



**HAL**  
open science

# Observation rétrospective des consultations à domicile en soins non programmés des résidents d'EHPAD de l'agglomération nantaise

Jocelyn Monnier

► **To cite this version:**

Jocelyn Monnier. Observation rétrospective des consultations à domicile en soins non programmés des résidents d'EHPAD de l'agglomération nantaise. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04451975

**HAL Id: dumas-04451975**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04451975>**

Submitted on 12 Feb 2024

**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.

#### IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

---

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

**NANTES UNIVERSITÉ**

---

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

Année 2023

N°

**THÈSE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

***Jocelyn MONNIER***

---

Présentée et soutenue publiquement le 30/10/2023

---

**OBSERVATION RÉTROSPECTIVE DES CONSULTATIONS À DOMICILE  
EN SOINS NON PROGRAMMÉS  
DES RÉSIDENTS D'EHPAD DE L'AGGLOMÉRATION NANTAISE**

---

Président : Monsieur le Professeur Philippe LE CONTE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Ludovic HUCHET

## REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur LE CONTE Philippe,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse, je vous adresse mes sincères remerciements et je vous prie de croire en ma plus haute considération.

À Madame Le Professeur DE DECKER Laure,

Je vous suis très reconnaissant de votre présence ce jour et du temps que vous m'avez accordé pour évaluer ce travail.

À Monsieur le Docteur AMELINEAU Jean-Baptiste,

Je vous suis très reconnaissant d'avoir accepté de m'accorder votre attention pour ce travail de thèse.

À Monsieur le Docteur HUCHET Ludovic,

Je te suis infiniment reconnaissant d'avoir répondu présent pour ce projet en tant que directeur de thèse. Merci pour ton accompagnement, tes conseils avisés, ta réactivité, ta patience et tout ce temps que tu m'as accordé.

Aux différents médecins que j'ai pu rencontrer tout au long de mon cursus universitaire, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux, généralistes ou spécialistes.

Merci pour votre savoir, votre pédagogie et d'avoir chacun contribué à votre façon à ma formation de médecin. J'ai régulièrement une anecdote ou une pensée dans ma pratique qui me rappelle cette longue formation si difficile mais aussi tellement enrichissante, tellement différente de ce qu'on imagine au début. Cette profession reste un défi intellectuel et relationnel au quotidien qui fait de chaque médecin un éternel « étudiant » !

Merci à toute l'équipe de SOS médecins Nantes pour votre accueil, pour vos données anonymisées de consultations qui m'ont été si précieuses.

Je vous dis à bientôt car je vais désormais pouvoir diversifier ma pratique et continuer d'apprendre dans ce mode d'exercice à mi-chemin entre la médecine générale et la médecine d'urgence qui est, je pense, le plus en adéquation avec mes attentes.

Merci à toi P pour tout ce que tu m'apportes au quotidien depuis ces années.

Je te suis tellement reconnaissant de t'adapter à ce mode de vie qui n'est pas du plus simple et de m'avoir donné la plus belle des petites frimousses qu'il soit ! Quel défi d'être parent !

Je vous aime !

Merci à mes parents et à mon frère de toujours m'avoir toujours soutenu dans les réalisations de mes rêves, même les plus fous. Merci pour votre confiance.

Merci à toi Belle Maman.

Pour ton soutien sans faille, tu réponds toujours présente et sache que je ne saurai jamais comment te remercier à la hauteur de ton aide !

Merci à toi « gros félin » pour tous ces moments passés ensemble à la fac et en dehors. Qu'est-ce qu'on a pu se marrer et heureusement d'ailleurs, car il faut les tenir ces études marathon ! Quelle complicité !

## TABLE DES MATIÈRES

<b>I GÉNÉRALITÉS</b> .....	5
<b>A. Définitions</b> .....	5
a. <u>Démographie gériatrique</u> .....	5
b. <u>Les EHPAD</u> .....	7
c. <u>Profil patient et dépendance</u> .....	8
d. <u>Les soins non programmés</u> .....	9
<b>B. L'offre de soins</b> .....	10
a. <u>Le parcours de soins</u> .....	10
b. <u>L'offre libérale</u> .....	10
c. <u>L'offre hospitalière</u> .....	10
<b>C. Contexte et objectif de cette étude</b> .....	15
<b>II MATÉRIELS ET MÉTHODES</b> .....	15
<b>A. Conformité avec la CNIL</b> .....	15
a. <u>Travail indépendant</u> .....	15
b. <u>Nature et périmètre de ma recherche</u> .....	15
c. <u>Ajustements nécessaires au cadre législatif</u> .....	16
d. <u>Démarches à effectuer</u> .....	16
<b>B. Méthodologie de Référence-004</b> .....	16
<b>C. Questionnaire utilisé pour la saisie des données</b> .....	19
<b>D. Méthodologie statistique</b> .....	23
<b>III RÉSULTATS</b> .....	23
<b>IV DISCUSSION</b> .....	28
<b>A. Résultats de notre étude</b> .....	28
a. <u>Effectif et âge</u> .....	28
b. <u>Période d'étude</u> .....	29
c. <u>Délai de prise en charge et durée de consultation</u> .....	29
d. <u>Identité de l'appelant et heure d'appel</u> .....	29
e. <u>Sexe ratio</u> .....	30
f. <u>Les motifs d'appels</u> .....	30
g. <u>Constantes du patient</u> .....	34
h. <u>Suivi médical MT et directives anticipées</u> .....	34
i. <u>Diagnostic suspecté ou confirmé</u> .....	35
j. <u>Diagnostic et motif d'appel</u> .....	38
k. <u>Les traitements oraux prescrits ou administrés</u> .....	38
l. <u>Les traitements parentéraux prescrits ou administrés (et autres voies)</u> .....	39
m. <u>Hospitalisation à domicile</u> .....	40
n. <u>Décision d'orientation du patient</u> .....	40
o. <u>Examens complémentaires au lit du patient</u> .....	41
p. <u>Examens complémentaires ultérieurs</u> .....	41
<b>B. Limites de notre étude</b> .....	42
a. <u>Mode de recueil des données</u> .....	42
b. <u>Manque d'information et aspect rétrospectif</u> .....	43
c. <u>Perspectives</u> .....	43
<b>V CONCLUSION</b> .....	44
<b>VI BIBLIOGRAPHIE</b> .....	45
<b>VII ANNEXES</b> .....	49
<b>A. Grille AGGIR</b> .....	49
<b>B. Cadre réglementaire de la CNIL</b> .....	50

## LISTE ABRÉVIATIONS

AAP : Anti-Agrégant Plaquettaire  
AEG : Altération de l'État Général  
AIPD : Analyse d'Impact sur la Protection des Données  
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie  
ARS : Agence Régionale de Santé  
AS : Aide-Soignante  
AVC : Accident Vasculaire Cérébral  
CESREES : Comité Ethique et Scientifique pour les Recherches, les Etudes et les Evaluations dans le domaine de la Santé  
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés  
DA : Directives Anticipées  
ECG : ElectroCardioGramme  
EHPA : Établissement d'Hébergement pour Personne Âgée  
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personne Âgée Dépendante  
GIR : Groupe Iso-Ressources  
HAD : Hospitalisation A Domicile  
IDE : Infirmier Diplômé d'État  
INDS : Institut National des Données de Santé  
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques  
MT : Médecin Traitant  
OAP : Œdème Aigu Pulmonaire  
PDSA : Permanence De Soins Ambulatoires  
PEC : Prise En Charge  
PO : Per Os  
RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données  
RNIPH : Recherche N'Impliquant pas la Personne Humaine  
RPU : Résumé de Passage aux Urgences  
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente  
SAS : Service d'Accès aux Soins  
SAU : Service d'Accueil des Urgences  
SMN : SOS Médecins Nantes  
SNDS : Système National des Données de Santé  
SNP : Soins Non Programmé  
SP : Soins Palliatifs  
SU : Service d'Urgences  
TC : Traumatisme Crânien

# I GÉNÉRALITÉS

## A. Définitions

### a. Démographie gériatrique

Selon l'INSEE, au 1er janvier 2020, la population française continue de vieillir.

Les personnes âgées d'au moins 65 ans représentent 20,5 % de la population, contre 20,1 % un an auparavant et 19,7 % deux ans auparavant. Leur part a progressé de 4,7 points en vingt ans (1).

Selon des projections publiées par l'INSEE en 2016, la population française dénombrerait 76,4 millions d'habitants au 1er janvier 2070 contre 67,3 millions en 2020 (1).

On note comme illustré ci-dessous une population qui vieillit et augmente parmi les séniors. A l'inverse, la tendance serait plutôt stagnante et s'homogénéiserait pour les autres tranches d'âges.

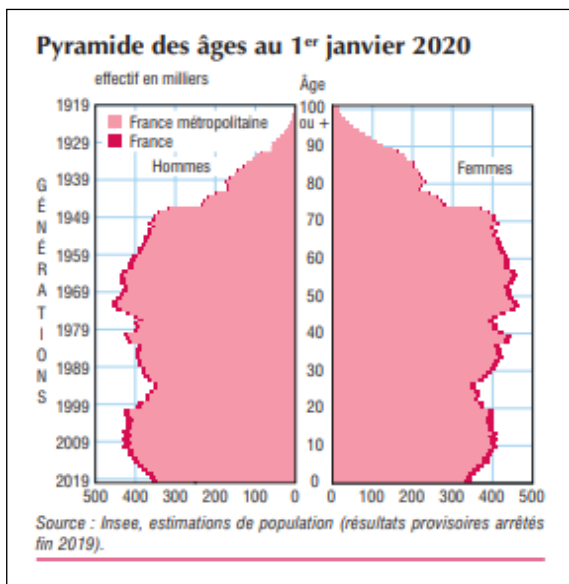


Figure 1: Pyramide des âges en 2020

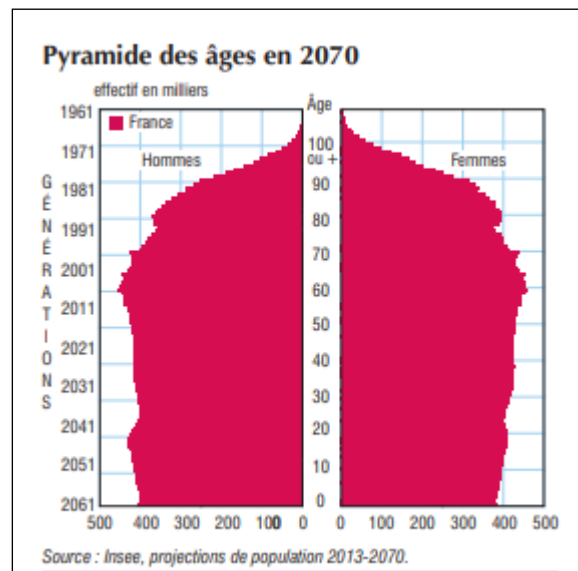
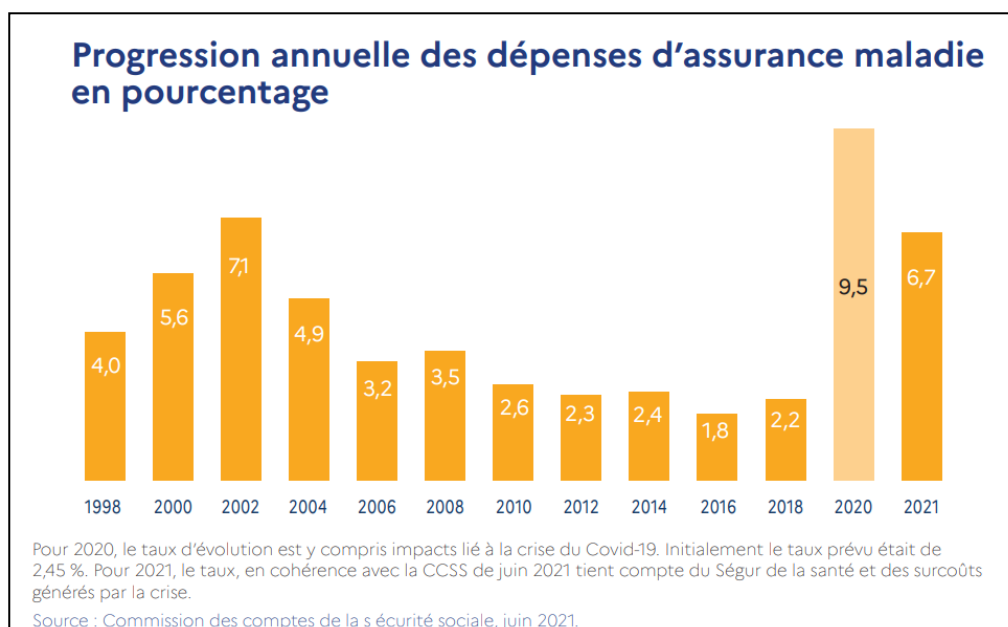


Figure 2 : Projection de la pyramide des âges en 2070

En 2020, le solde naturel (différence entre les nombres de naissances et de décès) s'établit à + 82 000. Le nombre de naissance ne cessent de diminuer depuis 2010 et atteint de nouveau un point très bas en 2020. Ce solde est dû au recul des naissances qui se poursuit, mais surtout à la forte hausse du nombre des décès pendant la pandémie de Covid-19. La moitié de la croissance de la population en 2020 est ainsi due au solde naturel et l'autre moitié au solde migratoire, estimé à + 87 000 personnes (2).

Toujours selon l'INSEE, en 2020, l'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) s'établit à 1,84 enfant par femme, après 1,86 en 2019. L'ICF diminue depuis six ans, même si la baisse s'était atténuée en 2019 (-0,01).

Ce vieillissement est donc un défi, à la fois de santé publique et économique, qui met à mal notre système de santé. En effet, les dépenses de l'assurance maladie s'accroît d'année en année (3) comme le montre l'histogramme ci-dessous et pourtant l'offre de soins humains et matérielles semblent insuffisamment répondre à la demande quand on observe les tensions récurrentes tant dans le secteur hospitalier qu'en médecine de ville. La crise sanitaire COVID-19 de 2020 a montré que le système de santé est fragile.



*Figure 3: Evolution des dépenses de l'assurance maladie depuis ces 20 dernières années*

Ainsi, la demande aigüe de soins médicaux est majorée par le vieillissement de la population et la perte d'autonomie qui entraînent des complications psychiques et physiques. Une aide externe s'impose alors progressivement pour les activités de la vie quotidienne. Elle est souvent familiale initialement puis paramédicale et enfin l'institutionnalisation s'impose afin de répondre aux besoins du sénior.



b. Les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Les EHPAD sont des établissements médicalisés où sont hébergées des personnes âgées dépendantes. Pour y être admis, la personne âgée doit avoir au moins 60 ans et avoir besoin de soins et d'aide quotidiens pour les actes de la vie courante. L'hébergement est à temps complet ou partiel, de manière permanente ou temporaire. Il procure à la personne âgée des soins médicaux et paramédicaux adaptés à son état de santé. Il mène aussi des actions de prévention et d'éducation à la santé. Enfin, ils doivent assurer un ensemble de services administratifs, de restauration, d'accueil hôtelier, de blanchisserie et d'animation (4). Les EHPAD peuvent être publics, associatifs ou gérés par une entreprise privée.

La présence médicale n'est pas continue et elle se planifie comme au domicile avec un suivi plus ou moins régulier selon les pathologies chroniques et les besoins aigus. Pour cela, ces structures disposent d'une équipe soignante pluridisciplinaire avec une présence médicale représentée, à minima, par un médecin coordonnateur, des infirmiers titulaires du diplôme d'État (IDE), des aides-soignants (AS), des aides médico-psychologiques, des accompagnants éducatifs et sociaux (4). Il y a aussi l'intervention de soignants libéraux également comme au domicile : médecin généraliste, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute ...

La présence des IDE la nuit dans les EHPAD est rare par souci d'économie. Selon le journal officiel Sénat du 28/04/2022 en page 2272, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 garantissait, notamment dans le budget qui leur était alloué, la généralisation en 2023 de la présence d'une astreinte d'infirmier de nuit. En pratique, l'AS se retrouve souvent à devoir gérer les plaintes des résidents la nuit et faire appel au SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) qui décidera par téléphone, si la situation justifie le recours à un examen médical sur place ou alors l'évacuation médicalisée vers un service d'urgence.

En France métropolitaine en 2022, on comptait environ 7300 EHPAD pour un peu moins de 600 000 lits, soit une augmentation de 1,3% comparé à 2021. Ainsi, l'offre est inférieure à 1 place pour 10 personnes de plus de 75 ans ce qui est en diminution du fait de l'évolution démographique (5).

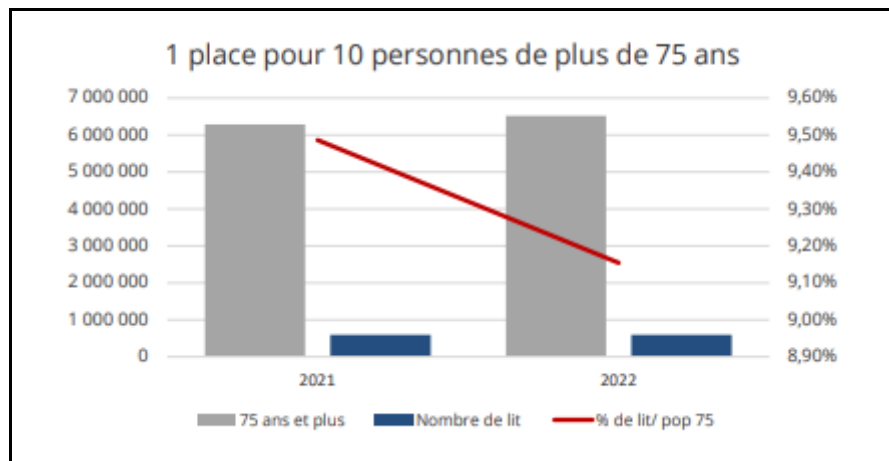


Figure 4: Ratio du nombre de lits d'EHPAD / population des plus de 75 ans

En complément, il existe également d'autres structures d'hébergement médico-social à destination des personnes âgées : les EHPA médicalisés, les EHPA non médicalisés, les résidences autonomie et enfin les unités de soins de longue durée (USLD) des hôpitaux. Leurs différences reposent essentiellement sur le niveau de comorbidité et d'autonomie du patient.

Environ 4 résidents sur 5 sont hébergés en EHPAD (6).

#### c. Profil patient et dépendance

Selon l'enquête EHPA de la DREES datant de 2019 (7), les résidents sont de plus en plus âgés mais ce vieillissement s'atténue : la moitié a plus de 88 ans, contre 87 ans et 5 mois fin 2015. Les personnes accueillies en 2019 sont également de plus en plus dépendantes : 85,1 % sont classées en GIR 1 à 4 en 2019 contre 83,1 % en 2015. Parmi les 730 000 résidents, 261 000 souffrent d'une maladie neurodégénérative (35 %), une proportion très légèrement plus faible qu'en 2015.

La dépendance est évaluée par une cotation reposant sur la grille AGGIR (8) (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources) qui est un outil utilisé en France pour évaluer le niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Elle est utilisée par les équipes médico-sociales, les caisses de retraite et les médecins. Elle est utile dans le cadre d'une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), aide financière pour pallier la perte d'autonomie si son GIR est inférieur ou égal à 4/6. Elle est attribuée sous conditions de ressources financières que l'on soit à domicile ou institutionnalisé.

La grille AGGIR est composée de 17 rubriques, appelées variables :

- 10 variables relatives à la perte d'autonomie physique et psychique, dites discriminantes, car seules ces 10 variables sont utilisées pour le calcul du GIR.
- 7 autres variables, dites illustratives, car elles n'entrent pas dans le calcul du GIR.

Il existe 6 niveaux de GIR :

- Le GIR 1 correspond aux personnes âgées confinées au lit, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
- Le GIR 6 se compose des personnes autonomes pour tous les actes discriminants de la vie courante. Elles peuvent avoir besoin d'une aide ponctuelle pour les activités domestiques (9).

Dans ce contexte de vieillissement de la population et d'une dépendance plus accrue, on en vient à discuter de l'offre de soins en Loire-Atlantique, et plus précisément de soins non programmés.

#### d. Les soins non programmés

« La notion de soins non programmés (SNP) correspond aux demandes de consultations, quelles qu'en soit le motif, pour le jour-même ou le lendemain, adressées aux médecins généralistes pendant les horaires d'ouverture de leurs cabinets. Ces demandes ne sont pas forcément des urgences médicales mais peuvent être ressenties comme telles par les patients (urgences ressenties) avec une demande de réponse immédiate » (10).

Différentes réponses peuvent être apportées, selon l'organisation du cabinet. En effet, la présence d'un secrétariat sur place, le nombre de médecins au sein du cabinet permettant de couvrir toute la plage horaire (8h/20h la semaine et 8h/12h le samedi matin), la gestion des plannings avec des créneaux dédiés « SNP » suffisamment nombreux surtout en période épidémique, le profil des médecins avec leur champ de compétences reconnues et d'actes techniques (suture, ECG, mise à plat d'abcès...), tous ces éléments conditionnent à répondre plus ou moins favorablement à la demande (10).

Il est alors nécessaire de prioriser les demandes jugées les plus urgentes et d'offrir une opportunité de consultation médicale lorsque le simple conseil téléphonique ne suffit pas. Si le cabinet médical ne peut plus proposer de rendez-vous, la réorientation se fait soit vers d'autres cabinets médicaux (ce qui s'avère compliqué en pratique car peu de médecins acceptent les nouveaux patients), soit vers des centres de soins non programmés. Le dernier recours reste l'appel au Centre 15 qui aura la mission complexe de choisir la solution médicale la plus adaptée à la plainte du patient, à sa situation géographique avec le facteur limitant des moyens médicaux disponibles.

Nous allons donc aborder la notion de parcours de soin et l'offre de soins disponible.

## **B. L'offre de soins**

### **a. Le parcours de soins**

Il est la mission des Agences Régionales de Santé (ARS) qui se doivent de l'organiser c'est-à-dire d'avoir un système de soin efficient délivrant des soins de qualité dans des structures adaptées et au meilleur coût. Il faut une bonne coordination des différents professionnels de soins avec le médecin généraliste référent dans un objectif de prise en charge globale du patient. Cela regroupe la prévention, le dépistage, le soin et l'accompagnement, notamment pour les patients atteints de pathologies chroniques (11).

Selon l'INSEE, trois-quarts des séniors vivant en institution en 2015 sont en ALD (12).

### **b. L'offre libérale**

#### **i. Le Médecin Généraliste en cabinet**

Comme évoqué lors de la notion de SNP, si la demande de soins n'est pas une urgence vitale, le premier intervenant au chevet du résident d'EHPAD est le médecin généraliste « traitant » déclaré comme le parcours de soin coordonné le recommande. Si cette demande nécessite une visite à domicile dans la journée, la disponibilité du soignant est incertaine selon la période de l'année et la charge de travail du professionnel (selon le profil de sa patientèle) en comparaison avec une demande de consultation au cabinet plus aisée à juguler.

Le généraliste peut intervenir en EHPAD en continuant le suivi de son patient suite à son institutionnalisation si ce dernier le souhaite et si la distance géographique de ce nouveau lieu de résidence est compatible avec un suivi régulier.

Selon l'arrêté du 30 décembre 2010 (13), le généraliste peut conclure un contrat avec le directeur d'EHPAD afin d'assurer les conditions de mise en œuvre des bonnes pratiques médicales notamment par l'intermédiaire du médecin coordonnateur et de garantir le bon fonctionnement au quotidien de l'équipe soignante de l'établissement. Cependant, cette démarche n'est aucunement obligatoire au sens de l'article L.4113-9 du Code de la Santé Publique et le médecin généraliste conserve son indépendance. En effet, son activité ne consiste pas en un exercice libéral en établissement de santé, mais bien en des visites au domicile de ses patients (14).

Depuis deux ans, les Centres 15 ont recours au dispositif SAS (Service d'Accès aux Soins) qui est une plateforme téléphonique de régulation médicale accessible en composant le 15, opérationnelle 24 h sur 24 et 7 jours sur 7. Le régulateur peut visualiser et réserver pour le patient un créneau disponible avec les effecteurs de soins participant au SAS via un accès aux plannings de ces derniers. Ce dispositif offre surtout un service de rendez-vous programmés au cabinet ou de

téléconsultations essentiellement ce qui ne répond pas aux besoins de visite à domicile des résidents d'EHPAD.

#### ii. Le médecin coordonnateur en EHPAD

C'est un médecin gériatre ou généraliste avec soit un diplôme universitaire de médecin coordonnateur soit une capacité de gérontologie. Ses missions sont principalement (15) :

- Elaborer et mettre en œuvre les projets de soins en concertation avec l'équipe soignante.
- Etudier le dossier médical des demandes d'admission de futurs résidents.
- Evaluer le niveau de dépendance des résidents (le GIR par exemple).
- Coordonner les interventions des différents soignants (médicaux, paramédicaux) ou des intervenants d'animation, d'aide sociale si besoin.
- Il n'est pas le médecin traitant des résidents mais a le droit de prescrire si besoin.

#### iii. SOS Médecins Nantes (SMN)

L'association SOS médecins France est une organisation de médecins qui assurent la permanence des soins 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Elle est composée de plus de 1000 médecins répartis en 63 associations en France métropolitaine et en outre-mer, unifiées en une fédération nationale. L'association fonctionne sur un mode associatif à but non lucratif de type « association loi 1901 ». Les médecins sont des médecins libéraux organisés sur le même modèle qu'un cabinet de groupe classique régi par un contrat d'exercice en commun. Ils sont conventionnés secteur 1 (16).

Ainsi, SOS Médecins répond autant au SNP qu'à la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) qui est la continuité des soins les jours de semaine de 20h à 8h et du samedi 12h au lundi matin 8h.

Le centre de Nantes est constitué d'environ 40 à 50 médecins qui se déplacent sur 15 des 24 communes de l'agglomération ce qui correspond à 92% de sa population totale.



*Figure 5 : Zone couverture SOS Médecins Nantes*

Le centre d'appels reçoit 185 000 appels par an débouchant à des visites à domicile, des consultations ou des conseils médicaux à la demande des particuliers, du SAMU-Centre 15, des médecins traitants, de la police/gendarmerie, de l'Hôpital à Domicile (HAD) ou encore des maisons de retraites. L'association SOS Médecins Nantes (SMN) participe à la veille sanitaire en envoyant quotidiennement à l'Institut de Veille Sanitaire les informations sur les pathologies rencontrées sur le terrain, participant ainsi à la surveillance de pathologies comme la grippe, la gastro-entérite, la rougeole, la bronchiolite (17).

Le centre de réception des appels fonctionne 24 h sur 24 avec des assistants de régulation médicale et un médecin régulateur. Une interconnexion téléphonique avec le SAMU, dont les modalités de fonctionnement ont donné lieu à la signature d'une convention entre SMN et le directeur du CHU abritant le SAMU. En plus des visites à domicile 24h/24, 2 centres de consultation (à Nantes et Rezé) sont ouverts les samedis après-midi, dimanches et jours fériés de 8h à 20h et tous les soirs de 20h à minuit (17).

La demande de soins émanant des EHPAD est soit effectuée directement en appelant le centre de SMN, soit après régulation par le Centre 15 qui redirige l'appel. Les médecins travaillent en étroite collaboration avec SOS Infirmiers qui est également une association constituée d'infirmiers libéraux mobiles et coordonnés participant à la permanence des soins 7j/7 et 24h/24, à

domicile dans l'agglomération nantaise. L'objectif est de prodiguer en urgence les soins à domicile pour éviter tout transfert vers les urgences. Les soins effectués sont variés : injections, perfusions, soins courants, prélèvements, sondages (18).

#### iv. Les moyens hors agglomération nantaise

À titre informatif car ces moyens ne sont pas une solution de soin pour la population ciblée par notre étude. Les EHPAD de Loire-Atlantique en dehors de la zone couverte par SMN peuvent avoir recours à des médecins mobiles. Ces derniers au nombre de 5 répartis sur le département sont disponibles sur appel du SAMU 44 après régulation pour s'assurer que la situation médicale soit adaptée. Ces médecins mobiles sont des généralistes libéraux volontaires participant à la PDSA les nuits de semaine comme de weekend de 20 heures à 8 heures (19).

La gestion de ces moyens repose sur l'Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins (ADOPS) de Loire-Atlantique, organisme chargé par l'ARS de cette mission comme l'est SOS Médecins Nantes et SOS Médecins Saint-Nazaire pour l'activité de ces 2 villes et leur périphérie. Les Maisons Médicales de Garde du 44 sont également gérées par l'ADOPS et proposent des visites à domicile en journée le weekend pour aider à pallier la fermeture des cabinets médicaux (20).

### c. L'offre hospitalière

#### i. Le SAMU-Centre 15

De jour comme de nuit, 7 jours sur 7, la régulation du Centre 15 permet d'obtenir un avis médical. Selon le degré d'urgence, un agent de régulation médical (ARM) oriente l'appel soit vers un médecin généraliste ou urgentiste. Il doit alors déterminer téléphoniquement avec l'aide de la visio-régulation désormais utilisable, la réponse la plus adaptée au patient, dans un délai et avec les moyens médicaux justifiés. Le médecin ne disposant pas de moyens matériels et humains illimités, il doit sans cesse juger de la nécessité immédiate ou non de la demande.

Les résidents d'EHPAD pouvant difficilement se déplacer à l'extérieur, il faut soit un transport médicalisé ou une ambulance pour un transfert vers les urgences soit une visite à domicile si cela semble suffisant dans un premier temps.

## ii. Les Urgences Adultes

Lorsque la situation médicale du patient justifie des moyens hospitaliers ou que la prise en charge ambulatoire est impossible faute de moyens (imagerie, biologie, disponibilité d'un médecin), elles deviennent le recours incontournable. Le service d'accueil des urgences (SAU) est majoritairement la porte d'entrée en hospitalisation des séniors. En effet, dans un contexte de besoin médical aigu, il est parfois complexe d'organiser une entrée directe dans un service conventionnel de médecine, qui plus est le weekend ou la nuit.

Dans l'agglomération nantaise, 2 services d'urgences (SU) adultes sont disponibles :

- ✓ Public : CHU Hôtel-Dieu
- ✓ Privé : Hôpital du Confluent

Le SU du CHU est le premier centre de Loire-Atlantique et le premier de la région en volume d'activité annuel (78 908 résumés de passage aux urgences (RPU) en 2021). En moyenne, cela correspond à 216 RPU quotidiens effectués. En comparaison, l'Hôpital du Confluent enregistre 30 777 RPU transmis pour une moyenne quotidienne à 84 (21).

Il existe des pôles d'urgences spécialisées notamment en traumatologie qui se sont développés depuis plusieurs années et évitent le passage vers les urgences générales souvent engorgées. Les domaines de compétence sont les traumatismes osseux, articulaires, cutanés (plaie, brûlures...) ce qui constitue le premier motif de recours aux urgences des séniors (22). On peut également nommer les « urgences mains » qui représentent une spécialité à part et bien distincte dans la traumatologie. Les patients y sont orientés après avis médical ou s'y rendent de leur propre chef en cas de lésion à risque d'infection ou d'atteinte des structures nobles (nerf, vaisseaux, tendons, ligaments...) afin de bénéficier d'un examen par un chirurgien spécialisé.

En considérant l'engorgement récurrent des SU ajouté à des durées d'examen plus longues pour les patients âgés de 75 ans et plus (démontrées par une étude nationale de la DRESS en 2013 (22), qui rapportait une durée médiane de 4 heures), il est crucial d'éviter le passage par les urgences autant que possible. Les effets indésirables d'une longue attente aux urgences sont notamment une anxiété liée à l'environnement avec un risque de confusion et agitation, le risque d'infection nosocomiale, le retard de prise en charge diagnostique. C'est alors sur la médecine de ville que repose ce défi.



### **C. Contexte et objectif de cette étude**

Lors de mes études, j'ai été surpris par la forte proportion de séniors parmi les admissions aux urgences ce qui est souvent vécu par le patient comme la solution inévitable faute d'alternative.

Les EHPAD offrant un suivi médical avec une prise en charge pluridisciplinaire, j'ai choisi de faire une étude descriptive des demandes de soins non programmées des résidents de ces structures.

SMN est un intervenant incontournable dans l'offre de soins primaires pour les visites à domicile non programmées en cas d'indisponibilité du médecin traitant. J'ai ainsi souhaité effectuer un état des lieux rétrospectif de leur activité médicale au sein des EHPAD de l'agglomération nantaise et indirectement donner un reflet du profil des patients maintenus à domicile et de ceux adressés aux urgences.

## **II MATÉRIELS ET MÉTHODES**

### **A. Conformité avec la CNIL**

Afin de m'assurer du cadre réglementaire concernant l'utilisation des données anonymisées des patients ayant consulté les médecins de SMN, j'ai donc contacté un juriste de la CNIL (Commission Nationale Informatique et Libertés) qui m'a aiguillé sur les documents à consulter ainsi que les démarches à effectuer. En premier lieu, la démarche pour un étudiant effectuant une recherche médicale pour un travail de thèse ou de mémoire consiste à se conformer aux étapes listées sur leur site internet (23).

#### **a. Travail indépendant**

N'ayant pas de lien direct avec la recherche universitaire ou avec un établissement de soins public ou privé, je n'ai pas eu à contacter de Délégué à la Protection des Données ou de service juridique rattaché.

#### **b. Nature et périmètre de ma recherche**

En m'appuyant sur l'article R. 1121-1 du Code de la santé publique (24), il s'avère que ma recherche entre dans le cadre d'une recherche n'impliquant pas la personne humaine (RNIPH) car elle ne repose, ni sur l'étude physio(patho)logique d'un mécanisme ni sur l'aspect sécurisé d'un acte diagnostique, thérapeutique ou de prévention.

D'autre part, ma thèse est un travail « externe » au sens qu'elle ne remplit pas les critères spécifiques listés par la CNIL. Le seul fait que je ne fasse pas partie de l'équipe soignante ayant pris en charge le résident constitue un critère suffisant (23).

#### c. Ajustements nécessaires au cadre législatif

Comme la collecte de données n'a pas été faite auprès du patient, j'ai dû me reporter à l'article 14 du RGPD (25). Ce dernier précise que si « *la fourniture de telles informations se révèle impossible ou exigerait des efforts disproportionnés [...] dans la mesure où l'obligation visée au paragraphe 1 du présent article est susceptible de rendre impossible ou de compromettre gravement la réalisation des objectifs dudit traitement. En pareils cas, le responsable du traitement prend des mesures appropriées pour protéger les droits et libertés ainsi que les intérêts légitimes de la personne concernée, y compris en rendant les informations publiquement disponibles ;* ».

Au sujet de la sécurité des données, elles n'étaient accessibles qu'à partir de la base informatique des comptes rendus de consultations effectuées par SOS médecins. Elles ne sont donc accessibles que par des soignants et protégées par un mot de passe. Les données ont été anonymisées. Il s'agit de dresser un profil patient (genre, âge, GIR, antécédents) et non pas une analyse personnalisée. Pour le paramètre antécédent, suite à un entretien avec une juriste de la CNIL, j'ai dû me résigner à restreindre l'ampleur de mon objectif de thèse. En effet, initialement nous souhaitions avec mon directeur de thèse pouvoir illustrer un reflet de l'activité de SOS à l'échelle de l'EHPAD avec un profil patient le plus complet possible. Cela aurait éventuellement permis de mettre en exergue de part les antécédents et les traitements du patient (nombre, classe thérapeutique...) certaines corrélations entre les variables et alors de faire des analyses de sous-groupes.

Dans le cadre d'une recherche médicale, le traitement de données sensibles (données de santé) nécessite de mettre en œuvre des mesures appropriées.

#### d. Démarches à effectuer

Elles sont définies par la nature et le périmètre de ma recherche comme illustré dans l'annexe 2(23). Mon travail de thèse portant sur une utilisation rétrospective des données impose de se reporter à la méthodologie de référence 004 de la CNIL.

### **B. Méthodologie de référence 004 (MR-004) (26)**

Cette dernière encadre le traitement de données personnelles des études n'impliquant pas la personne humaine directement. Cela signifie qu'aucune intervention directe n'est effectuée avec le patient.

Méthodologie de référence MR - 004	Projet de ma thèse d'exercice	Respect des différents aspects réglementaires
1. Responsable de traitement des données		Respect de la MR (Hors cadre car étude rétrospective, données anonymisées)
2. Objectif / Finalité poursuivi par le traitement des données	Est un état des lieux des motifs des visites médicales non programmées et de leur prise en charge en EHPAD par SOS Médecins Nantes	Respect de la MR avec consultation de l'article du CSP alinéas III 6° et IV Pas de protocole de recherche ni conflit d'intérêt
3. Données personnelles concernées	Aucune donnée personnelle identifiable que ce soit nominative, du lieu de résidence, de naissance. Il s'agit d'un profil patient (âge, genre, symptôme motivant l'appel au médecin, date, heure d'appel et la prise en charge médicale résumée paraissent dans mon travail	Respect de la MR
4. Données exclues de la norme	Aucune de ces données citées dans la MR 004 n'ont été utilisées dans mon travail	Respect de la MR
5. Durée de conservation des données	Utilisation des données de consultations au sein de la structure de SOS médecins, aucune conservation de ces données non identifiables n'a été faite. Seule les statistiques profil patient et prise en charge paraissent au sein de mon rapport de thèse	Respect de la MR

<p>6. Destinataires des données</p>	<p>Je suis la seule personne pouvant avoir accès à des données identifiantes mais comme cela m'est inutile pour mon travail, ces données identifiantes n'apparaîtront nulle part (non utilisés et encore moins copiées ou exportées de la base de données.</p> <p>En effet, il s'agit d'une étude purement descriptive et rétrospective en utilisant un profil patient anonyme.</p> <p>Ainsi, ni le jury ni un potentiel lecteur de ma thèse à posteriori ne pourra d'une quelconque manière identifier un résident.</p> <p>Enfin, comme tout soignant, je suis soumis au secret médical concernant ces données même si elles sont anonymes</p>	<p>Respect de la MR</p>
<p>7. Information des personnes et respect des droits « Informatique et libertés »</p>	<p>Selon l'article 14 paragraphe 5 point b) du RGPD, j'invoque l'impossibilité d'informer les personnes. Cela serait source d'efforts disproportionnés et romprait l'anonymat ce qui compromettrait la réalisation de ma thèse</p>	<p>Demande d'autorisation auprès de la CNIL.</p> <p>Précision donnée sur les caractéristiques du patient à ne pas utiliser (antécédents, lieu de résidence...)</p>

7. Sécurité et confidentialité	J'utilise les données dans les locaux de SOS médecins chez qui le responsable de la gestion informatique des données est aussi médecin. Il connaît l'objectif de mon étude à savoir obtenir un profil patient pour illustrer l'activité médicale de SMN dans les EHPAD. Ce dernier pouvait à tout moment contrôler mon travail. Il en va de la déontologie médicale et de mon éthique de médecin de me cantonner à n'utiliser que des données anonymes sans aucune information nominative ou de localisation permettant fortuitement de « reconnaître » un patient	Respect de la MR  Toutes les mesures techniques et organisationnelles sont appropriées afin de garantir un niveau de sécurité adapté aux risques identifiés.
8. Transferts des données hors de l'Union Européenne	Etude française uniquement	Respect de la MR

### C. Questionnaire utilisé pour la saisie des données

J'ai utilisé le logiciel de création de formulaire en ligne Lime Survey® afin de pouvoir rapidement saisir les données de consultations effectuées. Mon questionnaire initial a donc été réduit suite aux contraintes réglementaires de sécurité des données « patient » et du fait du manque de ces données dans les comptes-rendus de visites. Les éléments supprimés figurent en rouge et en italique.

	PATIENT 1	PATIENT 2	PATIENT 3	PATIENT 4	PATIENT 5	PATIENT 6	PATIENT 7	PATIENT 8	PATIENT 9
<b>1. APPEL SOS MEDECINS</b>									
Ville EHPAD 1 = Nantes 2= Hors Nantes									
Date (Mois) Mars / Avril / Mai 2023									
1 = Jour Semaine 2 = PDSA									
Identité Appelant (Le 15 = 1, Soignant = 2)									
Age									
Genre (H=1 ou F=2)									
<i>GIR (1 à 6)</i>									
Motif d'appel 1. Traumatisme 2. Malaise 3. Cardio respiratoire 4. Digestif / urologique 5. Neuro - psychiatrique (agitation, confusion, déficit...) 6. Cutané (ulcère, escarre...) 7. Syndrome infectieux 8. Autres									
<i>Antécédents</i> <i>Troubles cognitifs</i> <i>HTA</i> <i>Diabète</i> <i>Cardiopathie</i> <i>Pneumopathie</i> <i>chronique</i> <i>Insuffisance d'organe</i> <i>(cardiaque, rénale, ...)</i> <i>Neurologique (AVC,</i> <i>épilepsie, démence, ...)</i> <i>Rhumatologique</i> <i>Néoplasie active</i> <i>Chirurgical</i>									

<i>Traitement médicamenteux (classe et nombre) Anticoagulant ou AAP Antihypertenseur Anti diabétique Traitement thyroïdien Psychotrope Hypolipémiant Anti Epileptique Immuno- supprimeur, Chimiothérapie, Biothérapie, Antalgique classe 2 ou 3</i>									
Constantes données 1= oui , 2= non									
Suivi médical MT 1= oui , 2= non									
Directives anticipées documentées 1= oui , 2= non									
<b>2. DIAGNOSTIC</b>									
Suspecté ou confirmé (champ libre)									
En rapport avec le motif d'appel 1= oui , 2= non									
Délai de prise en charge (min)									
Durée consultation (min)									
Prescription médicamenteuse PO (nom)									
Prescription parentérale (nom)									
Oxygénothérapie 1= oui, 2= non									
Sondage urinaire 1 = oui, 2= non									

En HAD 1 = oui, 2= non									
Adaptation thérapeutique effectuée ?									
Lien avec une hospitalisation le mois précédent ? 1 = oui, 2= non									
Maintien sur place =1 ou Transfert = 2									
Examen complémentaire au lit (ECG, Echographie, Doppler...)									
<b>3. EHPAD</b>									
<i>Nombre mensuel de consultations SOS ?</i>									
<i>Médecin coordinateur 1 = oui, 2= non</i>									
<i>Ratio Résident/IDE</i>									
<i>Ratio Résident/AS</i>									
<b>4. SUIVI</b>									
1 <sup>ère</sup> consultation ou suivi									
Examen complémentaire demandé ? 1. Biologie 2. Imagerie 3. Avis spécialisé									

Figure 6 Questionnaire utilisé pour la saisie des données sous Lime Survey



## D. Méthodologie statistique

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS 26.

Nous avons réalisé une analyse descriptive afin de faire un état des lieux de l'activité médicale de SMN en EHPAD.

## III RÉSULTATS

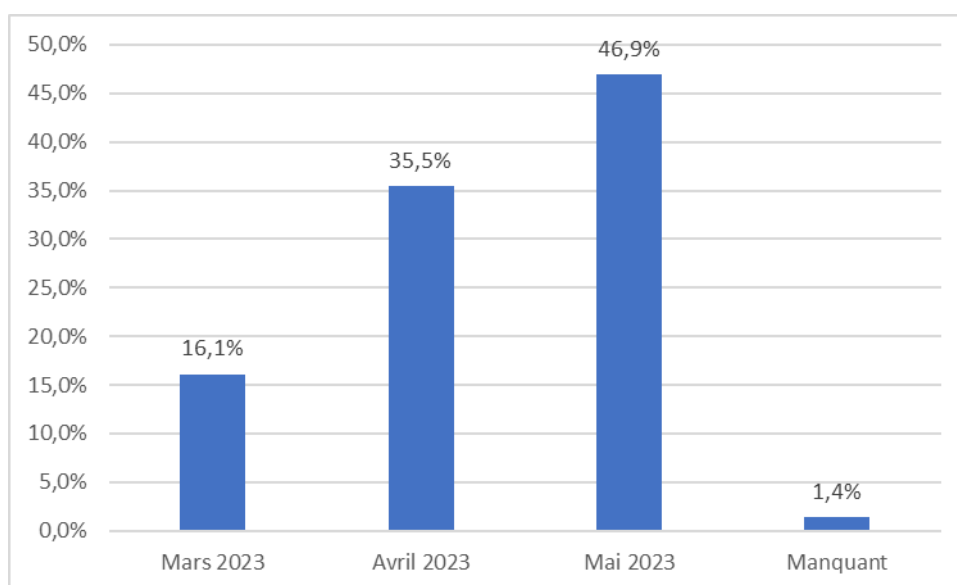
### Analyse descriptive des données

Notre population est composée de 211 patients pris en charge par SMN.

57,8% d'entre eux habitent Nantes et 41,7% résident dans l'agglomération nantaise.

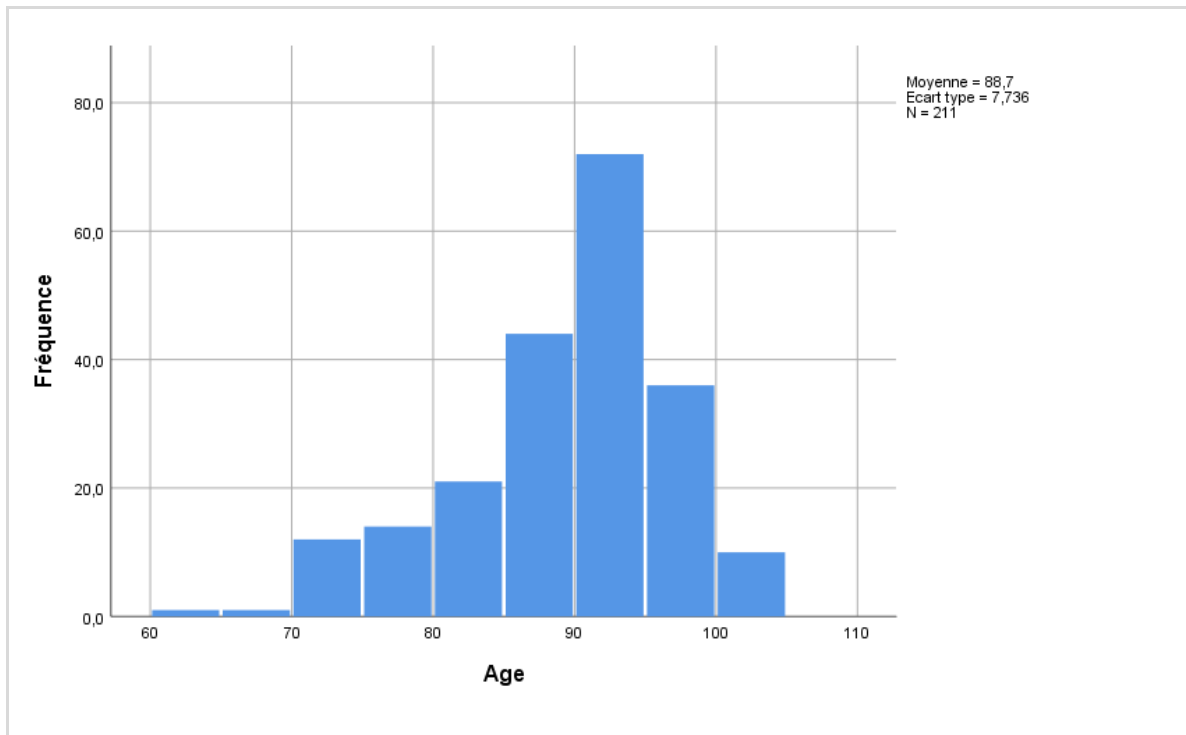
Pour un patient, la donnée est manquante.

Les patients ont été pris en charge entre Mars 2023 et Mai 2023. La répartition des prises en charge dans les trois mois en question est représentée sur la figure ci-dessous :



*Figure 7 : Période de prise en charge par SOS Médecins Nantes*

Les patients sont âgés de 64 à 103 ans. Ils sont âgés en moyenne de 88,7 ans avec un écart-type de 7,74 ans. L'âge médian est de 91 ans comme illustré ci-dessous :



*Figure 8 Répartition des âges des patients consultés*

Au niveau du délai de prise en charge, il varie entre 15 min et 180 min. La moyenne est de 124,10 min avec un écart type de 88,68 min. Le délai de prise en charge médian est de 90 min.

La durée de la consultation varie entre 10 min et 90 min. Elle est de 29,57 min en moyenne avec un écart type de 10,38 min. La durée médiane est de 30 min.

L'appelant est dans 37,4% des cas le SAMU 44 et dans 62,1% des cas un soignant de l'EHPAD. Pour un patient, l'appelant est non documenté.

Le patient est dans 76,3% une femme et dans 21,3% un homme. La donnée n'est pas documentée dans 2,4% des cas.

L'heure d'appel est dans 67,8% des cas un horaire hors PDSA et dans 30,3% des cas un horaire PDSA. La donnée est manquante dans 1,9% des cas.

La répartition des motifs d'appels est résumée sur la figure ci-dessous :

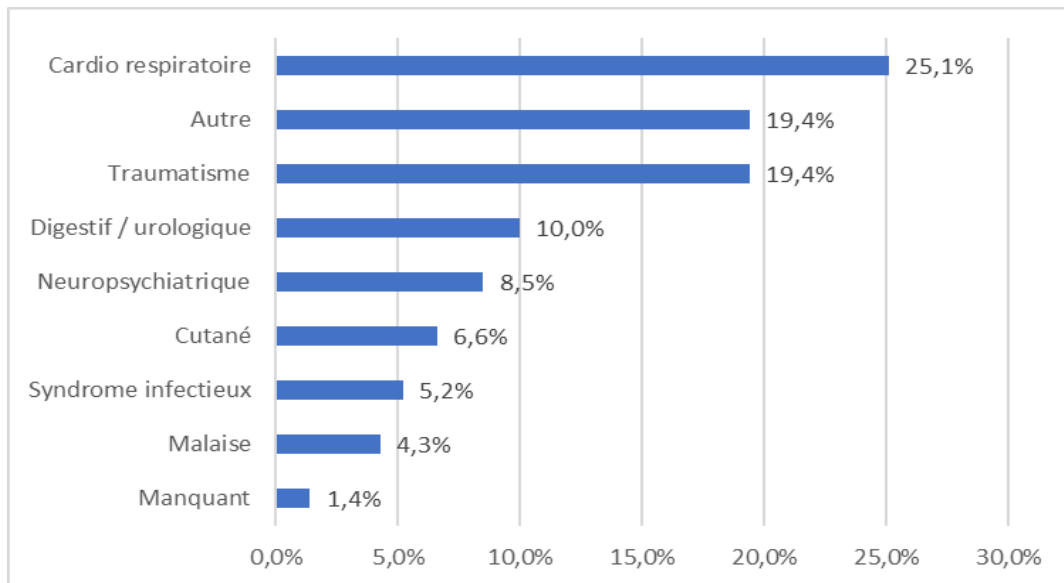


Figure 9 : Répartition des motifs d'appel

Pour les autres motifs d'appel, la répartition des motifs est représentée ci-dessous :

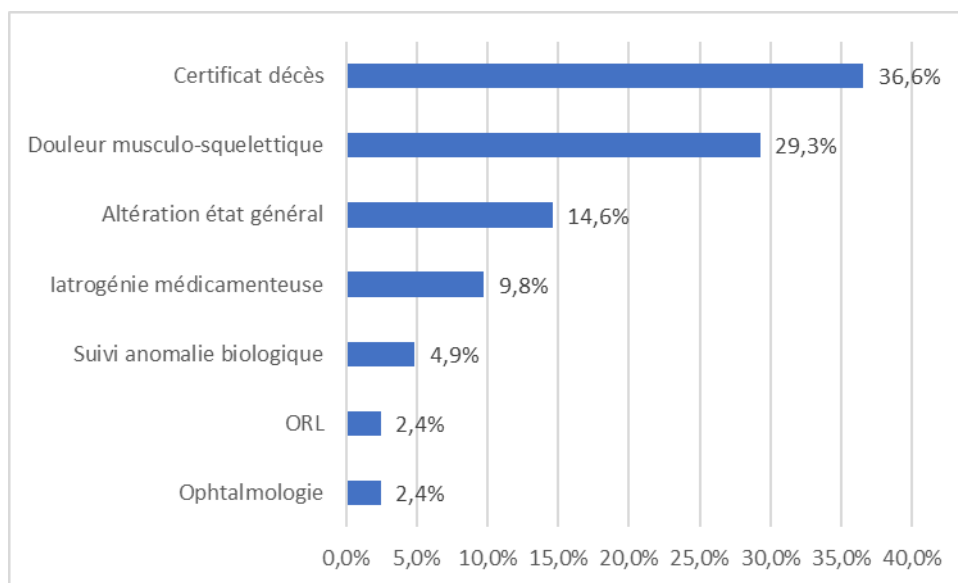


Figure 10 : Répartition des autres motifs d'appel

Au sujet des constantes collectées par l'équipe soignante de l'EHPAD (fréquence cardiaque, respiratoire, saturation en oxygène, tension artérielle, température corporelle), elles sont documentées dans 70,1% des cas.

84,4% des patients ont un suivi médecin traitant.

6,2% des patients ont des directives anticipées documentées. La donnée est manquante dans 35,5% des cas.

L'appel à SOS Médecins est dans 10,4% en lien avec une hospitalisation le mois précédent.

Concernant le diagnostic suspecté ou confirmé, la répartition est représentée ci-dessous :

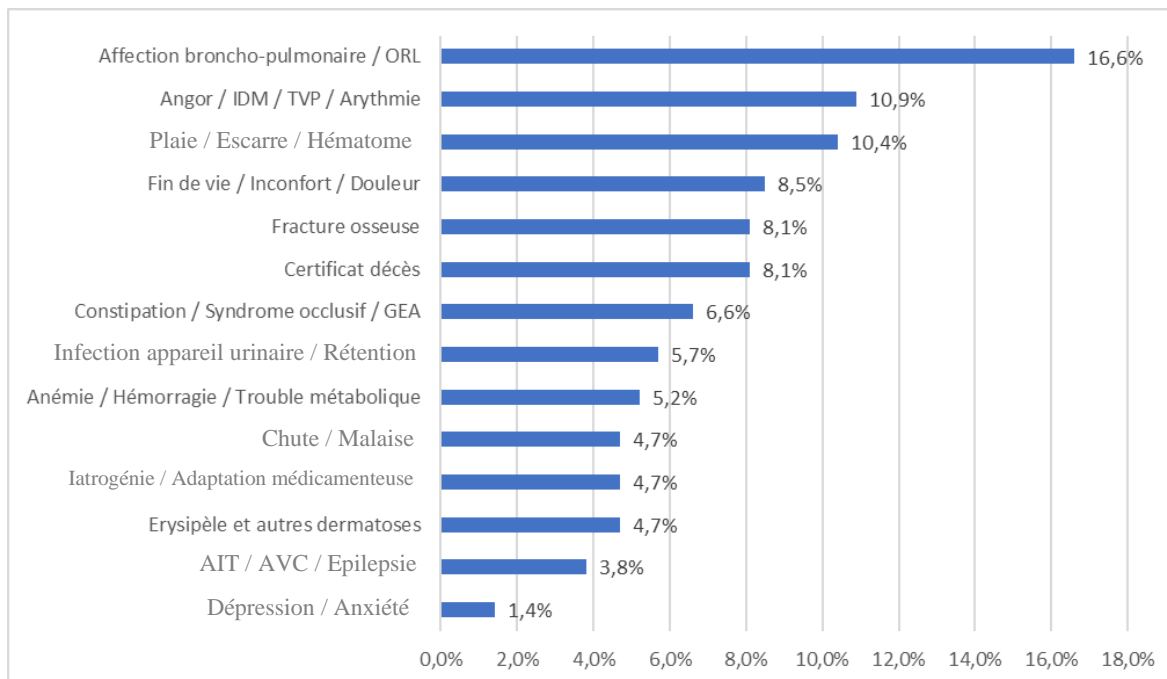


Figure 11 : Répartition des diagnostics

Le diagnostic est dans 96,2% des cas en lien avec le motif d'appel.

En ce qui concerne les prescriptions de traitements oraux, la répartition de celles-ci est représentée ci-dessous :

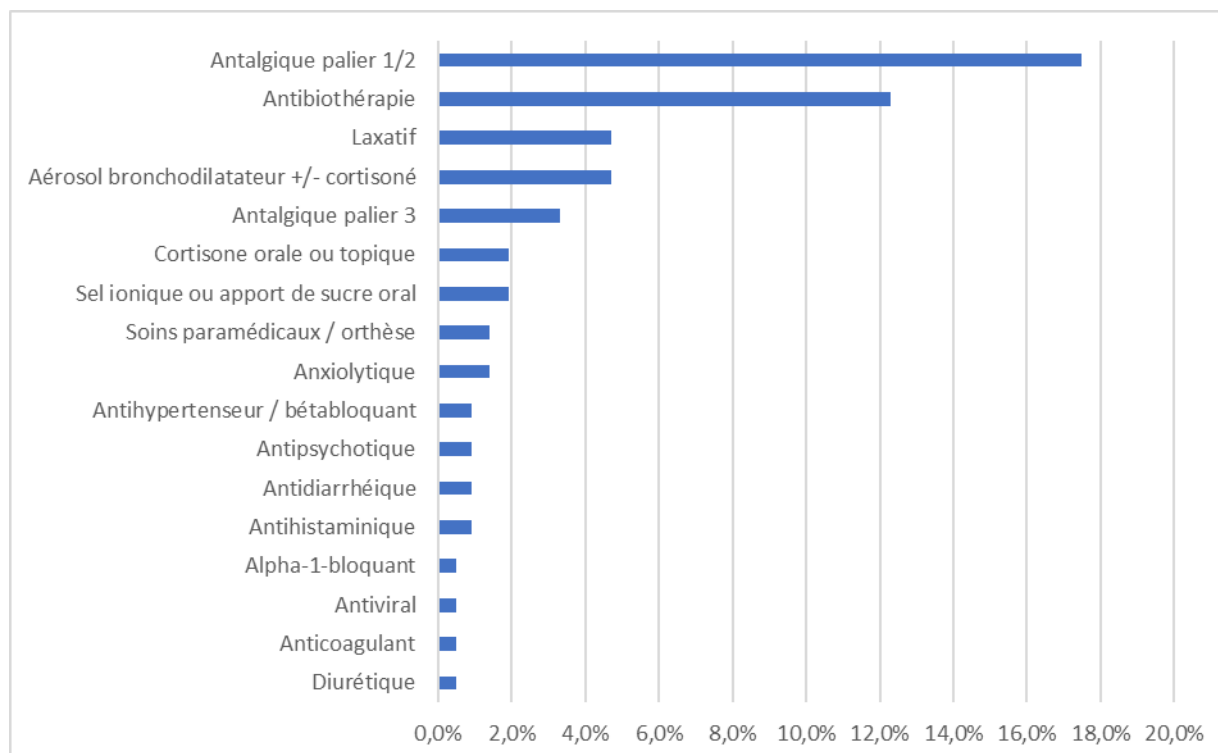


Figure 12: Répartition des prescriptions et administrations des traitements oraux

La répartition des prescriptions de traitements pour les administrations parentérales et les autres voies d'administration est représentée ci-dessous.

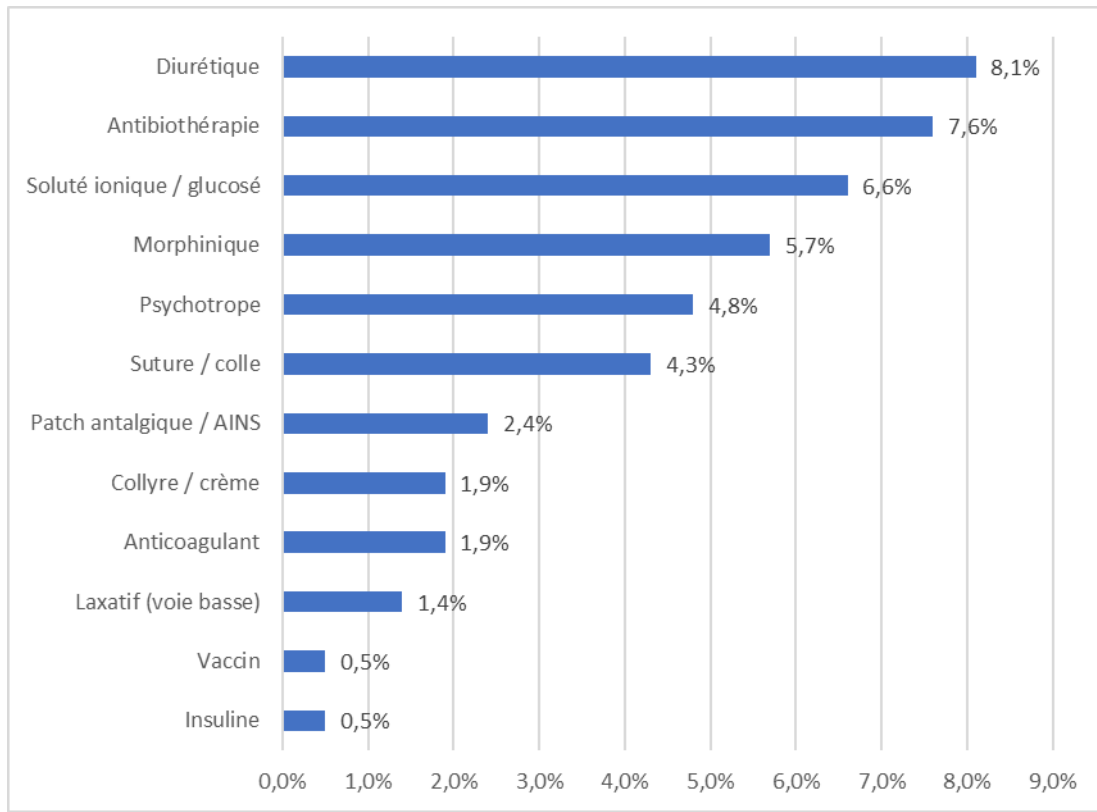


Figure 13: Répartition des prescriptions / administrations parentérales et autres voies

Le patient est dans 30,3% des cas sous oxygénothérapie. Cette donnée est manquante pour 0,5% des patients. Il nécessite un sondage urinaire dans 3,3% des cas.

Le patient est en HAD dans 10,4% des cas avec 6,2% de données manquantes.

Dans 82,5% des cas, la décision est un maintien sur place et 15,2% des patients sont transférés.

Nous avons 2,3% de données manquantes.

Un examen complémentaire au lit est effectué dans 35,5% des consultations. La répartition de ceux-ci est représentée ci-dessous :

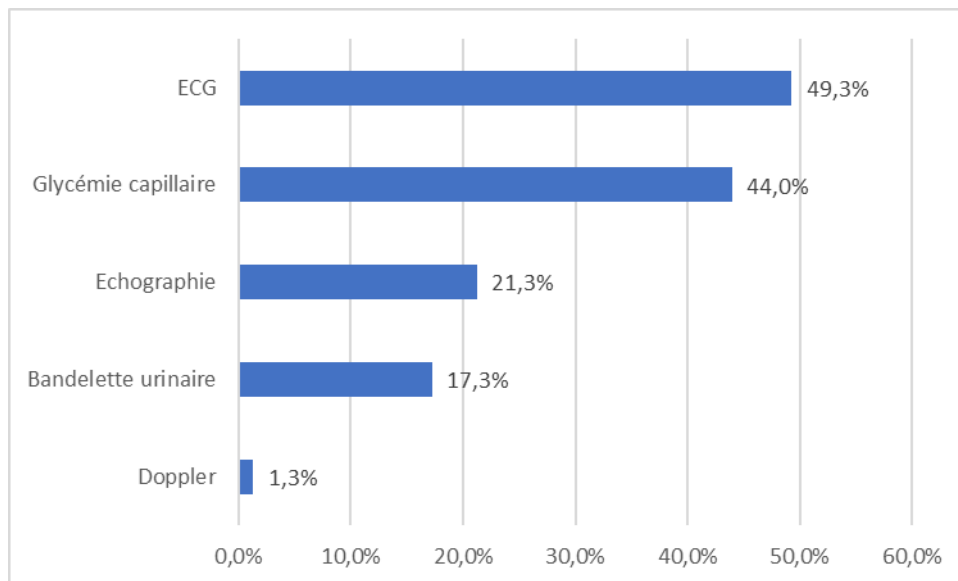


Figure 14: Répartition des examens complémentaires au lit

La consultation est dans 87,2% des appels une première consultation et dans 12,8% des appels, il s'agit un suivi.

Dans 40,8% des cas, un examen complémentaire est demandé. Il s'agit dans 84,9% des cas une biologie, dans 16,3% des cas un avis spécialisé et dans 11,6% des cas une imagerie.

## IV DISCUSSION

Tout d'abord, l'activité de visite à domicile en EHPAD représente en moyenne 9,8 % de l'activité de visite totale effectuée par SMN, les résidences services : 0,21% (données 2022 rapportées oralement). Il faut garder à l'esprit que notre étude n'inclut que les patients d'EHPAD de la zone couverte par SMN. Ainsi, sont exclues de nos données les visites des séniors non institutionnalisés.

### A. Résultats de notre étude

#### a. Effectif et âge

Notre population de résidents étudiée était au nombre de 211. Cet effectif est conséquent et cela a été permis grâce à l'analyse rétrospective des données de consultations sécurisées mais nombreuses. En effet, la demande de SNP en EHPAD dans l'agglomération nantaise reste forte.

L'âge moyen est de 88, 7 ans tout genre confondu.

Selon la DRESS, fin 2015, il était de 85 ans et 9 mois (27) avec une tendance logique à la hausse ce qui est concordant avec nos résultats.

b. Période d'étude

Les patients ont été pris en charge entre mars 2023 et mai 2023 ce qui était souhaité afin d'obtenir d'une part des données récentes et d'autre part d'essayer de s'affranchir des tendances saisonnières. En effet, l'hiver est source de nombreuses épidémies majorant les chiffres d'infections respiratoires, ORL ou encore digestives. A l'inverse, l'été majeure, du fait de la chaleur, les déshydrations, les asthénies et les troubles ioniques par exemple. Cette période d'entre-deux nous a semble-t-il donné un profil d'activité homogène et varié de consultations.

Les différences concernant le nombre de patients entre mars, avril et mai n'ont aucune justification particulière. Cela est juste inhérent à une moins grande disponibilité pour les saisies de données de visites à domicile lors de la période de mars et avril.

c. Délai de prise en charge et durée de consultation

Le délai médian de prise en charge est de 90 minutes pour une moyenne de 124 minutes. Ce délai est bien évidemment corrélé au degré d'urgence relative de la demande du soignant d'EHPAD ou du SAMU 44. La moyenne est plus élevée que la médiane car elle est sensible aux délais longs (180 minutes au maximum dans notre population) des demandes justifiées mais non urgentes comme les certificats de décès ou les plaies chroniques par exemple. Le degré de priorité est fixé par les ARM de SMN et s'échelonne de 0 à 2 du moins au plus urgent.

En ce qui concerne les durées de consultations, la médiane et la moyenne sont égales à 30 minutes avec un écart-type de 10 minutes ce qui prouve l'homogénéité des données et permet également de planifier les délais des visites à venir pour les ARM.

d. Identité de l'appelant et heure d'appel

Dans 37,4% des appels, c'est le SAMU 44 qui transfère la demande de soin. Dans 62,1% des cas, c'est un soignant de l'EHPAD. Pour un résident, la donnée est manquante (0,5%). Sur ces 37,4% d'appels du SAMU (79/211), 32 appels (40,5%) sont passés lors de la PDSA. Il n'y a donc pas plus d'appels du 15 lors de cette période, c'est même l'inverse car la PDSA représente 73% de la durée sur une semaine sans jour férié. On imagine qu'il puisse y avoir une temporisation de la demande de soins la nuit ou le weekend pour pouvoir demander une visite en journée soit à SMN soit au MT. Cela est permis par l'expertise médicale des régulateurs qui est indispensable.

Parmi les 128 appels des soignants d'EHPAD (3 appels n'ont pas d'heure notifiée), seulement 32 (soit un quart) sont sur la PDSA. Il paraît logique que les soignants appelant directement SMN, attendent les horaires de journée en semaine pour faire appel au médecin.

D'autre part, les proportions concernant l'heure d'appel sont de 67,8% pour les horaires ouvrables de cabinet et de 30,3% pour la PDSA ce qui suit la même logique qu'énoncé ci-dessus :

- ✓ Peu d'urgences vitales car évaluées par les soignants d'EHPAD puis régulées par le 15
- ✓ Une demande de soins relative à de la médecine générale donc relevant des heures ouvrables
- ✓ Un travail pluridisciplinaire avec une anticipation des complications autant que possible évitant le recours à la PDSA

#### e. Sexe ratio

Notre étude retrouve que 76,3 % des résidents visités sont des femmes et 21,3% sont des hommes avec 2,4% de données manquantes. Ces chiffres sont concordants avec les données de la littérature (6). Le ratio de 3 femmes pour 1 homme en EHPAD s'accroît avec l'âge du fait de la différence d'espérance de vie.

#### f. Les motifs d'appels

Il est important de souligner que les motifs avancés par les médecins régulateurs du 15, de SMN et les ARM de chaque structure sont potentiellement rectifiés par le médecin sur place.

##### i. Cardiorespiratoire

Ce motif représente la première cause d'appel dans notre étude avec 1/4 des visites.

J'ai retrouvé peu de données concernant les visites à domicile de patients non hospitalisés au décours. En revanche, nombreuses sont les données concernant les motifs d'admissions des séniors aux urgences (28) ce qui reste intéressant à titre de comparaison mais non superposable car notre étude s'intéresse aux patients d'EHPAD non hospitalisés. Il en ressort cependant 3 causes : les traumatismes post-chute, la confusion /altération de l'état général et les infections ou dyspnées. L'ordre du trio des motifs les plus fréquents peut varier mais les traumatismes avec suspicion de fractures sont majoritairement la cause la plus fréquente (29) (30).

Le motif cardiorespiratoire est piégeux car les atteintes cardiaques et respiratoires sont liées chez le sujet âgé et lors des nombreuses décompensations cardiaques gauches ou globales, le facteur déclenchant n'est pas toujours aisé à identifier. En effet, parmi les 53 patients avec un motif cardiorespiratoire, seulement 6 patients (11%) présentent une étiologie cardiaque objectivée par une arythmie auscultée ou une douleur thoracique. Cependant, un ECG a été pratiqué chez 37 patients ce qui montre que chez le séniors, l'anamnèse et l'examen clinique peuvent s'avérer insuffisants et la



paraclinique devient indispensable. En effet, le diagnostic étiologique peut être compliqué chez un résident dément ne pouvant pas préciser s'il présente une oppression ou une douleur thoracique. Une comorbidité comme le diabète peut tout à fait masquer cette plainte.

## ii. Traumatisme

Ce motif représente la deuxième cause d'appel avec 19,4%.

Tout d'abord, il faut préciser que les EHPAD ont des protocoles de prise en charge qui imposent le passage d'un médecin lorsqu'un résident a subi un traumatisme associé à des signes évocateurs de complications (31). En effet, il ne peut être demandé à une IDE ou une AS de prendre la décision d'un maintien à domicile ou d'un transfert aux urgences pour faire le bilan lésionnel, c'est un acte médical.

D'autre part, il y a des recommandations pour les traumatisés crâniens publiées en 2022 par la Société Française de Médecine d'Urgence associée à la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (32). Ces dernières expliquent qu'un TC léger associé à un âge supérieur à 65 ans et à la présence d'un anti-agrégant plaquettaire justifie une évaluation par les urgences ou à minima par un médecin. Cela représente donc une part importante des résidents car les facteurs âge et traitement sont fréquemment remplis.

Concernant les patients sous anti-coagulants, ils appartiennent d'office au groupe à risque élevé d'aggravation clinique ou de lésion intracrânienne comme illustré ci-dessous :

<p><b>R2.1 - Les experts proposent de stratifier le risque d'aggravation clinique ou de lésion intracrânienne selon la classification suivante :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Risque élevé :</b><ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Éléments anamnestiques :</b><ul style="list-style-type: none"><li>▪ Troubles de l'hémostase : anticoagulants, bithérapie antiplaquettaire ou maladie hémorragique congénitale (hémophilie, maladie de Willebrand...)</li></ul></li><li>○ <b>Éléments cliniques :</b><ul style="list-style-type: none"><li>▪ Signes cliniques évoquant une fracture de la voûte du crâne ou de la base du crâne (<i>Tableau 2</i>)</li><li>▪ Score de Glasgow inférieur à 15 à 2 heures du traumatisme sans intoxication</li><li>▪ Plus d'un épisode de vomissements</li><li>▪ Convulsions post-traumatiques</li><li>▪ Déficit neurologique focalisé</li></ul></li></ul></li><li>• <b>Risque intermédiaire :</b><ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Éléments anamnestiques :</b><ul style="list-style-type: none"><li>▪ Âge supérieur ou égal à 65 ans avec mono-antiagrégation plaquettaire</li><li>▪ Score de Glasgow inférieur à 15 à 2 heures du traumatisme avec intoxication</li><li>▪ Traumatisme avec une cinétique élevée (<i>Tableau 3</i>)</li></ul></li><li>○ <b>Éléments cliniques :</b><ul style="list-style-type: none"><li>▪ Amnésie des faits survenus plus de 30 min avant le traumatisme</li></ul></li></ul></li></ul>
--

Figure 15 Niveau de risque de complication des traumatisés crâniens (32)

Ainsi, ce groupe justifie la réalisation d'un scanner cérébral, idéalement dans l'heure suivant le TC afin de mettre en évidence une éventuelle hémorragie intracrânienne significative. Etant donné le nombre de TC chez le sénior, il n'est pas étonnant de constater que ces motifs d'appels soient si fréquents. Il est probable que certains EHPAD préfèrent recourir à un médecin, même par excès, pour tout TC afin d'éviter tout risque de recours en cas de complications médicales au décours. L'autre hypothèse pourrait être l'existence de protocoles de bonnes pratiques imposés aux soignants. Nous discuterons des chutes de la personne âgée dans la partie « diagnostic ».

### iii. Autres Motifs

Ce groupe rassemble toutes les autres plaintes non identifiées initialement parmi les motifs d'appel les plus évidents.

#### ✓ *Les certificats de décès*

Il représente tout de même 7% des motifs d'appel de notre étude. C'est un acte médical qui justifie le déplacement d'un médecin, même de nuit (SMN ou médecin mobile). Sans cet acte administratif validé, les démarches funéraires sont bloquées pour la famille. C'est un document officiel rempli par le médecin constatant le décès et qui permet d'officialiser l'information. Enfin, c'est aussi une évaluation médicale des circonstances du décès permettant ainsi de poser un éventuel obstacle médico-légal si les causes du décès paraissent suspectes. Cet acte médical donne lieu à une rémunération forfaitaire seulement si le constat est effectué lors de la PDSA.

#### ✓ Les douleurs musculosquelettiques

Elles représentent tous les appels en lien avec des douleurs rhumatologiques qu'elles soient plutôt d'allure mécaniques, inflammatoires ou même musculo-tendineuses.

#### ✓ Altération de l'état général (AEG)

Elle est enseignée comme synonyme de « asthénie, anorexie, amaigrissement » ou « les 3A » mais elle n'est pas un diagnostic étiologique, tout au plus un diagnostic syndromique vague qui peut cacher des atteintes somatiques comme psychiques, aiguës ou chroniques ou alors même un problème social de maintien à domicile compliqué.

Cette notion ne concerne que 5 patients de notre étude, tous hors PDSA car non-urgents, avec un suivi médical par le médecin traitant. Les diagnostics évoqués étaient une pneumopathie, une iatrogénie médicamenteuse (surdosage d'un nouveau traitement), deux déshydratations et une prise en charge palliative d'hémopathie. Cela illustre donc bien que ce terme est utilisé pour étiqueter une situation médicale qui nous échappe en attente de diagnostic étiologique.

#### ✓ Iatrogénie médicamenteuse

Selon l'OMS en 1969, elle est définie comme : « Toute réponse néfaste et non recherchée à un médicament survenant à des doses utilisées chez l'homme à des fins de prophylaxie, de diagnostic et de traitement ».

Quatre patients ont rapporté une plainte en rapport avec leur traitement. Elle représente 1,9% des résidents visités ce qui laisse présager une sous-évaluation de cette dernière dans notre étude. Trois patients ont présenté des effets indésirables documentés de la molécule et le dernier justifiait le recours à un médecin par souci d'adaptation de traitement anticoagulant suite à une sortie d'hospitalisation.

Le principal facteur de risque est la polymédication et selon les travaux de pharmaciens, l'âge avancé potentialise cette iatrogénie par une clairance rénale diminuée, un métabolisme hépatique moins efficace entre autres. D'autre part, de nombreuses études rapportent des chiffres d'hospitalisation en rapport avec une iatrogénie médicamenteuse s'échelonnant entre 4 et 23% (33).

#### ✓ Suivi anomalie biologique

Seulement 2 patients ont eu besoin d'un recours médical suite à leur analyse. Un patient a présenté une colique hépatique, il a été pris en charge lors de la PDSA, sans hospitalisation par la suite. Le second a présenté une hypokaliémie en lien avec son traitement diurétique, sans retentissement rythmique et supplémentée en dehors de la PDSA.

#### iv. Digestif / Urologique

Cette entité concerne 10% des appels. En observant les diagnostics avancés, on retrouve 6,6% de trouble du transit ce qui est un motif de consultation fréquent chez le sénior. En effet, ce dernier présente de nombreux facteurs favorisant la constipation comme : une alimentation déséquilibrée avec un manque de fibres et d'hydratation, une activité physique souvent limitée mais aussi la iatrogénie médicamenteuse liée aux antalgiques, antidépresseurs, antihypertenseurs notamment. Enfin, certaines comorbidités la favorisent : le diabète, l'hypothyroïdie, la maladie de Parkinson, la dépression (34).

#### v. Neuropsychiatrique

Ce motif représente 8,5% des appels. En s'intéressant aux diagnostics, il s'agit surtout des accidents vasculaires cérébraux constitués ou transitoires et des crises d'épilepsie (3,8%), 1,4% de syndrome anxio-dépressif. Sur les 18 appels, seulement 6 AIT/AVC, 3 cas de iatrogénie médicamenteuse, 2 cas d'épilepsie. 4/6 étaient hors PDSA et 5/6 ont été finalement transférés vers les SU. Si on considère l'incidence majeure de ces accidents vasculaires (140 000 nouveaux cas par an en France)

et qu'ils concernent trois fois sur quatre les personnes âgées de 65 ans et plus sans distinction de genre (35), nous sommes sûrement face à des patients déjà régulés par les soignants ou le 15 et refusé à une prise en charge hospitalière ou une présentation clinique trompeuse pour les appelants.

#### vi. Cutané

5 cas/14 sont des érysipèles, 2/14 sont des escarres et 2/14 sont des nécroses débutantes des extrémités chez des résidents diabétiques. Comme pour tout organe, les érysipèles auraient pu être classés dans « syndrome infectieux » mais cela est possible une fois le diagnostic posé.

#### vii. Syndrome infectieux

C'est un ensemble d'atteintes variées (peau, poumon, rein), de virose non compliquée mais également un choc septique régulé par le 15, hors PDSA chez une patiente de 85 ans qui a été transférée aux urgences après remplissage et antibiothérapie IV.

#### viii. Malaise

Le terme « malaise » est généraliste et imprécis.

Le Larousse le définit comme : « une sensation pénible, mal localisée, d'un trouble physiologique » ou encore « une brusque défaillance des forces physiques pouvant aller jusqu'à l'évanouissement ».

La notion de perte de connaissance nécessite un témoin. Sur les 11 patients, on retrouve 3 arythmies, 2 anémies, des déshydratations, des hyperglycémies, 1 TC avec plaie et 1 hypotension orthostatique.

#### g. Constantes du patient

Elles sont documentées dans 70,1% des cas. Elles ne sont pas toujours obligatoires selon le motif de la visite (exemple de la lombalgie chronique plus algique, de la plainte anxieuse ou encore du certificat de décès). Cependant, elles sont toujours à demander selon les plaintes afin d'éviter une erreur diagnostique par défaut d'informations. Les médecins régulateurs du 15 ou de SMN les collectent selon le contexte.

#### h. Suivi médical MT et directives anticipées (DA)

La majeure partie des résidents ont un suivi par leur généraliste libéral (84,4%). Cependant lorsque la donnée est manquante, le patient est considéré comme sans suivi médical alors que cela peut être liée à un défaut de saisie.

Les DA sont remplies dans 6,2%. Selon les observations médicales, j'ai parfois considéré comme des DA documentées une notion de prise en charge clarifiée en amont avec le patient et l'équipe

soignante de l'EHPAD ce qui n'est pas pour autant synonyme du document légal rempli et signé par le patient. Ainsi, ce chiffre serait surévalué.

i. Diagnostic suspecté ou confirmé

Certaines notions en rapport avec les diagnostics ont déjà été abordées dans la partie « motif d'appel ». Les affections broncho-pulmonaires et ORL représentent 16,6% ce qui est conséquent mais non surprenant. Nous avons pourtant ciblé une période hors épidémie hivernale avec des chiffres du COVID-19 au plus bas comme illustré ci-dessous (36) mais l'arrêt du masque obligatoire et un retour de la libre circulation des visiteurs engendrent inexorablement plus de circulation des pathogènes.

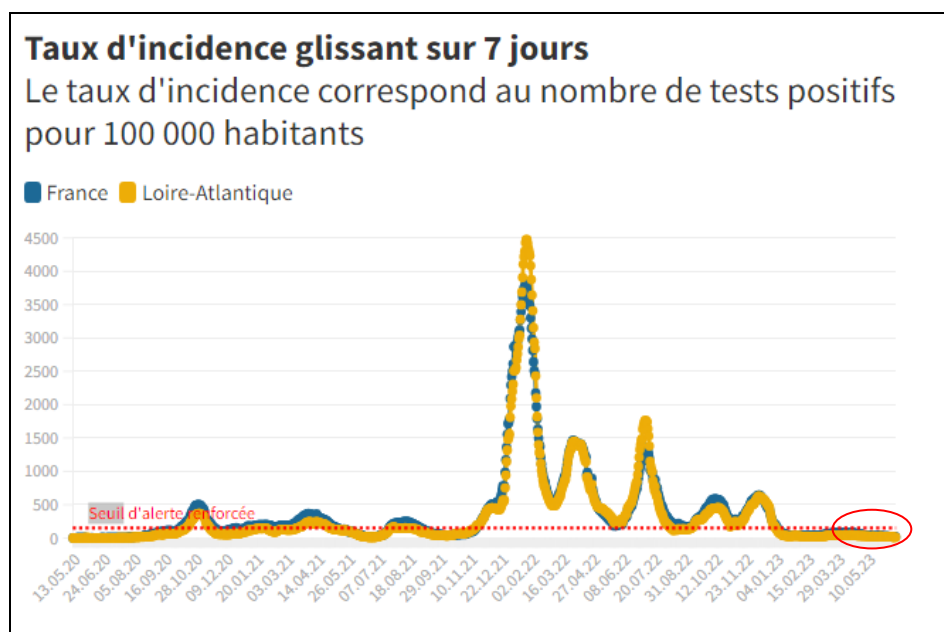


Figure 16 : Suivi de l'incidence des patients Covid-19 en Loire-Atlantique

i. Affection broncho-pulmonaire

C'est un motif récurrent d'appel car tant pour l'IDE ou l'AS que pour le régulateur, la décision sans un examen médical au lit du patient est complexe.

Parmi les 35 patients (16,6%), 20 sont des pneumopathies suspectées ou objectivées cliniquement.

Il aurait été intéressant de connaître la part des pneumopathies d'inhalation parmi les 20 patients.

En croisant nos données de traitements oraux et parentéraux, j'ai pu imaginer la suspicion diagnostic du médecin car elle n'était pas clairement exprimée dans les observations. 8 ont été traités par amoxicilline + acide clavulanique per os, 2 par amoxicilline seule et 8 par traitement parentéral (6 fois par ceftriaxone et 2 fois par amoxicilline + acide clavulanique). Cela laisse donc

supposer que les pneumopathies d'inhalation sont redoutées et peut être traitées par excès. L'accès à la radiographie de thorax étant complexe (accès à un rendez-vous, à une ambulance) et le coût engendré pour ce seul examen impose au médecin de se reposer sur la seule clinique. On pourrait s'interroger sur une sur-prescription d'antibiotiques. Une étude de 2015 portant sur 67 établissements français rapportait pourtant : « Il existe une consommation similaire d'antibiotiques dans nos EHPAD par rapport aux autres études faites à l'étranger en *nursing home*. On constate une forte consommation des fluoroquinolones. » (37). Il faut aussi prendre en compte la fragilité du sénior chez qui l'aggravation clinique peut être rapide et incite parfois à prescrire par excès. Cependant, les EHPAD permettent une surveillance rapprochée dont ne bénéficie par le sénior à domicile. Enfin, on retrouve également 4 exacerbations de BPCO et le reste est représenté par des bronchites et infections ORL dont une a été objectivée à COVID-19.

#### ii. Pathologie cardiaque

On retrouve 10,9% de diagnostics tels que la douleur angineuse, l'infarctus du myocarde (IDM), l'arythmie ou encore la thrombose veineuse profonde. L'ECG est indispensable pour les médecins de SOS car il évite le passage aux urgences dont certains médecins généralistes de cabinet non équipés peuvent avoir recours. La biologie peut être obtenue rapidement en journée quand l'ECG et la clinique sont rassurants. Sur 23 patients, 13 ont bénéficié d'un ECG. Au total, seulement 4 transferts (17,4%) vers les SU ont été demandés ce qui confirme que l'intervention de SMN permet un maintien à domicile bénéfique pour tous.

#### iii. Plaie / Escarre / Hématome

22 patients relèvent de ces diagnostics de traumatologie. Aucun n'a été hospitalisé. On retrouve 10 plaies traitées mais l'information entre une suture ou l'utilisation de colle dermatologique est trop anecdotique pour être citée. On note 3 escarres, 2 pieds diabétiques avec mal perforant et le reste est représenté par les contusions et hématomes sans rapport direct avec une chute objectivée. La notion de chute est transversale et se retrouve dans les 3 catégories que sont : « Plaie / Escarre / Hématome », « Fracture osseuse » et « Chute / Malaise ».

#### iv. Fin de vie, inconfort et douleur

La fin de vie est un vaste sujet en gériatrie et dans notre étude, 5 cas (27,8%) ont été authentifiés comme une prise en charge de fin de vie avec des prescriptions anticipées. 3 cas de détresse respiratoire ont été traités par antibiotique, diurétique et oxygène.

Un seul transfert pour détresse respiratoire a été décidé pour un patient de 93 ans lors de la PDSA initialement régulé par le 15. Nous n'avons malheureusement pas de notion d'autonomie du patient ni des DA. Cela laisse à penser qu'un souhait de la famille a peut-être été exprimé en ce sens.

Ces motifs d'appels ont toujours une réponse médicale rapide autant que possible car le patient doit être évalué ou réévalué si besoin. Le cadre législatif encadrant la fin de vie est régulièrement revu et évolue. Le 4 mars 2002, la loi Kouchner était la première loi relative aux droits des malades avec la désignation de la personne de confiance et le droit de refuser qu'on poursuive un traitement si le patient le souhaite.

En 2005, la loi Léonetti interdit l'obstination déraisonnable. Elle précise que le patient est en droit de refuser un traitement pour son confort même si ce choix précipite le décès. Les équipes soignantes doivent accepter de limiter les soins après une concertation collégiale. D'autre part, la loi Léonetti introduit la notion de directives anticipées qui permet par écrit au patient « d'exprimer ses volontés en matière de décision relative à la fin de vie pour le cas où il ne pourrait plus le faire lui-même »(38). Initialement, les DA n'étaient valables que pour une durée de 3 ans et révocables à tout moment par le patient.

Enfin, le 2 février 2016, la révision en loi Claeys-Leonetti renforce les droits du malade (39). Elle a reprecisé les conditions d'arrêt des traitements pour éviter toute obstination déraisonnable. Le patient peut bénéficier d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès si le pronostic vital est engagé à court terme. Enfin, les DA du patient s'imposent au médecin et n'ont plus de limite de valeur dans le temps.

Les autres patients nécessitaient une majoration des antalgiques pour des causes rhumatologiques.

#### v. Fracture osseuse

17 patients (8,1%) ont présenté une suspicion de fracture. 10 ont été adressés aux urgences.

On retrouve 9 atteintes fémorales, 3 du membre supérieur puis des suspicions de lésions vertébrales et costales. Parmi les 7 patients maintenus à domicile, 4 ont bénéficié d'une imagerie en externe. 1 patient présentait une suspicion de fracture costale et les 2 autres présentaient un besoin de réévaluation du traitement antalgique dans un contexte de fracture sans traitement orthopédique.

Lorsque des signes sont en faveur d'une fracture avec une impotence fonctionnelle notable, le passage par les urgences devient nécessaire sauf en cas de refus du patient. Une imagerie et un éventuel avis orthopédique s'imposent.

#### vi. Infection urinaire et rétention

Les 12 patients pris en charge ont été traités en EHPAD à l'exception du patient en choc septique (pyélonéphrite) qui a bénéficié d'un remplissage et d'une antibiothérapie IV avec son transfert. Il s'agissait d'un appel du 15 hors PDSA chez un patient de 85 ans.

Quatre patients étaient en rétention d'urine, ils ont été sondés lors d'une première consultation mais la demande d'avis urologique n'a été demandé que pour un seul. Cela laisse penser qu'une tentative de désondage sera effectuée par l'IDE. Les séniors ont souvent dans leur traitement des classes pharmacologiques favorisant la rétention d'urine comme les psychotropes, les anticholinergiques, les antalgiques opioïdes. Certaines rétentions pourraient être classées comme iatrogéniques.

#### vii. Chute et malaise

Comme discuté ci-dessus en évoquant la notion de malaise, la chute n'est pas un diagnostic mais une conséquence d'un terrain vulnérable avec des facteurs identifiés et des facteurs précipitants cette dernière. Nous avons eu 10 patients ayant chuté (4,7%) avec un maintien à domicile pour la totalité. 3 sont des chuteurs chroniques, âgés avec une démence sévère. 2 patients présentaient une hypotension orthostatique, 3 étaient des traumatisés crâniens légers sans cause de chute évidente.

La chute est un enjeu de santé publique car chaque année en France, environ 450 000 personnes de plus de 65 ans sont victimes d'une chute. Les conséquences sont sévères car 9300 personnes en décèdent par la suite chaque année (40). L'étude ChuPADom (41) dresse le profil des différents chuteurs selon leur âge et leurs comorbidités mais aussi elle précise les circonstances de cette dernière afin d'apporter des actions de prévention.

#### j. Diagnostic et motif d'appel

Le diagnostic est dans 96,2% des cas en rapport avec le motif d'appel notifié. Cela montre la pertinence de l'interrogatoire du répondant à l'appel mais aussi le professionnalisme des paramédicaux lors de l'observation du résident.

#### k. Les traitements oraux prescrits ou administrés

##### i. Antalgique palier 1 et 2

La classe thérapeutique la plus prescrite est sans surprise les antalgiques. Pour plus de commodité, les paliers 1 et 2 ont été associés car la codéine est souvent combinée au paracétamol. Cependant, c'est un biais de classement qui majore grandement les chiffres car le paracétamol est prescrit largement en consultation à la fois comme antalgique mais aussi comme antipyrétique.



## ii. Antibiothérapie

Nous avons abordé cette thématique au sujet des affections bronchopulmonaires et ORL.

Nous avons 12,3% de prescription d'antibiotiques (N=26) pour un total de 27% de diagnostics infectieux (bronchopulmonaire + ORL, urinaire et cutané). L'amoxicilline/acide clavulanique est prescrite 15 fois puis 3 prescriptions de pristinamycine et 2 d'amoxicilline. Seule la biologie peut être une aide complémentaire à la clinique car elle est obtenue rapidement et oriente la nécessité ou non des antibiotiques. C'est un vaste sujet qui concerne autant la médecine de ville, l'hôpital que les EHPAD. La fragilité des résidents, leur institutionnalisation et le contexte de l'ambulatorio peut faire basculer le choix dans le sens d'un traitement même si l'antibiorésistance pèse toujours dans la balance.

## iii. Les autres classes

Comme précédemment évoqué, les laxatifs font partie du quotidien de nombreux séniors du fait des comorbidités, de la iatrogénie médicamenteuse et du mode de vie.

Les aérosols bronchodilatateurs prescrits (N=7) sont en rapport logique avec les exacerbations de BPCO ou les bronchites asthmatiformes.

Les antalgiques de palier 3 ont été utilisés pour des arthralgies intenses ou des fractures.

Les sels et sucre (N=4) sont représentés par la supplémentation potassique.

Concernant les anxiolytiques (N=3), il est surprenant de voir si peu de prescriptions quand on considère l'anxiété des séniors. Deux explications pourraient expliquer ces chiffres : la iatrogénie que représente la classe des benzodiazépines chez le séniors et le fait que le psychisme soit traité par le MT.

Enfin, il est intéressant de souligner seulement 2 cas de prescription d'antipsychotique (rispéridone). On peut imaginer que les résidents éligibles à cette classe sont déjà suivis et traités ou bien qu'en cas de trouble du comportement, le transfert vers les urgences soit favorisé.

### 1. Les traitements parentéraux prescrits et administrés (et autres voies)

#### i. Les diurétiques

Il s'agit du furosémide utilisé dans le contexte d'insuffisance cardiaque compliquant une infection broncho pulmonaire. Sur les 17 résidents, aucun cas d'arythmie a été supposé être le facteur causal de l'OAP (selon les observations). Ces prises en charge sont essentielles et sans elles, un passage via les urgences s'imposerait.

## ii. Les antibiotiques

On dénombre 16 patients traités (7,6%). Pour 13 d'entre eux, ils ont reçu de la ceftriaxone pour des pneumopathies suspectées (N=8) puis des pyélonéphrites (N=3), une prostatite et le choc septique déjà évoqué.

La voie parentérale s'impose en cas d'indisponibilité de la voie orale lorsque le patient a des troubles de déglutition. Il est couramment pratiqué d'écraser les traitements pour faciliter leur absorption mais cela perturbe la galénique ce qui est non recommandé. C'est aussi la voie de l'urgence même si la biodisponibilité de l'antibiotique n'est pas toujours supérieure à la voie per os. L'étiologie infectieuse laisse parfois le doute entre une pneumopathie et une pyélonéphrite. La ceftriaxone offre l'avantage de pouvoir couvrir les 2 étiologies en traitement probabiliste ce qui est toujours d'actualité selon les recommandations de pneumologie (42).

## iii. Les morphiniques

Utilisés à 12 reprises (5,7%) soit 2 fois plus que par voie orale, ils visent d'une part une antalgie rapide et puissante pour soulager le patient. D'autre part, ils offrent un ralentissement de la fréquence respiratoire chez les patients polypnéiques en fin de vie. Ils sont habituellement utilisés par bolus initialement puis avec une dose basale pour entretenir l'antalgie. Il est également possible d'utiliser une PCA (Patient Controlled Analgesia) qui est une pompe programmée permettant au patient de s'auto-délivrer des bolus.

## iv. Les psychotropes

On note 8 patients avec une prescription de benzodiazépine, 4 cas avec un traitement délivré pour des détresses respiratoires et 4 cas en si besoin (agitation). 1 prescription d'halopéridol pour agitation psychomotrice et 1 de rispéridone.

## m. Hospitalisation à domicile (HAD)

C'est une faiblesse de notre étude car cette notion était souvent peu précisée. 22 patients (10,4%) sont à priori concernés. Quand le médecin précisait de contacter l'HAD suite à son passage, je comptabilisais le patient comme déjà suivi. Ce chiffre est pourtant proche de celui de l'activité déclarée de l'HAD en 2020 en faveur des EHPAD avec 9,6% (43). En Loire-Atlantique, un médecin coordonnateur de garde de l'HAD est en charge des urgences.

## n. Décision d'orientation du patient

On dénombre 32 transferts vers un service d'urgence soit 15,2 %. On retrouve comme diagnostic :

- ✓ Les suspicions de fractures : 28%

- ✓ Les dyspnées : 12,5%
- ✓ Les syndromes occlusifs : 9,5%
- ✓ Les AVC : 6%

Enfin, on observe des urgences diagnostiques ou thérapeutiques très variées. Cela illustre que cette activité de SNP permet d'éviter de nombreux transferts inappropriés. Il serait intéressant de pouvoir les chiffrer mais cela dépend de nombreux facteurs comme la formation des équipes soignantes, les moyens à leur disposition, la disponibilité du médecin coordonnateur et du MT mais aussi de l'expertise du régulateur du centre 15.

o. Examens complémentaires au lit du patient

Un examen a été effectué 75 fois (35,5%). Il est dominé par les ECG pour les raisons déjà évoquées. La glycémie capillaire est un examen rapide et permet d'éliminer des anomalies glycémiques ce qui crucial devant les symptômes d'asthénie, malaise, chute, confusion, agitation, convulsion... L'échographie est majoritairement abdominale pour éliminer des urgences diagnostiques comme les syndromes occlusifs mais aussi les signes de gravité comme un épanchement péritonéal ou pleural. Elle requiert une expérience personnelle mais est d'une grande aide. Certaines observations rapportent des échographies cardiaques ou pulmonaires pour objectiver une insuffisance cardiaque ou une pneumopathie.

La bandelette urinaire (BU) est un test facile et offre dans la population gériatrique un intérêt double :

- ✓ Une bonne valeur prédictive négative en cas de négativité des leucocytes et des nitrites qui permet d'éliminer l'hypothèse d'infection urinaire
- ✓ Une bonne valeur prédictive positive (VPP > 80 %) en cas de positivité des nitrites seuls qui suffit au diagnostic d'infection urinaire (44)

Enfin le doppler est un outil supplémentaire très utile à condition d'en avoir l'expérience car il permet d'éliminer une thrombose veineuse des membres inférieurs.

p. Examens complémentaires ultérieurs

Ils sont utilisés dans un objectif de maintien à domicile si l'état médical du patient le permet.

Ils sont demandés dans 40,8 % des visites.

### i. La biologie

Elle est prescrite dans 84,9% des cas et est aisément obtenue ce qui aide le clinicien à orienter ses hypothèses diagnostiques. L'équipe de l'EHPAD peut être rappelée pour ajuster la prise en charge ou une seconde visite est effectuée pour réévaluation (12,8% des visites sont un suivi dans notre étude).

### ii. L'imagerie

Prescrite dans 11,6% des visites, elle est utilisée surtout en cas de traumatisme bénin peu suspect de fracture mais afin d'éliminer tout piège diagnostic (fracture du col engrenée, fracture initialement non déplacée par exemple).

### iii. L'avis spécialisé

Prescrit dans 16,3% des situations. Comme pour l'imagerie, il est conditionné à l'absence d'urgence dans le suivi de la prise en charge car les délais de consultations sont incertains. Dans le cas contraire, le transfert s'impose.

## **B. Limites de notre étude**

### a. Mode de recueil des données

Tout d'abord, notre étude repose sur des observations plus ou moins précises des médecins de SMN. Les comptes-rendus sont importants pour la traçabilité, le suivi éventuel du patient, les études épidémiologiques et sur le plan médico-légal. Cependant, ils restent chronophages et sont donc parfois succincts. Le risque est d'extrapoler et donc de fausser les données.

En cas d'erreur diagnostique, à moins d'une consultation de suivi, le diagnostic restera erroné. Il n'y aura pas d'effet rétroactif de la seconde consultation sur la première. L'observation est rédigée immédiatement après l'examen médical ce qui supprime le biais de mémorisation. Lorsqu'une observation est vide de commentaire ou lorsque le traitement est non renseigné, cette visite n'a pas été retenue ce qui constitue un biais de sélection.

Comme déjà évoqué, afin de répondre aux contraintes réglementaires, j'ai été dans l'obligation de ne pas utiliser de données patient type antécédent ou GIR ce qui réduit les conclusions obtenues, notamment en termes de décision d'orientation, de traitement curatif ou palliatif.

Dans un objectif de clarté, mon questionnaire a été rédigé pour bien catégoriser les données. Cependant, parmi les motifs d'appel, le syndrome infectieux a été nettement sous-évalué car la cause infectieuse a été comptabilisée dans la catégorie d'organe concerné (respiratoire, digestif / urologique, cutané). Il aurait fallu autoriser la saisie de deux motifs d'appel associés. En revanche, supprimer le motif « syndrome infectieux » n'aurait pas été judicieux car certains examens

retrouvent une fièvre isolée ou un syndrome grippal qui n'est pas associable à un organe en particulier.

#### b. Manque d'information et aspect rétrospectif

Certains critères du questionnaire étaient trop complexes à obtenir. Pour exemple, le GIR et les DA étaient rarement renseignés. Le suivi médical par le MT manquait ce qui laissait le doute entre une absence de médecin ou un manque d'information. Enfin, la notion d'adaptation thérapeutique se prête mal au contexte du SNP induisant encore une absence d'information.

Les études rétrospectives offre plus de biais et une puissance statistique moindre.

En revanche, cela m'a permis d'accéder rapidement à un nombre conséquent de données de consultations.

#### c. Perspectives

Des études complémentaires pourraient être :

- de comparer la demande en soins non programmés des séniors vivant à domicile avec celle des résidents d'EHPAD sur la même période. Certains facteurs de fragilité pourraient être mise en évidence notamment chez le séniors non institutionnalisés.
- de comparer sur la même période de mars à mai 2023, les données de notre étude avec celles des résumés de passage aux Urgences des résidents d'EHPAD de l'agglomération nantaise ayant été admis. On pourrait chercher à optimiser la prise en charge ambulatoire locale (accès aux analyses biologiques plus aisément, améliorer les protocoles de suivi des paramédicaux notamment lors de la PDSA, plateforme de télémédecine...) pour éviter les transferts.
- de sonder les régulateurs du Centre 15 et les soignants d'EHPAD via un questionnaire pour quantifier le nombre de transferts aux urgences de résidents qui seraient décidés si l'offre de visite de SMN était absente.

## V CONCLUSION

Notre étude est une observation rétrospective monocentrique des pratiques médicales libérales de ville par SOS Médecins Nantes, engagées dans le soin non programmé et la permanence des soins ambulatoires (PDSA). Notre population est représentée par les résidents d'EHPAD de l'agglomération nantaise ce qui représente environ 9,8% des visites à domicile effectuées.

L'objectif est de faire un état des lieux des prises en charge médicales allant des motifs d'appel des séniors, en détaillant l'hypothèse diagnostique et la prise en charge globale, pour enfin conclure sur le devenir du patient.

La situation la plus commune est un appel en journée des soignants d'un EHPAD nantais pour une femme suivie médicalement par son médecin traitant. Elle a environ 91 ans, elle présente une dyspnée progressive en lien avec une probable infection bronchopulmonaire, la fausse route est redoutée. Les constantes vitales sont données par le soignant. Elle sera examinée dans les 90 minutes avec une prise en charge qui durera environ 30 minutes. C'est une première consultation pour ce motif d'appel en lien avec la pneumopathie d'inhalation suspectée de la patiente qui sera traitée par amoxicilline / acide clavulanique, oxygénothérapie. Un maintien à domicile sera décidé par le médecin. Il n'y aura pas d'examen complémentaire demandé.

On retrouve parmi notre échantillon de 211 résidents, seulement 15,2% de transferts vers les Urgences. Notre étude ne permet malheureusement pas de dénombrer les passages aux urgences évités par la prise en charge de SMN. Il est possible tout au plus de l'évaluer approximativement en considérant les motifs des appels en PDSA, ajoutés à l'activité des patients maintenus sur place grâce à une prise en charge diagnostique et thérapeutique rapide.

Cependant, des études complémentaires pourraient le prouver en comparant les données d'une activité ambulatoire comme dans notre étude avec les données d'activité des résidents d'EHPAD au sein des services des Urgences nantaises.

## VI BIBLIOGRAPHIE

1. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 14 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
2. Bilan démographique 2020 - Insee Première - 1834 [Internet]. [cité 14 sept 2023]. Disponible sur: [https://www.insee.fr/fr/statistiques/5012724#figure2\\_radio1](https://www.insee.fr/fr/statistiques/5012724#figure2_radio1)
3. CHIFFRES CLES 2020 ED2021.pdf [Internet]. [cité 15 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/DSS/2021/CHIFFRES%20CLES%202020%20ED2021.pdf>
4. Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [Internet]. [cité 16 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763>
5. 2023-02-21\_panorama-ehpad-2022\_PDF.pdf [Internet]. [cité 20 sept 2023]. Disponible sur: [https://www.conseildependance.fr/wp-content/uploads/2023/02/2023-02-21\\_panorama-ehpad-2022\\_PDF.pdf](https://www.conseildependance.fr/wp-content/uploads/2023/02/2023-02-21_panorama-ehpad-2022_PDF.pdf)
6. infographie\_ehpa\_08-2.pdf [Internet]. [cité 20 sept 2023]. Disponible sur: [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/infographie\\_ehpa\\_08-2.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/infographie_ehpa_08-2.pdf)
7. er1237.pdf [Internet]. [cité 20 sept 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1237.pdf>
8. Previsima. Grille nationale AGGIR (cerfa n°11510\*01). 2023 [cité 9 oct 2023]. Grille nationale AGGIR (cerfa n°11510\*01). Disponible sur: <https://www.previsima.fr/telechargement/grille-nationale-aggir-cerfa-n1151001.html>
9. Comment fonctionne la grille AGGIR ? [Internet]. 2022 [cité 20 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/perte-d-autonomie-evaluation-et-droits/comment-fonctionne-la-grille-aggir>
10. Observatoire Régional de la Santé, Soins non programmés Perceptions et pratiques des médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire [Internet]. 2020 [cité 6 oct 2023]. Disponible sur: [https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2020\\_PDF/2020\\_%20panel4\\_mg\\_SNP\\_24.pdf](https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2020_PDF/2020_%20panel4_mg_SNP_24.pdf)
11. L'organisation des parcours de soins, de santé, de vie [Internet]. 2018 [cité 26 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/lorganisation-des-parcours-de-soins-de-sante-de-vie-0>
12. État de santé et dépendance des seniors – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 26 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3646032?sommaire=3646226>
13. Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - Légifrance [Internet]. [cité 27 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000023334544>

14. République française. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0303 du 31/12/2010 [Internet]. [cité 27 sept 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=63svbPxxA\\_9vv0UbiiKxBcsa89ORVq8yFuFYjvXfvMM=](https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=63svbPxxA_9vv0UbiiKxBcsa89ORVq8yFuFYjvXfvMM=)
15. Le médecin coordonnateur [Internet]. 2021 [cité 3 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/le-medecin-coordonnateur>
16. SOS MÉDECINS [Internet]. [cité 30 sept 2023]. Activités et organisation de la fédération - SOS MÉDECINS France. Disponible sur: <https://sosmedecins-france.fr/sos-medecins/activites-organisation-federation-sos-medecins/>
17. SOS Médecins Nantes [Internet]. [cité 30 sept 2023]. Disponible sur: <http://www.sosmedecins-nantes.fr/presentation.php>
18. SOS Infirmiers Nantes [Internet]. [cité 30 sept 2023]. Home. Disponible sur: <https://sosinfirmiersnantes.com/>
19. ADOPS44 [Internet]. [cité 5 oct 2023]. ADOPS44 Permanences des Soins en Loire-Atlantique. Disponible sur: <https://www.adops44.fr>
20. ADOPS44 [Internet]. [cité 5 oct 2023]. ADOPS44 Permanences des Soins en Loire-Atlantique. Disponible sur: <https://www.adops44.fr>
21. ORU Pays de la Loire. Publications par service d'urgences | Observatoire Régional des Urgences [Internet]. 2022 [cité 6 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.oru-paysdelaloire.fr/nos-publications/publications-par-service-durgences-0>
22. Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/01-enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences-hospitalieres-juin>
23. Recherche médicale : comment procéder pour une thèse ou un mémoire ? [Internet]. [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/recherche-medicale-comment-proceder-pour-une-these-ou-un-memoire>
24. Article R1121-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043723460](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043723460)
25. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. CHAPITRE III - Droits de la personne concernée [Internet]. 2018 [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees/chapitre3>
26. Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé [Internet]. [cité 6 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/declaration/methodologie-de-reference-04-recherches-nimpliquant-pas-la-personne-humaine-etudes-et-evaluations-dans-le-domaine-de-la-sante>
27. er1015.pdf [Internet]. [cité 10 oct 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1015.pdf>



28. Lemoine SE, Herbots HH, De Blick D, Remmen R, Monsieurs KG, Van Bogaert P. Appropriateness of transferring nursing home residents to emergency departments: a systematic review. *BMC Geriatr.* 21 janv 2019;19(1):17.
29. Giovanni E. Analyse descriptive des facteurs intervenant dans la décision du transfert des patients venant des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) vers les services d'urgences du CHU de Toulouse [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2013 [cité 11 oct 2023]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/228/>
30. Rémond Laurie. ANALYSE DES PATIENTS PROVENANT D'EHPAD ADRESSÉS AUX URGENCES : ETUDE MULTICENTRIQUE SUR LE NORD PAS DE CALAIS [Thèse exercice] [Internet]. [Lille, France]: UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2 FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG; 2015. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2015/2015LIL2M398.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2015/2015LIL2M398.pdf)
31. ARS Ile de France. IDE ET AIDE-SOIGNANTE EN EHPAD, CONDUITE À TENIR EN SITUATION D'URGENCE, 20 SYMPTOMES / 20FICHES [Internet]. 2016 [cité 27 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/ide-et-aide-soignante-en-ehpad-conduite-tenir-en-cas-durgence>
32. SFMU. Recommandations de la SFMU / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [Internet]. 2022 [cité 11 oct 2023]. Disponible sur: [https://www.sfm.org/fr/publications/recommandations-de-la-sfm/prise-en-charge-des-patients-presentant-un-traumatisme-cranien-leger-de-l-adulte-management-of-patients-suffering-from-mild-traumatic-brain-injury-/con\\_id/546](https://www.sfm.org/fr/publications/recommandations-de-la-sfm/prise-en-charge-des-patients-presentant-un-traumatisme-cranien-leger-de-l-adulte-management-of-patients-suffering-from-mild-traumatic-brain-injury-/con_id/546)
33. Ankri J. Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé. *Gérontologie Société.* 2002;25 / 103(4):93-106.
34. Constipation chez l'adulte : quelles sont les causes ? [Internet]. [cité 12 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/constipation-adulte/definition-symptomes-facteurs-favorisants>
35. VIDAL. VIDAL. 2023 [cité 12 oct 2023]. Accident vasculaire cérébral (AVC) - symptômes, causes, traitements et prévention. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/coeur-circulation-veines/avc.html>
36. Observatoire.loire-atlantique.fr [Internet]. [cité 12 oct 2023]. Evolution de l'épidémie Covid-19 en Loire-Atlantique. Disponible sur: [https://observatoire.loire-atlantique.fr/44/les-statistiques/evolution-de-l-epidemie-covid-19-en-loire-atlantique/p1\\_13304](https://observatoire.loire-atlantique.fr/44/les-statistiques/evolution-de-l-epidemie-covid-19-en-loire-atlantique/p1_13304)
37. Galland J, Dazinieras A, Cohen N, Blochet C, Armaingaud D, Denormandie P, et al. Consommation des médicaments antibiotiques en EHPAD : étude dans 67 établissements français sur une année. *Rev Gériatrie.* 2015;(8).
38. Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie. Parlons Fin de Vie. 2023 [cité 12 oct 2023]. Les droits de la fin de vie en France | Fin de vie Soins Palliatifs. Disponible sur: <https://www.parlons-fin-de-vie.fr/mes-droits/>
39. Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2022 [cité 12 oct 2023]. Comprendre la loi Claeys-Léonetti de 2016. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/les-soins-palliatifs-et-la-fin-de-vie/la-prise-en-charge-palliative-et-les-droits-des-personnes-malades-et-ou-en-fin/article/comprendre-la-loi-claeys-leonetti-de-2016>

40. Santé publique France. Chute [Internet]. 2020 [cité 12 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/traumatismes/chute>
41. SPF. Chutes des personnes âgées à domicile. Caractéristiques des chuteurs et des circonstances de la chute. Volet « Hospitalisation » de l'enquête ChuPADom [Internet]. 2020 [cité 12 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/chutes-des-personnes-agees-a-domicile.-caracteristiques-des-chuteurs-et-des-circonstances-de-la-chute.-volet-hospitalisation-de-l-enquete-chupadom>
42. Collège des Enseignants de Pneumologie. Infections broncho-pulmonaires communautaires de l'adulte [Internet]. 2023 [cité 13 oct 2023]. Disponible sur: [http://cep.splf.fr/wp-content/uploads/2023/07/ITEM\\_154\\_INFECTIIONS\\_RESPIRATOIRES\\_2023.pdf](http://cep.splf.fr/wp-content/uploads/2023/07/ITEM_154_INFECTIIONS_RESPIRATOIRES_2023.pdf)
43. ATIH, Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. Analyse de l'activité hospitalière 2020, HAD [Internet]. 2021. Disponible sur: [https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4144/aah\\_2020\\_analyse\\_had.pdf#:~:text=En%202020%2C%20l%E2%80%99HAD%20renforce%20consid%C3%A9rablement%20sa%20pr%C3%A9sence%20en,%28en%202019%2C%20elle%20repr%C3%A9sentait%20respectivement%208%2C6%25%20et%2011%2C9%25%29.](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4144/aah_2020_analyse_had.pdf#:~:text=En%202020%2C%20l%E2%80%99HAD%20renforce%20consid%C3%A9rablement%20sa%20pr%C3%A9sence%20en,%28en%202019%2C%20elle%20repr%C3%A9sentait%20respectivement%208%2C6%25%20et%2011%2C9%25%29.)
44. Devillé WL, Yzermans JC, van Duijn NP, Bezemer PD, van der Windt DA, Bouter LM. The urine dipstick test useful to rule out infections. A meta-analysis of the accuracy. *BMC Urol.* 2 juin 2004;4:4.
45. Synthese\_80ans\_et\_plus\_0.pdf [Internet]. [cité 4 oct 2023]. Disponible sur: [https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3902/synthese\\_80ans\\_et\\_plus\\_0.pdf](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3902/synthese_80ans_et_plus_0.pdf)

**ANNEXES**

**A. Grille AGGIR**

**GRILLE NATIONALE AGGIR**



**IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EXAMINÉE**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Numéro d'immatriculation :

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal :  Commune : \_\_\_\_\_

**SITUATION AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET ORDINAIRES DE LA VIE**

<b>VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE</b>	
COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée	
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut
	Bas
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut
	Moyen
	Bas
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir
	Manger
ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire
	Fécale
TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir	
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...	
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...	
<b>VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE</b>	
GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens	
CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis	
MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers	
TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport	
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance	
SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin	
ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps	

- A : fait seul, totalement, habituellement, correctement
- B : fait partiellement, non habituellement, non correctement
- C : ne fait pas.

A ....., le .....

Signature et cachet du praticien

**ATTENTION**

**Ce document doit être joint, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie, à l'attestation d'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie**

## B. Cadre réglementaire de la CNIL

### Recherche multicentrique et/ou accès des données en dehors de l'équipe de soins

Recherche impliquant la personne humaine <i>(avis favorable du CPP requis)</i>			Recherche n'impliquant pas la personne humaine
Recherche interventionnelle	Recherche interventionnelle à risques et contraintes minimales	Recherche non interventionnelle	
Demande d'autorisation "recherche"  ou  Engagement de conformité à la MR-001  +  Inscription au registre des activités de traitement	Demande d'autorisation « recherche »  ou  Engagement de conformité à la MR-001  +  Inscription au registre des activités de traitement	Demande d'autorisation « recherche »  ou  Engagement de conformité à la MR-002 ou à la MR-003  +  Inscription au registre des activités de traitement	> Dépôt auprès de l'INDS de la demande d'autorisation « recherche » (avis du CEREES puis transmission de la demande d'autorisation à la CNIL) <a href="#">🔗</a>  ou  Engagement de conformité à la MR-004, MR-005 ou à la MR-006  +  Inscription au registre des activités de traitement

**Vu, le Président du Jury,  
Professeur Philippe LE CONTE**

**Vu, le Directeur de Thèse,  
Docteur Ludovic HUCHET**

**Vu, le Doyen de la Faculté,**

**Titre de Thèse :**  
**OBSERVATION RÉTROSPECTIVE DES CONSULTATIONS À DOMICILE EN SOINS NON PROGRAMMÉS DES RÉSIDENTS D'EHPAD DE L'AGGLOMÉRATION NANTAISE**

---

**RÉSUMÉ**

**Introduction**

Face au vieillissement de la population française, synonyme de comorbidités et dépendance, l'institutionnalisation et la demande en soins de nos séniors croît inexorablement. En parallèle, l'offre médicale humaine et matérielle reste limitée, qu'elle soit libérale ou hospitalière.

L'objectif de notre étude est d'illustrer l'activité médicale libérale en soins non programmés au chevet des résidents d'EHPAD de l'agglomération nantaise.

**Matériels et Méthodes**

Il s'agit d'une étude descriptive, monocentrique, rétrospective, réalisée à partir des données anonymisées des visites en EHPAD effectuées par SOS Médecins Nantes (SMN) de mars à mai 2023 en journée ou lors de la permanence des soins ambulatoires.

Les patients étaient inclus qu'ils aient appelé SMN ou bien le Centre 15. Aucun critère d'exclusion était défini, la zone géographique était celle couverte par SMN.

**Résultats**

211 résumés de visites ont été analysés. Les appels proviennent surtout d'un soignant d'EHPAD, en journée, pour une majorité de femme (76,3%). L'âge moyen est de 88,7 ans, la plainte est surtout cardiorespiratoire, le médecin se rend sur place en 124,1 minutes en moyenne mais cette durée dépend du degré d'urgence évalué par le régulateur. Il reste 29,5 minutes en moyenne auprès du patient. Les 3 familles de diagnostics les plus rencontrés sont les affections bronchopulmonaires et ORL (16,6%), suivies par les atteintes cardiovasculaires (10,9%) et enfin la traumatologie (plaies, contusions) dans 10,4% des cas. Il faut souligner que les fortes suspicions de fractures sont orientées directement vers les urgences. Les traitements oraux délivrés majoritairement sont les antalgiques (palier 1,2), suivis des antibiotiques et enfin les laxatifs et bronchodilatateurs dans les mêmes proportions. Pour les traitements parentéraux les plus administrés, ce sont les diurétiques, puis les antibiotiques et les perfusions de solutés ioniques et/ou glucosés. Les examens effectués au lit du patient sont dominés par l'ECG (49,3%), suivi de la glycémie capillaire (44%), puis de l'échographie (21,3%) et enfin de la bandelette urinaire (17,3%). Un examen complémentaire est demandé dans 40,8% des cas, largement dominé par la biologie ce qui peut contribuer à maintenir à domicile 82,5% des résidents pris en charge.

**Discussion et conclusion**

Les résultats sont cohérents avec nos attentes. Cependant, peu d'études comparatives sont disponibles. La littérature fournit beaucoup plus de données sur les motifs de consultations des séniors dans les services d'urgences. Les principales faiblesses de notre étude sont l'aspect rétrospectif, le manque de précision ou d'informations de certains résumés de consultation ainsi que la catégorisation nécessaire des données générant un biais de recueil.

On retrouve seulement 15,2% de transferts de résidents vers les services d'urgences ce qui laisse supposer, de par le détail des prises en charge diagnostiques et thérapeutiques, une contribution non négligeable au maintien à domicile.

---

**MOTS-CLÉS**

**Soins Non Programmés, EHPAD, Établissement Pour Personnes Agées Dépendantes, Consultation, Maison De Retraite, Sénior, Motif, Recours, Urgences, Gériatre, Gériatrie.**