

Année 2020/2021

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

Pauline MAUGARD

Née le 11 mars 1991 à Chambray-les-Tours (37)

**IMPACT DE PAÏS (PLATEFORME ALTERNATIVE D'INNOVATION
EN SANTÉ) SUR L'ACCES AUX SOINS NON-PROGRAMMÉS DES
PERSONNES AGÉES DANS LES EHPAD**

ETUDE SUR TROIS SECTEURS EN LOIR-ET-CHER

Présentée et soutenue publiquement le 30 septembre 2021 devant un jury
composé de :

Président de Jury :

Professeur François MAILLOT, Médecine Interne, Faculté de Médecine –Tours

Membres du Jury :

Professeur Emmanuel RUSCH, Epidémiologie, économie de la santé et prévention, Faculté de
médecine – Tours

Professeur Clarisse DIBAO-DINA, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Isaac GBADAMASSI, Anesthésie-Réanimation – Blois

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESSEURS
Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES
Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Jacques CHANDENIER
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Pascal DUMONT
Pr Dominique GOGA
Pr Gérard LORETTE
Pr Dominique PERROTIN
Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES
P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU
– C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L.
CASTELLANI – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA
LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L.
GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y.
LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C.
MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P.
RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J.
SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | |
|---------------------------------------|---|
| ANDRES Christian..... | Biochimie et biologie moléculaire |
| ANGOULVANT Denis | Cardiologie |
| APETOH Lionel..... | Immunologie |
| AUPART Michel..... | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| BABUTY Dominique | Cardiologie |
| BAKHOS David..... | Oto-rhino-laryngologie |
| BALLON Nicolas..... | Psychiatrie ; addictologie |
| BARILLOT Isabelle..... | Cancérologie ; radiothérapie |
| BARON Christophe | Immunologie |
| BEJAN-ANGOULVANT Théodora | Pharmacologie clinique |
| BERHOUE Julien | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| BERNARD Anne | Cardiologie |
| BERNARD Louis | Maladies infectieuses et maladies tropicales |
| BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle | Biologie cellulaire |
| BLASCO Hélène..... | Biochimie et biologie moléculaire |
| BONNET-BRILHAULT Frédérique | Physiologie |
| BOURGUIGNON Thierry | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| BRILHAULT Jean..... | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| BRUNEREAU Laurent..... | Radiologie et imagerie médicale |
| BRUYERE Franck..... | Urologie |
| BUCHLER Matthias..... | Néphrologie |
| CALAIS Gilles..... | Cancérologie, radiothérapie |
| CAMUS Vincent..... | Psychiatrie d'adultes |
| CORCIA Philippe..... | Neurologie |
| COTTIER Jean-Philippe..... | Radiologie et imagerie médicale |
| DE TOFFOL Bertrand | Neurologie |
| DEQUIN Pierre-François..... | Thérapeutique |
| DESOUBEAUX Guillaume..... | Parasitologie et mycologie |
| DESTRIEUX Christophe | Anatomie |
| DIOT Patrice..... | Pneumologie |
| DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague | Anatomie & cytologie pathologiques |
| DUCLUZEAU Pierre-Henri..... | Endocrinologie, diabétologie, et nutrition |
| EL HAGE Wissam..... | Psychiatrie adultes |
| EHRMANN Stephan | Médecine intensive – réanimation |
| FAUCHIER Laurent..... | Cardiologie |
| FAVARD Luc..... | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| FOUGERE Bertrand | Gériatrie |
| FOUQUET Bernard..... | Médecine physique et de réadaptation |
| FRANCOIS Patrick..... | Neurochirurgie |
| FROMONT-HANKARD Gaëlle | Anatomie & cytologie pathologiques |
| GATAULT Philippe..... | Néphrologie |
| GAUDY-GRAFFIN Catherine..... | Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière |
| GOUPILLE Philippe..... | Rhumatologie |
| GRUEL Yves..... | Hématologie, transfusion |
| GUERIF Fabrice..... | Biologie et médecine du développement et de la reproduction |
| GUILLON Antoine..... | Médecine intensive – réanimation |
| GUYETANT Serge | Anatomie et cytologie pathologiques |
| GYAN Emmanuel..... | Hématologie, transfusion |
| HALIMI Jean-Michel..... | Thérapeutique |
| HANKARD Régis..... | Pédiatrie |
| HERAULT Olivier | Hématologie, transfusion |
| HERBRETEAU Denis | Radiologie et imagerie médicale |
| HOURIOUX Christophe..... | Biologie cellulaire |
| IVANES Fabrice..... | Physiologie |
| LABARTHE François | Pédiatrie |
| LAFFON Marc | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence |
| LARDY Hubert..... | Chirurgie infantile |
| LARIBI Saïd..... | Médecine d'urgence |
| LARTIGUE Marie-Frédérique..... | Bactériologie-virologie |
| LAURE Boris | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| LECOMTE Thierry..... | Gastroentérologie, hépatologie |
| LESCANNE Emmanuel..... | Oto-rhino-laryngologie |
| LINASSIER Claude | Cancérologie, radiothérapie |
| MACHET Laurent..... | Dermato-vénéréologie |
| MAILLOT François | Médecine interne |

Faculté de Médecine – 10, boulevard Tonnellé – CS 73223 – 37032 TOURS Cedex 1 – Tél : 02.47.36.66.00 – www.med.univ-tours.fr

| | |
|-------------------------------|--|
| MARCHAND-ADAM Sylvain | Pneumologie |
| MARRET Henri | Gynécologie-obstétrique |
| MARUANI Annabel | Dermatologie-vénéréologie |
| MEREGHETTI Laurent | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| MITANCHEZ Delphine | Pédiatrie |
| MORINIERE Sylvain | Oto-rhino-laryngologie |
| MOUSSATA Driffa | Gastro-entérologie |
| MULLEMAN Denis | Rhumatologie |
| ODENT Thierry | Chirurgie infantile |
| OUAISSI Mehdi | Chirurgie digestive |
| OULDAMER Lobna | Gynécologie-obstétrique |
| PAINTAUD Gilles | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| PATAT Frédéric | Biophysique et médecine nucléaire |
| PERROTIN Franck | Gynécologie-obstétrique |
| PISELLA Pierre-Jean | Ophtalmologie |
| PLANTIER Laurent | Physiologie |
| REMERAND Francis | Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence |
| ROINGEARD Philippe | Biologie cellulaire |
| ROSSET Philippe | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| RUSCH Emmanuel | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| SAINT-MARTIN Pauline | Médecine légale et droit de la santé |
| SALAME Ephrem | Chirurgie digestive |
| SAMIMI Mahtab | Dermatologie-vénéréologie |
| SANTIAGO-RIBEIRO Maria | Biophysique et médecine nucléaire |
| THOMAS-CASTELNAU Pierre | Pédiatrie |
| TOUTAIN Annick | Génétique |
| VAILLANT Loïc | Dermato-vénéréologie |
| VELUT Stéphane | Anatomie |
| VOURC'H Patrick | Biochimie et biologie moléculaire |
| WATIER Hervé | Immunologie |
| ZEMMOURA Ilyess | Neurochirurgie |

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra Médecine interne
BARBIER Louise Chirurgie digestive
BINET Aurélien Chirurgie infantile
BISSON Arnaud Cardiologie (CHRO)
BRUNAULT Paul Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas Cardiologie
DENIS Frédéric Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
GUILLEUX Valérie Immunologie

Faculté de Médecine – 10, boulevard Tonnellé – CS 73223 – 37032 TOURS Cedex 1 – Tél : 02.47.36.66.00 – www.med.univ-tours.fr

| | |
|-------------------------------------|--|
| GUILLON-GRAMMATICO Leslie..... | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| HOARAU Cyrille..... | Immunologie |
| LE GUELLEC Chantal..... | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| LEFORT Bruno..... | Pédiatrie |
| LEGRAS Antoine..... | Chirurgie thoracique |
| LEMAIGNEN Adrien..... | Maladies infectieuses |
| MACHET Marie-Christine..... | Anatomie et cytologie pathologiques |
| MOREL Baptiste..... | Radiologie pédiatrique |
| PARE Arnaud..... | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| PIVER Eric..... | Biochimie et biologie moléculaire |
| REROLLE Camille..... | Médecine légale |
| ROUMY Jérôme..... | Biophysique et médecine nucléaire |
| SAUTENET Bénédicte..... | Thérapeutique |
| STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie..... | Anatomie et cytologie pathologiques |
| STEFIC Karl..... | Bactériologie |
| TERNANT David..... | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| VUILLAUME-WINTER Marie-Laure..... | Génétique |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

| | |
|-------------------------------|---|
| AGUILLON-HERNANDEZ Nadia..... | Neurosciences |
| NICOGLLOU Antonine..... | Philosophie – histoire des sciences et des techniques |
| PATIENT Romuald..... | Biologie cellulaire |
| RENOUX-JACQUET Cécile..... | Médecine Générale |

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

| | |
|-----------------------|-------------------|
| BARBEAU Ludivine..... | Médecine Générale |
| RUIZ Christophe..... | Médecine Générale |
| SAMKO Boris..... | Médecine Générale |

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

| | |
|------------------------------|--|
| BECKER Jérôme..... | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253 |
| BOUAKAZ Ayache..... | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253 |
| BRIARD Benoît..... | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100 |
| CHALON Sylvie..... | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253 |
| DE ROCQUIGNY Hugues..... | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259 |
| ESCOFFRE Jean-Michel..... | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253 |
| GILOT Philippe..... | Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282 |
| GOUILLEUX Fabrice..... | Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001 |
| GOMOT Marie..... | Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253 |
| HEUZE-VOURCH Nathalie..... | Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100 |
| KORKMAZ Brice..... | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100 |
| LATINUS Marianne..... | Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253 |
| LAUMONNIER Frédéric..... | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253 |
| LE MERREUR Julie..... | Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253 |
| MAMMANO Fabrizio..... | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259 |
| MEUNIER Jean-Christophe..... | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259 |
| PAGET Christophe..... | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100 |
| RAOUL William..... | Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069 |
| SI TAHAR Mustapha..... | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100 |
| SUREAU Camille..... | Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259 |
| WARDAK Claire..... | Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253 |

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| DELORE Claire..... | Orthophoniste |
| GOUIN Jean-Marie..... | Praticien Hospitalier |

Pour l'Ecole d'Orthoptie

| | |
|------------------------|-------------|
| BOULNOIS Sandrine..... | Orthoptiste |
| SALAME Najwa..... | Orthoptiste |

Pour l'Ethique Médicale

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| BIRMELE Béatrice..... | Praticien Hospitalier |
|-----------------------|-----------------------|

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de
mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la
probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai
jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne
verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à
corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je
rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je
suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert
d'opprobre et méprisé de mes
confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur MAILLOT François,
Vous me faites l'honneur de présider ce jury, acceptez pour cela mes plus sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur RUSCH Emmanuel,
Merci pour votre présence à cette soutenance de thèse. Permettez-moi de vous témoigner mon profond respect.

A Madame le Professeur DIBAO-DINA Clarisse,
Merci de me faire l'honneur de juger ce travail. Soyez assurée de ma gratitude et de mon estime les plus profondes.

A Monsieur le Docteur GBADAMASSI Isaac,
Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Ce fut un plaisir de participer à ce travail à vos côtés. Je vous en suis sincèrement reconnaissante et vous remercie vivement pour votre disponibilité et vos précieux conseils.

A tous les médecins que j'ai pu remplacer durant ces 3 dernières années. Merci pour votre confiance.

Aux directeurs et directrices ainsi qu'à l'ensemble des équipes soignantes des EHPAD de Veuzain-sur-Loire, Montrichard et Mondoubleau. Merci pour votre accueil et votre disponibilité.

Aux Dr LEGEAY Yannick et Dr LEROY Pascal, merci pour votre aide et disponibilité dans la réalisation de ce travail.

A mes amis et proches pour leur soutien durant ces longues années de doutes et d'incertitude.

A mes parents, sans qui je n'aurais jamais pu réussir tout ce parcours.

Enfin à mes 3 hommes,
Merci à toi Steeven pour ton soutien et ta patience durant ces nombreuses années. Tu es l'homme de ma vie. Je t'aime.
Merci à mes fils pour leur joie de vivre et leurs câlins réconfortants.

RESUME

IMPACT DE PAÏS (PLATEFORME ALTERNATIVE D'INNOVATION EN SANTÉ) SUR L'ACCES AUX SOINS NON-PROGRAMMÉS DES PERSONNES AGÉES DANS LES EHPAD ETUDE SUR TROIS SECTEURS EN LOIR-ET-CHER

L'amélioration de la gestion des soins non programmés des personnes âgées, à leur domicile ou pensionnaires des EHPAD est un sujet qui est depuis plusieurs années au cœur des politiques de santé. Cet enjeu de santé publique s'inscrit dans un contexte de vieillissement global de la population en France. Selon les projections de l'INSEE, le nombre de personnes de 75 ans ou plus passerait de 5,2 millions en 2007 à 11,9 millions en 2060. Le nombre de résidents d'EHPAD s'élevait à 600 000 en 2015 et passerait à plus de 900 000 d'ici 2050.

Nous nous proposons de contribuer à cette amélioration suivant notre expérience, acquise lors de notre cursus professionnel avec la présentation du dispositif PAÏS (Plateforme Alternative d'Innovation en Santé). Ce dispositif implanté depuis octobre 2009 en Loir-et-Cher, vise à réorganiser la médecine de proximité et principalement les soins non programmés en ville. C'est une organisation qui repose sur la base d'un volontariat des médecins d'un même territoire ou d'un bassin de vie pour répondre aux soins non programmés, de 8h à 20h en semaine et de 8h à 12h le samedi. Des différents travaux d'analyse déjà effectués en Loir et Cher, il en ressort, une nette réduction du recours aux services d'urgences hospitalières (- 20 %) pour les personnes âgées de plus de 75 ans. L'objectif de notre étude est de montrer l'impact que peut avoir PAÏS sur la gestion des soins non programmés des sujets âgés, à partir de 75ans et résidents d'EHPAD en Loir et Cher.

Il s'agit d'une étude quantitative rétrospective sur la période de juin à décembre 2019 au sein des EHPAD de trois territoires différents dans le département : le territoire du Cher à la Loire qui est le site pionnier de PAÏS et deux autres hors-PAÏS que sont, Mondoubleau et Veuzain-sur-Loire. La méthode statistique utilisée est le test du Chi² avec comme valeur seuil de significativité retenue $p < 0,05$.

Il ressort des résultats un délai d'intervention plus rapide en secteur PAÏS comparativement à Mondoubleau et Veuzain-sur-Loire ($p < 0,03$). On constate, durant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux, 4 fois plus de sollicitations du service de garde ou centre 15 et 4 fois plus d'interventions par avis oral ou téléphonique sans consultation au chevet du patient en secteur hors-PAÏS et principalement en secteur de Mondoubleau ($p < 0,01$). De plus durant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux, 83% des résidents adressés au SAU le sont à la suite d'un avis médical téléphonique ou oral sans consultation au chevet du patient en secteur de Mondoubleau, parmi lesquels une certaine proportion serait ainsi évitables, contre seulement 39 % en secteur PAÏS ($p < 0,005$).

Finalement PAÏS permet une plus grande disponibilité des médecins pour leur patients résidents d'EHPAD. Ce dispositif assure une meilleure organisation des professionnels de santé et garantit une présence soignante continue et sécuritaire tant pour le personnel soignant que pour les patients. Ce dispositif simple et souple mériterait d'être généralisé afin d'éviter les recours aux urgences hospitalières des personnes âgées avec le risque d'une décompensation et / ou d'une infection nosocomiale.

Mot Clés : personnes âgées, EHPAD, PAÏS, soins non programmés.

SUMMARY

PAÏS (HEALTH ALTERNATIVE INNOVATION PLATFORM) IMPACT ON ELDERLY PEOPLE ACCESS NON PROGRAMMED CARE IN EHPAD (NURSING HOME) STUDY ON THREE AREAS IN LOIR ET CHER

Improving the management of unscheduled care for the elderly, at home or as residents of EHPAD has been a topic at the center of health policies for several years. This public health issue is part of a global aging context for the French the population. According to INSEE projections, people aged of 75 and over will increase from 5.2 million in 2007 to 11.9 million in 2060. Residents of EHPAD was around 600,000 in 2015 and should increase to more than 900,000 by 2050.

We offer to contribute to this improvement according to our experience acquired during our professional curriculum by presenting the PAÏS device (HEALTH ALTERNATIVE INNOVATION PLATFORM). Implemented since October 2009 in Loir-et-Cher, it aims to reorganize local medicine and mainly unscheduled care in the city. This organization relies on volunteer doctors from the same territory or area to respond to unscheduled care, from 8am to 8pm on weekdays and from 8am to 12pm on Saturdays.

Following various carried out analysis in Loir and Cher, a clear reduction in the use of hospital emergency services (-20%) for people over 75 years old has emerged. The objective of our study is to show the impact that PAÏS can have on the management of unscheduled care of elderly subjects, from 75 years old and residents of EHPAD in Loir et Cher.

This is a retrospective quantitative study from June to December 2019 within EHPAD from three different areas in the district: from Cher to Loire, which is the pioneer site of PAÏS and Mondoubleau and Veuzain-sur-Loire outside PAÏS. The statistical method used is the Chi² test with the threshold value of significance retained $p < 0.05$.

The results show a faster intervention time in the PAÏS sector compared to Mondoubleau and Veuzain-sur-Loire ($p < 0.03$). During the opening hours of medical practices, there are 4 times more requests from the on-call service or SAMU (15) and 4 times more interventions by oral or telephone without consultation at the patient's bedside in the non-PAÏS sector and mainly in the Mondoubleau sector ($p < 0.01$). Moreover during opening hours of medical practices, 83% of residents addressed to SAU are referred following a telephone or oral medical opinion without consultation at the patient's bedside in the Mondoubleau sector, among which a certain proportion would thus be avoidable, against only 39% in the PAÏS sector ($p < 0.005$).

Finally, PAÏS allows a greater availability of doctors for their patients living in EHPAD. This system ensures a better organization for health professionals and guarantees a continuous and safe nursing presence for both healthcare staff and patients. This simple and flexible device should be globalized to avoid resorting to hospital emergencies for the elderly with the risk of decompensation and / or nosocomial infection.

Key Words : elderly people, Nursing Home, PAÏS, non-programmed care

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| I. Introduction..... | 11 |
| I.1. Contexte..... | 11 |
| I.2. Santé des personnes âgées..... | 13 |
| I.2.1. Différentes définitions des personnes âgées..... | 13 |
| I.2.2. Vers un vieillissement de la population..... | 14 |
| I.2.3. Accès aux soins non programmés des personnes âgées..... | 16 |
| I.3. Démographie en santé en Loir-et-Cher..... | 18 |
| I.3.1. La population Loir-et-chérienne..... | 18 |
| I.3.2. Démographie médicale et organisation des soins..... | 18 |
| I.3.3. Structures dédiées aux personnes âgées..... | 20 |
| I.4. PAÏS..... | 22 |
| I.4.1. Présentation..... | 22 |
| I.4.2. Travaux déjà effectués..... | 24 |
| I.4.2.1. Vers un désengorgement des services d’urgences..... | 24 |
| I.4.2.2. Un passage aux urgences réduit pour les personnes âgées..... | 24 |
| I.5. Objectif..... | 25 |
| II. Matériels et méthodes..... | 26 |
| II.1. Type d’étude..... | 26 |
| II.2. Population étudiée..... | 26 |
| II.3. Choix des secteurs : trois secteurs et trois organisations différentes..... | 27 |
| II.4. Méthode de recueil et d’analyse..... | 29 |
| III. Résultats..... | 31 |
| III.1. Etat des lieux dans chaque secteur..... | 31 |
| III.1.1 Caractéristiques des résidents et offre de soins..... | 31 |
| III.1.2. Motifs d’interventions..... | 31 |
| III.1.3. Différentes orientations..... | 33 |
| III.1.4. Différents intervenants..... | 34 |
| III.2. Orientation : moins de recours au SAU en secteur PAIS..... | 34 |
| III.2.1 Tout horaire confondu..... | 35 |
| III.2.2. Horaire PAÏS..... | 35 |
| III.2.3. Horaire non-PAÏS..... | 36 |
| III.3. Délai d’interventions réduit en secteur PAÏS..... | 36 |
| III.3.1 Tout horaire confondu..... | 36 |
| III.3.2. Horaire PAÏS..... | 37 |
| III.3.3. Horaire non-PAÏS..... | 37 |

| | |
|--|-----------|
| III.4. Intervenants : moins de sollicitations du SAMU 15 et du service de garde en secteur PAİS..... | 38 |
| III.4.1. Comparaison intervention médecin du cabinet versus sollicitations du 15 et médecin de garde | 38 |
| III.4.1.1. Tout horaire confondu..... | 38 |
| III.4.1.2. Horaire PAİS..... | 39 |
| III.4.1.3. Horaire non-PAİS..... | 39 |
| III.4.2. Comparaison intervention avec consultation du résident versus avis médical oral ou téléphonique..... | 40 |
| III.4.2.1. Tout horaire confondu..... | 40 |
| III.4.2.2. Horaire PAİS..... | 40 |
| III.4.2.3. Horaire non-PAİS..... | 41 |
| III.4.3. Comparaison recours au SAU via avis médical oral versus consultation médicale du résident..... | 42 |
| III.4.3.1. Tout horaire confondu..... | 42 |
| III.4.3.2. Horaire PAİS..... | 42 |
| III.4.3.3. Horaire non-PAİS..... | 43 |
| IV. Discussion..... | 44 |
| IV.1. Analyse des résultats..... | 44 |
| IV.1.1 Disponibilité médicale..... | 44 |
| IV.1.2. Recours au SAU..... | 45 |
| IV.1.3. Impact de PAİS..... | 46 |
| IV.2. Limite de l'étude..... | 46 |
| IV.3. Revue de littérature..... | 47 |
| IV.4. Ouverture..... | 48 |
| V. Conclusion..... | 49 |
| Bibliographie..... | 50 |
| Annexes..... | 54 |
| Index..... | 62 |

I. INTRODUCTION

I.1.Contexte

L'amélioration de la gestion des soins non programmés des personnes âgées, à leur domicile ou pensionnaires des EHPAD est un sujet qui est depuis plusieurs années au cœur des politiques de santé. Les solutions préconisées sont souvent inadaptées et induisent des hospitalisations plus fréquentes avec des impacts négatifs.

Outre les coûts relativement élevés de ces hospitalisations, leurs conséquences afférentes sont une baisse des fonctions intellectuelles, la survenue de troubles cognitifs, une perte d'autonomie plus rapide, le tout évoluant progressivement vers un syndrome de glissement.

Cet enjeu de santé publique s'inscrit dans un contexte de vieillissement global de la population en France et nécessiterait des solutions plus fortes, simple et efficaces.

Face à ce constat, le ministère des Affaires sociales et de la santé met en place à partir de 2014 dans 9 territoires pilotes le PAERPA, un parcours de santé des aînés. Ce dispositif s'adresse aux personnes âgées de 75 ans et plus, dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social. Son rôle est de faire en sorte que chaque patient, âgé de 75 ans et plus, reçoive les bons soins par les bons professionnels, dans les bonnes structures au bon moment, le tout au meilleur coût. Il s'articule autour de 5 points clés dont l'un est d'éviter le passage inutile aux urgences et les hospitalisations mal préparées. Pour cela différentes actions peuvent être mises en place telles que le repérage, les actions d'éducation thérapeutique, la circulation d'informations entre professionnels, l'accès simplifié à des expertises gériatriques ou à un numéro unique de gériatrie. (1)

En 2016 ce projet s'étend à 9 autres territoires français dans le cadre du Pacte Territoire Santé 2 afin qu'il y ait un territoire pilote par région (Département de l'Indre-et-Loire en région Centre Val de Loire).

Il ressortira de ce projet évolutif, un premier bilan en juillet 2020 : (2)

- Une amélioration modeste mais significative de certains indicateurs tels que les soins non programmés en ville avec une baisse du recours aux urgences.
- Dans ces territoires, le renforcement de la continuité des soins et du lien ville-hôpital-EHPAD, a notamment été favorisé avec la création puis le développement des Equipes Mobiles de Gériatrie qui interviennent dans les EHPAD.
- Pour éviter des hospitalisations inutiles, il sera instauré au sein de ces territoires pilotes PAERPA, une équipe d'infirmiers d'astreinte mutualisée pour les nuits et les week-ends.

En juillet 2015, l'HAS publie une synthèse documentaire dont l'objectif est de déterminer les points clés pour une politique de réduction des hospitalisations non programmées potentiellement évitables ou inappropriées des résidents en EHPAD.

Le taux d'hospitalisations avec passage par un SAU des personnes âgées est considéré comme un marqueur du « déficit d'organisation des soins » qui n'intègre pas leurs spécificités (fragilité, poly-pathologie, dépendance). (3)

En moyenne en France 22,9% des séjours hospitaliers sont précédés d'un passage par un service des urgences pour les personnes de 70 ans et plus. (3)

Ces hospitalisations, seraient potentiellement évitables si les comorbidités et les décompensations des résidents des EHPAD avaient fait l'objet d'une prise en charge globale, précoce et optimale. Les hospitalisations inappropriées des résidents des EHPAD concernent les hospitalisations dont la pertinence et/ou le rapport bénéfice/risque sont discutables par rapport à des soins qui pourraient être réalisés dans l'EHPAD ou selon d'autres organisations que le recours à l'hospitalisation, sans perte de chance pour le résident.

Dans le cadre d'une étude de revue de littérature on estime les hospitalisations potentiellement évitables entre 19 et 67 %. Les hospitalisations de moins de 24 heures représentent environ 30 % des hospitalisations totales et se font quasi exclusivement en SU, surtout pour des examens complémentaires biologiques ou morphologiques. (4)

Enfin en 2019 la Ministre de la Santé Agnès Buzyn annonce 12 mesures s'inscrivant dans le Pacte de refondation des urgences avec un objectif de « zéro passage » par les urgences pour les personnes âgées d'ici 2022. (5)

Malgré ces différentes mesures, force est de constater que l'accès aux soins non programmés des personnes âgées résidentes d'EHPAD reste compliqué et le recours au service des urgences encore trop fréquent, notamment dans le Loir-et-Cher.

A travers ce travail, nous nous proposons d'étudier cette situation rencontrée dans ce département lors de nos remplacements professionnels dans des secteurs différents. Nous avons été confrontés au manque de disponibilité du médecin en cabinet pour répondre aux demandes de visites en provenance des EHPAD avec comme seule solution le renvoi systématique des appelants vers le Centre 15. Ces situations sont difficiles à vivre pour le médecin que nous sommes mais aussi pour les soignants de ces établissements, les patients eux-mêmes puis leurs familles.

Durant notre stage de SASPAS à Saint-Georges-sur-Cher, nous avons découvert une autre organisation des soins non programmés avec PAÏS (Plateforme Alternative d'Innovation en Santé). Il est intégré dans ce dispositif, des consultations en cabinet mais aussi des visites incompressibles pour des personnes âgées ou à mobilité réduite puis pour des résidents en EHPAD du territoire. Le médecin dédié à la journée PAÏS, allège son agenda pour assurer cette mission suivant un calendrier préétabli.

Cette organisation rend l'accès aux soins non programmés plus simple, fiable et rapide. Cet accès pour les personnes âgées est facilité car en cas de besoin, un bref échange entre le médecin traitant habituel et celui d'astreinte PAÏS pour la journée, conduit à une décision collégiale pour la poursuite des soins en toute sécurité.

Cette découverte, certes fortuite mais très instructive, nous a alors incité à étudier l'impact de PAÏS dans les soins non programmés des personnes âgées en EHPAD en comparant trois secteurs différents dans le département. Nous pourrions en dégager des solutions pour optimiser ces soins tout en garantissant un maximum de confort aux sujets âgés.

I.2.Santé des personnes âgées

I.2.1. Différentes définitions des personnes âgées

Avant tout il nous semble nécessaire de définir ce que l'on considère comme une personne âgée. Existe-t-il un âge seuil ?

L'OMS définit la personne âgée à partir de 60ans et plus.

En France, en 1962, lors de la publication du rapport Laroque, les « personnes âgées » sont définies comme les 65 ans et plus, ce qui est l'âge de la retraite de l'époque, même si le rapport Laroque souligne déjà l'ambiguïté d'une telle catégorisation par l'âge. (6)

En 2011, alors que l'espérance de vie moyenne a progressé depuis les années 1960, de plus de 10 ans pour les hommes et pour les femmes, on parle toujours dans les statistiques officielles (INSEE, INED) comme « personne âgée » à partir de 65 ans, voire à partir de 60 ans pour l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) par les Conseils Généraux. (6)

De plus, l'âge de définition du groupe « personnes âgées » est devenu purement conventionnel et administratif et ne correspond plus du tout à l'entrée dans la vieillesse, comme en convenait l'INSEE, dès 1990.

Ainsi pas plus que pour la jeunesse, il n'existe de définition unique de l'âge de la vieillesse. Le passage de l'activité professionnelle à la retraite, entre 60 et 65 ans, constitue une première borne.

Cependant le fait de ne plus travailler ne suffit pas à unifier un groupe d'âge. Une partie des 60 ans et plus ne peuvent plus être qualifiés de personnes « âgées » car elles restent des personnes actives.

Les personnes âgées d'hier ne le sont plus aujourd'hui : la notion d'âge évolue au fil du temps en fonction de l'allongement de l'espérance de vie et des évolutions sanitaires, économiques, sociales et culturelles.

L'entrée dans la vieillesse au sens où on l'entend le plus souvent (c'est-à-dire l'âge du déclin physique, de fragilité et de la dépendance) se situe davantage aux alentours de 80 ans, parfois marqué par l'entrée en maison de retraite. On distingue alors un « troisième » et un « quatrième » âges. (7)

Le C.L.I.C ou Centre Local d'Informations et de Coordination en Gérontologie qui regroupe une équipe pluridisciplinaire répondant aux besoins des personnes âgées de plus de 60 ans définit ainsi le 3 me âge comme les personnes à partir de 60 ans, correspondant à la cessation d'activité et le 4 me âge comme les « personnes âgées » entrant dans la dépendance. Il définit également le 5 me âge : les 95 ans et plus. (6)

Du point de vue médical, la vieillesse est marquée par la plus grande fréquence d'affections majeures : artériosclérose, cancers, maladies dégénératives... ainsi que par la polypathologie.

Dans la littérature, les seuils retenus pour définir les populations de personnes âgées varient selon les auteurs et les époques.

Dans son rapport « Vivre ensemble plus longtemps », le Centre d'analyse stratégique fait la distinction entre les « personnes âgées » (ou les «  n s ») désignant les plus de 75 ans, et le « grand âge » désignant les plus de 85 ans. (8)

Finalement l'âge n'est qu'un indicateur partiel pour définir une personne âgée. Les « groupes d'âge » proposés par le Centre d'analyse stratégique ont été définis à travers un croisement des critères d'état de santé et d'âge. Concernant les « personnes âgées », c'est autour de l'âge de 75 ans que la santé se dégrade durablement et que des vulnérabilités plus ou moins importantes apparaissent (8). La vie sociale est parfois moins intense, et des processus de retrait commencent à s'observer de même que les critères de fragilité qui amèneront progressivement le patient à une perte d'autonomie.

Ainsi le seuil de 75 ans nous paraît le plus adapté comme définition de personnes âgées dans la cadre de ce travail de thèse.

I.2.2. Vers un vieillissement de la population

Avec l'augmentation de l'espérance de vie la population est vieillissante. On estime à 2 milliards le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus d'ici à 2050 sur la planète. (9)

En France, selon les projections de l'INSEE, le nombre de personnes de 60 ans et plus augmenterait, à lui seul, de 10,4 millions entre 2007 et 2060. En 2060, 23,6 millions de personnes seraient ainsi âgées de 60 ans ou plus, soit une hausse de 80 % en 53 ans. L'augmentation est la plus forte pour les plus âgés : le nombre de personnes de 75 ans ou plus passerait de 5,2 millions en 2007 à 13,7 millions en 2070 ; celui des 85 ans et plus de 1,3 à 6,3 millions. (10)

Actuellement, en France métropolitaine, selon l'INSEE, 9% de la population a plus de 75 ans. En région Centre Val-de-Loire, les personnes âgées de plus de 75 ans représentent 9,96% de sa population. Ces proportions sont encore plus marquées en Loir-et-Cher avec 11,55% de la population ayant plus de 75 ans. (11)

Ce vieillissement s'accompagne logiquement d'une croissance du nombre de patients atteints de pathologies chroniques. A 75 ans, plus de 50% des patients sont atteints d'une des 30 affections de longue durée (ALD 30) reconnues par l'Assurance maladie. En institution 75% des résidents ont au moins une ALD. (12)

En 2015, en France, selon une définition large englobant domicile et établissement, 2,5 millions de seniors étaient en perte d'autonomie. Selon les statistiques de l'INSEE et de la DREES, ce chiffre passerait à 4 millions en 2050. (13)

En 2015, 8,8 % des personnes âgées de plus de 75ans vivaient en institution. Pour maintenir constant le pourcentage de personnes en établissement par département, sexe, tranche d'âge et degré de perte d'autonomie, il faudrait que le nombre de places en hébergement permanent en établissements pour personnes âgées augmente de 20 % d'ici à 2030 et de plus de 50 % à l'horizon 2050. En effet le nombre de résidents d'EHPAD s'élève à 600 000 en 2015 et passerait à plus de 900 000 d'ici 2050. (13)

En 2020 on dénombre 7 367 établissements présents sur le territoire métropolitain et 595 204 lits à la fin décembre 2020, soit une perte de 5000 places depuis 2015, ce qui vient en contradiction avec le vieillissement de la population et le besoin en place d'hébergement permanent en EHPAD qui va croissant. (14)

Près des deux tiers des personnes résidant en institution sont âgées de 85 ans ou plus.

En 2015, 35 % des personnes résidant en institution se sentent en mauvaise ou très mauvaise santé. Les femmes se disent plus souvent concernées par des maladies ou problèmes ostéoarticulaires, ou par une dépression, tandis que les hommes déclarent davantage de maladies cardiovasculaires et de diabète. (15)

En institution, 86% des personnes âgées de 75 ans ou plus sont dépendantes, contre 13% des personnes du même âge vivant à domicile. (15)

Ainsi avec le vieillissement de la population, le travail des généralistes va également augmenter avec une demande croissante des visites à domicile et en institution. Parallèlement, le recours aux urgences et les hospitalisations vont croissant.

I.2.3. Accès aux soins non programmés des personnes âgées :

A la différence des soins programmés, les soins non programmés en EHPAD s'apparentent aux urgences qu'elles soient réelles ou ressenties par le patient ou l'équipe soignante. Ils concernent les soins nécessitant une prise en charge rapide et viennent ainsi s'ajouter au planning de soins programmés.

Les soins non programmés s'articulent entre deux temps : horaires d'ouverture des cabinets médicaux (8h-20h du lundi au vendredi, et 8h-12h le samedi), et les horaires de permanence de soins ambulatoire (nuit, samedi 12h-0h dimanche et jours fériés). Il est donc important de souligner que 62% du temps en EHPAD, les équipes soignantes sont sans possibilités d'avis médical via le médecin traitant ou médecin coordonnateur.

Selon la DREES, la part des visites à domicile (que le patient soit institutionnalisé ou non) dans le nombre total d'actes pratiqués par les médecins libéraux est en diminution régulière depuis une dizaine d'années : elles représentaient 14 % de leur activité en 2005, 12 % en 2010, et 10 % en 2013 (16) (17). Il existe d'importantes disparités selon les praticiens et leur zone d'exercice : un médecin sur cinq consacre moins de 2 % de son activité de consultation aux visites, tandis que 14 % des médecins y consacrent plus de 20% de leurs demandes de consultations. (16)

Cette donnée vient cependant en contradiction avec le contexte décrit précédemment : en effet le nombre de demande de visite à domicile et notamment en EHPAD ne pourra que croître, en lien avec le vieillissement de la population et l'allongement de l'espérance de vie.

Parmi les personnes accueillies aux urgences, les patients âgés constituent un groupe spécifique mobilisant les équipes d'urgence de façon particulière. Leurs conditions de vie et les affections liées à l'âge entraînent une fragilité supplémentaire chez ces patients. Leur prise en charge comporte un nombre d'actes plus élevé, une hospitalisation plus fréquente en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), et se caractérise par une durée de passage plus longue que celle des patients plus jeunes. Le taux de recours aux urgences est plus élevé aux âges extrêmes de la vie.

A savoir que la durée médiane de passage est de 4 heures pour les patients âgés de 75 ans ou plus, contre 2 heures et 10 minutes pour les 15-74 ans, en excluant les patients ayant séjourné en unité d'hospitalisation de courte durée. 34% des personnes âgées de 75ans et plus passent entre 4 et 8 heures aux urgences, et 23% y passent plus de 8 heures. (18)

En effet le nombre d'examens complémentaires, plus important pour les patients âgés, et les délais nécessaires à leur réalisation contribuent à augmenter la durée de passage aux urgences. À cela s'ajoutent les modalités d'hospitalisation éventuelle en aval des urgences : le délai pour obtenir un lit est plus important pour les personnes âgées.

La DREES a inscrit à son programme d'études pour 2013 la réalisation d'une enquête nationale sur les urgences hospitalières. Dans cette enquête, les patients âgés de 75 ans ou plus représentent 12 % des passages. La traumatologie constitue le premier motif de recours des personnes âgées (25 %). Comparées à une population générale, les personnes âgées ont en moyenne un tiers d'examens complémentaires en plus pour un pourcentage de diagnostics identiques. Pour la moitié d'entre eux, la prise en charge a comporté trois types d'examens cumulés.

Durant cette enquête 11% des patients de plus 75ans proviennent d'EHPAD.

Les principaux motifs des hospitalisations non programmées des résidents des EHPAD sont : les chutes (1/3 dont la moitié avec fractures), les décompensations cardiopulmonaires (30 %), puis les problèmes urodigestifs, neurovasculaires et les troubles du comportement. (18) (19)

Le rapport sénatorial de 2017 rappelle l'existence d'un sur-recours aux urgences pour les personnes âgées hébergées en EHPAD.

Le rapport charges et produits de la CNAMTS pour 2017 relève ainsi que, au-delà d'un recours ponctuel, les urgences constituent le circuit préférentiel d'accès à l'hospitalisation pour les résidents des EHPAD. En effet, lorsqu'une hospitalisation survient chez un résident en EHPAD, quel que soit son âge, elle se fait par le biais des urgences dans 64 % des cas. À titre de comparaison, ce pourcentage est de 45,6 % pour l'ensemble des personnes âgées de 80 ans et plus, et de 15 % dans la tranche d'âge 30-70 ans, en population générale. (16)

A noter également que 18% des résidents en EHPAD ont eu au moins un passage aux urgences sans hospitalisation dans l'année, ce qui souligne un recours important aux urgences ne conduisant pas à une hospitalisation. (20)

La place du médecin coordonnateur dans la gestion des soins non programmés des résidents d'EHPAD a évolué.

Avant 2019, selon le décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011, le médecin coordonnateur ne pouvait prescrire qu'en cas d' « urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs ». Une interprétation restrictive de ces dispositions peut amener les EHPAD à transférer leurs résidents aux urgences pour des soins ne le justifiant pas. Cependant afin de limiter ce sur-recours et libérer du temps médical un nouveau décret, le décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 permet désormais aux médecins coordonnateurs d'EHPAD de prescrire et d'être médecin traitant, si les résidents le souhaitent. (21)

En effet le principal changement est le pouvoir de prescription des médecins coordonnateurs qui se voit élargi. Par exemple selon le nouveau décret, ils peuvent prescrire lors des épidémies de grippe saisonnière. (22)

Mais surtout, le médecin coordonnateur pourra désormais intervenir pour « tout acte, incluant l'acte de prescription médicamenteuse » lorsque le médecin traitant ou désigné par le patient (ou son remplaçant) n'est pas en mesure de se déplacer pour une consultation dans l'EHPAD, ou d'assurer un conseil téléphonique et téléprescription.

Environ 8 % des généralistes exercent aujourd'hui la fonction de médecin coordonnateur dans un EHPAD. (22)

Cependant un tiers des structures restent dépourvues de praticien. La démographie médicale est une autre source de préoccupation : 72 % des médecins coordonnateurs seraient âgés de plus de 50 ans, et 30 % de plus de 60 ans. (22)

I.3.Démographie en santé en Loir et cher :

I.3.1. La population loir-et-chérienne :

La France métropolitaine comptait lors du recensement au 1^{er} janvier 2021 une population globale de 67 407 241 dont 2 561 451 habitants en Région Centre-Val de Loire. Le Loir-et-Cher comptait alors 326 375 habitants, soit une densité d'environ 52 habitants par km² (11). Le Loir-et-Cher se classait alors au 68ème rang dans le classement des départements de France métropolitaine (96 départements) pour la taille de sa population.

Selon les chiffres de l'INSEE l'espérance de vie à la naissance dans le Loir-et-Cher est de 78,6 ans pour les hommes en 2020 (79,1 ans en France métropolitaine) et de 84,9 ans pour les femmes (85,1 ans en France métropolitaine). (11)

Plus de 50 % de la population vit dans les 3 zones urbaines de Blois, Vendôme, Romorantin-Lanthenay. (11)

Le nombre d'habitants âgés de 75 ans et plus pourrait quasiment doubler à l'horizon 2050. (13)

Concernant les communautés de communes des secteurs étudiés on retrouve en janvier 2018 (23) :

- Communauté de communes des Collines du Perche : 6042 habitants.
- Agglopolys Blois 105 286 habitants dont 20 137 sur Onzain (nouvellement Veuzain-sur-Loire).
- Val de Cher-Controis : 47 582 habitants.

I.3.2. Démographie médicale et organisation des soins :

Début 2016 on comptait 253 médecins généralistes libéraux installés en Loir-et-Cher.

Concernant les professionnels de santé et l'accès aux soins, la pénurie de l'offre de soins est au cœur des enjeux de Loir&Cher 2020. Les inégalités territoriales d'accès aux soins persistent sur le département du Loir-et-Cher marqué par une faible densité médicale et un âge moyen des médecins supérieur à la moyenne nationale. (24)

Concernant l'âge moyen des médecins, le Loir-et-Cher figure au 94ème rang. Un médecin sur deux devra être remplacé dans les dix ans à venir et les enjeux sont déjà importants dans les zones périurbaines et rurales. Ces enjeux sont déjà pressants notamment dans des secteurs carencés et marqués par une proportion élevée de personnes âgées. Le temps d'accès aux pôles de santé est un indicateur pertinent des conditions d'accès aux soins. Des zones entières de déserts médicaux émergeront si les nombreux départs à la retraite prévisibles dans les cinq ans à venir ne sont pas compensés. (25)

Environ 60 % des médecins généralistes ont plus de 55 ans en Loir-et-Cher : 62% dans la communauté de communes du Val de Cher Controis, 56% dans la communauté de communes Agglopolys Blois et 75% dans les Collines du Perche. (24)

En décembre 2016, le Loir-et-Cher présente une densité de médecins généralistes libéraux de 79,52 pour 100 000 habitants, supérieure au niveau régional (76,87 pour 100 000 habitants), inférieure au niveau national (94 pour 100 000 habitants) ; des disparités infra territoriales sont à signaler. (26)

Le département du Loir-et-Cher compte 1 médecin pour 1 142 habitants contre une moyenne de 1 pour 1 063 habitants en France. Le nombre moyen d'habitants par médecins généralistes en janvier 2016 est de 1583 dans la communauté de commune des Collines du Perche, 1237 en Val de Cher Controis et 1189 en Agglopolys. (24)

99 % de la population résident à moins de 10 km d'un « pôle de santé de proximité » (commune regroupant au moins un médecin généraliste, un infirmier et une pharmacie). Le maillage du territoire départemental reste encore satisfaisant pour la médecine de proximité mais de nombreux départs à la retraite de professionnels sont prévisibles. (24)

42 % des médecins généralistes libéraux du Loir-et-Cher travaillent en exercice regroupé (cabinet de groupe, pôle de santé, maison de santé pluridisciplinaire) contre 50 % en région Centre. (24)

En 2017 l'ARS établit une nouvelle carte de zonage des médecins. Ces cartes de zonage évoluent selon différents critères : les besoins de soins en fonction de l'âge des habitants, le temps d'accès par la route vers le médecin, le volume d'activité des praticiens pour prendre en compte le manque de généralistes dans certains territoires et l'âge des médecins pour anticiper les départs prévisibles à la retraite.

Ce zonage identifie deux catégories : les zones d'intervention prioritaire remplaçant celles anciennement dites « fragiles » représentent les territoires les plus durement confrontés au manque de médecins et où les aides incitatives financières sont les plus importantes ; les zones d'action complémentaire succédant à celles prioritaires moins impactées par le manque de médecins, mais qui nécessitent de mettre en œuvre des moyens pour éviter que la situation se détériore. Les zones laissées en blanc sur la carte de décembre 2017 sont celles qui peinent le moins et qui ne permettent donc pas l'attribution d'aides financières pour l'installation de médecins. (Annexe 1)

Ainsi en Loir-et-Cher, 75,5 % des habitants sont désormais situés en zone d'action complémentaire, dont 27,1 % en zone d'intervention prioritaire contre 14,7 % dans le cadre du précédent zonage de 2014. (27)

Entre 2017 et 2020, le solde de médecins généralistes est négatif. En effet on compte 31 installations pour 43 départs. Ainsi l'ARS établit en décembre 2020 un nouveau zonage. L'ARS attribuera dans les nouvelles « zones d'action complémentaires régionales » une aide financière à l'installation d'un montant identique à celle déjà en vigueur dans les zones d'intervention prioritaire, dès qu'un projet d'installation en exercice coordonnée se concrétisera (Maison de santé pluriprofessionnelle ou centre de santé). (Annexe 2) (28)

Le secteur de Mondoubleau reste en zone d'interventions prioritaire, Veuzain-sur-Loire en zone d'action complémentaire et le secteur de Montrichard en hors-zonage.

On remarque que malgré les aides financières de l'ARS et la CPAM à l'installation, certaines zones restent peu attractives. En effet les médecins souhaitant s'installer cherchent avant tout un cadre de vie personnel satisfaisant et donc la garantie d'une installation de groupe avec des conditions de travail compatibles avec une vie de famille.

L'organisation PAIS réunit ces conditions.

I.3.3. Structures dédiées aux personnes âgées :

En 2017 le nombre de place en EHPAD étaient de 4 681 en Loir-et-Cher sur les 29 426 de la région Centre. Actuellement on compte 52 EHPAD dans le Loir-et-Cher. Le taux de places médicalisées pour 1000 habitants de 75 ans et plus est en janvier 2016 de 141 contre 135,4 au niveau régional, et 127,6 au niveau national. Cependant, plusieurs EHPAD ne disposent plus de médecins coordonnateurs, et rencontrent d'importantes difficultés de recrutement de personnel soignant. (29)

Il existe également sur les territoires départementaux onze foyers logements incluant les maisons d'accueil rurales pour personnes âgées et une petite unité de vie. L'ensemble représente 491 places installées. Le Loir et Cher compte également 17 SSIAD = 811 places pour personnes âgées. (26)

La prise en charge des personnes âgées s'appuie également sur 3 centres hospitaliers, pôles de référence (Vendôme, Blois et Romorantin-Lanthenay), dont 2 disposent d'une filière quasi-complète (Vendôme et Blois).

En 2015, les établissements de Loir-et-Cher ont enregistré 65 126 séjours MCO (médecine-chirurgie-obstétrique) dont 18 153 séjours pour des patients de 75 ans et plus, soit 28% du volume considéré. Ces 18 153 séjours représentent 123 637 journées réalisées soit l'équivalent d'un service hospitalier de 338 lits occupé à 100% sur une année complète. Sur l'année 2015, les personnes âgées de 75 ans et plus ont ainsi mobilisé 37% du capacitaire total du département en lits de MCO. Il convient de souligner que l'activité MCO du Loir-et-Cher se caractérise par une prise en charge d'une patientèle âgée en proportion plus importante qu'au niveau national et régional. En termes de file active, les 18 153 séjours consommés représentent 14 890 patients distincts. (26)

46% des séjours pour les patients de 75ans et plus faisaient suite à un passage aux urgences. (26)

Selon un rapport de 2006 de la DRESS en collaboration avec le Ministère de la Santé, les principales pathologies que l'on retrouve en EHPAD sont (30) :

- Neuropsychiatriques : pour 85% des résidents (états dépressifs, syndromes démentiels)
- Cardiovasculaires : pour 75% d'entre eux (hypertension artérielle 47%, insuffisance cardiaque 29%)
- Ostéo-articulaires : pour 50% des résidents, surtout des femmes,
- Uro-néphrologiques et gastroentérologiques : pour 1/3 des personnes.

Les résidents cumulent souvent 7 à 8 pathologies, 8 ou plus pour 1/3 d'entre eux.

Ils consomment 6,4 à 7,4 médicaments par jour en moyenne. (30)

Depuis plusieurs années des régions expérimentent le dispositif de mutualisation d'infirmier(es) de nuit au sein des EHPAD, notamment en Ile-de-France, afin de limiter le transfert de nuit des résidents aux services d'urgences. En 2013, seulement 14 % des EHPAD disposent d'un personnel infirmier la nuit, selon une enquête de l'Observatoire national de la fin de vie. (31)

En 2018 l'ARS de la Région Centre-Val de Loire lance l'appel à candidature pour ce projet.

Au sein des EHPAD, le sujet n'est toutefois pas jugé prioritaire du fait d'un manque du personnel aide-soignant de jours.

Le département du Cher a ainsi lancé en 2019 le dispositif avec un personnel infirmier de nuit mutualisé entre EHPAD et travaillant conjointement avec le service d'urgences.

Le Loir-et-Cher n'a pas mis en place ce dispositif jusqu'à présent.

Les EHPAD des secteurs étudiés ne disposent pas de ce personnel infirmier de nuit excepté celui de Montrichard qui dispose d'un secteur SSR.

I.4.PAÏS

I.4.1. Présentation

PAÏS a été conçu par deux hospitaliers : Le Dr Isaac Gbadamassi, anesthésiste-réanimateur, praticien hospitalier au SAMU 41, et Patrick Expert, directeur adjoint du Centre hospitalier de Blois, spécialiste des questions de financement. Ils ont été missionnés par l'ARH et l'URCAM du Centre en 2008 (fusionnés depuis dans l'ARS). Le projet s'inscrit dans les possibilités d'expérimentation de nouveaux modes de rémunération et d'organisation des professionnels libéraux offertes par la loi de financement de la sécurité sociale de 2008 (art.44). Il est financé par des structures sanitaires publiques (l'ARS par l'intermédiaire du FIQCS et du FNPEIS, et la CPAM de Loir-et-Cher), mais aussi privées (la Mutualité Française du Centre et Harmonie Mutualité, le groupement de coopération sanitaire Télésanté Centre), et les collectivités locales. (Annexe 3)

PAÏS vise à réorganiser la médecine de proximité afin que la permanence des soins de ville, la prévention collective et l'éducation thérapeutique retrouvent une place importante dans le système de soins. Né au décours de la grande crise sanitaire touchant la médecine ambulatoire de 2001-2002 et après de longues années de concertation avec des confrères libéraux, ce dispositif sera conçu sur la base d'un trépied : médecine de ville, hôpital et collectivités territoriales.

C'est un véritable décroisement ville-hôpital qui proposera une organisation médicale territoriale, intercommunale ou d'un bassin de vie de 15 à 20 000 habitants.

PAÏS permet de lutter contre la désertification médicale, revalorise une offre médicale de proximité, améliore la qualité des soins primaires en associant le curatif à une prévention collective puis une éducation thérapeutique. Pour atteindre ces objectifs, il a fallu :

- Apporter une double formation au secrétariat médical pour le filtrage des appels et les tâches administratives, ce qui permet aux médecins de gagner du temps (1h30 par jour et par médecin). Les secrétaires bénéficient d'une formation par le SAMU leur permettant de hiérarchiser les urgences, filtrer les appels, donner un rendez-vous de façon rapide et orienter au mieux les patients.
- Organiser à tour de rôle, au sein de leur territoire ou pays, de 8h à 20h en semaine puis le samedi de 8h à 12h, la prise en charge des soins sans rendez-vous.
- Repenser des compléments financiers incitatifs à 3 niveaux (secrétariat, journées de soins non programmés puis les actes de prévention collective et d'éducation par le FNPEIS). Par exemple la formation du personnel des EHPAD, la mise en place de consultation d'éducation thérapeutique pour les patients BPCO et diabétiques.

Ainsi, les médecins adhérents à PAÏS sont devenus des maîtres de stages à 85 % en 3 ans et créant par ce biais, un vivier de futurs remplaçants territoriaux, mobilisables durant les absences (congés et retraite).

Cette organisation aura favorisé puis facilité, très rapidement, un rapprochement naturel des autres paramédicaux (dentistes, infirmiers, psychologues, kinés, diététiciens, etc.) au sein du territoire pionnier de PAÏS. On notera alors :

- Une grande qualité des soins de proximité dans les EHPAD et un meilleur suivi de certaines pathologies (neurologie, diabète, insuffisance respiratoire, etc.) et une prévention collective (marche nordique chez les patients en surpoids ou obèses)
- Une réduction de 20% des transferts vers l'hôpital des personnes âgées > 75 ans. (32) (33)
- Une planification des admissions aux urgences et une hospitalisation directe dans les services ad hoc.
- Une baisse drastique des recours inadaptés aux urgences hospitalières,

A ce jour, dans le Loir-et-Cher, le dispositif PAÏS, initialement implanté dans la vallée du Cher, s'est progressivement étendu vers la Sologne depuis plus de 10 ans puis plus récemment, en mai 2020 en territoires Vendômois, dans le nord du département avec 6 nouveaux médecins. Ainsi le Loir et Cher compte actuellement 31 médecins généralistes adhérents à PAÏS. Le département des Pyrénées-Atlantiques dispose aussi d'un PAÏS depuis 6 ans et demi avec d'emblée 12 médecins très impliqués dans la constitution de leur vivier de remplaçants, ce qui leur permet de remplacer plus facilement leurs départs à la retraite.

Ce dispositif qui concilie la vie familiale et professionnelle permettant une amélioration de la qualité de vie des médecins, suscite un grand engouement chez les futurs médecins, et a déjà fait l'objet de plusieurs prix dont une citation favorable par la Cour des Comptes dans son rapport de septembre 2014, puis un prix national d'innovation décerné en mai 2017 par la Fédération Hospitalière de France (FHF).

Il ressort d'une évaluation de PAÏS, diligentée par l'ARS et la Mutualité française du Centre, qu'un euro investi en ferait économiser cinq. (34)

C'est une organisation simple, souple facilement transposable et implantable en 6 mois.

I.4.2. Travaux déjà effectués

I.4.2.1. Vers un désengorgement des services d'urgences :

Le Dr TRABUT mettait en avant à travers sa thèse une diminution significative de 11,1% de passages aux urgences (Blois Tours et Amboise) pour les patients provenant des communes 41400 1an après la mise en place de PAÏS, tandis que pour ceux venant des autres communes ce chiffre avait augmenté de 2,4%. Son travail avait également montré que le nombre d'hospitalisations par les urgences de patients des communes 41400 avait diminué de 15,3% alors qu'il avait augmenté de 4,8% pour les autres communes cumulées. La proportion d'hospitalisations par les urgences de patients des communes 41400 avait significativement diminué ($p < 0,001$). (32)

Ces résultats seront appuyés plus tard par la thèse du Dr Schick de 2016 qui montrait un nombre total de recours aux urgences inférieur dans la communauté de communes du Cher-à-la-Loire bénéficiant de PAÏS comparativement aux deux autres (Vallées-Loir-et-Braye et Collines-du-Perche). (33)

La thèse du Dr Figwer de 2013 qui portait sur les hôpitaux de Blois et de Romorantin-Lanthenay, étudiait les fréquentations au service d'accueil des urgences des patients de 3 communautés de communes bénéficiant de PAÏS. Elle a comparé le nombre de passages en 2009 au nombre de passages en 2012 sur les 3 centres. Son travail retrouvait une diminution significative du nombre de passages des habitants des communes 41400, concernant les deux autres territoires où PAÏS était implanté la différence n'était pas mise en évidence du fait d'une implantation de PAÏS trop récente et/ou d'un manque de médecins adhérent à PAÏS. (35)

I.4.2.2. Un passage aux urgences réduit pour les personnes âgées :

Le Dr TRABUT montrait une diminution significative du nombre de patients de plus de 70 ans consultant aux urgences de Blois (19,2%) Tours (26,6%) et provenant des communes 41400 contrairement aux autres communes pour qui le nombre augmentait. (32)

Le Dr Schick mettait en évidence un nombre de passages de jour (8h-20h) aux services des urgences des habitants de la communauté de communes des Collines du Perche âgés de plus de 75 ans 55,0% plus important que le nombre de passages de la même tranche d'âge des habitants du territoire PAÏS, et 34,81% pour les habitants de Vallées Loir et Braye. Concernant les passages de nuit elle constatait 105,0% de consultations aux urgences en plus la nuit (20h-8h) des patients de plus de 75 ans, habitant les Collines du Perche par rapport aux patients de la même tranche d'âge habitant dans le territoire PAÏS, et 61,7% pour les habitants de Vallées Loir et Braye. (33)

Tous ces travaux tendent à montrer que le recours aux urgences des personnes de plus de 75 ans est bien moins important dans les territoires bénéficiant de PAÏS.

I.5.Objectif

Les différents travaux d'analyse effectués concernant PAÏS montrent une fréquentation moindre des services d'urgences notamment par les personnes âgées.

On se rend bien compte que la nette diminution de passages aux urgences pour les personnes âgées a un impact important en matière de santé publique. En effet tout d'abord en termes de coût de la santé :

- réduction du transport de leur domicile ou institution aux services des urgences bien souvent par ambulance du fait de la nécessité d'un brancardage, d'oxygène, de rester en position assise ou allongée.
- réduction du nombre d'hospitalisations bien souvent longues avec des prises en charge plus complexes du fait de la polypathologie, leur fragilité.
- la prise en compte de l'aspect social et des aides matérielles et humaines à mettre en place.

De plus les personnes âgées sont bien souvent celles qui restent le plus longtemps au service des urgences du fait d'un délai de transfert dans un service d'aval souvent long.

Tous ces éléments contribuent au désengorgement des urgences hospitalières et la prise en charge de proximité est un confort indéniable pour les personnes âgées.

Dans ce contexte, le dispositif PAÏS présenterait un grand intérêt du fait de la disponibilité des médecins adhérents pour les visites au chevet des patients âgés ou à mobilité réduite. Habituellement, les visites urgentes de jour sont assurées par le médecin d'astreinte de l'EHPAD mais également par des médecins de quelques cabinets non-PAÏS, qui s'organisent au coup par coup selon les affluences du jour.

Enfin, la plus-value de PAÏS est l'investissement du gain de temps médical dans les actions de prévention et d'éducation du personnel des EHPAD. Des fiches de protocoles sont élaborées pour certains actes élémentaires d'urgences avec des consignes claires à transmettre, si besoin, au Centre 15 et aider ainsi le médecin du SAMU dans sa prise de décision d'un transfert ou non vers les urgences.

Ainsi l'objectif de notre travail est de montrer l'impact que peut avoir PAÏS sur la gestion des soins non programmés des personnes âgées à partir de 75ans résidentes d'EHPAD.

II. MATERIELS ET METHODES

II.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative rétrospective sur la période de juin à décembre 2019. Mener une étude prospective aurait été intéressant et le recueil de données plus simple cependant le recueil a débuté au moment de la survenue de la pandémie COVID-19. Le risque était d'avoir des biais dans le recueil de données. En effet les médecins de Saint Georges sur Cher par exemple se sont organisés afin qu'un seul médecin référent soit toujours disponible pour les EHPAD.

II.2. Population étudiée

Les critères d'inclusion dans les trois secteurs différents sont :

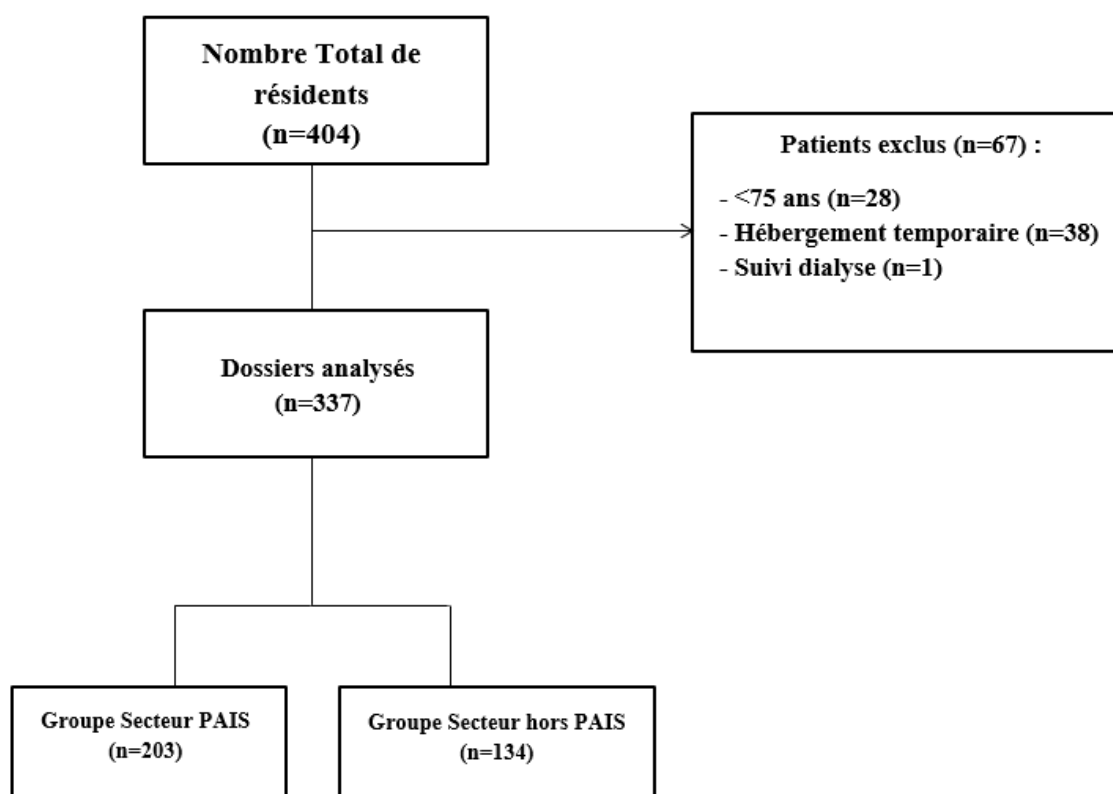
- les résidents, pensionnaires des EHPAD, âgés de 75ans et plus et présents entre le 1^{er} juin et le 31 décembre 2019.
- y compris les nouveaux admis durant cette période pour un hébergement permanent.

Sont exclus :

- les résidents ayant moins de 75ans sur la période étudiée.
- les résidents présents de façon temporaire : séjour courte durée, accueil de jour, SSR (secteur Montrichard).

Dans le secteur desservi par PAÏS nous avons décidé de ne pas exclure les résidents suivis par des médecins non adhérents à PAÏS. En effet, une organisation permet au médecin d'astreinte pour l'EHPAD, d'intervenir si besoin pour tout résident et à tout moment.

Diagramme de Flux :



Enfin les données de 337 résidents seront analysées :

- **203 en secteur PAIS** dont :
 - 32 à l'EHPAD Val Fleuri de Saint-Georges-sur-Cher
 - 41 à l'EHPAD des Cèdres de Saint-Georges-sur-Cher
 - 130 à l'EHPAD de Montrichard
- **134 en secteur hors PAIS** dont :
 - 39 résidents à l'EHPAD de Veuzain-sur-Loire
 - 95 à Mondoubleau

II.3. Choix des secteurs : trois secteurs et trois organisations différentes.

Durant notre parcours professionnel, nous avons pu effectuer des remplacements dans deux des trois différents secteurs précités et relever des organisations inhomogènes du Loir-et-Cher notamment dans la gestion des soins non programmés.

Tout d'abord à Saint-Georges-sur-Cher (premier site expérimentant PAÏS), secteur découvert au cours de l'internat de médecine. Il s'agit d'un cabinet regroupant 7 médecins tous adhérents à l'organisation PAÏS dont 6 maîtres de stage. Chaque médecin, suivant le planning d'astreinte des soins non programmés, intervient du lundi au vendredi (8h-20h) et le samedi (8h-12h) sur appel, dans les EHPAD du territoire (Val Fleuri et les Cèdres de Saint-Georges-sur-Cher, Montrichard et ponctuellement les Pommeris à Vallières-les-Grandes).

Dans ce secteur un protocole d'appel médical est élaboré à destination de tout le personnel soignant et après une formation initiale préalable (gestes élémentaires de survie, premier tri, évaluation du degré d'urgence, prise systématique des constantes, dextro, gestion de la douleur, etc.). Ainsi, selon les cas, une demande d'intervention peut être relativement immédiate dans la journée et formulée par téléphone ou différée de 24 à 48h par l'envoi d'un fax. Cela permet aux médecins de s'organiser, en amont de l'intervention après un échange sur les éléments cliniques du résident concerné. (Annexe 4)

Selon le degré d'urgence, le protocole stipule, une transmission sans délai, claire et précise au médecin régulateur du SAMU pour décider ou non d'un recours aux services d'accueil des urgences.

Nous avons opté pour une exclusion de l'EHPAD les Pommeris de Vallières-les-Grandes de notre étude. En effet, sa situation géographique conduit à faire intervenir de trop nombreux médecins, adhérents et non adhérents à PAÏS et surtout de provenances multiples.

Par la suite nous avons travaillé en 2019 au sein de la MSP de Veuzain-sur-Loire où 4 médecins exercent dont 2 sont maîtres de stage en 2019 (Dr RILLARD étant parti à la retraite en décembre 2020). Le cabinet dispose d'un secrétariat (3 secrétaires) qui assure la gestion des appels de 8h à 20h en semaine et de 8h à 12h le samedi. Les visites médicales dans les EHPAD de Veuzain-sur-Loire et de Vallières-les-Grandes sont assurées spontanément selon les jours et la disponibilité des médecins. Ce secteur ne bénéficiant pas de l'organisation de gestion de soins non programmés qu'offre PAÏS, les médecins traitants sont directement joints et selon leur disponibilité (absence) et / ou réponse, le recours aux services des urgences, devient la seule solution. Dans cet EHPAD interviennent également 2 autres médecins de Chaumont-sur-Loire.

Notre troisième secteur se situe dans le nord du département, dans les Collines du Perche (cité également dans la thèse du Dr SCHICK de 2016) avec Mondoubleau comme commune référente du territoire. On dénombre 4 médecins généralistes dans cette commune dont 3 au sein d'une MSP et un en cabinet individuel, sachant que chacun a l'habitude de suivre exclusivement sa patientèle. Au sein de l'EHPAD de Mondoubleau un cinquième médecin intervient, situé à Droué. Chacun des 5 médecins, assure une demi-journée fixe par semaine du lundi au vendredi de passage au sein de l'EHPAD afin d'assurer le suivi de leurs patients respectifs.

L'analyse des organisations médicales et de la gestion des soins non programmés dans ces 3 secteurs nous conduira à faire des propositions concrètes afin d'améliorer la prise en charge des patients âgés au sein des EHPAD, et leur garantir des soins de qualité de proximité, un confort puis une sécurité.

II.4. Méthodes de recueil et d'analyse

Ainsi, sur les 2 secteurs (PAÏS et hors-PAÏS) analysés, nous retiendrons **5 EHPAD** :

- **trois en secteur PAÏS** : Val Fleuri, Résidence les Cèdres, Montrichard
- **deux en secteur hors-PAÏS** : Veuzain-sur-Loire (Les Bois de la Cisse) et Mondoubleau (Les Marronniers)

Les données ont été comparées initialement entre 2 secteurs : secteur PAÏS et hors-PAÏS. Le groupe hors-PAÏS a été divisé en 2 sous-secteurs : Veuzain-sur-Loire et Mondoubleau, et chacun a été comparé au secteur PAÏS.

L'horaire de la demande d'intervention a également été pris en compte pour les comparaisons des secteurs et il en ressort ainsi 3 sous-groupes d'analyse :

- Demande d'interventions tout horaire confondu
- Demande faite en horaire PAÏS
- Demande faite en horaire non-PAÏS.

Les données recueillies pour la période du 1^{er} juin au 31 décembre 2019 étaient :

- Âge, sexe et GIR du résident
- Médecin traitant ou non
- Motif de la demande d'intervention
- Horaire de la décision de demande d'intervention médicale : horaire PAÏS (8h-20h en semaine et 8h-12h le samedi) versus horaire non-PAÏS (dimanche, jour férié, samedi 12h-minuit et semaine 20h-8h)
- Délai d'intervention : délai entre le moment où un membre de l'équipe soignante prend la décision de faire appel à un avis médical et le moment où a lieu cet avis/intervention (<24h, entre 24 et 72h, > 72h).
- Intervenant : médecin traitant ou remplaçant, médecin d'astreinte PAÏS, SAMU 15, médecin de garde, médecin coordonnateur. On distinguait également les interventions avec consultation au lit du patient, des interventions par avis oral ou téléphonique seul.
- Orientation : transfert vers le Service Accueil Urgence (SAU), prise en charge ambulatoire au sein de l'EHPAD, hospitalisation directe sans passage par le SAU.

Ce recueil a été réalisé auprès des Infirmiers Diplômés d'Etat ou IDE, aide-soignants et médecins, dans les dossiers de transmissions des services et à travers les logiciels des EHPAD.

La méthode statistique utilisée est le test du Chi² avec comme valeur seuil de significativité retenue $p < 0,05$.

III. RESULTATS

III.1. Etat des lieux dans chaque secteur

III.1.1. Caractéristiques des résidents et offre de soins.

On retrouve dans le secteur PAÏS **203 résidents** pour 16 médecins traitants différents, dont un coordonnateur sur l'EHPAD des Cèdres, soit en moyenne 12,7 résidents par médecin.

L'âge moyen des résidents de ce secteur est : 89,7 ans

On y retrouve 71% de femmes et 29% d'hommes.

Degré de dépendance : 77 % GIR 1-2, 20 % GIR 3-4, 3 % GIR5-6.

Dans le secteur hors-PAÏS :

- EHPAD de Veuzain-sur-Loire : **39 résidents** pour 6 médecins traitants (4 de Veuzain-sur-Loire et 2 de Chaumont sur Loire) soit en moyenne 6,5 résidents par médecin
- EHPAD de Mondoubleau : **95 résidents** pour 5 médecins traitants soit en moyenne 19 résidents par médecin.

Âge moyen des résidents : 89,8 ans

Femmes : 72% Hommes : 28%

Degré de dépendance : 69% GIR 1-2, 29% GIR 3-4 et 2% GIR 5-6.

En 2019, l'EHPAD des Cèdres de Saint-Georges-sur-Cher et de Montrichard étaient les 2 seuls EHPAD bénéficiant d'un médecin coordonnateur, sur les cinq étudiés (L'EHPAD de Veuzain-sur-Loire bénéficie d'un médecin coordonnateur depuis 2020).

III.1.2. Motifs d'intervention

A noter que dans les EHPAD du secteur PAÏS 51 résidents n'ont eu besoin d'aucun passage ou avis pour soins non-programmés durant la période étudiée, et 25 résidents dans le secteur hors-PAÏS.

En secteur PAÏS on compte **380 interventions** soit en moyenne 1,9 interventions par résident et en secteur hors-PAÏS **350 interventions** soit environ 2,6 interventions/résident (1,7 interventions/résident à Veuzain-sur-Loire et 3 interventions/résident à Mondoubleau)

Tableau 1 : Motifs d'intervention médicale par secteur :

| | SECTEUR PAIS | | | SECTEUR HORS-PAIS | | |
|--------------------------------------|--------------|------------|-------------|-------------------|-------------|------------|
| MOTIF | Val Fleuri | Les Cèdres | Montrichard | Veuzain-sur-Loire | Mondoubleau | Total |
| Infection Broncho-pulmonaire | 11 | 16 | 23 | 6 | 48 | 104 |
| Douleur | 10 | 9 | 32 | 8 | 35 | 94 |
| Affection cutanée | 9 | 8 | 23 | 8 | 33 | 81 |
| Trouble du comportement/Confusion | 12 | 8 | 36 | 3 | 20 | 79 |
| Chute/traumatisme/plaie | 11 | 7 | 27 | 4 | 17 | 66 |
| Détresse cardio-respiratoire/Dyspnée | 7 | - | 13 | 7 | 11 | 38 |
| Altération Etat General | 2 | 1 | 7 | 4 | 22 | 36 |
| Décès | 4 | 3 | 11 | 6 | 11 | 35 |
| Malaise | 5 | 6 | 10 | 2 | 6 | 29 |
| Infection Urinaire | 3 | 2 | 7 | 3 | 12 | 27 |
| Affections Digestives | 2 | - | 6 | 2 | 11 | 21 |
| Troubles biologiques | 1 | - | 7 | 5 | 8 | 21 |
| Affections Ophtalmologiques | 1 | 2 | 5 | 5 | 5 | 18 |
| Affections ORL | - | 1 | 3 | 2 | 11 | 17 |
| Œdèmes | 2 | 2 | 4 | 1 | 7 | 16 |
| Troubles cardio-vasculaires | 1 | 4 | 3 | - | 7 | 15 |
| Affection Uro-génitale | - | - | 2 | - | 7 | 9 |
| Trouble neurologique | - | - | 1 | - | 6 | 7 |
| Saignements Extériorisés | - | - | 1 | - | 4 | 5 |
| Fièvre | 2 | - | 2 | - | 1 | 5 |
| Douleur Thoracique | - | 1 | 2 | - | 1 | 4 |
| Intoxication | 1 | - | 1 | - | - | 2 |
| Allergie | - | - | - | - | 1 | 1 |
| Total intervention | 84 | 70 | 226 | 66 | 284 | 730 |

5 motifs représentent à eux seuls plus de 58% des interventions sur un total de 730 :

- Infections broncho-pulmonaires (14%)
- Douleur (13%)
- Affections cutanées (11%)
- Troubles du comportement/Confusion (11%)
- Chute/Traumatisme/Plaie (9%)

Les causes principales de transfert vers les SAU tout secteur confondu sont :

- Chute/traumatisme/plaie (36%)
- Dyspnée/Détresse Respiratoire (20%)
- Malaise (10%)

Demandes d'interventions aux horaires PAÏS :

- Secteur PAÏS : 289/380 soit 76%
- Secteur de Mondoubleau 227/284 soit 80%
- Secteur de Veuzain-sur-Loire 54/66 soit 82%

III.1.3. Différentes orientations

On distingue 3 types d'orientation :

- Prise en charge ambulatoire : prise en charge médical au sein de l'EHPAD avec si besoin examen complémentaire et avis spécialisé en externe.
- Transfert vers Service d'Accueil des Urgences : sans distinction entre les patients hospitalisés ou non par la suite.
- Hospitalisation directe : sans passage préalable par le SAU.

A noter que les demandes d'interventions pour le motif de décès seront considérées comme ambulatoires.

Parmi les 380 interventions en secteur PAÏS, 46 (12,2%) seront adressées au SAU, 327 (86%) seront des prises en charge ambulatoire et il y aura 7 (1,8%) hospitalisations directes.

Parmi les 350 interventions en secteur hors-PAÏS 36 (10,4%) seront adressées au SAU, 312 (89%) en ambulatoire et il y aura 2 (0,6%) hospitalisations directes.

On retrouve donc 3 fois plus d'hospitalisations directes en secteur PAÏS.

III.1.4. Différents Intervenants

Tableau 2 : Les intervenants selon les secteurs.

| | Secteur PAIS | | | Secteur hors-PAIS | | |
|--------------------------------|--------------|------------|-------------|-------------------|-------------|------------|
| Intervenant | Val Fleuri | Les Cèdres | Montrichard | Veuzain-sur-Loire | Mondoubleau | TOTAL |
| Médecin Traitant/Remplaçant | 61 | 44 | 162 | 45 | 209 | 521 |
| Appel vers le 15 | 12 | 6 | 20 | 7 | 36 | 81 |
| Avis Médical sans consultation | 1 | 3 | 6 | 12 | 34 | 56 |
| Médecin coordonnateur | - | 9 | 25 | - | - | 34 |
| Astreinte | 9 | 8 | 13 | - | - | 30 |
| Médecin garde de secteur | 0 | 0 | 0 | 2 | 5 | 7 |
| Spécialiste* | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |

*centre antipoison

On note en secteur hors-PAÏS 7 interventions effectuées par un médecin de garde de secteur, toutes ayant pour motif le décès d'un résident. Sur les 7 interventions 3 sont sur des horaires PAÏS donc pourraient être assurées par un médecin du cabinet ou d'astreinte. Un médecin d'astreinte aurait pu assurer ces interventions et éviter de solliciter le centre 15 et système de garde. En effet en secteur PAÏS on note 5 interventions du médecin d'astreinte pour décès.

III.2. Orientation : moins de recours au SAU en secteur PAÏS ?

Nous avons analysé et comparé le recours aux SAU versus la prise en charge ambulatoire en secteur PAÏS et hors-PAÏS.

Dans cette analyse ont été exclus le recours à l'hospitalisation directe, les interventions faisant appel au médecin coordonnateur et les interventions pour décès : cela représente 76 interventions.

III.2.1. Tout horaire confondu

Tableau 3 : Orientation des résidents des trois secteurs tout horaire confondu.

| | Envoi au SAU N (%) | Ambulatoire N | Total N |
|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------|
| Secteur PAIS | 43 (13) | 280 (87) | 323 |
| Secteur hors-PAIS | 36 (11) | 295 (89) | 331 |
| Mondoubleau | 32 (12) | 240 (88) | 272 |
| Veuzain-sur-Loire | 4 (7) | 55 (93) | 59 |

On ne retrouve pas de différence significative entre les différents secteurs. Le pourcentage de recours au service d'accueil des urgences est sensiblement les même entre secteur PAÏS et hors-PAÏS.

Cette absence de différence pourrait être expliquée par le nombre de demandes d'interventions plus important en secteur hors-PAÏS surtout dans le secteur de Mondoubleau et qui relève de l'ambulatoire. En effet comme dit précédemment on retrouve une moyenne de 2,6 interventions par résidents en secteur hors PAÏS contre 1,9 interventions par résidents en secteur PAÏS.

III.2.2. Horaire PAÏS

Tableau 4 : Orientation des résidents concernant les demandes d'intervention en horaire PAIS.

| | Envoi au SAU N (%) | Ambulatoire N | Total N |
|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------|
| Secteur PAIS | 18 (7) | 239 (93) | 257 |
| Secteur hors-PAIS | 19 (7) | 260 (93) | 279 |
| Mondoubleau | 18 (8) | 208 (92) | 226 |
| Veuzain-sur-Loire | 1 (2) | 52 (98) | 53 |

III.2.3. Horaire non-PAÏS

Tableau 5 : Orientation des résidents concernant les demandes d'intervention en horaire non-PAIS.

| | Envoi au SAU N (%) | Ambulatoire N | Total N |
|--------------------------|-----------------------|------------------|------------|
| Secteur PAIS | 25 (38) | 41 (62) | 66 |
| Secteur hors-PAIS | 17 (33) | 35 (67) | 52 |
| Mondoubleau | 14 (30) | 32 (70) | 46 |
| Veuzain-sur-Loire | 3 (50) | 3 (50) | 6 |

En différenciant les demandes d'interventions en horaire PAÏS et horaire non-PAÏS (tableaux 4 et 5) on ne retrouve pas non plus de différence significative concernant l'orientation des résidents.

III.3. Délai d'intervention réduit en secteur PAÏS

Pour l'analyse des résultats nous avons exclu les interventions pour décès qui nécessitent forcément un délai d'intervention de moins de 24h. Nous avons exclu également les interventions du médecin coordonnateur.

III.3.1. Tout horaire confondu

Tableau 6 : Délai d'interventions tout horaire confondu.

| | <24h N (%) | 24 à 72h N (%) | >72h N (%) | Total |
|--------------------------|---------------|-------------------|---------------|-------|
| Secteur PAIS | 225 (69) | 74 (22) | 29 (9) | 328 |
| Secteur hors-PAIS | 204 (61) | 78 (24) | 51 (15) | 333 |
| Mondoubleau | 168 (62) | 65 (23) | 40 (15) | 273 |
| Veuzain-sur-Loire | 36 (60) | 13 (22) | 11 (18) | 60 |

On retrouve un délai d'interventions raccourci en secteur PAÏS. En effet on note 8% de plus d'interventions dans un délai de moins de 24h après la demande. En secteur PAÏS seul 9% des interventions arrivent plus de 72h après la demande contre 15% en secteur hors-PAÏS. Cette différence est significative aussi bien pour les secteurs de Mondoubleau que de Veuzain-sur-Loire ($p=0,028$).

III.3.2. Horaire PAÏS

Tableau 7 : Délai d'intervention concernant les demandes faites en horaire PAIS.

| | <24h N (%) | 24 à 72h N (%) | >72h N (%) | Total |
|--------------------------|---------------|-------------------|---------------|-------|
| Secteur PAIS | 166 (67) | 59 (24) | 24 (9) | 249 |
| Secteur hors-PAIS | 158 (58) | 67 (24) | 48 (18) | 273 |
| Mondoubleau | 129 (58) | 55 (25) | 38 (17) | 222 |
| Veuzain-sur-Loire | 29 (57) | 12 (24) | 10 (19) | 51 |

Lorsque la demande d'intervention se situe en horaire PAÏS on retrouve deux fois plus d'interventions après un délai de plus de 72h en secteur hors-PAÏS. La proportion d'interventions en moins de 24h est également plus importante en secteur PAÏS. Ces résultats sont significatifs ($p=0,022$).

III.3.3. Horaire non-PAÏS

Tableau 8 : Délai d'intervention concernant les demandes faites en horaire non-PAIS.

| | <24h N (%) | 24 à 72h N (%) | >72h N (%) | Total |
|--------------------------|---------------|-------------------|---------------|-------|
| Secteur PAIS | 59 (75) | 15 (19) | 5 (6) | 79 |
| Secteur hors-PAIS | 46 (77) | 11 (18) | 3 (5) | 60 |
| Mondoubleau | 39 (76) | 10 (20) | 2 (4) | 51 |
| Veuzain-sur-Loire | 7 (78) | 1 (11) | 1 (11) | 9 |

Lorsque la demande d'intervention se passe en horaire non-PAÏS on ne retrouve pas de différence significative entre les différents secteurs. ($p=0,9$)

III.4. Intervenant : moins de sollicitation du SAMU 15 et du service de garde en secteur PAÏS.

Dans cette analyse nous avons exclu les interventions du médecin coordonnateur afin de rendre les secteurs comparables. Cela représente 34 interventions.

III.4.1. Comparaison intervention médecin du cabinet versus sollicitations du 15 et médecin de garde.

III.4.1.1. Tout Horaire confondu

Tableau 9 : Intervention du médecin du cabinet versus recours au service 15 et de garde de secteur tout horaire confondu.

| | Intervention via médecin cabinet N (%) | Sollicitation du 15 et service de garde N | Total N |
|-------------------------------|---|--|--------------------|
| Secteur PAIS | 298 (89) | 38 (11) | 336 |
| Secteur hors- PAIS | 300 (86) | 50 (14) | 350 |
| Mondoubleau | 243 (86) | 41 (14) | 284 |
| Veuzain-sur-Loire | 57 (86) | 9 (14) | 66 |

Tout horaire confondu on retrouve plus de sollicitations du service 15 et de médecin de garde en secteur hors-PAÏS, aussi bien pour l'EHPAD de Mondoubleau que celui de Veuzain-sur-Loire. Cependant cette différence n'est pas significative ($p=0,29$)

III.4.1.2. Horaire PAİS

Tableau 10 : Intervention du médecin du cabinet versus recours du service 15 et de garde de secteur en horaire PAİS.

| | Intervention via médecin cabinet N (%) | Sollicitation du 15 et service de garde N | Total N |
|-------------------------------|---|--|--------------------|
| Secteur PAİS | 254 (98) | 6 (2) | 260 |
| Secteur hors- PAİS | 257 (92) | 22 (8) | 279 |
| Mondoubleau | 206 (91) | 20 (9) | 226 |
| Veuzain-sur-Loire | 51 (96) | 2 (4) | 53 |

Cependant si l'on prend en compte les demandes d'intervention en horaire PAİS uniquement, on retrouve 4 fois plus d'interventions via le service de garde ou SAMU en secteur hors-PAİS ($p < 0,01$). Cette différence est plus significative à Mondoubleau ($p < 0,01$ et moins marquée à Veuzain-sur-Loire. ($p = 0,89$))

III.4.1.3. Horaire Non-PAİS

Tableau 11 : Intervention du médecin de cabinet versus recours au service 15 et de garde de secteur.

| | Intervention via médecin cabinet N (%) | Sollicitation du 15 et service de garde N | Total N |
|-------------------------------|---|--|--------------------|
| Secteur PAİS | 44 (58) | 32 (42) | 76 |
| Secteur hors- PAİS | 43 (61) | 28 (39) | 71 |
| Mondoubleau | 37 (64) | 21 (36) | 58 |
| Veuzain-sur-Loire | 6 (46) | 7 (54) | 13 |

En horaire non-PAİS il n'y a pas de différence significative entre les secteurs.

III.4.2. Comparaison intervention avec consultation du résident versus avis médical oral ou téléphonique.

Nous n'avons pas pris en compte les décès pour cette analyse car ceux-ci relèvent forcément d'une intervention avec examen médical pour constat au chevet du patient.

III.4.2.1. Tout horaire confondu

Tableau 12 : Interventions avec consultations médicales versus avis médical téléphonique/oral tout horaire confondu.

| | Consultation du médecin N (%) | Avis médical téléphonique/oral N | Total N |
|--------------------------|-------------------------------------|--|------------|
| Secteur PAIS | 281 (85) | 48 (15) | 329 |
| Secteur hors-PAIS | 244 (73) | 89 (27) | 333 |
| Mondoubleau | 203 (74) | 70 (26) | 273 |
| Veuzain-sur-Loire | 41 (68) | 19 (32) | 60 |

Il y a presque deux fois plus d'interventions par avis oral ou téléphonique, au lieu d'une consultation physique, en secteur hors-PAIS qu'en secteur PAIS. Cette différence est très nettement significative aussi bien entre le secteur PAIS et Mondoubleau ($p < 0,001$) qu'entre le secteur PAIS et Veuzain-sur-Loire ($p < 0,01$)

III.4.2.2. Horaire PAIS

Tableau 13 : Interventions avec consultations médicales versus avis médical téléphonique/oral en horaire PAIS.

| | Consultation du médecin N (%) | Avis médical téléphonique oral N | Total N |
|--------------------------|-------------------------------------|--|------------|
| Secteur PAIS | 232 (94) | 16 (6) | 248 |
| Secteur hors-PAIS | 209 (77) | 62 (23) | 271 |
| Mondoubleau | 171 (77) | 50 (23) | 221 |
| Veuzain-sur-Loire | 38 (76) | 12 (24) | 50 |

Pour les demandes effectuées en horaire PAÏS on retrouve quatre fois plus d'interventions uniquement par avis oral/téléphonique en secteur hors-PAÏS qu'en secteur PAÏS. Cette différence est très nettement significative aussi bien concernant Mondoubleau que Veuzain-sur-Loire ($p < 0,001$)

III.4.2.3. Horaire non-PAÏS

Tableau 14 : Interventions avec consultations médicales versus avis médical téléphonique/oral en horaire non-PAIS.

| | Consultation du médecin N (%) | Avis médical téléphonique/oral N | Total N |
|-------------------------------|--|---|--------------------|
| Secteur PAIS | 49 (60) | 32 (40) | 81 |
| Secteur hors- PAIS | 35 (56) | 27 (44) | 62 |
| Mondoubleau | 32 (62) | 20 (38) | 52 |
| Veuzain-sur-Loire | 3 (30) | 7 (70) | 10 |

Pour les demandes d'interventions effectuées en horaire non-PAÏS on ne retrouve pas de différence significative entre les secteurs PAÏS et Mondoubleau ($p=0,9$). Cependant on retrouve une différence significative entre les secteurs PAÏS et Veuzain-sur-Loire ($p < 0,05$) où en effet on retrouve deux fois moins d'interventions avec consultation médicale en secteur de Veuzain-sur-Loire.

III.4.3. Comparaison recours au SAU via un avis médical oral versus consultation médical du résident.

III.4.3.1. Tout Horaire confondu

Tableau 15 : Comparaison recours au SAU à la suite d'une consultation versus avis téléphonique ou oral médical tout horaire confondu.

| | Consultation du médecin N (%) | Avis médical téléphonique/oral N | Total N |
|--------------------------|-------------------------------------|--|------------|
| Secteur PAIS | 13 (30) | 30 (70) | 43 |
| Secteur hors-PAIS | 3 (8) | 33 (92) | 36 |
| Mondoubleau | 3 (9) | 29 (91) | 32 |
| Veuzain-sur-Loire | 0 (0) | 4 (100) | 4 |

Parmi les résidents adressés aux urgences, 30% le sont à la suite d'une consultation médicale en secteur PAIS contre 8% en secteur hors-PAIS, les autres étant adressés après un avis oral ou téléphonique. Cette différence est significative ($p < 0,02$) à Mondoubleau mais non exploitable à Veuzain-sur-Loire du fait d'un faible nombre de demandes.

III.4.3.2. Horaire PAIS

Tableau 16 : Comparaison recours au SAU à la suite d'une consultation versus avis téléphonique ou oral médical en horaire PAIS.

| | Consultation du médecin N (%) | Avis médical téléphonique/oral N | Total N |
|--------------------------|-------------------------------------|--|------------|
| Secteur PAIS | 11 (61) | 7 (39) | 18 |
| Secteur hors-PAIS | 3 (16) | 16 (84) | 19 |
| Mondoubleau | 3 (17) | 15 (83) | 18 |
| Veuzain-sur-Loire | 0 (0) | 1 (100) | 1 |

Concernant les demandes d'interventions en horaire PAİS on retrouve presque quatre fois plus d'envoi aux SAU à la suite de la consultation d'un médecin en secteur PAİS. En effet en secteur hors-PAIS les orientations vers les urgences se font principalement à la suite d'un avis médical oral sans consultation. Cette différence est significative ($p < 0,005$). Cependant si l'on compare le secteur PAİS au secteur de Veuzain-sur-Loire uniquement la différence n'est pas significative.

III.4.3.3. Horaire Non-PAİS

Tableau 17 : Comparaison recours au SAU à la suite d'une consultation versus avis téléphonique ou oral médical en horaire non-PAIS.

| | Consultation du médecin N (%) | Avis médical téléphonique/oral N | Total N |
|--------------------------|--|---|--------------------|
| Secteur PAIS | 2 (8) | 23 (92) | 25 |
| Secteur hors-PAIS | 0 (0) | 17 (100) | 17 |
| Mondoubleau | 0 | 14 | 14 |
| Veuzain-sur-Loire | 0 | 3 | 3 |

En horaire non-PAİS on ne retrouve pas de différence significative entre les différents secteurs du fait d'un nombre d'interventions trop faible.

IV. DISCUSSION

IV.1. Analyse résultats

Pour l'intérêt et la fiabilité de notre étude et pour respecter la réglementation de la permanence des soins ambulatoires (PDSA), nous avons choisi, pour la continuité des soins de jour, les mêmes horaires d'ouverture des cabinets médicaux et de PAÏS, soit **8h-20h en semaine** puis **8h-12h le samedi**.

IV.1.1. Disponibilité médicale

Sur l'ensemble des secteurs étudiés, entre 75 et 80% des demandes d'interventions ont lieu durant ces horaires ce qui implique donc une certaine disponibilité du médecin afin d'y répondre au mieux. On constate ainsi un déséquilibre dans leur traitement selon les secteurs.

En effet dans le secteur PAÏS où les médecins sont organisés avec un tour de rôle prédéfini, ils interviennent plus rapidement en moins de 24h après la demande tandis que dans les autres secteurs, la réponse médicale y est plus tardive avec 2 fois plus d'interventions après 72h (Tableau 6 et 7). Cette différence est significative dans les 2 secteurs hors-PAÏS mais plus prégnante à Mondoubleau.

Dans les secteurs dépourvus de l'organisation qu'offre PAÏS on constate 4 fois plus d'interventions avec uniquement un avis oral/téléphonique sans consultation au chevet du patient (Tableau 12 et 13). Cette différence significative concerne aussi bien le secteur de Mondoubleau que de Veuzain-sur-Loire. Ainsi le secteur hors-PAÏS effectue le plus souvent ses transferts aux SAU à la suite d'un avis médical oral/téléphonique qu'il soit d'un médecin du cabinet ou du régulateur du 15 (Tableau 15 et 16). Ceci peut laisser penser qu'un certain nombre de ces transferts seraient évitables. En effet consulter au chevet du malade permet une meilleure évaluation de la situation et une prise de décision plus adaptée et plus bénéfique pour le patient.

Les délais d'intervention plus longs et la réponse par simple avis oral/téléphonique sont sources d'inconfort puis d'insécurité pour le personnel soignant qui est alors contraint de recourir plus fréquemment soit au centre 15 pour une réponse plus rapide, soit ultérieurement à une structure de garde du territoire pour un avis médical. Ceci explique donc un sur-recours au service 15 et de garde en secteur hors-PAÏS, ce constat étant d'autant plus significatif dans le secteur de Mondoubleau (Tableau 10).

En horaire non-PAÏS (horaire de PDSA) il n'y a pas de différence significative (Tableau 11), qu'il y ait ou non la présence d'un personnel infirmier de nuit. En effet le protocole de soins d'urgences implique la sollicitation du 15 pour un avis par les équipes soignantes. La décision d'un transfert aux SAU ou non relève en effet du médecin régulateur du SAMU. Dans ce cas il est important que les informations transmises au médecin régulateur soient les plus précises possibles afin de l'aider dans sa prise de décision d'un transfert au SAU ou non.

Il est intéressant de noter que le médecin d'astreinte intervient dans la gestion des décès (17% des interventions de l'astreinte) ce qui évite de solliciter le service de garde. En effet on compte 3 interventions évitables en horaire d'ouverture des cabinets dans les secteurs hors-PAÏS, avec sollicitation des médecins de garde pour les constats de décès.

IV.1.2. Recours au SAU

Sur l'ensemble des secteurs étudiés on constate entre 10 et 12% de transferts vers le SAU parmi les interventions, sans différence significative entre les différents secteurs.

Cependant on retrouve plus de demandes d'intervention par résidents en secteur de Mondoubleau. En effet en secteur PAÏS on compte au total 380 interventions soit en moyenne 1,9 interventions par résident et à Mondoubleau 284 interventions soit environ 3 interventions/résident. Cette sollicitation médicale plus importante en secteur de Mondoubleau, qui est un secteur situé en zone d'intervention prioritaire avec une densité médicale moindre, va ainsi entraîner un recours aux urgences hospitalières plus important.

Si l'on rapporte nos chiffres au nombre de résident on retrouve en effet un recours aux SAU plus important en secteur de Mondoubleau. Tout horaire confondu (ouverture cabinets et PDSA) on retrouve 32 transferts au SAU en secteur PAÏS pour 203 résidents et 43 transferts au SAU sur Mondoubleau pour 95 résidents (Tableau 3).

Ainsi 16% des résidents sont adressés au moins une fois au SAU sur la période étudiée en secteur PAÏS alors que ce chiffre atteint 45% dans le secteur de Mondoubleau.

Le défaut d'une réponse médicale de proximité engendre donc inéluctablement, un recours aux urgences hospitalières que ce soit durant la période d'ouverture des cabinets médicaux mais aussi aux horaires de PDSA. En effet les problèmes ne pouvant être gérés en journée sont reportés la nuit et le weekend où les équipes soignantes n'ont d'autres choix que d'appeler le Centre 15 avec bien souvent un transfert aux SAU.

Des transferts au SAU sont ainsi effectués pour des troubles au-delà de toute ressource thérapeutique. Ce transport juste pour recueillir un avis médical comporte des risques potentiels d'une décompensation d'une pathologie chronique avancée puis d'une infection nosocomiale.

Une meilleure disponibilité médicale permet également au médecin de prendre le temps nécessaire de programmer une hospitalisation directe. On retrouve ainsi trois fois plus d'hospitalisation directe sans passage par le SAU en secteur PAÏS qu'en secteur hors-PAÏS.

IV.1.3. Impact de PAÏS

Cette étude vient donc étayer le grand intérêt de PAÏS comme une alternative simple souple puis efficace dans la prise en charge des soins non programmés en EHPAD.

Il garantit :

- Une plus grande disponibilité du médecin.
- Un avis médical rapide au chevet du patient.
- Une assurance et un confort pour la famille, le sujet âgé et une grande sécurité à l'équipe soignante.
- Une moindre sollicitation du Centre 15 et des médecins de garde.

IV.2. Limite de l'étude

On peut noter plusieurs limites à cette étude.

Tout d'abord la taille de la population étudiée. En effet cette étude regroupe 203 résidents en secteur PAÏS et 134 en secteur non-PAÏS.

La difficulté a été notamment dans la sélection des EHPAD à étudier hors secteur PAÏS. En effet nous ne pouvions pas sélectionner des EHPAD bénéficiant de convention avec l'hôpital tel que le secteur de Romorantin et il fallait un secteur totalement dépourvu de médecin adhérent à PAÏS. Ainsi, afin de rendre les populations des différents secteurs comparables et limiter de possibles biais, nous avons retenu 2 secteurs : Veuzain-sur-Loire et Mondoubleau.

Le temps d'étude a également été limité à un recueil rétrospectif sur 7mois. Cependant cette période étudiée a permis de prendre en compte la période estivale, automnale et une partie hivernale, chacune ayant ses pathologies propres (risque de déshydratation et décompensation rénale en été, virose et décompensation cardio-pulmonaire en automne-hiver).

Enfin on notera une discordance au sein du secteur de Mondoubleau entre la forte proportion de demandes d'interventions, justifiées ou non, malgré des effectifs médicaux réduits. En effet dans ce secteur situé en zone d'interventions prioritaires chaque médecin a une patientèle résidente d'EHPAD plus importante que les autres secteurs.

PAÏS permettrait dans ce secteur d'optimiser le temps médical pour la gestion des soins non programmés, de former les équipes soignantes, de formaliser des protocoles des gestes élémentaires puis de faire établir une fiche de liaison si besoin, avec des consignes médicales claires et après accord des familles des résidents.

De plus PAÏS permet d'attirer de jeunes médecins à s'installer et la mise en place de ce dispositif pourrait être une solution au manque d'attractivité de ce secteur.

IV.3. Revue de littérature.

Le médecin traitant est un interlocuteur incontournable pour les personnes âgées en institutions et leurs proches. Un médecin généraliste suit en moyenne 17 patients résidents d'EHPAD sur 3 établissements. (36)

Il faut savoir qu'aucun des textes/articles n'impose une organisation de la continuité des soins en EHPAD. Cette organisation, quand elle existe, s'établit donc sur la base du volontariat des médecins traitants et doit être coordonnée par le médecin coordonnateur, s'il existe également. A défaut, ce sont souvent les systèmes de la permanence des soins, associations de médecins urgentistes libéraux ou le SAMU-centre15 qui sont sollicités pour répondre aux besoins de soins non programmés en EHPAD.

Les décisions de transfert au SAU des résidents d'EHPAD sont souvent complexes et influencées par des considérations parfois indépendantes des bénéfices attendus pour le résident. Ces considérations peuvent être une attente de meilleurs résultats cliniques ou de qualité de vie pour le résident, mais aussi : un manque de ressources de la résidence, un manque de confiance dans les soins fournis par la résidence, un planning ou une coordination des soins inadéquats, des préférences contradictoires des parties prenantes ou des raisons juridiques avec la peur des litiges.

Une étude descriptive des transferts des résidents d'EHPAD aux urgences du CH de Bordeaux de 2017 montrait que 30% des transferts étaient jugés non pertinents par l'équipe des urgences. 70% des admissions s'effectuaient en journée de jours ouvrés avec un pic de fréquence le vendredi. En effet bien souvent les équipes soignantes se retrouvent plus angoissées à l'approche du weekend. (37)

Parmi les décisions du transfert aux urgences : 40% venaient du médecin traitant, 31% SOS médecin, 23% le SAMU. 22,4% des transferts aux urgences étaient évitables et 11% des hospitalisations étaient inappropriées. (37)

Ces transferts et hospitalisations inappropriées et/ou évitables représentent un coût : la littérature décrit que le transfert EHPAD –SAU s'effectue de 50 à 94% en ambulance. (37)

Deux travaux de thèse de 2013 et 2015 sur le parcours de soins et notamment les hospitalisations des résidents en EHPAD soulignaient le fait que les médecins généralistes manquent de temps et qu'ils rencontrent des difficultés à organiser les hospitalisations. Ils invoquent bien souvent des difficultés à joindre un médecin hospitalier qui permettrait d'obtenir l'accord pour une hospitalisation directe ou un avis permettant de différer ou annuler l'hospitalisation. (38) (39)

Une analyse des causes des transferts des résidents d'EHPAD au SAU montre qu'une augmentation des « soins primaires », c'est-à-dire la réalisation d'une série de soins facilement réalisables au sein de l'EHPAD (exemple : suture plaie simple, prise en charge rapide de la douleur...) serait susceptible de réduire ces transferts. En effet, dans 45 % des cas, le résident retourne à l'EHPAD sans être hospitalisé, et 31 % de l'ensemble des transferts en SU et de 69 % de transferts en SU sans hospitalisations pourraient être évités. (3)

L'augmentation du recours à ces soins et à ces services de soins auxiliaires dans l'EHPAD nécessite cependant une organisation de la permanence médicale et de la continuité des soins médicaux et infirmiers, une formation des soignants et la rédaction de protocoles pour la dispensation de ces soins et ces services.

Le manque de disponibilité du médecin traitant reste donc au cœur de la difficulté d'une telle organisation.

Dans 25% des cas la décision de transfert aux SAU est prise par avis téléphonique (40). Ceci dénote d'un manque croissant de disponibilité des médecins dans les EHPAD. Notre étude montre un pourcentage bien plus important dans le secteur hors-PAÏS étudié : entre 84 et 92% selon les horaires (Tableau 15 et 16).

Une revue de littérature de 2018 dans le cadre d'un travail de thèse mettait en évidence l'importance de la disponibilité du médecin dans la gestion des soins non programmés en EHPAD. En effet l'alerte est donnée au médecin principalement par les IDE (30%) et les aides-soignants (30 %). En dehors des heures ouvrables, les soignants se réfèrent aux protocoles. Le plus souvent, en l'absence d'IDE, les AS appellent le 15. (41)

Dans la revue de littérature de Grabowski et al, une des principales explications aux hospitalisations potentiellement évitables des résidents a été le manque d'accès au médecin traitant. La répartition horaire des transferts au SAU, majoritaires en semaine et en journée montre une disponibilité des médecins encore insuffisante. En effet bien souvent chaque médecin traitant intervient plus souvent ponctuellement pour suivre ses propres patients. (42)

De plus la formation des soignants d'EHPAD (IDE et AS), notamment à une surveillance efficace, au dépistage de l'urgence et à une communication efficace a plusieurs bénéfices : rassurer les soignants, les responsabiliser, augmenter leurs compétences, et ainsi éviter des transferts au SAU par manque de connaissances plus que par nécessité pour la santé du résident.

IV.4. Ouverture.

L'un des derniers secteurs ayant bénéficié du dispositif PAÏS, en mai 2020, est celui des territoires Vendômois avec 6 médecins adhérents d'emblée. Il serait alors intéressant d'étudier son impact sur les soins non programmés en EHPAD avant et après cette implantation de PAÏS, et l'évolution des transferts vers les SAU de Vendôme.

V. CONCLUSION

Dans une société vieillissante où l'une des priorités est de réduire le passage aux urgences des personnes âgées, on se rend bien compte des difficultés que cela implique sur le terrain en termes de gestion des soins non programmés et de disponibilité médicale. En effet malgré les différentes mesures politiques il reste compliqué de mettre en place des éléments concrets, simples et rapidement applicables afin de remédier à cette problématique.

En effet nous sommes tous confrontés en tant que soignants à ce questionnement à la fois médical mais aussi éthique sur la nécessité ou non d'un transfert aux SAU pour ces patients fragiles que nous avons à cœur de soigner avec bienveillance. Ceci imposerait une disponibilité plus accrue mais les difficultés territoriales en termes de démographie médicale rendent la tâche difficile.

Un dispositif simple peu onéreux et innovant existe cependant en Loir-et-Cher et fait ses preuves depuis plus de 10 ans, concernant la réduction de passages aux urgences et l'amélioration des soins non programmés pour les personnes âgées.

Notre étude vient renforcer ses résultats concernant les résidents d'EHPAD.

A travers notre étude nous montrons l'intérêt majeur du dispositif PAÏS en termes de gestion des soins non programmés des personnes âgées résidents d'EHPAD. En effet PAÏS permet un délai d'intervention rapide des médecins avec la garantie d'une consultation au chevet du malade, assurant ainsi une sécurité et un confort pour les patients, leur famille et les équipes soignantes, puis la préservation d'une éthique.

Il facilite un travail d'équipe avec un esprit de solidarité et garantit une meilleure qualité de vie pour les médecins puis une attractivité dans le territoire concerné.

In fine cette prise en charge rapide des soins non programmés, associée à la formation des équipes soignantes d'EHPAD, permet de réduire le recours aux SAU des résidents.

PAÏS est donc une alternative simple, souple, peu onéreuse et facilement transposable d'un bassin de vie à un autre et permet de garantir à tous nos concitoyens, principalement les plus âgés, des soins de proximité non programmés de qualité et de sécurité.

Enfin la pandémie actuelle au Coronavirus COVID 19 vient mettre en exergue la nécessité impérieuse d'une véritable restructuration médicale pour les soins non programmés des usagers et notamment des personnes âgées. (Annexe 5)

PAÏS permet une réorganisation rapidement applicable qui permettrait de pallier les risques des déprogrammations et de retarder les décompensations afférentes ainsi que leurs conséquences dramatiques chez des sujets précaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. Le dispositif PAERPA [en ligne], Ministère des Solidarités et de la Santé, mai 2017 [consulté le 5 janvier 2020]. Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
2. Expérimentations PAERPA 2013-2019 Bilan et perspectives du parcours des aînés [en ligne] Ministère des Solidarités et de la Santé, juillet 2020 [consulté le 5 février 2020]. Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_paerpa_10_juillet_2020.pdf
3. Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des EHPAD [en ligne], Note méthodologique et de synthèse documentaire HAS [consulté le 7 février 2020]. Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201507/note_methodo_reduire_hospit_residents_ehpad.pdf
4. Graverholt B. Forsetlund L. Jamtvedt G., Reducing hospital admissions from nursing homes : a systematic review [en ligne], 2014 [consulté le 10 février 2020]. Disponible sur <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24456561/>
5. Pacte de refondation des urgences [en ligne], Ministère des Solidarités et de la Santé, décembre 2019 [consulté le 6 mars 2020]. Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/pacte-de-refondation-des-urgences-20-decembre-2019>
6. ENNUYER B. À quel âge est-on vieux ? La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus, Gérontologie et société, Fondation Nationale de Gérontologie, 2011/3 (vol. 34 / n° 138), pages 127 à 142.
7. Personnes âgées [en ligne], Centre d'observation de la société, 2019 [consulté le 10 mars 2020]. Disponible sur <http://www.observationsociete.fr/definitions/personnes-agees.html>
8. Rapport : vivre ensemble plus longtemps [en ligne], Centre d'analyse stratégique, juillet 2010 [consulté le 11 mars 2020]. Disponible sur <http://archives.strategie.gouv.fr/cas/content/rapport-vivre-ensemble-plus-longtemps-0.html>
9. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [en ligne], Note méthodologique et de synthèse documentaire HAS, [consulté le 30 mars 2020]. Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf
10. BLANPAIN N. et BUISSON G. Projections de population à l'horizon 2070. Deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013. [en ligne] INSEE [consulté le 30 mars 2020]. Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>
11. Statistiques locales [en ligne] INSEE [consulté le 30 mars 2020]. Disponible sur https://statistiques-locales.insee.fr/#c=indicator&i=tcrd021.estim_pop_ensemble&s=2019&selcodgeo=24&view=map3
12. Etat de santé et dépendance des séniors [en ligne] INSEE [consulté le 4 avril 2020]. Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3646032?sommaire=3646226>

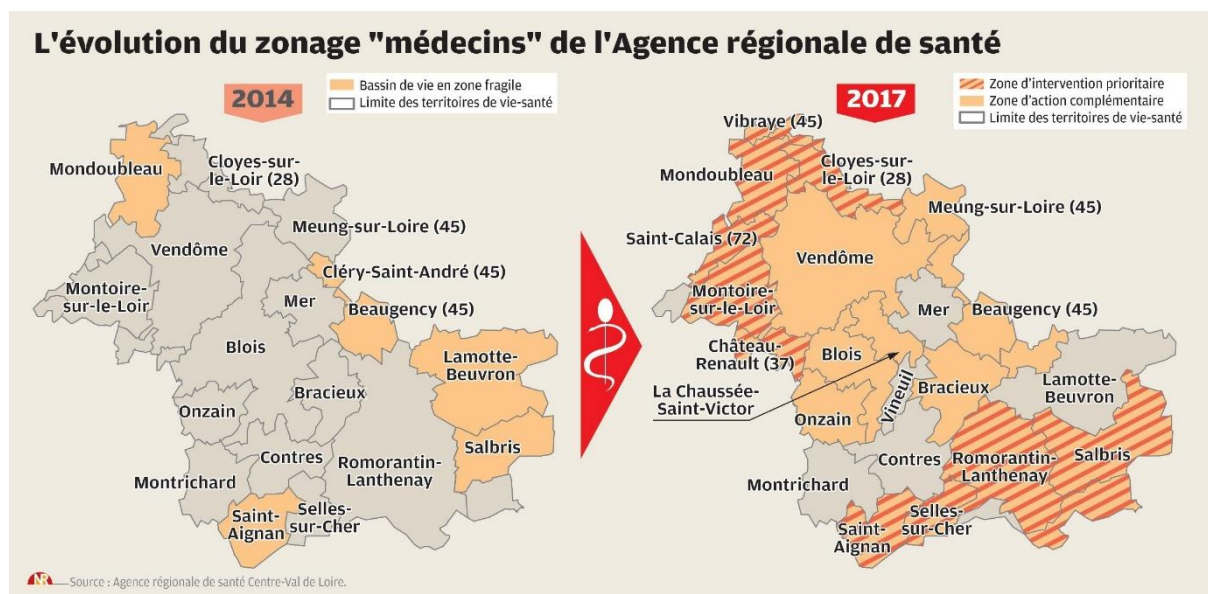
13. LARKI K. ROY D. 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050 [en ligne], INSEE Première, 2019 n°1767, [consulté le 4 avril 2020].
Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949>
14. Panorama 2020 des EHPAD [en ligne] Conseil Dépendance [consulté le 10 avril 2020].
Disponible sur <https://www.conseildependance.fr/panorama-2020-des-ehpad-en-france/>
15. CALVET L. État de santé et dépendance des personnes âgées en institution ou à domicile, Études Et Résultats DRESS, n°988, décembre 2016, p.4.
16. MESNIER T. Assurer le premier accès aux soins Organiser les soins non programmés dans les territoires, Rapport mai 2018, p.84.
17. Portrait des professionnels de santé Edition 2016 [en ligne] DRESS [consulté le 5 mai 2020].
Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/panoramas-de-la-drees/portrait-des-professionnels-de-sante-edition-2016>
18. BOISGUERIN B. MAURO L. Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue, Etudes et Résultats DRESS, n°1008 2017, p.6.
19. BOISGUERIN B. MAURO L., Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier, Etudes et Résultats DRESS, n° 1007 2017, p.6.
20. Recours évitables aux urgences : la CNAMTS cible les EHPADS [en ligne], Geronto News, juillet 2017 [consulté le 5 mai 2020]. Disponible sur https://www.gerontonews.com/recours-evitable-aux-urgences-la-cnamts-cible-les-ehpad-NS_CZ3OSQ6HB.html
21. Décret no 2019-714 du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Journal Officiel de la République Française, n°155 du 6 juillet 2019.
22. FOULT M. EHPAD : le droit de prescription des médecins coordonnateurs élargi par décret, Le Quotidien du Médecin, juillet 2019.
23. Population et densité de population [en ligne], Pilote 41 [consulté le 10 mai 2020]. Disponible sur <http://www.pilote41.fr/population/demographie/population-et-densite-de-population>
24. Professionnels de santé, une démographie médicale défavorable [en ligne], Pilote 41 [consulté le 10 mai 2020]. Disponible sur <https://www.pilote41.fr/social-et-sante/sante/professionnels-de-sante>
25. Schéma Départemental Accès à la santé pour tous en Loir-et-Cher, Loir-et-Cher 2020 Conseil Générale, p 157.
26. Avant projet de diagnostic territorial partagé de Loir-et-Cher [en ligne] [consulté le 4 janvier 2020].
Disponible sur https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/system/files/2018-06/Diagnostic_territorial_Loir_et_Cher.pdf
27. NEILZ C. Médecine : la situation s'aggrave en Loir-et-Cher [en ligne], La Nouvelle République, 2018 [consulté le 2 novembre 2019]. Disponible sur <https://www.lanouvellerepublique.fr/blois/medecins-tout-le-loir-et-cher-pourrait-etre-en-zone-prioritaire>

28. Nouveau zonage médecins en Centre-Val de Loire, Dossier de presse ARS Centre Val de Loire, 3 décembre 2020, p. 12.
29. Capacité d'accueil des personnes âgées selon la catégorie d'établissement au 31 décembre 2017 [en ligne], INSEE [consulté le 4 mai 2020]. Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012690>
30. DUTHEIL N. SCHEIDEGGER S. Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement, Etudes et Résultats DREES, n°494, juin 2006.
31. BIENVAULT P. Des infirmières la nuit dans les Ehpad [en ligne], LaCroix [consulté le 6 mai 2020]. Disponible sur <https://www.la-croix.com/Sciences-et-ethique/Sante/infirmieres-nuit-Ehpad-2018-05-30-1200943115>.
32. TRABUT F. Impact de la Plateforme Alternative d'Innovation en Santé (PAIS) sur la fréquentation des services d'urgences des hôpitaux de Blois, Amboise et Tours, Thèse de doctorat de médecine, Université de Tours, 2012.
33. SCHICK J. Étude comparative de l'incidence de PAIS (Plateforme Alternative d'Innovation en Santé) sur le recours aux urgences entre trois communautés de communes en Loir-et-Cher, Thèse de doctorat de médecine, Université de Tours, 2016.
34. NEILZ C., Un chercheur s'est penché sur l'évaluation de PAIS [en ligne], La Nouvelle République [consulté le 23 avril 2020]. Disponible sur <https://www.lanouvellerepublique.fr/loir-et-cher/un-chercheur-s-est-penche-sur-l-evaluation-de-pais>
35. FIGWER T. Retentissement de la Plateforme Alternative d'Innovation en Santé (PAIS) sur la fréquentation aux services d'urgences de Blois et de Romorantin-Lanthenay entre 2009 et 2012, Thèse de doctorat de médecine, Université de Tours, 2013.
36. Intervention des médecins traitant en EHPAD. Conseil National de l'Ordre des Médecins. avril 2013
37. JACQUOT A. Les transferts aux urgences des patients venant d'EHPAD : étude descriptive durant trois mois aux urgences du centre hospitalier universitaire de Saint-André à Bordeaux, Thèse de doctorat de médecine, Université de Bordeaux, 2017
38. MAIRE A. Pertinence des hospitalisations via le service des urgences chez les patients de plus de 75 ans. Thèse de doctorat de médecine, Université Paris VII Denis Diderot, 2013.
39. VELLARD-HAMELIN AC. Description du parcours de soins et des hospitalisations des résidents en EHPAD. Thèse de doctorat de médecine, Université Paris Diderot-Paris VII, 2015
40. Le Fur-Musquer E, Delamarre-Damier F, Decker L, et al. Modalités d'hospitalisations en urgence des sujets âgés hébergés en établissements pour personnes âgées dépendantes. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement. 1 déc 2011;9(4):409-15.
41. CAMPION AL. Quelles alternatives aux transferts aux urgences des résidents d'EHPAD : Revue de littérature nationale et internationale, Thèse de doctorat de médecine, Université Claude Bernard Lyon 1, 2018

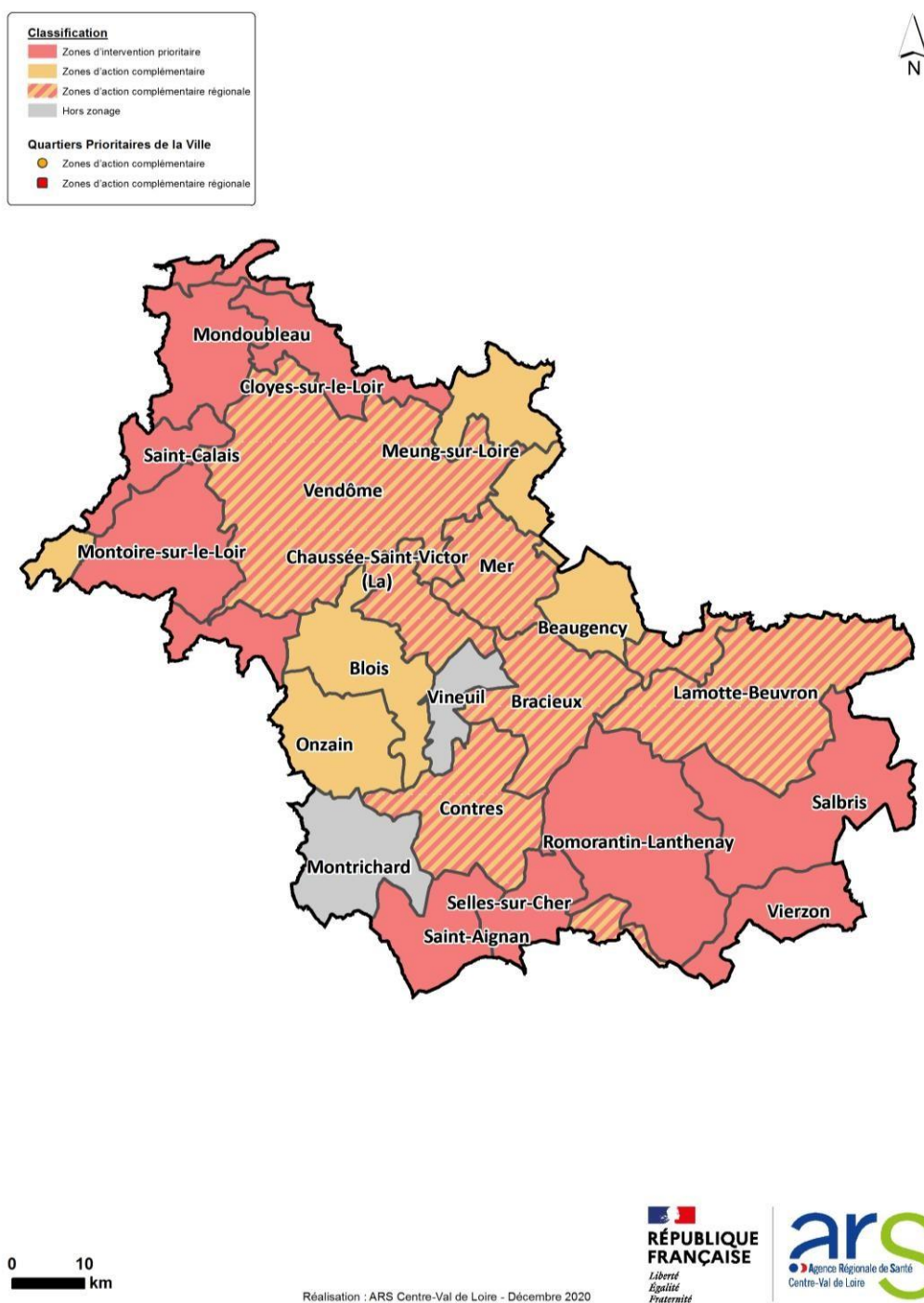
42. GRABOWSKI DC, STEWART KA, and al. Predictors of nursing home hospitalization : a review of the literature [en ligne] Février 2008.
Disponible sur <https://www.hcp.med.harvard.edu/publications/predictors-nursing-home-hospitalizations-review-literature-0>

ANNEXES

Annexe 1 : Zonage des médecins de l'ARS en Loir-et-Cher



Annexe 2 : Zonage médecins 2020



Annexe 3

..... L'évaluation

En 2015, l'agence régionale de santé et la mutualité française du Centre-Val de Loire ont confié à Jean Marc Macé, professeur des universités au CNAM, le soin de réaliser l'évaluation de PAIS. Ses conclusions ont été validées cette année.

Moindre consommation de soins chez les médecins généralistes adhérent à PAIS : -5%.

3605 consultations ont été évitées. Impact financier annuel : 82 915€ (23€ par consultation). Mieux répondre aux attentes de proximité de la population n'a pas été synonyme d'inflation.

Les soins à destination des diabétiques : 14% d'hospitalisations en moins.

L'économie annuelle est chiffrée à 9 628€. Le nombre d'hospitalisations est plus faible que celui qui était attendu.

Impact sur les transports : -21%

La zone évaluée montre une sous consommation significative des transports. Cela correspond à 873 déplacements évités (cours attendues = 4 096, observées = 3223). A raison de 73€ en moyenne par transport, l'économie est de 63 656€.

Moindre recours aux services hospitaliers des urgences : 1/3 de passages en moins.

2072 passages ont été observés pour 3077 passages attendus. 1005 passages ont ainsi pu être évités.

Économies annuelles valorisées : 371 749

Ce montant prend en compte les éléments mentionnés ci-dessus auxquels s'ajoute l'arrêt de la permanence des soins rendue possible par PAIS et qui coûtait 54 750€ par an auparavant.

Retour sur investissement : 1 euro consacré à PAIS en apporte au moins 5.

Les charges annuelles représentent 76 340€. Elles sont consacrées aux compléments financiers perçus par les 10 médecins du secteur évalué pour cette étude. Compte tenu de l'impact sur les dépenses de santé observées, 1 euro en génère au moins 5.

Perspectives

À moyen terme, le dispositif PAIS est appelé à s'étendre au-delà des frontières du Loir-et-Cher et de la seule région Centre-Val de Loire. PAIS aura demain vocation à s'appliquer aux autres professionnels de santé (pharmaciens, infirmiers, diététiciens, kinésithérapeutes...).

..... Ils en parlent

« Sans PAIS, j'aurais déjà dévissé ma plaque pour aller m'installer dans une ville plus grande »
Dr Clothilde LOISON

« Ce dispositif améliore grandement les relations villes-hôpital. J'en ai fait un axe fort de notre stratégie »
Richard BOUSIGES, ancien directeur du CH de Blois

« Dans le cadre de Loir-et-Cher 2020, le Conseil départemental a fait de PAIS une des actions emblématique illustrant le caractère innovant de notre département »
Maurice LEROY, Député de Loir-et-Cher, Président du Conseil général puis départemental de Loir-et-Cher de 2004 à 2017

« PAIS est l'une des initiatives les plus intelligentes qui ait eu pour cadre la région Centre-Val de Loire. L'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) a soutenu ce dispositif dès 2008 »
Monique DAMOISEAU, ex-directrice de l'URCAM

« Grâce à PAIS notre réseau nutrition diabète rencontre un écho très favorable auprès du public et des médecins. Nous avons pu mettre en place une organisation efficace »
Louissette MONIER, co-fondatrice du réseau diabète nutrition Loir-et-Cher

« PAIS a été cité comme action exemplaire dans le rapport de la Cour des Comptes, relatif aux dépenses de santé et publié en septembre 2014 »
Citation de la Cour des Comptes



Les deux initiateurs du dispositif PAIS



Docteur Isaac Gbadamassi

Le Docteur Isaac Gbadamassi est Médecin anesthésiste-réanimateur depuis plus de 30 ans. Il assumera la fonction de Médecin Chef du SAMU et du service des urgences d'Angoulême de 1990 à 1998 puis de ce celui de Blois de 1998 à 2017. Parallèlement, il occupera la fonction de médecin coordinateur des dons d'organes en Loir et Cher depuis 1999 jusqu'en septembre 2017.

Directeur du CESU 16 (Centre d'Enseignement des Soins d'Urgences) de 1990 à 1998, il fonde le CESU 41 en 1998 et en deviendra le directeur pédagogique. Le docteur Gbadamassi est aussi diplômé de Réseau de Santé et de Coopération Sanitaire ainsi qu'initiateur/pilote de PAIS (Plateforme Alternative d'Innovation en Santé) en collaboration étroite avec Patrick EXPERT (directeur d'hôpital) depuis sa création en 2002 et sa mise en place en 2009.

Contact : igba@wanadoo.fr

Patrick Expert

Patrick Expert est directeur d'hôpital. Il exerce au centre hospitalier Simone Veil de Blois en tant que directeur des finances. Il est aussi responsable, depuis 2009, du groupement de coopération sanitaire régional télésanté centre Val de Loire qui associe la quasi-totalité de l'offre de soins et de moyens soins publics et privés ainsi que l'ensemble des unions régionales des professionnels de santé libéraux. Une des actions phares qu'il mène est la mise en place de la mutualisation des images médicales en région Centre (MIRC). En 2008, il est missionné, avec le Dr. Gbadamassi, par les directeurs de l'ARH et de l'URCAM, pour mettre en œuvre le dispositif PAIS qu'il a conçu et préparé préalablement avec ce praticien. Ils le pilotent ensemble depuis que le projet a été initié en 2009.

Contact : patrickexpert@aol.com

Association PAIS Loir-et-Cher
15 rue de Verdun 41 400 Saint-George-sur-Cher



PAIS, Une solution innovante pour revaloriser les médecins généralistes de proximité

Initiée dans le Loir et Cher en 2008 par deux hospitaliers avec l'appui de l'ARH et de l'URCAM, la démarche PAIS a pour objectif d'attirer de nouveaux médecins par des conditions de travail améliorées et ainsi prévenir les risques de désertification médicale, de maintenir une offre médicale de proximité, de relancer la prévention et l'éducation, d'améliorer la qualité des soins primaires, d'inciter à accueillir des stagiaires et futurs médecins et enfin de réduire le recours inapproprié aux structures hospitalières, en premier lieu, aux urgences.

Un dispositif innovant

Le terme de PAIS (variante de « pays ») marque la volonté d'organiser l'offre de soins à l'échelle d'un bassin de vie dépassant le cadre traditionnel de la commune. PAIS signifie aussi Plateforme Alternative d'Innovation en Santé. Ceci traduit notamment la volonté de décloisonner la ville et l'hôpital.

PAIS concerne à ce jour 22 médecins généralistes volontaires exerçant en Loir et Cher, dans la vallée du Cher et en Sologne. Leur engagement dans ce projet leur apporte une série de compléments financiers pour :

- **renforcer** leur secrétariat (afin de filtrer les appels et alléger leurs tâches administratives),
- **organiser** à tour de rôle, au sein de leur territoire ou pays, la prise en charge des soins sans rendez-vous,
- **développer** des actions de prévention et d'éducation thérapeutique.

PAIS a reçu un Prix d'innovation décerné aux pilotes à Paris, le 17 mai 2017 par la FHF (Fédération Hospitalière de France).

PAIS a déjà fait l'objet de 5 sujets de thèse de médecine, 2 sujets de Master puis d'une convention avec le conseil départemental de Loir-et-Cher pour son extension à tout le département.

Le regroupement des médecins ou la création d'un immeuble commun ne constituent pas un préalable à sa mise en place.

Un décloisonnement s'opère du fait:

- de la **mutualisation** du secrétariat,
- de la **proximité** de médecins exerçant au sein d'un même « pays »,
- de **conseils gratuits** en informatique
- des **actions** qu'ils conduisent en commun*.

Les compléments financiers dont ils bénéficient leur sont payés chaque mois, à service fait et validé par le SAMU. Ils disposent aussi d'un soutien en ingénierie pour la mise en place et pour le suivi du dispositif.

PAIS est un dispositif qui fonctionne, constituant une véritable alternative à des structures ou organisations plus lourdes comme les maisons de santé, ou à l'inverse une première marche pour leur mise en œuvre. C'est, en quelque sorte, «le chaînon manquant»



* partage des données, tour de rôle des soins sans rendez-vous, revues de dossiers médicaux; programmes locaux de prévention et d'éducation, accueil et encadrement des internes, relations avec le SAMU...

Annexe 4 : Fiche de Liaison EHPAD de Saint-Georges-sur-Cher



EHPAD Résidence des Cèdres
6 Rue des Amandiers
41400 St Georges sur Cher
Tel : 02.54.32.38.00 Fax : 02.54.32.20.17

Fiche de liaison appel d'urgence ou passage Médecin

| Médecin traitant | Date | Nom | Prénom |
|------------------|------|-----|--------|
| | | | |

Motif d'appel :

| | | |
|------------|-----------------------------------|--|
| Constantes | Pouls | |
| | TA | |
| | Température | |
| | Rythme respiratoire | |
| | Sat air ambiant | |
| | Sat sous O2 (préciser nbre l/min) | |

| Degré d'urgence (cocher la case) | Dans la journée | 1 à 3 jours | Dans la semaine |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|
| Souhait d'échange téléphonique Avec cabinet médical ou Docteur | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
|---|---------------------------------|---------------------------------|

SIGNATURE EHPAD

Heure fax :

AVIS MEDECIN TRAITANT

Date passage

signature

Visa Médecin Coordonnateur

Dr LEGEAY EHPAD Résidence des Cèdres
Communs/Infirmières/Fiche de liaison appel d'urgence...

mise en place le 13/01/2017

Annexe 5 : Tribune du Conseil Départemental 41 : Réformer notre système de santé :

Les territoires, porteurs d'une réponse adaptée

Notre pays a traversé ces derniers mois une crise sanitaire sans précédent alors que l'hôpital public est devenu le parent pauvre de notre nation, au fil des décennies. La médecine, cette discipline, si prestigieuse exercée par des femmes et des hommes qui se mettent à notre service, doit faire face à un déni de reconnaissance, des politiques austères et un manque de courage certain pour innover et lui donner les moyens d'exister. Notre système de santé actuel a pu relever le premier défi de cette pandémie uniquement grâce à l'implication sans faille du personnel soignant. Loin de vouloir faire le procès des hommes qui ont mené à la ruine notre médecine, nous, élus, gestionnaires et médecins, souhaitons ici présenter un dispositif innovant qui, en une décennie, a fait ses preuves et permis à des territoires de trouver une réponse adaptée à la crise du milieu médical.

La perspective d'un plan massif de soutien pour l'hôpital et ses professionnels ne pourra produire ses effets avant plusieurs mois, voire années en raison des délais pour mobiliser les fonds, les répartir, adapter la réglementation, réaliser les travaux, les investissements, les recrutements, les formations... L'urgence de la situation ne permet pas d'attendre.

Notre système souffre depuis longtemps d'hospitalo centrisme, ou recours au « tout hôpital ». Près de 60% des passages aux urgences devraient relever de la médecine de ville. Une prévention et une éducation insuffisantes du public se traduisent par des épisodes curatifs plus lourds. La France connaît un nombre d'hospitalisation élevé par rapport à des pays comparables. Le décroisement ville-hôpital est insuffisant.

Les solutions alternatives à l'hôpital privilégiées au plan national (maisons de santé ; accord conventionnel ; CPTS...) ne sont pas prêtes, elles ne sont plus dans le tempo de l'urgence absolue que nous connaissons aujourd'hui. Fruit d'un financement dominant à l'acte et à l'activité, prévention et éducation ont été également dévalorisées au profit du traitement curatif.

Dans ce très court terme, c'est l'organisation sanitaire qui doit être privilégiée et les territoires sont porteurs de solutions adaptées. Nées du ballon d'oxygène des années 2004 à 2009 accordant plus de marges d'innovation, les plus robustes d'entre elles ont su résister au retour de la tendance centralisatrice à partir des années 2012-2013. Les solutions qui sont encore en place le doivent à la motivation d'élus - de collectivités locales les finançant, en lieu et place des ARS et de l'assurance maladie - et au soutien des professionnels et des usagers qui en bénéficient.

Ces alternatives doivent amener rapidement la médecine de ville à prendre en charge les soins sans rendez-vous relevant de sa compétence, pour éviter le recours abusif aux urgences, réduire les hospitalisations, relancer l'éducation et la prévention collectives, ceci au plus près du lieu de vie de chacun.

Cette solution, le département de Loir et Cher l'a mise en place il y a dix ans en Sologne et dans la vallée du Cher. Il s'agit du dispositif couramment nommé PAÏS pour Plateforme Alternative d'Innovation en Santé.

A l'origine : la volonté de faire face au risque de désertification médicale. Il dispose aujourd'hui d'une solide évaluation : thèses médicales, mémoires de mastère, mention dans le rapport annuel de la cour des comptes, Prix décerné par la fédération hospitalière de France, audit national et évaluation externe réalisée à la demande de l'ARS du Centre Val de Loire.

Ce dispositif repose sur des actions ciblées et rapides à mettre en œuvre. L'organisation s'attache à un « pays » ou bassin de vie comprenant 20 000 à 40 000 habitants. La priorité va aux seuls médecins généralistes, clés de voute de la première ligne. Trois soutiens financiers leur sont apportés. Le premier leur permet de renforcer et former leur secrétariat médical (pour traiter les appels, les soutenir au plan administratif et leur faire gagner près d'une heure et demie par jour). Le deuxième, d'organiser, à l'échelle de chaque bassin de vie, un tour de rôle pour prendre en charge, chaque jour, les soins sans rendez-vous (évitant le recours inutile aux urgences). Le troisième, d'animer des actions d'éducation et de prévention collectives auprès du public et des EHPAD.

Les résultats sont probants : rapidité de mise en œuvre de ce dispositif (en utilisant l'existant, construction en unité de lieu non indispensable). Accès aux soins de proximité facilité. Mortalité et morbidité (pathologies de la population) meilleures qu'attendues, réduction sensible du recours aux urgences, moins d'hospitalisations (-14%), baisse des transports sanitaires (-21%), amélioration des conditions de travail des médecins, production contenue d'actes pour les généralistes adhérant au dispositif (-5%), remplacement et succession des médecins assurés. Enfin, au plan financier, il a été démontré qu'un euro consacré à cette solution en rapportait cinq. Les économies dégagées sont cinq fois plus importantes que le coût total annuel.

Par sa simplicité de mise en œuvre et par ses résultats, la solution PAÏS apporte un appui décisif et rapide au monde hospitalier, et une réponse de proximité pour lutter contre les déserts médicaux

Avec moins de passage aux urgences, moins d'hospitalisations, moins de transports sanitaires et une meilleure éducation.

Le conseil départemental de Loir-et-Cher, chef de file de l'action sociale, souhaite pérenniser cette dynamique locale ; il innove sur une problématique qui relève de l'État. Tous ensemble, nous, les acteurs des territoires, pouvons apporter une réponse concrète, adaptée et attendue par tous les citoyens. Le déploiement de PAÏS à l'ensemble de notre département de Loir-et-Cher est notre priorité locale. Ce type de dispositif, simple et éprouvé, est ainsi une chance unique de sortir de l'impasse sanitaire dans laquelle se trouve notre pays.

Nicolas Perruchot, Président du conseil départemental de Loir-et-Cher,

Monique Gibotteau, Vice-présidente du conseil départemental de Loir-et-Cher en charge des Solidarités

Patrick Expert, directeur d'hôpital honoraire

Dr Isaac Gbadamassi, praticien hospitalier, ancien directeur de SAMU

Dr Yannick Legeay, Médecin spécialiste de médecine générale

INDEX

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive.

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'évaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

FNPEIS : Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire

GIR : Groupe Iso-Ressource

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

PAIS : Plateforme Alternative d'Innovation en Santé

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

SAU : Services d'Accueil des Urgences

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

URCAM : Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie

Vu, le Directeur de Thèse

Dr ISAAC GRADAN ABO



Vu, le Doyen

De la Faculté de Médecine de Tours

Tours, le

MAUGARD Pauline

65 pages – 17 tableaux

Résumé :

L'amélioration de la gestion des soins non programmés des personnes âgées, à leur domicile ou pensionnaires des EHPAD est un sujet qui est depuis plusieurs années au cœur des politiques de santé. Cet enjeu de santé publique s'inscrit dans un contexte de vieillissement global de la population en France. Selon les projections de l'INSEE, le nombre de personnes de 75 ans ou plus passerait de 5,2 millions en 2007 à 11,9 millions en 2060. Le nombre de résidents d'EHPAD s'élevait à 600 000 en 2015 et passerait à plus de 900 000 d'ici 2050. Nous nous proposons de contribuer à cette amélioration suivant notre expérience, acquise lors de notre cursus professionnel avec la présentation du dispositif PAÏS (Plateforme Alternative d'Innovation en Santé). Ce dispositif implanté depuis octobre 2009 en Loir-et-Cher, vise à réorganiser la médecine de proximité et principalement les soins non programmés en ville. C'est une organisation qui repose sur la base d'un volontariat des médecins d'un même territoire ou d'un bassin de vie pour répondre aux soins non programmés, de 8h à 20h en semaine et de 8h à 12h le samedi. Des différents travaux d'analyse déjà effectués en Loir et Cher, il en ressort, une nette réduction du recours aux services d'urgences hospitalières (- 20 %) pour les personnes âgées de plus de 75 ans. L'objectif de notre étude est de montrer l'impact que peut avoir PAÏS sur la gestion des soins non programmés des sujets âgés, à partir de 75ans et résidents d'EHPAD en Loir et Cher. Il s'agit d'une étude quantitative rétrospective sur la période de juin à décembre 2019 au sein des EHPAD de trois territoires différents dans le département : le territoire du Cher à la Loire qui est le site pionnier de PAÏS et deux autres hors-PAÏS que sont, Mondoubleau et Veuzain-sur-Loire. La méthode statistique utilisée est le test du Chi² avec comme valeur seuil de significativité retenue $p < 0,05$.

Il ressort des résultats un délai d'intervention plus rapide en secteur PAÏS comparativement à Mondoubleau et Veuzain-sur-Loire ($p < 0,03$). On constate, durant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux, 4 fois plus de sollicitations du service de garde ou centre 15 et 4 fois plus d'interventions par avis oral ou téléphonique sans consultation au chevet du patient en secteur hors-PAÏS et principalement en secteur de Mondoubleau ($p < 0,01$). De plus durant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux, 83% des résidents adressés au SAU le sont à la suite d'un avis médical téléphonique ou oral sans consultation au chevet du patient en secteur de Mondoubleau, parmi lesquels une certaine proportion serait ainsi évitables, contre seulement 39 % en secteur PAÏS ($p < 0,005$). Finalement PAÏS permet une plus grande disponibilité des médecins pour leur patients résidents d'EHPAD. Ce dispositif assure une meilleure organisation des professionnels de santé et garantit une présence soignante continue et sécuritaire tant pour le personnel soignant que pour les patients. Ce dispositif simple et souple mériterait d'être généralisé afin d'éviter les recours aux urgences hospitalières des personnes âgées avec le risque d'une décompensation et / ou d'une infection nosocomiale.

Mots clés : personnes âgées, EHPAD, PAÏS, soins non programmés.

Jury :

| | |
|----------------------|--------------------------------|
| Président du Jury : | Professeur François MAILLOT |
| Directeur de thèse : | Docteur Isaac GBADAMASSI |
| Membres du Jury : | Professeur Emmanuel RUSCH |
| | Professeur Clarisse DIBAO-DINA |

Date de soutenance : 30 septembre 2021