucon, Port-Sainte-Foy-et-Ponchapt, Saint-Géraud-de-Corps

Limites communales 2020	7. SIGOULES_EYMET	15. MONTPON_VILLEFRANCHE_VELINES
<b>Secteurs de garde PDSA</b>	8. BERGERAC	16. MONTIGNAC
1. NONTRON	9. LE BUGUE_LE BUISSON-DE-CADOUIN	17. SARLAT-LA-CANEDA
2. THIVIERS	10. BELVES_VILLEFRANCHE-DU-PERIGORD	18. VERTEILLAC
3. EXCIDEUIL_LANOUAILLE	11. MONPAZIER_BEAUMONT	19. SAINT-CYPRIEN
4. MUSSIDAN	12. VERGT	20. DOMME
5. SAINT-ASTIER_NEUVIC	13. THENON_TERRASSON-LAVILLEDIEU	21. LALINDE
6. PERIGUEUX	14. RIBERAC	SAINTE-FOY-LA-GRANDE (Secteur 33701)

Source : DOSA - 26 octobre 2020  
Fonds IGN découpage au 01/01/2020  
Exploitation et réalisation : ARS Nouvelle-Aquitaine/DPSP/Pôle études, statistiques et évaluation - 27/10/2020

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

# Analyse des appels du Centre 15 - SAMU 24 par les EHPAD de Dordogne et association en fonction du niveau de médicalisation

**Contexte:** La prise en charge des urgences chez les résidents d'EHPAD est une réelle problématique. Mais les hospitalisations dans les services d'urgence n'est pas en lien avec les comorbidités de ces patients. Leur recours aux centres de régulation médicale devient une part importante de l'activité des SAMU. En parallèle les établissements d'hébergement tels que les EHPAD ont un taux d'encadrement médical très hétérogène. La Dordogne, département à la population âgée, n'échappe pas à cette situation.

**Objectif:** savoir si le niveau de médicalisation des EHPAD influence le recours au SAMU.

**Matériel et méthode:** étude épidémiologique monocentrique rétrospective portant sur la description des appels pour des résidents d'EHPAD et les décisions de régulation médicale du SAMU de Périgueux en découlant entre le 1er juin et le 31 août 2019.

**Résultats:** 910 dossiers de régulation étaient retenus. L'âge moyen était de 87 ans et les femmes étaient majoritaires. Les appels étaient plus fréquents le jour (61,8%). Ils concernaient surtout les EHPAD de niveau 1 de médicalisation (35,9%). Le SAMU était appelé dans 64,1% des cas pour des pathologies non urgentes. La PDSA et l'AMU étaient sollicités de manière équitable. Les réponses apportées étaient un conseil médical (35,8%) ou l'envoi d'une ambulance privée (36,3%) en majorité. Le SMUR avait été déclenché pour 13 appels. Il n'y avait pas de différence significative entre les décisions prises par le médecin régulateur en fonction des niveaux de médicalisation ( $p=0,4$ ) ni pour les autres critères de régulation (niveau de priorité, bilan par l'effecteur).

**Conclusion:** le niveau de médicalisation des EHPAD n'était pas un critère favorisant le recours à un quelconque moyen de secours de manière isolée; il serait intéressant de le pondérer en fonction du nombre de résidents.

**Mots clés :** EHPAD, SAMU, Dordogne