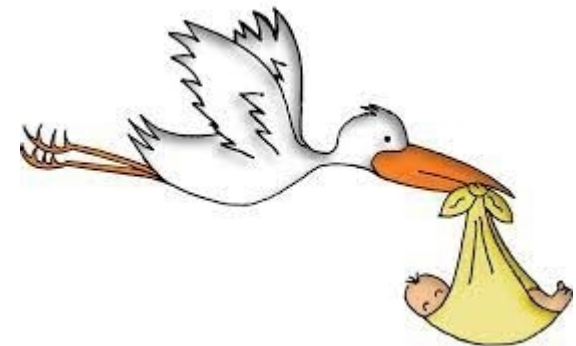


Naissance de l'intergroupe SFMU - SFGG pour une amélioration des pratiques

Anne-Laure Féral-Pierssens¹ et François Puisieux²

1. Urgences/SAMU/SMUR, Hôpital Avicenne, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Bobigny et Laboratoire Education et Pratiques de Santé - UR 3412,
Université Sorbonne Paris Nord, Bobigny

2. Pôle de Gérontologie, CHU Lille et ULR Metrics, Université de Lille



Liens d'intérêt

- François Puisieux déclare n'avoir aucun lien d'intérêt concernant le sujet abordé
- Anne-Laure Féral-Pierssens déclare n'avoir aucun lien d'intérêt concernant le sujet abordé



Histoire prénatale

Les urgences en crise... avant la COVID...



ALERTE INFO - Crise des urgences : un "plan de refondation des urgences" contenant 12 mesures clés a été dévoilé par Agnès Buzyn.

BFM STORY

**PACTE de
refondation
des urgences**

« Parce que chacun détient
sa part de la solution »

9 Septembre 2019





LE PACTE DE REFONDATION DES URGENCES

DES MESURES POUR PROLONGER « MA SANTÉ 2022 »

750
M€

Le Pacte de refondation des urgences annoncé le 9 septembre conforte et amplifie les actions engagées pour permettre l'accès de tous à des soins urgents. Il prolonge la logique de « Ma Santé 2022 » en s'appuyant sur une transformation durable et structurelle des modes d'organisation et en particulier sur le décloisonnement des soins. L'objectif est de recentrer les urgences sur leur cœur de métier, la prise en charge de la véritable urgence.

Mettre en place un service universel pour répondre à toute heure à la demande de soins des Français : **le service d'accès aux soins (SAS)**



EN AMONT

- Installer une **maison médicale de garde** à proximité des plus importants services d'urgence
- Généraliser le **tiers payant** dans les maisons médicales de garde
- Permettre au SAMU de solliciter un **transport sanitaire** pour conduire un patient à un rendez-vous en ville
- Permettre un accès direct à des **examens de biologie** dans le cadre de consultations sans rendez-vous en ville

- Permettre une prise en charge directe par des **professionnels libéraux non médecins** (pharmaciens, MK, IPA...).
- Généraliser les parcours dédiés aux **personnes âgées** pour limiter les passages aux urgences
- Équiper les SAMU en **télémédecine**



AUX URGENCES

- **Renforcer les ressources** en médecins urgentistes dans les points clés d'accès aux soins urgents
- Déployer des **protocoles de coopération** et une filière de **pratiques avancées** pour développer le rôle des infirmiers aux urgences
- Créer une **prime spécifique** d'assistance à la régulation médicale
- Lutter plus efficacement contre **les dérives de l'intérim médical**



EN AVANT

- Un contrat institutionnel avec les **médecins « des étages »** dans chaque hôpital
- Systématiser la fonction de **gestion des lits** dans chaque GHT et diffuser l'indicateur **BJML**
- Inciter à l'hébergement temporaire en **EHPAD post-urgences** par une baisse du reste à charge

UN DÉPLOIEMENT RAPIDE
DANS LES TERRITOIRES

Généraliser les parcours dédiés aux personnes âgées pour limiter les passages aux urgences

Bien sûr, urgentistes et gériatres n'ont pas attendu le « Pacte de refondation des urgences » pour travailler ensemble et réfléchir au « parcours urgences » des personnes âgées

Passage systématique
des **équipes mobiles
gériatriques** aux
urgences

Numéro d'appel dédié aux
médecins généralistes pour
favoriser les accès directs à
la filière gériatrique

UHCD et post-urgences
gériatriques

.....



Atelier « Personnes âgées »

Anne-Laure Féral-Pierssens,¹ et François Puisieux,²

1. Urgences/SAMU/SMUR, Hôpital Avicenne, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Bobigny et Laboratoire Education et Pratiques de Santé - UR 3412, Université Sorbonne Paris Nord, Bobigny
2. Pôle de Gériatrie, CHU Lille et ULR Metrics, Université de Lille

Le texte issu de l'atelier « Personnes âgées »

- Introduction - Définitions
- Données générales « les personnes âgées aux urgences »
- Les difficultés rencontrées dans la prise en charge des PA aux urgences
- Solutions possibles et expériences réussies... ou non
- Conclusion

Points clés

- Les personnes âgées constituent une part importante et croissante des patients consultant aux urgences. Leur taux d'hospitalisation est élevé et les urgences apparaissent comme leur principal mode d'entrée vers les secteurs d'hospitalisation, notamment en ce qui concerne les patients dépendants.
- Le fait d'être hospitalisé est associé à une aggravation de la perte d'autonomie, en particulier chez les patients fragiles. Ceux-ci sont aussi plus à risque de reconsultation et réhospitalisation à court terme via les urgences. La transition entre l'hôpital et le domicile apparaît comme un facteur important minimisant ces réhospitalisations.
- Les difficultés de prise en charge des patients âgés aux urgences sont de différents ordres : inhérents aux (dys)fonctionnements du système hospitalier et plus généralement au système de soins, aux spécificités liées à la personne âgée malade et aux injonctions parfois contradictoires propres aux soins urgents.
- La concertation et l'organisation pluridisciplinaire prenant en compte les acteurs de l'urgence, de la gériatrie et d'autres professionnels médico-sociaux apparaissent comme indispensables pour améliorer les parcours de soins des patients âgés en amont et en aval des services d'urgence.
- De nombreuses ressources et dispositifs existent et apparaissent comme des expériences positives qui doivent être encouragées. Toutefois, peu d'entre elles ont fait l'objet d'une évaluation rigoureuse.
- L'un des objectifs principaux des filières gériatriques devrait être de proposer des alternatives à l'hospitalisation aux patients qui nécessitent des soins non programmés ou de faciliter les entrées directes dans les services hospitaliers, par exemple gériatriques, sans passage préalable par les urgences.

Quelles interventions aux urgences ?

- Evaluation gériatrique aux urgences
- Gériatre aux urgences
- Circuit/filière dédiée selon motif/population
- Personnel paramédical dédié
- Rebasculer à domicile sur réseau
- ...

Rares évaluations rigoureuses
Biais multiples
Méthodologie bancale
Contextes spécifiques
Transposition difficile à d'autres contextes

Inadéquation hospitalière

Il existerait théoriquement une structure plus adaptée à la situation mais...

Indisponible
Inexistante
Insuffisante
Mise en œuvre impossible

Problèmes structurels

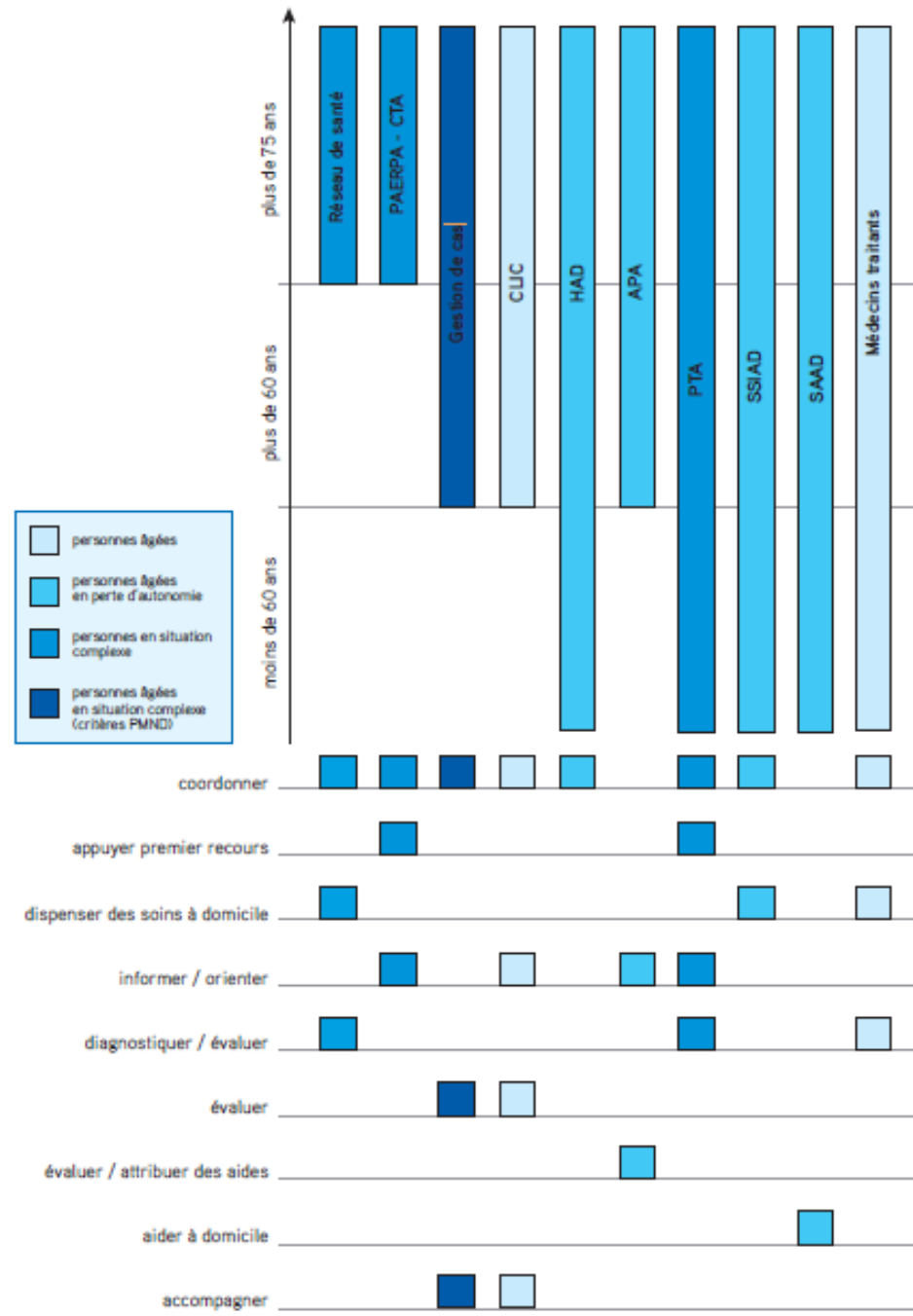
Amont:
Anticipation
Relation ville/H



Aval:
Réactivité des dispositifs
(PRADO, CLIC, SSIAD/SSAD, Réseaux)
Entrées (EHPAD, Heb)
HAD

Quelles solutions en amont/en aval?

Panorama synthétique des dispositifs et services d'aide et de soins au bénéfice des personnes âgées



Filières

- Pôle d'évaluation gériatrique (consultation mémoire, « chute », HDJ)
- Psychogériatrie (UCC, équipe mobile)
- Autres filières multidisciplinaires spécialisées (orthogériatrie, onco-gériatrie, cardiogériatrie,...)

Réseaux

- Soins palliatifs
- Services de Soins à Domicile (SSIAD)

Autres ressources

- Centre d'Information et de Coordination Gérontologique (CLIC)
- Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champs de l'autonomie (MAIA)
- Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC)

Interventions vs Réseaux vs Filières

- Organisation de la sortie → ↓ réadmission, ⇔ DMS, ⇔ mortalité
- IPA pour sortie → ↓ réadmission
- Intervention à l'intersection ville/hôpital → ↑ efficacité des mesures
- Suivi téléphonique seul → ∅ effet sur réadmission
- Peu de travaux sur impact des travailleurs sociaux
- Sortie rapide → ↓ institutionnalisation, ↑ réhospitalisation
- Equipe pluridisciplinaire (dont IPA) de suivi pour IC → ↓ réadmission
↓ mortalité
- Planifier la sortie → ↓ réadmission

Parker 2002
Mistian 2006
Chiu 2007
Preyde 2009
Takeda 2012
Shepperd 2010

Conclusion

Urgences = mode d'entrée privilégié et parfois inadéquat
Contraintes multiples
Taux d'H élevé → ↑ dépendance iatrogène
Fragiles = ↑ reH

1. Identification des patients à même de bénéficier des interventions
Evaluation gériatrique ciblée aux urgences
2. Qualité transition H → domicile: ↓ réHospit
Identification des parcours en aval (case management)

Ressources financières et
humaines pérennes

Evaluations rigoureuses
Diffusion

de terrain, spécificités et res
Concertation et organisation pluridisciplinaire +++
Nombreuses ressources et dispositifs, expérimentations



Composition du groupe

- Sébastien Beaune (APHP)
- Céline Bianco (APHP)
- Jacques Boddaert (APHP)
- Anne-Sophie Boureau (chu-nantes)
- Philippe Chassagne (chu Rouen)
- Michel Davy (Orpea)
- Anne-Laure Feral-Pierssens (APHP)
- Thomas Gilbert (chu Lyon)
- Caroline Lejeune (chru-nancy)
- Christine Lenouvel (IPA - CH St Briec)
- Emilie Menand (chu-rennes)
- François Puisieux (chu Lille)
- Patrick Ray (chu dijon)
- Hélène Villars (chu-toulouse)
- Marie-Grand Mangeot (IPA – CHRU Nancy)



Sont heureux de vous faire part de la naissance de l'intergroupe SFMU - SFGG

Missions de l'intergroupe

- **Réflexion** multidisciplinaire et multiprofessionnelle sur la prise en charge des urgences et des activités de soins non programmées de la personne âgée;
- Etre **force de proposition** pour des études, des actions et des expérimentation à mener;
- Participer à la **promotion** et à la coordination de travaux;
- Contribuer à la **formation** des professionnels de santé des établissements de santé et du médico-social.

Premiers travaux

- **Etat des lieux des formations DES :**

- PEC de la personne âgée dans le DES de Médecine d'Urgence
- PEC des urgences dans le DES de Gériatrie
- Formations partagées ? Quels intervenants ? Quels formats ?

- **Réflexions +/- diffusion :**

- **Le programme ASSURE** Amélioration des Soins d'URgence en EHPAD
- **Les recommandations européennes (groupe EUGMS)** concernant la prise en charge des personnes âgées dans les services d'urgence
- **Recommandations de la SFMU** Améliorer l'accueil aux urgences des personnes âgées ayant des troubles cognitifs
 - Fondation Médéric Alzheimer, Société française de gériatrie et gérontologie, France Alzheimer, FHF, Union nationale des associations familiales & SFMU
- **Etude observationnelle et descriptive sur les venues aux urgences des résidents d'EHPAD en fin de vie**

Maintenant
AU TRAVAIL !