

Cellule de Coordination Urgences Gériatriques

Mathieu LAMBERT, Marie FLOCCIA, Guillaume VALDENNAIRE, Cécile RAMAGE,
Pierre CHANSEAU, Philippe REVEL, Nathalie SALLES

Avec le vieillissement démographique il existe une augmentation de la fréquentation des personnes âgées fragiles dans les services d'urgences. La prise en charge de cette population aux urgences est complexe, tant sur le plan médical que paramédical, mais aussi au niveau structurel et du devenir ⁽¹⁾.

Les urgences de l'hôpital Pellegrin du CHU de Bordeaux accueillent plus de 150 patients par jour dont 40% nécessitent une hospitalisation. Le service comprend 8 brancards à l'accueil, 12 box en soins d'urgences, 4 brancards en zone tampon, 19 chambres d'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) dont seules 5 ont une fenêtre, un service de radiologie et d'un service de réanimation.

Les patients de plus de 80 ans représentent 20% des patients accueillis aux urgences et 50% de ceux en UHCD.

Le personnel paramédical est constitué de 153 personnes, ce qui rend compliqué les passages d'information. Il y a 22 médecins urgentistes performants dans la prise en charge urgente des pathologies graves, mais un seul est formé à la gériatrie.

La structure est inadaptée à l'accueil des patients âgés fragiles. Il y a en effet une multitude d'intervenants (5 médecins en 24h, et encore plus d'IDE, d'aide soignants), des attentes dans le couloir sur des brancards, des hospitalisations en UHCD de plusieurs jours, l'absence de lumière naturelle, des bruits permanents, l'absence d'information, l'absence des familles, un parcours compliqué entre les différents services des urgences.

Il existe donc une méconnaissance du patient âgé fragile et des pathologies du grand âge qui se traduit par une difficulté à identifier la fragilité, à adapter les traitements et les surveillances.

Dans un premier souci d'amélioration de la prise en charge de cette population, une Equipe Mobile de Gériatrie a été créée en décembre 2006 et intervient 6 demi-journées par semaine, mais il existait un souhait du service des urgences d'améliorer encore le parcours et la prise en charge par une sensibilisation de tous les intervenants aux urgences.

L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux ⁽²⁾ a évalué la nécessité d'une prise en charge spécifique des personnes âgées fragiles aux urgences et a soutenu la mise en place de la cellule de coordination urgences gériatriques en décembre 2011.

La cellule est constituée de membres permanents (2 médecins urgentistes, le médecin de l'équipe mobile gériatrique (EMG) et le cadre du service) et de membres extérieurs pouvant être sollicités à titre d'experts. Le groupe a une réunion mensuelle.

Le groupe s'est donné pour missions de tenter d'adapter les urgences aux personnes âgées fragiles, en sensibilisant les équipes (création de protocoles, formations), d'identifier des référents pour les problèmes gériatriques, de connaître la filière gériatrique, de suivre les indicateurs et mener des projets de recherche.

Pour cela, la cellule a proposé plusieurs axes de travail :

1. Création d'un groupe de travail pluridisciplinaire (Infirmiers, aide-soignants, cadres, médecins, et il est prévu d'intégrer ASH, brancardiers et manipulateurs radio) en avril 2012. Les membres du groupe sont ainsi identifiés comme étant les référents gériatriques. Les premiers protocoles mis en place par le groupe pluridisciplinaire concernent le maintien de l'autonomie et la prévention du syndrome confusionnel.

Auteur correspondant : Professeur Nathalie Salles, Responsable de l'équipe mobile de gériatrie, Responsable de l'unité de médecine gériatrique (3 Nord), Pôle de Gérontologie Clinique - Hôpital Xavier Arnoz, CHU Bordeaux, 33076 Bordeaux cedex ; France. E-mail : nathalie.salles@chu-bordeaux.fr

Des recommandations simples et facilement applicables ont été faites :

- favoriser la mobilisation précoce, éviter la contention, accompagner aux toilettes, installer au fauteuil ;
- resituer dans le temps et l'espace, se présenter, expliquer ;
- évaluer la douleur, rechercher une rétention aiguë d'urine ;
- éviter les cathéters et les sondes systématiques ;
- transférer rapidement en UHCD, favoriser la présence de la famille, prévenir rapidement l'EMG.

Des formations des soignants par les soignants sont en cours et des fiches de conduites à tenir ont été écrites et vont être affichées dans les urgences après validation et présentation au service. Des commandes de matériels adaptés sont faites.

Il est prévu d'aborder ensuite les troubles de la déglutition, la fin de vie et les plaies.

2. Transferts de compétences

Les objectifs sont d'autonomiser les médecins urgentistes sur des situations simples, et par les compétences des soignants, de permettre une continuité dans la prise en charge gériatriques. Pour ce faire, des cours avec les paramédicaux sont prévus tous les 3 mois et des formations des médecins urgentistes par les médecins gériatres sont organisées.

3. Connaissance de la filière

○ Les rencontres des services partenaires d'aval sont en cours avec visites de ces services, définitions des

typologies de patients, connaissance du plateau technique, identification de référents, retour d'expériences et reconnaissance des problématiques de chacun. Les médecins et cadres des services de court séjour gériatrique ont donc été rencontrés, au niveau du pôle de gériatrie clinique du CHU, et au niveau des services de court séjour gériatrique privés ou FEHAP. De même, les services d'hospitalisation à domicile vont être contactés. Le but est de créer une fiche descriptive des services facilement utilisable pour orienter au mieux les patients.

○ Les rencontres des partenaires d'amont vont être mises en place, afin de réévaluer avec eux les informations nécessaires aux admissions aux urgences (motif d'admission, traitements, coordonnées des aidants et du médecin traitant). Il est prévu de contacter SOS médecins, la régulation SAMU, les pompiers, les ambulances et les EHPAD.

4. Indicateurs de suivi

Des indicateurs sont en cours de mise en place concernant le temps passé aux urgences avant un retour à domicile, le temps d'hospitalisation en gériatrie après un passage aux urgences, le taux de réhospitalisation.

Des réflexions autour de projets de recherche sont en cours.

Au total, la mise en place de cette cellule est en cours et devra être réévaluée dans les mois à venir. En 6 mois, elle a d'ores et déjà permis une meilleure communication entre les différents intervenants, des retours d'expériences (positifs et négatifs), une fluidité des hospitalisations et une sensibilisation globale des urgences aux problèmes des personnes âgées fragiles. ■

RÉFÉRENCES

1. **Leveau P.** La personne âgée aux urgences. *EMC médecine d'urgence*. 25-060-A-10.
 2. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. Le parcours de personnes âgées sur un territoire. Retours d'expériences. www.anap.fr
-