



HAL
open science

Organisation et filières gériatriques en réponse aux besoins des SAU

Cécile Torres, Mélanie Langlois, Marc Verny, Jacques Boddaert, Emmanuelle Magny

► **To cite this version:**

Cécile Torres, Mélanie Langlois, Marc Verny, Jacques Boddaert, Emmanuelle Magny. Organisation et filières gériatriques en réponse aux besoins des SAU. Soins Gériatriques, 2021, 26 (151), pp.10-13. 10.1016/j.sger.2021.06.003 . hal-03970446

HAL Id: hal-03970446

<https://hal.sorbonne-universite.fr/hal-03970446>

Submitted on 16 Oct 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial | 4.0 International License

Dochead dossier

Sous-dochead La médecine d'urgence de la personne âgée

parcours de soins

Organisation et filières gériatriques en réponse aux besoins des SAU

Cécile Torres

Infirmière

Mélanie Langlois

Étudiante infirmière en pratique avancée

Marc Verny

Gériatre

Jacques Boddart

Gériatre

Emmanuelle Magny*

Gériatre

Équipe mobile gériatrique, service de médecine gériatrique, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Assistance publique-Hôpitaux de Paris Sorbonne Université, 47-83 boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

** Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : emmanuelle.magny@aphp.fr (E. Magny).

Résumé

Le service d'accueil des urgences reste le mode d'accès principal des personnes âgées à l'hospitalisation. La prise en charge des personnes âgées aux urgences est un sujet complexe, les spécificités dans l'évaluation et les particularités des prises en charge participent aux difficultés des équipes soignantes des urgences. Pour la personne âgée, un passage par les urgences reste un événement médical marquant dans le parcours de soins pouvant avoir des répercussions sur son déclin fonctionnel. La promotion de la culture gériatrique dans les services d'urgences est essentielle et peut se faire sous différentes formes mais la collaboration entre urgentistes et gériatres reste indispensable à une prise en charge réussie et adaptée aux spécificités des patients âgés.

© 2021

Mots clés – filière gériatrique ; hospitalisation ; parcours de soins ; personne âgée ; service d'accueil des urgences

Summary à traduire

© 2021

Keywords à traduire et à placer dans l'ordre alphabétique

Les personnes âgées de plus de 75 ans représentent environ 12 % des passages aux services d'accueil des urgences (SAU). Près de la moitié de ces passages aboutissent à une hospitalisation [1]. Le SAU reste le mode d'accès principal des sujets âgés à l'hospitalisation [2]. La particularité des personnes âgées réside en la coexistence d'une ou plusieurs pathologies, dont la polymédication est le corollaire, avec une fréquente composante psychologique, ainsi qu'une dimension sociale indissociable, rendant la prise en charge complexe et chronophage. De fait, cette complexité s'oppose au rythme exigé à un service d'urgences, où la prise en charge médicale se doit d'être rapide notamment dans la gestion des flux des patients s'y présentant. L'urgentiste doit effectuer une démarche médicale, diagnostique et thérapeutique et y associer une analyse de la situation socio-environnementale du patient. Aussi, le risque pour les urgentistes comme pour les médecins de spécialité est de vouloir prendre en charge le sujet âgé de manière "pathologie centrée" et non "patient centré". Ainsi, une des problématiques principales du sujet âgé au SAU est le temps que prend la prise en charge. La reconstitution d'une anamnèse exhaustive passe parfois par l'interrogatoire de plusieurs acteurs (patient, famille, aidant principal, aides à domicile, médecin traitant) en présence de patients peu ou non informatifs, comme dans le cas de troubles neurocognitifs ou de syndrome confusionnel. L'examen clinique doit être systématique, mais sa réalisation et son interprétation peuvent être complexes, en raison du risque d'atypies sémiologiques, comme un foyer abdominal sans défense, ou un infarctus du myocarde sans douleur thoracique, etc. La polypathologie participe à cette complexité, car les comorbidités peuvent décompenser parfois en cascade. La polymédication expose au risque de iatrogénie, tant dans un sevrage inadapté que dans les interactions médicamenteuses entre traitement habituel et traitements introduits lors de la prise en charge. Il est donc essentiel de lister avec précision pathologies et traitements. La prise en charge des malades de plus

de 75 ans aux urgences nécessite donc, en plus d'un temps plus important, un savoir-faire des médecins et du personnel soignant.

T1 Stratégie soignante

Afin d'améliorer la prise en charge des sujets âgés au sein des SAU, il existe plusieurs modèles de fonctionnement. L'objectif principal commun repose sur une expertise gériatrique au plus tôt et au mieux dès le premier contact avec l'hôpital. En France, les modèles mis en place pour optimiser la prise en charge du sujet âgé dès le SAU sont représentés par :

- les unités de médecine d'urgence de la personne âgée (MUPA) ;
- les unités de post-urgence gériatriques (UPUG) ;
- les équipes mobiles de gériatrie (EMG) ;
- la présence d'un gériatre au sein du service des urgences ;
- la mise en place de circuit court pour éviter un temps de séjour trop long aux urgences et une orientation rapide vers l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

T1 Unité de médecine d'urgence de la personne âgée

Cette unité est installée au cœur du service des urgences. La première a été créée en 2014 au centre hospitalier universitaire (CHU) de Limoges par l'équipe du Pr Achille Tchalla. Elle est composée de médecins, d'infirmières, d'un temps d'assistante sociale et de secrétariat. Elle ne possède pas de lits dédiés. Les gériatres ont une expertise sur l'urgence de la personne âgée, mais ils ne sont pas nécessairement urgentistes. Les infirmières, elles, sont formées à la gériatrie. L'unité de Limoges fonctionne en semaine de 8 h 30 à 18 h 30 et prend en charge des patients de plus de 75 ans selon certains critères. L'infirmière d'accueil et d'orientation des urgences effectue le premier tri à l'aide d'un questionnaire de cinq critères et détermine ainsi quel patient peut être orienté en unité de MUPA (UMUPA). Ces critères comprennent l'âge de plus de 75 ans, la polyopathie, en dehors de l'urgence vitale, ne nécessitant pas de surveillance continue, ne présentant pas d'urgence chirurgicale et ne nécessitant pas de protocole de soins avec une prise en charge immédiate dans une unité spécialisée. Si l'ensemble de ces critères est validé, et après approbation du gériatre, le patient est automatiquement pris en charge en UMUPA, qui prend le relais des urgentistes. Des allers et retours sont évidemment possibles, selon l'évolution de l'état de santé du patient ou de "mauvaise" orientation.

Grâce à l'unité, le patient est d'emblée pris en charge dans sa globalité sur les plans médico-psycho-sociaux par une évaluation médicale gériatrique et médicamenteuse, l'évaluation de son autonomie, de son environnement, un repérage de la fragilité, et ce dès les urgences. Au CHU de Limoges, l'unité a permis d'améliorer la qualité de la prise en charge, mais aussi de désengorger les urgences. Le temps de passage aux urgences a diminué de trois heures quinze, le taux de retour à domicile a augmenté de 40 %, le taux de réhospitalisation à quarante-huit-soixante-douze heures a baissé de 50 %, comme celui de réhospitalisations non programmées à 30 jours [3].

T1 Unité de post-urgence gériatrique

Les UPUG sont des unités de soins dédiées à l'aval des urgences. Il en existe une vingtaine en France, leur dimensionnement dépend des hôpitaux et va de quelques lits à un véritable service d'une trentaine de lits. Les UPUG sont labellisées "Gériatrie" et accueillent donc des patients âgés de 75 ans et plus. Afin d'accomplir leur mission et de proposer des places quotidiennement aux urgences, il est indispensable que la durée moyenne de séjour (DMS) soit la plus courte possible. Les patients qui y sont accueillis sont ceux ayant une DMS prévisible inférieure à cinq jours, mais les fonctionnements varient d'un hôpital à l'autre, comme les DMS. Ces UPUG n'ont pas pour vocation de remplacer les unités de court séjour gériatrique [4]. La principale différence entre ces deux unités est l'absence d'admission directe ou de patients d'autres services en UPUG. Les UPUG sont donc des unités de soins de court, voire de très court séjour, permettant une prise en charge rapide en aval des urgences avec une spécificité gériatrique afin de répondre aux besoins d'une prise en soins dédiée à une population gériatrique. Face à l'afflux de patients âgés à hospitaliser dès les urgences et malgré l'existence des unités de gériatrie aiguë, certains d'entre eux sont hospitalisés dans des UHCD pendant plusieurs jours [5].

T1 Équipe mobile de gériatrie

L'EMG intrahospitalière intervient, à la demande, dans l'ensemble des services de l'établissement de santé, notamment dans la structure des urgences, avec plusieurs objectifs :

- dispenser une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique ;
- contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques ;

- orienter dans la filière de soins gériatriques incluant les hôpitaux locaux ;
- participer à l'organisation de la sortie en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile (dispositifs d'appui à la coordination...) ;
- conseiller, informer et former les équipes soignantes [6,7].

L'organisation des EMG s'articule autour d'une équipe pluridisciplinaire et se compose d'un médecin gériatre, d'infirmier(s), et en fonction, des choix et besoins des structures, d'un temps assistante sociale, (neuro)psychologue, ergothérapeute, diététicien et/ou secrétaire. L'intervention au SAU ou en UHCD peut se faire de manière systématique ou sur sollicitation en fonction des équipes et des fonctionnements locaux.

T1 Gériatre à temps plein au service d'accueil des urgences

Il peut être décidé d'affecter un gériatre à temps plein aux urgences, si les flux et les profils de patients le nécessitent afin d'assurer ces missions. Cette organisation peut en théorie participer à l'implémentation de la culture gériatrique aux urgences, mais n'a fait l'objet d'aucune étude.

T1 Circuit court aux urgences

Toutes ces organisations impliquent la présence d'intervenants extérieurs, dont la mise en place dépend de la structuration locale. L'équipe de l'hôpital Ambroise-Paré à Boulogne-Billancourt a mis en place un algorithme afin d'optimiser la prise en charge des patients âgés se présentant aux urgences, avec pour objectif de limiter leur temps de passage avant leur hospitalisation. Cet algorithme, appelé "Fast-track personnes âgées", a pour vocation d'aider les urgentistes à dépister les personnes âgées à haut risque d'hospitalisation après leur admission au SAU. Il a pour objectif que l'admission à l'UHCD s'organise de manière plus rapide (dans les deux heures), sans attendre la totalité des résultats, afin de diminuer le temps passé sur le brancard aux urgences [8]. Cette détection, permettant une hospitalisation rapide des patients âgés vulnérables avec prise en charge adaptée, permet d'améliorer le travail des soignants, assure un meilleur confort des patients, pourrait avoir un impact positif sur l'autonomie des patients et contribuer au désengorgement des SAU. L'avantage de ce modèle est qu'il ne nécessite pas de ressources extérieures au service des urgences.

T1 Modèles à l'étranger

Aux États Unis et en Italie, des structures d'urgences gériatriques ont été créées. Le personnel y exerçant est formé à la gériatrie et les locaux sont adaptés à

l'accueil des personnes âgées. L'avantage de ces unités est de disposer d'une expertise gériatrique dès les urgences, le personnel formé à la prise en charge gériatrique et des locaux adaptés limitant les facteurs confusiogènes. La limite de ce type d'unités est la gestion du flux de patients et les difficultés d'avoir de telles unités vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept. Les risques sont représentés par la concentration de la compétence gériatrique en un site, compétence non disponible lorsque l'unité est fermée [9]. Les urgences gériatriques ont aussi été mises en place en Italie avec un résultat plus contrasté [10]. En Suède, la prise en charge des personnes âgées par une équipe des urgences (sans formation gériatrique spécifique) avec une infirmière spécialisée (avec une expertise dans la planification de la sortie pour les patients âgés et en réseau avec les hôpitaux gériatriques locaux), dans une zone dédiée aux sujets âgés a montré une réduction du pourcentage d'admissions [11].

T1 Service d'accueil des urgences comme principale ou seule solution ?

L'accès des patients âgés à l'hôpital passe encore trop souvent par une admission *via* le service des urgences. Dans cette population vulnérable, il faut favoriser les admissions directes dans les services de gériatrie aiguë ou les soins de suite et de réadaptation, et favoriser l'accès aux consultations gériatriques et aux hôpitaux de jour. Assurer le lien ville-hôpital est particulièrement important dans le parcours de soins personnalisé du patient âgé. L'équipe mobile gériatrique est un maillon pivot des filières gériatriques. Son positionnement en intra- et/ou en extrahospitalier permet de tisser les liens entre les différentes structures de la filière gériatrique de la ville à l'hôpital, mais aussi de l'hôpital vers la ville. Elle joue un rôle d'interface. Le développement des EMG a pour but d'éviter que les urgences soient le recours privilégié pour les personnes âgées. Leur intervention s'effectue à plusieurs niveaux :

- proposer une expertise gériatrique auprès des médecins de ville et aider à la mise dans le parcours de soins ;
- favoriser les admissions directes pour limiter l'engorgement des services d'urgence grâce à un lien avec les Ehpad et les médecins du territoire ;
- développer une culture commune gériatrique par l'accompagnement et la sensibilisation des équipes, par des formations courtes du personnel médical et paramédical et par un retour des interventions auprès des patients afin d'éviter les réhospitalisations et la iatrogénie à l'hôpital ;
- accompagner les personnes âgées et leurs aidants dans le parcours de soins ;

- avoir une bonne connaissance de la filière gériatrique de son territoire afin de créer un maillage autour des personnes âgées et leur permettre un accès à une prise en charge globale médico-psycho-sociale et rendre plus fluide le parcours de soins.

T1 Place des infirmières en pratique avancée

Au même titre que l'existence de médecins gériatres au SAU, l'infirmière en pratiques avancées (IPA) pourrait jouer un rôle déterminant et participer au déploiement de nouvelles organisations [12]. L'IPA, avec ses champs de compétences élargis et un positionnement plus transversal, peut intervenir sur l'ensemble du parcours des patients en situation complexe (du repérage à l'orientation en passant par la prise en charge et la prévention des complications). Une IPA au SAU pourrait exercer une expertise gériatrique pour les patients les plus vulnérables et aider à la fluidification de l'aval des urgences grâce à sa connaissance et au lien étroit avec les partenaires de la filière gériatrique. En améliorant le parcours hospitalier, une organisation renforcée par une IPA pourrait améliorer différents paramètres gériatriques, comme la prévention du syndrome confusionnel, le retour à domicile et la transition ville-hôpital pour les personnes vulnérables, et contribuer à la formation du personnel des urgences à la spécificité gériatrique.

T1 Conclusion

La prise en charge des patients âgés aux urgences reste une problématique complexe, toujours d'actualité en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation des comorbidités avec l'âge. Seule une réflexion structurale globalisée, avec une approche parcours de soins débutant aux urgences et finissant en SSR ou avec le retour à domicile, permettra de mieux répondre aux besoins des patients âgés. Les urgences représentent le premier maillon hospitalier, qui doit pouvoir trouver la meilleure orientation pour le patient en aval des urgences, à condition de disposer de ressources hospitalières et en particulier gériatriques adaptées. L'implication des ressources gériatriques, infirmiers diplômés d'État, IPA, gériatres, EMG est un maillon indispensable pour la structuration des parcours de soins et le développement de la culture gériatrique commune des équipes soignantes.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013. 7 mai 2021. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/01-enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences-hospitalieres-juin>.
- [2] Société française de médecine d'urgence. 10^e conférence de consensus. Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. 5 décembre 2003 – Strasbourg. Texte court. www.sfmou.org/upload/consensus/pa_urgs_court.pdf.
- [3] Société française de médecine d'urgences. Actualités de l'urgence – APM. Aux urgences du CHU de Limoges, l'unité de médecine spécialisée pour personnes âgées fait ses preuves. 24 novembre 2017. www.sfmou.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/aux-urgences-du-chu-de-limoges-l-unite-de-medecine-specialisee-pour-personnes-agees-fait-ses-preuves/new_id/60508.
- [4] Moly C. Unités de post-urgences gériatriques : état des lieux en France et expérience de l'unité paloise. Cah Annee Gerontol 2014;6:S90-9.
- [5] Société française de médecine d'urgences. L'organisation de l'aval des urgences : état des lieux et propositions. Mai 2005. www.sfmou.org/upload/referentielsSFMU/Aval_SU_SFMU_mai_2005.pdf.
- [6] Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique. <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm>.
- [7] Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>.
- [8] Arrouy L, Strohmenger L, Attal J, et al. Évaluation de la mise en place d'un fast-track pour les personnes âgées de plus de 85 ans dans un service d'urgence. Ann Fr Med Urgence 2016;6(4):233-9.
- [9] Southerland LT, Lo AX, Biese K, et al. Concepts in practice: geriatric emergency departments. Ann Emerg Med 2020;75(2):162-70.
- [10] Salvi F, Morichi V, Grilli A, et al. A geriatric emergency service for acutely ill elderly patients: pattern of use and comparison with a conventional emergency department in Italy. J Am Geriatr Soc 2008;56(11):2131-8.
- [11] Liu J, Palmgren T, Ponzer S, et al. Can dedicated emergency team and area for older people reduce the hospital admission rate? – An observational pre- and post-intervention study. BMC Geriatr 2021;21(1):115.

[12] Société française de gériatrie et gérontologie. Présentation du référentiel des infirmières en pratique avancée (IPA) en gérontologie. 16 décembre 2020. <https://sfgg.org/agenda/presentation-du-referentiel-des-infirmieres-en-pratique-avancee-ipa-en-gerontologie-jasfgg-2020-2e-journee-session-recherche-en-sciences-cliniques-infirmieres/>.