Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

Année 2022/2023

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 17 Janvier 2023 à Poitiers
par M. Maxime Weppe

Titre

Caractéristiques des patients de plus de 95ans admis au service d'accueil des urgences du CH de Béthune. Etude d'impact entre 2017 et 2021.

COMPOSITION DU JURY

Président :
Monsieur le Professeur Olivier Mimoz

Membres :
Monsieur le Professeur Eric Wiel

Madame le Docteur Evelyne Liuu

Directeur de thèse :
Monsieur le Docteur Alain-Eric Dubart

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Olivier Mimoz
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Médecine d'Urgence
Chef du GHT Urgences et SAMU 86 de la Vienne

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail, soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Eric Wiel

Professeur des Université – Praticien Hospitalier

Anesthésie – Réanimation et Médecine d'Urgence

Vice-Doyen, Assesseur 3e cycle et post internat de la faculté de médecine de Lille

Coordinateur régional (Hauts de France) et local (Faculté de médecine de Lille) du DES de Médecine d'Urgence

Chef de Pôle adjoint des Urgences du CHU de Lille

Chef du Service de Recherche Clinique du pôle d'Urgence du CHU de Lille

Vice-Président du Collège de Médecine d'Urgence 59-62

Initiateur de la démarche ASSURE

Merci d'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur Evelyne Liuu

Maitre de Conférence Universitaire – Praticien Hospitalier

Gériatrie – CHU de Poitiers.

Merci d'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Alain-Eric Dubart

Praticien Hospitalier

Médecine d'Urgence

Chef de pôle Urgence/SMUR GHT Artois

Président du Collège de Médecine d'Urgence Nord Pas-de-Calais

Président de la Fédération des Collèges de Médecine d'Urgence

Merci de votre dévouement et votre disponibilité tout au long de ce travail de thèse.

Merci pour votre soutien et vos encouragements.

A mes parents, merci pour leur soutien infaillible tout au long de ces années. Sans vous rien de tout cela ne serait possible.

A ma sœur, pour son accompagnement, son entraide et son soutien tout au long de ces études.

A ma famille, à mes amis, à notre groupe de P1, merci pour votre présence, votre aide et votre soutien.

A Capucine et Lilly, vous êtes la plus belle chose qui me soit arrivée, merci pour la force que vous me donnez.

A Caroline, qui a su être présente dans le tunnel sans pouvoir voir la lumière.

INTRODUCTION

1) Epidémiologie :

Le vieillissement de la population est de nos jours un enjeu majeur de santé publique, notamment dans les pays développés.
Ce vieillissement conduira à une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes. Selon les projections de l'INSEE, le pourcentage de personnes de plus de 75 ans dans la population générale passera de 9,3% en 2020 à 14,6% en 2040 et 17,9% en 2070. De plus, 1 200 000 personnes seront dépendantes en 2040 contre 800 000 actuellement. (1,2)

Les services des urgences sont actuellement le lieu initial d'évaluation et de prise en charge des personnes âgées et constituent souvent leur premier mode d'entrée et d'accès aux soins à l'hôpital.

Parmi les patients âgés hospitalisés aux urgences, ceux provenant d'EHPAD représentent 9 à 37% selon les études. (3)

En France, fin 2015, 728 000 personnes fréquentent un établissement d'hébergement pour personnes âgées ou y vivent, soit 10 % des personnes âgées de 75 ans ou plus et un tiers de celles âgées de 90 ans ou plus. Huit sur dix sont accueillies en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Les résidents sont de plus en plus âgés : la moitié a plus de 87 ans et 5 mois, contre 86 ans et 5 mois fin 2011.(4)

La région Hauts-de-France compte un total de 965 maisons de retraite dont 568 EHPAD. Ce type d'établissement représente globalement une capacité d'accueil de 61 832 places, soit un taux d'équipement de 160 (nombre de places pour 1000 personnes de plus de 75 ans). Ce taux est supérieur à la moyenne nationale qui est de 148. (5)

2) Définitions :

A. Le Vieillissement

Le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies. L'état de santé d'une personne âgée résulte des effets vieillissement et des effets additifs de maladies passées et actuelles, qu'elles soient chroniques ou aigües.

Il ne faut pas confondre cette définition du vieillissement des organismes vivants avec celle du vieillissement de la population qui est liée à l'augmentation de la proportion de personnes âgées dans une population. (6)

B. La Vieillesse

C'est la partie de la vie correspondant à l'aboutissement du vieillissement. Pour définir l'âge à partir duquel une personne est âgée, l'organisation mondiale de la santé (OMS) retient le critère d'âge de 65 ans et plus.

Une définition sociale utilise l'âge de cessation d'activité professionnelle, ce qui revient à entrer dans la vieillesse entre 55 et 60 ans.

L'âge de 75ans est plus pertinent si l'on veut prendre en compte les populations les plus exposées aux risques de perte d'autonomie et à la fragilité.(6)

Enfin, l'âge moyen constaté dans les institutions gériatriques est d'environ 85 ans. La perception de sa vieillesse ou de celle des autres est très variable et personnelle.(7)

C. La Vulnérabilité

La vulnérabilité est un concept très utile pour comprendre les effets du vieillissement sur l'organisme et la fragilité des sujets âgés vis-à-vis de certaines maladies ou agressions. En effet, le vieillissement a pour conséquence de diminuer les capacités des réserves de l'organisme, capacités fonctionnelles qui ne sont pas utilisées dans les conditions de base, mais mises en jeu dans des circonstances comme l'effort, le stress, les agressions ou encore les maladies.
Aussi, l'organisme âgé est moins capable de répondre et de faire face dans ces situations, ce qui décrit la vulnérabilité.
A la vulnérabilité induite par le vieillissement s'ajoute la vulnérabilité induite par des séquelles de maladies passées et les conséquences des maladies chroniques. (6,8)

D. Le Vieillissement pathologique

Le terme de « vieillissement pathologique » ne fait pas l'unanimité parmi les gérontologues. Le vieillissement étant par définition un processus physiologique ne peut pas être pathologique. Ce terme de « vieillissement pathologique » regroupe le concept de vieillissement accéléré d'une part, et celui de phénomènes de vieillissement semblant en continuité avec des maladies d'autre part. (6)

3) Les particularités du patient âgé aux urgences :

Les patients âgés constituent une patientèle particulière des services d'urgences à plusieurs titres. La fragilité, la dépendance, les troubles cognitifs pouvant rendre l'anamnèse difficile, les symptômes et signes cliniques atypiques, la polymédication et les polypathologies, plus fréquentes parmi ces patients, justifient une prise en charge plus complexe que pour les autres patients et entraînent des durées de passage plus longues.

23% des plus de 75ans contre 10% des 15-74ans ont une durée de passage de plus de 8h.(9)

De plus, les patients âgés sont davantage hospitalisés que les autres adultes. Or, quel que soit l'âge des patients, les durées de passages les plus longues sont celles des patients hospitalisés à l'issue des urgences.

Parmi les patients non hospitalisés, le risque d'une durée de passage plus longue est également plus élevé pour les patients âgés. (9)

4) La démarche ASSURE :

La démarche « Amélioration des soins d'urgences en EHPAD » (ASSURE) a été développée par le coordinateur régional des Hauts de France de la médecine d'Urgence (Pr Wiel), le coordinateur de la Gériatrie (Pr Puisieux) et le Collège de Médecine d'Urgence (COMU 59-62), afin de réduire le recours aux Urgences en termes de passages évitables pour les résidents d'EHPAD.

Le but de cette démarche était de sensibiliser et d'accompagner les personnels d'EHPAD face à des situations d'urgences, qu'elles soient réelles ou ressenties. La démarche ASSURE exclut d'emblée les urgences vitales (comme l'arrêt cardiaque, la détresse respiratoire aiguë, le coma, l'hémorragie et l'AVC), qui doivent faire l'objet d'un recours au SAMU-Centre 15 sans délai. Elle aborde uniquement les urgences relatives.(10)

Les recommandations sont regroupées dans un kit pédagogique comportant en noyau central des fiches conduites à tenir (19 au total), agencées toutes sur le même format, et permettant de préciser le contexte de survenue, les signes de gravité devant interpeller les personnels d'EHPAD et les guider sur l'attitude à avoir (« que faire » pour sécuriser, évaluer, agir et appeler le bon interlocuteur).(11)

À cela a été ajoutée, entre autres, la fiche Situation, Antécédents, Evaluation, Demande (SAED) de la Haute Autorité de santé (HAS).

5) Justification de l'étude

Les patients très âgés constituent une population particulièrement vulnérable, et le passage aux urgences peut être délétère dans cette population.(12)

Une étude sur les patients admis aux urgences à partir d'un EHPAD réalisée sur le Nord-Pas de Calais en 2015 retrouvait 26% à 30% de passages évitables. (12)

La population très âgée (≥ 95 ans) admise dans nos services d'urgences, représentant une catégorie très vulnérable n'est pas beaucoup étudiée.
Un premier travail spécifique avait été réalisé en 2017.

L'épidémie de Covid 19 a entrainé en 2020, une importante surmortalité notamment chez les personnes très âgées (+8,7% pour les 85-94 ans et +5,4% pour les 95 ans et plus). (13)

Il nous paraissait intéressant d'effectuer une nouvelle étude sur l'année 2021 à distance de l'épidémie à Covid 19.

MATERIEL ET METHODES :

1) Lieu de l'étude :

Notre étude a été menée au service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Béthune Beuvry.
Il est l'hôpital pivot d'un territoire de 280 000 habitants. En 2021, le nombre d'admissions aux Urgences s'élevait à 39187.

Il est subdivisé en cinq unités géographiquement mitoyennes et fonctionnellement distinctes :

- Une unité d'accueil « les admissions », composée de quatre box d'examens, dédiée aux motifs de pathologies présumés médico-chirurgicaux nécessitant une exploration biologique et des examens complémentaires.
- Une unité de « traumatologie » avec quatre box, deux dédiés à la traumatologie, un à la pédiatrie et une salle de plâtre.
- Deux salles de déchocage pouvant accueillir quatre patients.
- Une unité d'hospitalisation composée de 18 box d'hospitalisation, dédiée aux patients en attente de résultats des différentes explorations ou en attente de place dans les services.
- Une unité d'hospitalisation de courte durée accueillant les patients nécessitant une surveillance télémétrique.

2) Type d'étude :

Nous avons réalisé une étude monocentrique rétrospective observationnelle non interventionnelle sur le centre hospitalier de Béthune du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2021.

3) Population :

A. Critères d'inclusion

Tout patient âgé de plus de 95 ans admis aux urgences.

B. Critères de non-inclusion

Aucun.

4) Recueil des données :

A. Sélection des données

Les données ont été extraites des dossiers médicaux de manière rétrospective.

Cette recherche a été effectuée par le médecin du département d'information médical (DIM) avec une sélection des dossiers en fonction de l'âge.
Tous les patients admis aux urgences du 1er janvier au 31 décembre 2021, et âgés de 95 ans ou plus lors de leur admission ont été inclus dans l'étude.

B. Collecte des données

Les données sont ensuite collectées grâce au dossier patient informatisé (CROSSWAY).

Les données collectées étaient :

- Caractéristiques démographiques : l'âge et sexe.

- La provenance des patients : Domicile, EHPAD ou foyer logement.

- Le mode de transport jusqu'aux urgences : Moyens personnels, ambulances privées, sapeurs-pompiers ou SMUR.

- Le mode de consultation : Patient adressé par un médecin (traitant, coordinateur ou régulateur), par l'auxiliaire de vie ou l'infirmière, à la suite du déclenchement de la téléalarme, ou suite à un appel de la famille ou du patient lui-même.

- Les antécédents du patient : néoplasie, troubles cognitifs, accidents vasculaires cérébraux, pathologies cardiaques, pathologies respiratoires, insuffisance rénale, hypertension artérielle, diabète.

- Le traitement habituel avec le nombre de médicaments sur l'ordonnance.

- Le motif de consultation à la suite de l'examen de l'infirmier d'accueil et d'orientation.

- Le diagnostic de sortie des urgences.

- Les conditions d'admission aux urgences : Le jour de la semaine, et le mois de l'admission, l'heure de passage, le délai de prise en charge avant une évaluation médicale, la durée de séjour dans les urgences.

- L'orientation : Retour à domicile (en ambulance ou non), hospitalisation (service d'hospitalisation, durée d'hospitalisation dans le service, patient opéré ou non, décès au cours de l'hospitalisation ou non), admission en EHPAD depuis les urgences, transfert vers un autre hôpital ou décès aux urgences.

5) Objectif principal :

Analyse descriptive et quantitative de la population des patients ≥ 95ans, admis aux urgences en 2021 et comparative par rapport à l'étude de 2017.

6) Objectif secondaire :

Analyse descriptive et quantitative de la population des patients de 95 ans ou plus admis aux urgences du CHB provenant d'EHPAD.

7) Critère de jugement principal :

- Des fréquences simples et des fréquences relatives (pourcentages) ont été calculées pour les variables qualitatives.
- Des moyennes, des médianes et des écarts-types ont été calculés et les valeurs extrêmes (minimum et maximum) ont été déterminés pour les variables quantitatives.

8) Critères de jugements secondaires :

Analyse descriptive en fréquence des patients provenant d'un EHPAD sur :
- les caractéristiques démographiques
- les motifs d'admissions
- les modalités de prise en charge

Une analyse a été réalisée selon les tranches horaires différentes (8h00-18h00, 18h00-0h00, 0h00-8h00).

Les résultats sont comparés à ceux de 2017.

9) Enregistrement des données :

Toutes les données collectées étaient ensuite stockées, pseudonymisées et enregistrées sur un logiciel EXCEL™ avec sécurisation par mot de passe sur un ordinateur privé.

10)Ethique :

Notre étude a fait l'objet d'une déclaration à la Commission National Informatique et Liberté (CNIL). (Annexe 1)
Les données recueillies ont été anonymisées.
Aucune déclaration auprès d'un Comité de Protection des Personnes (CPP) n'a été effectuée, en l'absence d'indication.

RESULTATS

1) Population :

Deux cent soixante-dix (270) admissions en 2017 et deux cent quatre-vingts (280) admissions en 2021 ont été retenues dans l'étude.
Ces patients représentent l'ensemble des patients de plus de 95 ans ayant consulté aux urgences du CHB sur ces périodes.
Aucun patient n'a été exclu.

A. Paramètres démographiques : L'âge et le genre.

En 2017 comme en 2021, la médiane d'âge des patients était de 96 [95-108] ans vs 96 [95-104] en 2017 vs 2021 respectivement.

En 2017, la population se répartissait en 70 hommes (25,9%) et 200 femmes (74,1%) soit un sex-ratio de 0,35.
En 2021, cette prédominance féminine s'est accrue puisque la population se répartissait en 247 femmes (88,2%) pour seulement 33 hommes (11,8%) soit un sex-ratio de 0,13.

La **figure 1** ci-dessous illustre cette répartition en 2021 :

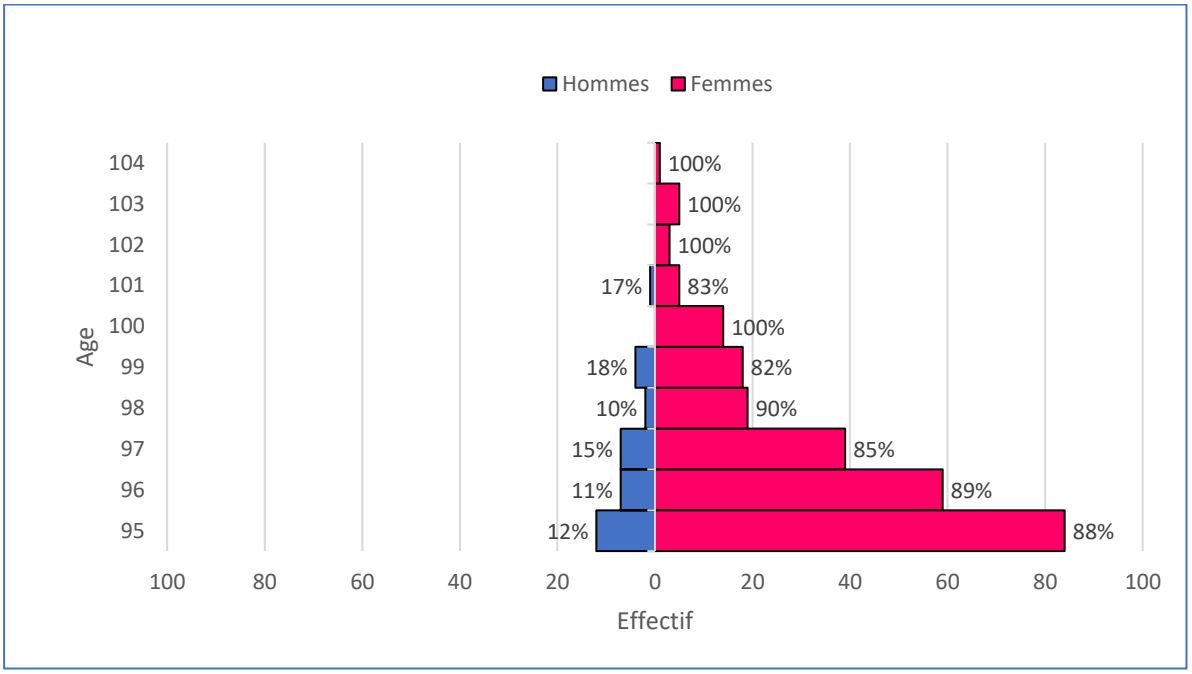

Figure 1 : Répartition des patients selon l'âge et le genre en 2021.

B. <u>Provenance et mode de vie des patients.</u>

En 2017, environ la moitié des patients, soit 51,1%, provenait d'un EHPAD. Les autres patients provenaient de leur domicile dans 47,4% et d'un foyer logement ou d'un autre établissement de santé dans 1,5%.

En 2021, la part des patients provenant d'EHPAD semble moindre (40%). 56,8% des patients provenaient de leur domicile et 3,2% de foyers logements.

La **figure 2** ci-dessous illustre cette différence :

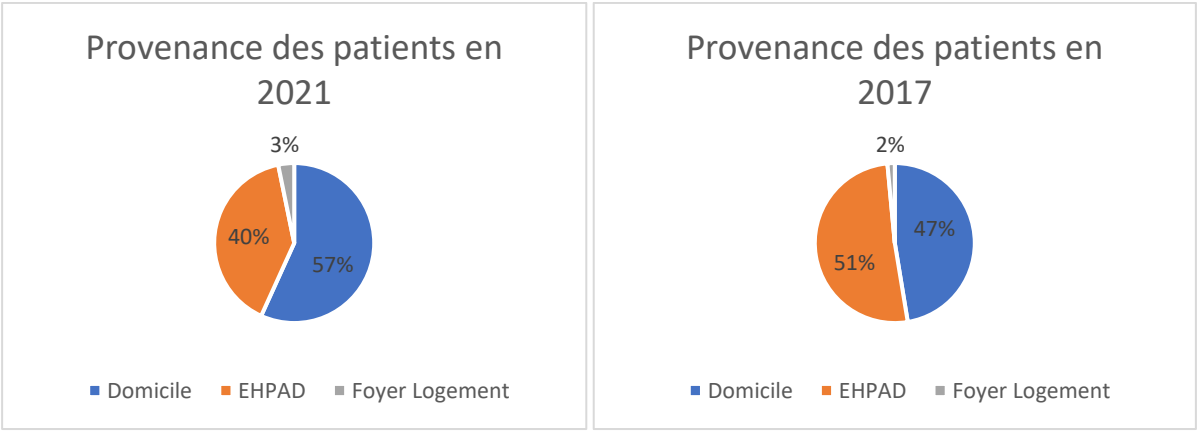

Figure 2 : Provenance des patients en 2017 comparée à 2021.

En 2017, 54,5% des femmes provenaient d'EHPAD contre 41,4% des hommes.
En 2021, 40,9% des femmes provenaient d'EHPAD contre 33,3% des hommes.

C. Mode de transport et de consultation des patients, heures de passages.

Une grande majorité des patients était transportée aux urgences par les ambulances privées (35 vs 48) %, ou les sapeurs-pompiers pour (47 vs 45) %, entre 2017 et 2021 respectivement.

La part du transport médicalisé reste anecdotique et stable pour 3% des patients.

En 2017, 46,7% des patients étaient adressés par l'infirmière ou l'auxiliaire de vie s'occupant du patient, 15,6% par un médecin (généraliste ou coordinateur d'EHPAD), 3,3% par la téléalarme, et 5,9% par la famille du patient. Dans 28,5% des cas, le mode de consultation n'était pas connu.

En 2021, on retrouve des chiffres similaires avec une proportion plus importante de patients adressés par la famille et moins de mode de consultation inconnu. 43,9% étaient adressés par une infirmière ou une auxiliaire de vie, 16,4% par un médecin, 2,1% par la téléalarme, 19,6% par la famille et dans 9,4%, le mode de consultation n'était pas connu.

Les patients sont majoritairement adressés par une infirmière ou une auxiliaire de vie (47vs44) %, la famille du patient (28vs20) %, un médecin dans (16vs16) % entre 2017 et 2021 respectivement.

Pour étudier le flux de passages des patients aux urgences, quatre intervalles ont été définis le long de la journée :

- De 8h à 12h
- De 12h à 18h
- De 18h à 00h
- De 00h à 8h.

En 2017 comme en 2021, les patients étaient majoritairement admis en journée pour 70% d'entre eux. Les admissions en période de permanence des soins (PDS)

représentent 21vs19% respectivement, et (9vs11) % en nuit profonde respectivement.

En 2017, 25,2% des patients étaient admis entre 8h et 12h, 44,4% entre 12h et 18h, 21,5% entre 18h et 00h et 8,9% entre 00h et 8h.
En 2021, 33,9% des patients étaient admis entre 8h et 12h, 36,8% entre 12h et 18h, 18,9% entre 18h et 00h et 10,4% entre 00h et 8h.

Concernant les patients provenant d'EHPAD on ne note pas de différence significative concernant les heures d'admission puisque 27,7% des patients provenant d'EHPAD sont admis entre 8h et 12h, 38,4% entre 12h et 18h, 19,6% entre 18h et 00h et 14,3% entre 00h et 8h.

On remarque aussi que l'heure d'adressage aux urgences varie de façon logique en fonction du type de professionnels présents. La surprise reste l'orientation majoritaire des auxiliaires de vie en soirée et nuit profonde non négligeable en période de PDS. La présence médicale disparait aux heures de PDSA dès 20h, cohérent à Béthune en raison de leur participation à la Maison médicale de Garde en consultation sur site et la disparition des visites à domicile**. Figures 3 et 4.**

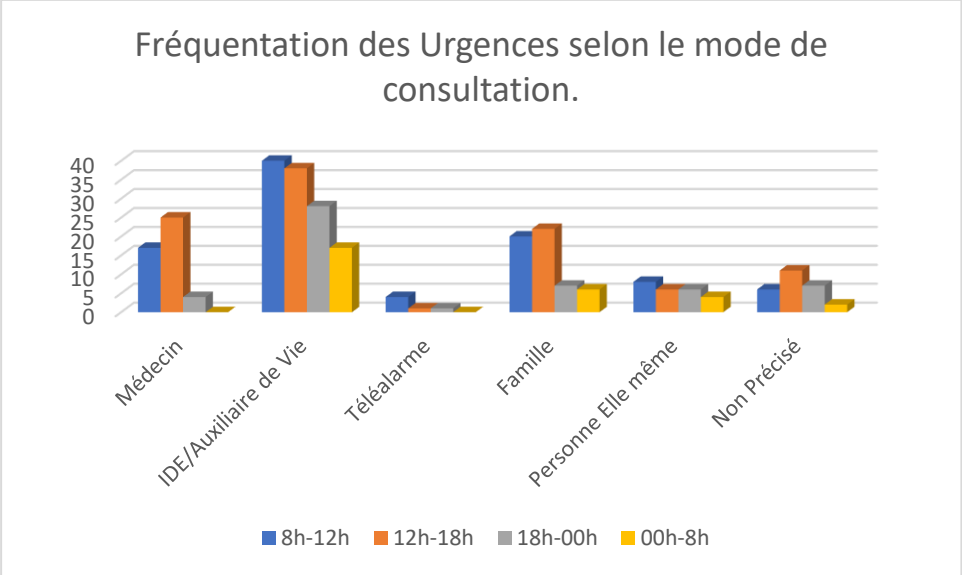

Figure 3 : Fréquentation des urgences selon le mode de consultation en 2021.

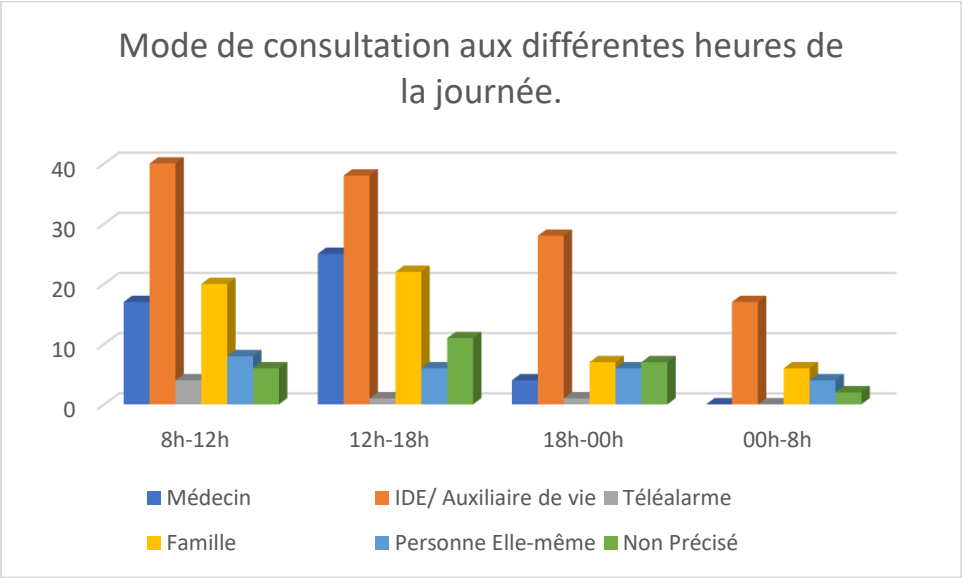

Figure 4 : Mode de consultation aux différentes heures de la journée en 2021.

91,3% des patients adressés par un médecin consultaient en journée (8h-18h), tandis que 36,6% des patients adressés par une infirmière ou une auxiliaire de vie consultaient aux heures de permanences des soins ambulatoires (18h-8h).

55,9% des patients admis sur ces horaires de nuit sont adressés par une infirmière ou une auxiliaire de vie.

Ces différences étaient déjà retrouvées en 2017.

Caractéristiques	2017	2021
Age (années)		
Médiane (min-max)	96 (95-108)	96 (95-108)
Sexe		
Femme (%)	74,1	88,2
Homme (%)	25,9	11,8
Provenance		
EHPAD (%)	51,1	40
Domicile (%)	47,4	56,8
Autres (%)	1,5	3,2
Mode de transport		
Propres Moyens (%)	3,4	3,2
Ambulances (%)	35,2	48,2
Pompiers (%)	47,4	45
SMUR (%)	7,4	2,8
Non précisé (%)	6,6	0,8
Personne adresseur		
Médecin (%)	15,6	16,4
IDE / Auxiliaire de vie (%)	46,7	43,9
Téléalarme (%)	3,3	2,1
Famille (%)	5,9	19,6
Elle-même (%)	Non pris en compte	8,6
Non précisé (%)	28,5	9,4

Tableau 1 : Comparaison des caractéristiques générales des populations de 2017 et 2021.

D. Jours et mois d'admission.

En 2017, le nombre de patient en fonction du jour de la semaine, ne montre pas de grande variation même si le nombre d'admission a tendance à s'infléchir un peu le week-end (41,5 entrées par jour en moyenne la semaine contre 30,5 le week-end).

En revanche cette différence ne se retrouve plus en 2021 (38,8 entrées par jour en moyenne un jour de semaine, contre 43 un jour de week-end).

Concernant les patients provenant d'EHPAD en 2021, il y a peu de différence entre la semaine et le week-end puisque ces patients représentent 40,7% des admissions la semaine et 38,4% des admissions le week-end.

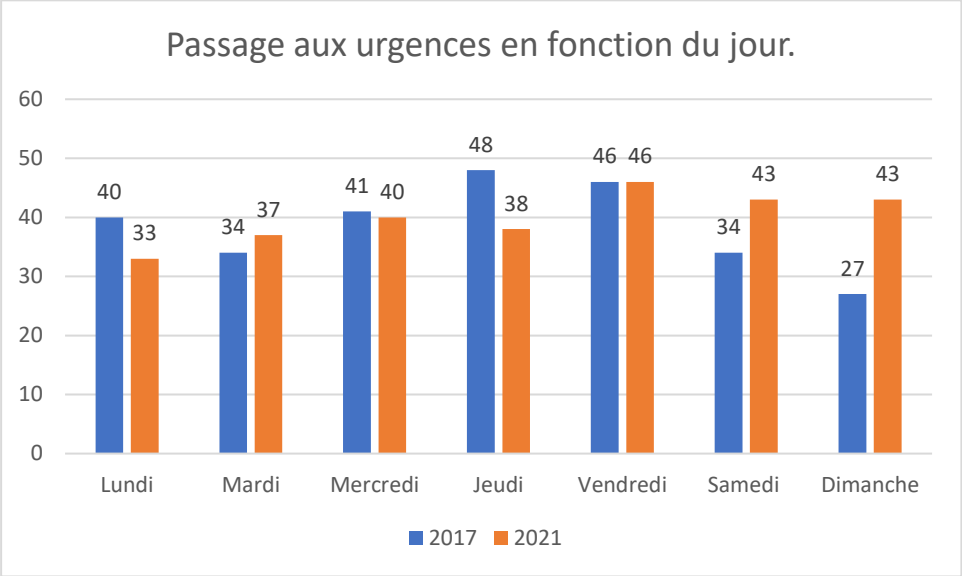

Figure 5 : Passage des patients en fonction des jours de la semaine.

La variabilité saisonnière habituellement constatée avec augmentation du volume en période hivernale semble s'estomper sur 2021 avec une pression constante à l'exception de la période de mars à mai 2021 qui correspondait en effet à la 3e vague de Covid 19 dans les Hauts de France.

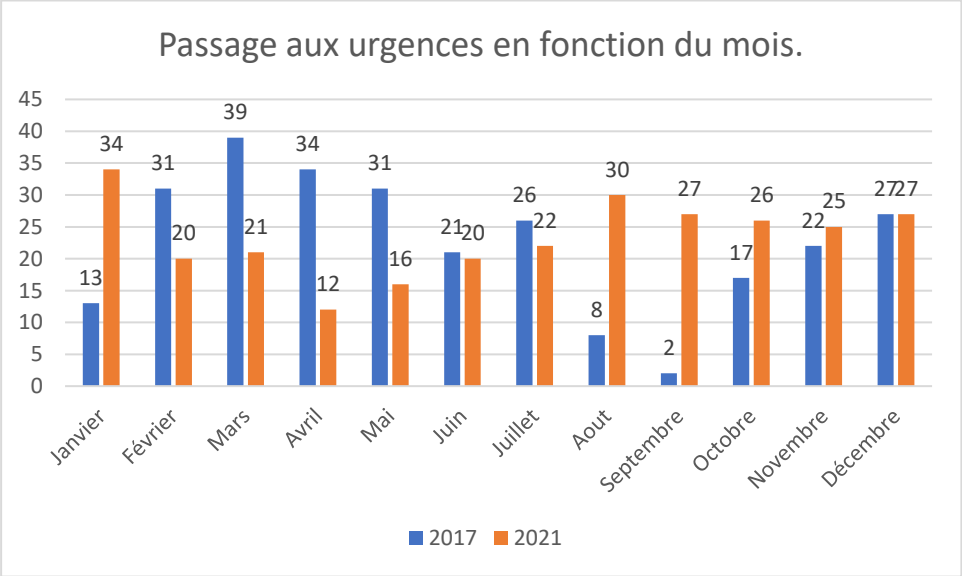

Figure 6 : Passage aux urgences en fonction du mois de l'année.

2) La prise en charge aux urgences

A. Antécédents et traitements habituels des patients :

Le **tableau 2** illustre la distribution des patients en fonction des antécédents médicaux en 2017 comparativement à 2021.

	2017	**2021**
N	270	280
Antécédents		
Pathologie néoplasique (%)	22,2	16,4
Troubles cognitifs (%)	38,1	32,1
AVC (%)	17,4	18,6
Pathologie cardiaque (%)	58,1	57,5
Pathologie respiratoire (%)	16,3	12,1
Insuffisance rénale (%)	10,4	10
HTA (%)	76,3	72,5
Diabète (%)	14,1	13,6
Autres antécédents (%)	78,9	76,8

Tableau 2 : Antécédents médicaux en 2017 comparativement à 2021.

On retrouve une répartition plutôt similaire des antécédents entre 2017 et 2021.

Les autres antécédents étaient représentés essentiellement par des troubles sensoriels (dégénérescence maculaire liée à l'âge, surdité, cataracte) et par des antécédents de traumatisme.

En 2017, 42,6% des patients prenaient de 0 à 5 traitements, 46,7% de 6 à 10 traitements et 7% plus de 10. Dix patients n'avaient pas d'ordonnance disponible.

En 2021, tous les patients avaient une ordonnance disponible. 35,4% prenaient 5 traitements ou moins, 51,8% de 6 à 10 traitements et 12,8% plus de 10 traitements.

B. Motifs de consultations

Le **tableau 3** illustre la distribution des différents motifs de consultation en 2017 et 2021.

	2017	**2021**
N	**N (%)**	**N (%)**
Signes Généraux	**23 (8,5)**	**23 (8,2)**
Altération de l'état général	13 (4,8)	10 (3,6)
Malaise	10 (3,7)	10 (3,6)
Céphalées	0 (0)	3 (1,1)
Signes abdominaux	**28 (10,4)**	**23 (8,2)**
Vomissements	13 (4,8)	4 (1,4)
Douleurs abdominales	10 (3,7)	10 (3,6)
Dysphagie	1 (0,4)	0 (0)
Diarrhées	2 (0,7)	1 (0,4)
Arrêt des matières et des gaz	1 (0,4)	1 (0,4)
Méléna / Rectorragie	0 (0)	4 (1,4)
Prolapsus	0 (0)	2 (0,7)
Eventration / Hernie	1 (0,4)	1 (0,4)
Signes Cardio-respiratoires	**62 (22,9)**	**49 (17,5)**
Dyspnée	51 (18,9)	37 (13,2)
Douleur thoracique	8 (2,9)	6 (2,1)
Thrombose veineuse profonde	3 (1,1)	0 (0)
Covid 19	0 (0)	3 (1,1)
Bradycardie	0 (0)	1 (0,4)
Palpitations	0 (0)	1 (0,4)
Toux	0 (0)	1 (0,4)
Signes neurologiques	**45 (16,7)**	**45 (16,1)**
Altération de la conscience	5 (1,8)	19 (6,8)
Agitation-confusion	9 (3,3)	3 (1,1)
Convulsions	8 (2,9)	2 (0,7)
Déficit moteur	23 (8,5)	19 (6,8)

Vertiges	0 (0)	2 (0,7)
Traumatisme	**85 (31,5)**	**109 (38,9)**
Chute Mécanique	85 (31,5)	104 (37,1)
Luxation d'épaule	0 (0)	1 (0,4)
Luxation de prothèse de hanche	0 (0)	3 (1,1)
Plaie	0 (0)	1 (0,4)
Signes Cutanés	**11 (4)**	**9 (3,2)**
Œdème des membres inférieurs	5 (1,8)	4 (1,4)
Rougeur des membre inférieurs	2 (0,7)	2 (0,7)
Ictère	1 (0,4)	0 (0)
Gangrène d'orteils	1 (0,4)	0 (0)
Fistulisation de ganglion	1 (0,4)	0 (0)
Phlyctènes	0 (0)	2 (0,7)
Escarres	0 (0)	1 (0,4)
Autres motifs	**15 (5,5)**	**22 (7,9)**
Anomalie biologique	0 (0)	6 (2,1)
Saignement sous anticoagulants	8 (2,9)	2 (0,7)
Douleurs articulaires	4 (1,5)	4 (1,4)
Corps étranger nasal	0 (0)	1 (0,4)
Lombalgies	1 (0,4)	3 (1,1)
Dysurie / rétention d'urine	0 (0)	2 (0,7)
Maintien à domicile difficile	0 (0)	3 (1,1)
Déclanchement intempestif de la téléalarme	2 (0,7)	1 (0,4)

Tableau 3 : Les différents motifs de consultation aux urgences.

Ce tableau montre que le pourcentage des différents motifs de consultation varie peu entre 2017 et 2021.
Le motif qui est de loin le plus fréquent en 2017 comme en 2021 est la chute mécanique qui représente 31,5% des motifs en 2017 et 38,5% en 2021.

C. Délai de prise en charge médicale.

En 2017, les délais d'attente pour la prise en charge médicale étaient en moyenne de 77 minutes +/- 60 minutes avec des extrêmes allant d'une prise en charge

immédiate, notamment pour les patients ramenés par les équipes médicales de SMUR, à un maximum de 360 minutes.

En 2021, les délais d'attente sont comparables avec en moyenne 83 minutes +/- 60 minutes avec des extrêmes allant d'une prise en charge immédiate à 295 minutes.

D. Diagnostic de sortie des urgences.

On retrouve une variation des pourcentages de chaque catégorie de diagnostic entre 2017 et 2021 (illustration dans le **tableau 4**).

En 2017 comme en 2021, la pathologie traumatique est de loin le diagnostic de sortie le plus fréquent avec environ un tiers des patients.

Catégories de diagnostic	**2017**	**2021**
Association de pathologies (%)	5,6	12,5
Pathologie cutanée (%)	3,3	2,5
Pathologie urinaire (%)	8,9	6,1
Pathologie Métabolique (%)	4,4	3,2
Pathologie Neurologique (%)	11,8	10,4
Pathologie Abdominale (%)	10	5,4
Pathologie Pulmonaire (%)	11,6	5
Pathologie cardiovasculaire (%)	14	7,5
Pathologie traumatique (%)	30,4	33,6
Autres pathologie (%)	0	9 ,9
Covid 19 (%)	0	3,9

Tableau 4 : Répartition des diagnostics retenus aux urgences.

E. Durée de séjour aux urgences.

La moyenne de durée de séjour est également comparable entre 2017 et 2021.

En 2017, la moyenne était de 13,94 heures +/- 19,6h avec une médiane de 6 heures et des écarts allant d'une heure à 144h.

En 2021, la moyenne était de 13,79 heures +/- 16,5h avec une médiane de 7h et des durées s'étalant d'une heure à 121h.

3) Devenir des patients après les urgences.

A. Orientation des patients

Le **tableau 5** ci-dessous représente l'orientation des patients après leur séjour aux urgences.
On ne note pas de différence significative entre l'année 2017 et l'année 2021 avec environ un patient sur deux qui retournait au domicile ou à l'EHPAD après son passage aux urgences et plus de 4 patients sur 10 qui étaient hospitalisés.

Orientation	**2017**	**2021**
Retour au domicile	47,4%	50,7%
Hospitalisation	43,3%	41,5%
Transfert à une autre structure gériatrique	5,9%	3,9%
Décès aux urgences	3,4%	3,9%

Tableau 5 : Orientation des patients au décours des urgences.

En 2021, sur 106 admissions pour chute, 39 patients ont été hospitalisés soit 36,8%.

En 2017, parmi les 128 patients retournant au domicile, 90 ont bénéficié d'un retour par transport en ambulance.
En 2021, sur les 142 patients retournant au domicile, 126 ont bénéficié de ce retour en ambulance.

B. Services d'hospitalisation.

En 2017 comme en 2021, le service accueillant le plus grand nombre de patients de 95 ans ou plus est le service de court séjour gériatrique. En effet, 39,5% des hospitalisations s'y déroulaient en 2017 et 42,3% en 2021.

Une différence majeure est l'absence de patient hospitalisé en cardiologie en 2021 par rapport à 2017 puisque le service de cardiologie du CHB a fermé entre temps.

La **figure 7** illustre la répartition des patients hospitalisés dans les différents services de l'hôpital en 2021.

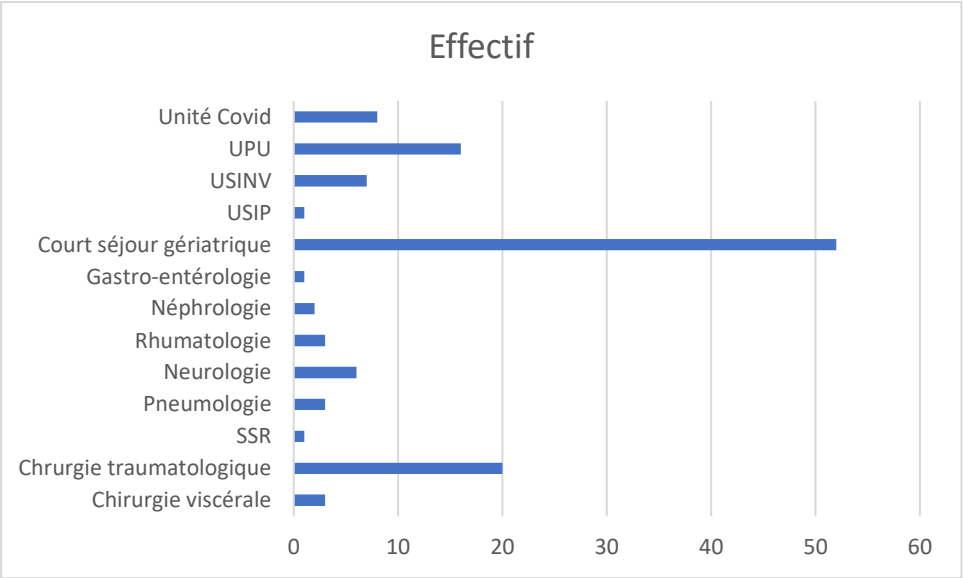

Figure 7 : Répartition des patients hospitalisés en 2021.

La durée de séjour dans les services de médecine et de chirurgie est proche entre 2017 et 2021.
En 2017, la médiane de la durée d'hospitalisation est de 8 jours avec des extrêmes allant de 1 jour à 29 jours.
En 2021, la médiane est de 8,5 jours avec des extrêmes allant de 1 jour à 68 jours.

Parmi les patients hospitalisés en chirurgie, 10 étaient opérés en 2017 contre 16 en 2021.

Quinze patients étaient décédés durant leur séjour dans les services de spécialité en 2017 soit un taux de décès en hospitalisation de 12,8%. Ce taux est plus important en 2021 puisqu'on dénombrait vingt-cinq décès dans ces services soit un taux de décès en hospitalisation de 21,6%.

DISCUSSION

1) Données bibliographiques :

Le vieillissement démographique constitue un facteur contribuant à l'accroissement du nombre d'usagers âgés, voire très âgés des services d'urgences. (14)

L'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques prévoit un doublement de la population âgée de plus de 75 ans en 2070 par rapport à 2013. (2)

Plusieurs études ont été menées sur le profil des personnes âgées lors de leur passage aux urgences, toutefois, dans ces études, on ne retrouve pas la catégorie des âges extrêmes, en particulier celle des personnes de 95 ans et plus.

A. Caractéristiques démographiques et modes de consultation aux urgences.

Par assimilation aux études précédentes sur les personnes âgées de plus de 80 ou 85 ans, notre population était essentiellement féminine en 2017 comme en 2021. (15) (10)

Cette prédominance est même accrue en 2021 par rapport à 2017. Cette différence peut s'expliquer d'abord par une espérance de vie plus importante des femmes et une surmortalité plus importante chez les hommes que chez les femmes en 2020, pendant les vagues de Covid-19. (13)

La part des patients provenant d'EHPAD a diminué entre 2017 et 2021 pour passer de 51% à 40%.
Cette diminution peut être liée à l'impact du projet ASSURE instauré entre ces deux années.
Cependant selon santé publique France, en 2020, 44% des décès liés au Covid-19 concernaient des résidents d'EHPAD.
Il semble donc capital de réaliser une étude complémentaire afin de préciser les causes de cette diminution de patients provenant d'EHPAD et quel est l'impact réel du programme ASSURE.

Dans près de la moitié des cas, les patients arrivaient aux urgences à la suite d'un appel des auxiliaires de vie ou des infirmiers diplômés d'état et la présence d'un courrier médical n'est retrouvée que dans environ 16% des cas les deux années.
Or un courrier médical permettrait de définir efficacement le motif de consultation aux urgences dans 99% des situations. (16)

L'absence d'évaluation médicale avant un passage aux urgences dans la population générale a été , soit par le fait que les patients n'ont pas essayé de contacter leur médecin traitant (17), soit par le fait que les IDE et auxiliaires de vie ont plus tendance à appeler les secours en premier, notamment devant des motifs de chute, ou de détresse respiratoire ou neurologique qui sont les motifs les plus souvent retrouvés dans notre études.

B. Caractéristiques médicales de la population.

En 2017 comme en 2021, les patients présents dans l'étude étaient multi tares avec des ordres de grandeur comparable entre ces deux années. Les antécédents les plus fréquemment retrouvés étaient les pathologies traumatiques et troubles neurosensoriels (78,9% en 2017 et 76,8% en 2021), l'hypertension artérielle (76,3% en 2017, 72,3% en 2021) et les antécédents cardio-vasculaires (58,1% en 2017 et 57,5% en 2021).
Ces pourcentages semblent plus importants que dans d'autres études (14) (18), ce qui peut s'expliquer par l'âge extrême de notre population.

La majorité des patients de notre étude prenait plus de 5 médicaments (53,7% en 2017, 64,6% en 2021). Cette polymédication est un facteur de risque majeur de chute chez la personne âgée (19).

C. Prise en charge aux urgences.

Les heures de passage aux urgences sont fluctuantes avec un maximum de consultations entre 8 heures et 18 heures (69,6% en 2017, 70,7% en 2021). Cette majorité de patients consultant en journée est retrouvée dans la littérature (14) (20), qui montre, comme dans notre étude, que la quasi-totalité des patients adressés par un médecin sont admis aux urgences en journée.

La nuit, 55,9% des patients sont adressés par un infirmier ou une auxiliaire de vie.

Contrairement à 2017 et aux données retrouvées dans la littérature (20), en 2021 nous ne retrouvons pas de variation du nombre d'admissions entre les jours de semaine ou de week-end.

En 2021, les heures et jours de consultation des patients provenant d'EHPAD ne sont pas différents de la population totale. Une étude comparative s'intéressant spécifiquement à cette population provenant d'EHPAD permettrait de pouvoir étudier plus précisément l'impact du projet ASSURE.

En 2017, on remarque une augmentation du nombre de passages lors de la période hivernale.
En 2021, la répartition des passages au cours de l'année est différente et montre une diminution du nombre de passages entre mars et mai qui correspond à la 3e vague de Covid 19 dans les Haut de France. Les données de la littérature semblent s'accorder sur le fait qu'une réduction des passages dans les services d'urgences a été observée au niveau mondial lors de la première vague (21).

Dans notre étude, les délais d'attente aux urgences étaient semblables entre 2017 (77 minutes en moyenne) et 2021 (83 minutes).
Les durées de séjours étaient également similaires avec près de 14h en moyenne et une médiane de 6h en 2017 et 7h en 2021. Dans son rapport de 2017 concernant le passage des personnes âgées aux urgences, la DREES (9) rapporte une médiane de séjour des personnes de 75 ans et plus de 4 à 5h chez les patients ne séjournant pas en UHCD et de 15 à 20h pour les patients séjournant en UHCD.
Notre population étant extrêmement âgée, la prise en charge est d'autant plus complexe et longue pour ces patients qualifiés de fragiles qui nécessitent une filière plus adaptée pour une meilleure prise en charge, avec des délais raccourcis.

La chute mécanique était le motif de consultation le plus fréquent (31,5% des motifs en 2017, 37,1% en 2021). Ce taux est concordant avec ce qui a été décrit dans la littérature (14).
Dans d'autres études réalisées dans la région Nord Pas-de-Calais, les causes traumatiques représentaient les premiers ou seconds motifs de consultation aux urgences.(12) (22)

Dans les recommandations de le haute autorité de santé concernant l'évaluation du risque de chute chez le sujet âgé autonome et sa prévention (19), les chutes étaient la première cause de décès par accident, tout âge confondu et plus de trois quarts des chutes surviennent chez des personnes âgées de 75 ans et plus.
La prévention de ces chutes semble donc être un enjeu majeur de santé publique afin de limiter le nombre d'admissions dans les services des urgences.

D. Orientation après un passage aux urgences.

Les patients qui ont été hospitalisés après leur passage représentent 43,3% en 2017, 41,4% en 2021, ce qui est inférieur aux données retrouvées dans la littérature (14) (23).
Le caractère évitable de certains passages pourrait donc être étudié. Une précédente étude, ayant motivé le projet ASSURE, a montré que 30% des admissions de résidents d'EHPAD étaient évitables (12).

Plus de 40% des hospitalisations se font dans le service de court séjour gériatrique, ce qui s'explique par l'âge extrême de la population étudiée et par son caractère polypathologique rendant la prise en charge complexe et nécessitant une filière spécialisée.

La durée moyenne d'hospitalisation (8j en 2017 et 8,5j en 2021) est similaire aux données retrouvées dans la littérature. (14).

Le taux de décès en hospitalisation était de 12,8% en 2017 et 21,5% en 2021. C'est un taux supérieur à ce qui est rapporté dans la littérature (24) (14), ce qui peut être expliqué par la tranche d'âge élevée de nos patients.

2) Limites :

Les limites de notre étude sont le caractère rétrospectif et monocentrique.
En revanche, cela peut aussi se voir comme une force pour le territoire avec un taux d'exhaustivité important sur les prises en charge de cette population et une analyse comparative sur quelques années d'intervalle.

L'âge extrême de 95 ans et plus, utilisé dans notre étude ne permet pas de comparer de manière efficace les données de l'étude avec les données retrouvées dans la littérature qui étudient des populations plus jeunes.

3) Perspectives :

A. Le projet ASSURE.

Le but de cette étude était d'étudier l'évolution des caractéristiques des patients de 95 ans et plus admis aux urgences.
Une précédente étude suggère que la démarche Assure pourrait avoir un effet bénéfique sur la réduction des passages potentiellement évitables aux Urgences. (10).

Une étude prospective pour évaluer l'impact du projet ASSURE sur le nombre d'admissions aux urgences pourrait être réalisée en s'intéressant spécifiquement aux patients provenant d'EHPAD aux heures de permanences des soins ambulatoires.

Si cela s'avère bénéfique une démarche complémentaire à ASSURE visant les personnels para médicaux intervenant à domicile pourrait être développée.

B. Les chutes :

Lors de cette étude, nous avons pu remarquer que les chutes représentaient un pourcentage important des admissions des personnes âgées de 95 ans et plus.
De nombreuses études montrent également que ce motif de consultation est le plus fréquent chez les patients âgés. (19) (3) (14)

Une étude prospective s'intéressant aux patients âgés chuteurs pourrait permettre de mieux identifier les causes et mécanismes de ces chutes, la provenance de ces patients et ainsi diminuer le nombre d'admissions pour ce motif.

CONCLUSION

Les patients âgés et très âgés représentent une population admise très fréquemment dans les services d'urgence. La prise en charge de ces patients est complexe par leur fragilité et leur vulnérabilité, ce qui nécessite une prise en charge spécifique.

Le renforcement de la formation des équipes soignantes, de la collaboration entre les médecins extrahospitaliers, les médecins urgentistes et les médecins hospitaliers, permettrait de faire face aux difficultés liées à la particularité de la personne âgée, à cette évolution démographique et à cette croissance de fréquentation des urgences pour assurer la fluidité des soins.
Le projet ASSURE a été créé dans ce but.

Les résultats de cette étude montrent une diminution du pourcentage d'admissions de patients provenant d'EHPAD de 51% à 40% entre 2017 et 2021. Une étude prospective est nécessaire pour évaluer l'impact du projet ASSURE dans cette diminution.

Cette étude confirme également que les chutes sont le motif d'admission le plus fréquent chez les patients âgés. Une étude prospective s'intéressant spécifiquement à ces patients chuteurs pourrait être nécessaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 − Données sociales : La société française | Insee [Internet]. [cité 3 nov 2022]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1371933?sommaire=1372045

2. Projections de population à l'horizon 2070 - Insee Première - 1619 [Internet]. [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228

3. Fur-Musquer ÉL, Delamarre-Damier F, Decker L de, Strat AL, Lebatard A, Manigold V, 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.

4. er1015.pdf [Internet]. [cité 26 oct 2022]. Disponible sur: https://www.accueil-temporaire.com/sites/default/files/public/actualite/er1015.pdf

5. EHPAD & Maisons de retraite Hauts-de-France : 706 établissements-Sanitaire-social [Internet]. Annuaire Sanitaire et Social. [cité 9 nov 2022]. Disponible sur: https://www.sanitaire-social.com/annuaire-ehpad-maisons-de-retraite/ehpad-et-maisons-de-retraite/liste-hauts-de-france

6. CNGE. Polycopié de gériatrie 3e édition (2014).

7. Duquesne F. Vulnérabilité de la personne âgée. 2011;16.

8. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Viellissement. déc 2011;9(4):387-90.

9. er1008.pdf [Internet]. [cité 26 oct 2022]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1008.pdf

10. Wiel É, Dubart AÉ, Thomas B, Bloch F, Ammirati C, Laboue S, et al. Évaluation quantitative en région Hauts-de-France de la démarche Assure (Amélioration des soins d'urgence en Ehpad). Quel impact sur les passages évitables aux Urgences ? 2022;7.

11. 2019-06-ASSURE-Guide-Complet.pdf.

12. Wiel É, Gosselin P, Wiel-Fournier V, Maisonneuve A, Remont L, Mauriaucourt P, et al. Recours aux Urgences des patients provenant d'établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes : enquête régionale multicentrique dans le Nord-Pas-de-Calais. La Revue de Gériatrie. 2018;(2):10.

13. Impact de l'épidémie de Covid-19 : 95 000 décès de plus qu'attendus de mars 2020 à décembre 2021 - Insee Première - 1902 [Internet]. [cité 14 nov 2022]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/6445335

14. Sough B, Gauthier T, Clair D, Le Gall A, Menecier P, Mangola B. Elders of 75 and over at an emergency service. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Viellissement. juin 2012;10(2):151-8.

15. Gold CH, Malmberg B, McClearn GE, Pedersen NL, Berg S. Gender and Health: A Study of Older Unlike-Sex Twins. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 1 mai 2002;57(3):S168-76.

16. Masson E. Qualité de la lettre d'admission des patients âgés admis aux urgences [Internet]. EM-Consulte. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur: https://www.em-consulte.com/article/110547/qualite-de?la?lettre-d-admission-des?patients-ages

17. er889.pdf [Internet]. [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er889.pdf

18. Collerton J, Davies K, Jagger C, Kingston A, Bond J, Eccles MP, et al. Health and disease in 85 year olds: baseline findings from the Newcastle 85+ cohort study. BMJ. 23 déc 2009;339:b4904.

19. chutes_repetees_personnes_agees_-_recommandations.pdf [Internet]. [cité 26 oct 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_recommandations.pdf

20. Gruneir A, Bell CM, Bronskill SE, Schull M, Anderson GM, Rochon PA. Frequency and Pattern of Emergency Department Visits by Long-Term Care Residents—A Population-Based Study. Journal of the American Geriatrics Society. 2010;58(3):510-7.

21. Devaux A. Les différents impacts de la COVID-19 sur l'activité des services d'urgences (Étude rétrospective dans le département de médecine d'urgences de Marseille). 11 déc 2020;83.

22. Wiel E, Wiel-Fournier V, Mauriaucourt P, Puisieux F, Hubert H. Prise en charge de l'Urgence dans les établissements d'hébergement de personnes âgées. Enquête régionale dans le Nord-Pas-de-Calais. La Revue de Gériatrie. 2014;13.

23. Laplanche D, Nolevaux G, Villenet N, Monneret T, Devillard A, Hugerot A. Évolution de fréquentation d'un SAU des personnes âgées, orientation immédiate postconsultation. Journal Européen des Urgences. mai 2007;20(1):21.

24. Rowland K, Maitra AK, Richardson DA, Hudson K, Woodhouse KW. The discharge of elderly patients from an accident and emergency department: functional changes and risk of readmission. Age Ageing. nov 1990;19(6):415-8.

AUTEUR : WEPPE Maxime

Date de Soutenance : 17/01/2023

Titre de la Thèse : Caractéristiques des patients de plus de 95 ans admis au service d'accueil des urgences du CH de Béthune. Etude d'impact entre 2017 et 2021.
Thèse – Médecine – Poitiers 2023

Cadre de Classement : Médecine générale, Médecine d'urgence, Gériatrie

DES + spécialité : Médecine générale

Mots clés : Patients très âgés, EHPAD, Chutes, Démarche ASSURE.

Résumé :
Contexte : Le vieillissement de la population est un enjeu majeur de santé publique. Les patients âgés et très âgés sont une patientèle fragile et particulière des services d'urgence, rencontrée très fréquemment. La démarche « Amélioration des soins d'urgences en EHPAD » (ASSURE) a été développée afin de réduire le recours aux Urgences en termes de passages évitables pour les résidents d'EHPAD.

Méthode : Etude monocentrique rétrospective observationnelle non interventionnelle sur le centre hospitalier de Béthune du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2021.
280 patients âgés de 95 ans ou plus se présentant aux urgences étaient inclus.
Les données démographiques, le mode de vie et les caractéristiques médicales des patients, les données sur la fréquentation et la prise en charge aux urgences ainsi que sur l'orientation et l'hospitalisation après le passage aux urgences ont été relevées. Ces données ont été comparées à celles d'une précédente étude sur le même hôpital du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2017.

Résultats : Notre étude a observé une prédominance accrue des femmes en 2021 vs 2017 et une diminution du nombre d'admissions de patients provenant d'EHPAD (51vs40) %. La majorité des patients était adressée par une IDE ou auxiliaire de vie (47vs44) %, ce chiffre atteignant 56% la nuit. L'étude ne montrait pas de différence significative concernant les antécédents principaux des patients mais montrait une augmentation de la polymédication (53,7vs64,6) %. Le motif d'admission le plus fréquent reste la chute (31,5vs37,1) %, et le service d'hospitalisation au décours des urgences, le court séjour gériatrique (>40%). Si la durée d'hospitalisation est similaire (8jvs8,5j), le taux de décès en hospitalisation augmente (12,8vs21,5) % en 2017vs2021.

Conclusion : Cette diminution du pourcentage d'admissions de patients provenant d'EHPAD permet d'envisager une étude prospective pour évaluer l'impact du projet ASSURE dans cette diminution. Une étude prospective s'intéressant spécifiquement à ces patients chuteurs pourrait être nécessaire devant le nombre important de chutes.

Composition du jury :

Président : Pr Olivier Mimoz

Assesseurs : Pr Eric Wiel, Dr Evelyne Liuu, Dr Alain-Eric Dubart

LISTE DES ABREVIATIONS

- ASSURE : Amélioration des SoinS d'URgence en Ehpad
- AVC : Accident vasculaire cérébral
- CHB : Centre hospitalier de Béthune
- CNIL : Commission Nationale Informatique et Liberté
- CPP : Comité de protection des personnes
- DIM : Département d'Information Médicale
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- HTA : Hypertension artérielle
- INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- PDS : Permanence des soins
- PDSA : Permanence des soins ambulatoires
- SAU : Service d'Accueil et de traitement des Urgences
- SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
- SSR : Soins de Suite et Rééducation
- UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
- UPU : Unité Post Urgences
- USINV : Unité de Soins Intensifs Neuro-Vasculaires
- USIP : Unité de Soins Intensifs Pneumologiques.

ANNEXE 1 : Autorisation CNIL

CNIL.
COMMISSION NATIONALE INFORMATIQUE & LIBERTÉS

Référence CNIL :
2228351 v 0

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-004

reçue le 7 décembre 2022

Monsieur Maxime WEPPE
MAXIME WEPPE
944 RUE HENRI BARBUSSE
62232 ANNEZIN

ORGANISME DÉCLARANT

Nom : CENTRE HOSPITALIER GERMON ET GAUTHIER
Service : DIRECTION
Adresse : 27 RUE DELBECQUE
CP : 62408
Ville : BÉTHUNE

N° SIREN/SIRET : 266209295 00010
Code NAF ou APE : 8610Z
Tél. : 0321644444
Fax. :

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 8 décembre 2022

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Pour en savoir plus : https://www.cnil.fr/donnees-personnelles

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie 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 !