

## **ANNEXE 4**

### **Principes d'organisation des soins aux personnes âgées en situation d'urgence**

#### **TEXTES REGLEMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS**

##### **REGLEMENTATION**

- Article R6123-1 et suivant du Code de la Santé Publique relatif à l'autorisation d'activité de soins de médecine d'urgence
- Instruction n° DGCS/3A/DGOS/R4/2017/341 du 29 décembre 2017 relative à la mise en place d'une démarche de coopération renforcée entre établissements de santé médecine, chirurgie, obstétrique et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans le cadre de l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées

##### **RECOMMANDATIONS DE REFERENCE**

- Rapport Libault « grand âge autonomie » mars 2019
- Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des EHPAD, fiche points clé HAS, juillet 2015
- Guide de certification des établissements de santé HAS « prise en charge des urgences et soins non programmés » 2014
- Un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé, HAS, octobre 2014
- Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires, fiche points clé, HAS, juin 2013

#### **MISSIONS INTERNES AUX ETABLISSEMENTS CONCERNES**

##### **1. La politique en établissement de santé**

L'établissement ou les établissements du territoire concerné a (ont) formalisé(s) l'organisation du service des urgences dans le projet d'établissement et dans le projet de service.

L'organisation décrit en particulier :

- le système d'admission des patients à partir du service des urgences et en aval ;
- les modalités d'accueil des populations vulnérables âgées ;
- les liens avec la filière gériatrique (dont son astreinte territoriale de week-end et le ou les numéros dédiés/équipes mobiles).

Une cellule de coordination avec les urgences a été mise en place dans le cadre de la commission gériatrique ou toute autre instance où sont présents les gériatres.

La cellule est constituée de membres permanents (1 médecin urgentiste, 1 gériatre et les cadres du service

des urgences et de gériatrie) et de membres extérieurs pouvant être sollicités à titre d'experts selon le projet. Elle se réunit pour le projet et en cas de besoin de gestion d'une problématique particulière.

Les missions de la cellule sont de :

- limiter l'attente des personnes âgées aux urgences ;
- mieux adapter les urgences aux personnes âgées fragiles, en sensibilisant les équipes (création de protocoles, formations dont utilisation des outils d'ASSURE) ;
- connaître la filière gériatrique et faire connaître les trajectoires gériatriques internes protocolisées avec les urgences et aux services non gériatriques ;
- suivre les indicateurs des personnes âgées aux urgences (aidé du DIM qui est membre de la commission gériatrique ou de l'instance ad hoc).

## **2. La communication des établissements de santé avec service de médecine d'urgence**

L'organisation prévue est diffusée à l'échelle de l'établissement avec l'aide de la cellule communication de l'établissement, si elle existe.

Il existe une stratégie de communication régulière et positive des objectifs et des résultats aux professionnels et aux usagers, ainsi que des succès et résultats obtenus.

En interne, une communication sera déployée sur les bonnes pratiques avec des affiches, type SAED<sup>1</sup>, créées pour les services non gériatriques et les urgences. Les contenus pourront être élaborés par la cellule de coordination.

Pour le territoire, une communication sera adaptée aux partenaires sur les modalités d'organisation de la filière gériatrique (dont le numéro d'appel) avec les urgences, avec des outils simples. De même une communication devra être faite sur les outils ou dispositifs permettant d'améliorer voire éviter le recours aux urgences. Ces éléments pourront notamment reprendre les éléments construits dans le projet ASSURE<sup>2</sup>.

## **3. L'organisation interne de l'établissement**

### **a. Favoriser l'hospitalisation programmée et/ou directe**

Il est nécessaire d'organiser dans l'ensemble des établissements de santé une filière d'admissions directes des personnes âgées polypathologiques dans les services hospitaliers (particulièrement en CSG, médecine polyvalente, SSR, HAD) permettant de limiter leurs passages aux urgences.

Selon la circulaire relative à la filière gériatrique de 2007, le ou les établissement(s) référent(s) doit(vent) viser à programmer, voire éviter les hospitalisations avec :

- un numéro de téléphone dédié mis à disposition des partenaires et en particulier les médecins traitants pour favoriser l'accès direct des patients, du lundi au vendredi. En court séjour gériatrique, l'entrée sans passage aux urgences est le mode d'entrée à privilégier ;
- des bilans réalisés à froid, qui relèvent de l'hôpital de jour gériatrique ou de la consultation gériatrique ;
- des hospitalisations programmées dans et hors services gériatriques, en particulier en période d'épidémie.

### **b. Organiser la réponse gériatrique aux situations non programmées**

## **Apport d'une expertise gériatrique pour les situations d'urgence non vitale**

<sup>1</sup> Situation Antécédents évaluation demande [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/saed\\_guide\\_complet\\_2014-11-21\\_15-41-2\\_64.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/saed_guide_complet_2014-11-21_15-41-2_64.pdf)

<sup>2</sup> Projet ASSURE (Amélioration des Soins d'URgence en EHPAD) qui sensibilise les EHPAD aux recours aux urgences

Les numéros dédiés en journée la semaine et l'astreinte territoriale de week-end apportent une expertise gériatrique de recours aux autres professionnels : centre 15/SAMU, services d'urgences, dispositifs de coordination (réseaux, PTA et futurs DAC), médecins traitants, EHPAD. Cette expertise permet une réflexion en concertation sur une situation avec des outils comme l'échelle de Rockwood.

Cette expertise peut utiliser les moyens numériques de la télémédecine, en particulier en EHPAD, ainsi que les outils d'ASSURE.

Cette expertise est en lien et peut mobiliser l'ensemble des équipes mobiles en EHPAD, selon son territoire et leurs modalités d'organisation (ex : ayant eux-mêmes des astreintes ou non). Ces équipes mobiles sont notamment des équipes de soins palliatifs, d'hygiène, de gériatrie et/ou psychogériatrie.

Cette expertise peut aussi mobiliser l'HAD, un réseau de santé, la MAIA ou les PTA/DAC quand ils existent.

Cette expertise doit permettre d'éviter des passages aux urgences ou des appels au SAMU/centre 15. Elle contribue aux hospitalisations programmées. Elle favorise la bonne hospitalisation au bon endroit et au bon moment, sans perte de chance.

### **Structuration des services d'urgences avec la gériatrie**

Les hospitalisations non programmées, pour lesquelles le service d'urgence doit assurer des accueils de qualité, s'organisent avec la gériatrie (en particulier l'EMG). Le(s) établissement(s) de santé porteurs d'urgences réfléchissent aux situations ou périodes de l'année problématiques.

Il est nécessaire de développer au sein des services des urgences une réponse adaptée à la prise en charge des personnes âgées (repérage, évaluation précoce, circuit adapté, intervention d'un gériatre de l'EMG).

Il est nécessaire de systématiser une organisation centralisée de gestion des lits en interne et intégrée à une organisation territoriale afin d'accélérer les sorties des services d'urgence.

Les offres du territoire utilisables pour un retour à domicile après prise en charge aux urgences dans de bonnes conditions seront impliquées à cette partie des travaux pour protocoliser les actions et coopérations. Ces offres peuvent être médico-sociales ou sanitaires (HAD, réseau de santé, gestion de cas, hébergement temporaire post-hospitalisation ou lors de l'hospitalisation de l'aidant, équipes mobiles, etc...).

### **Les compétences à proposer aux services d'urgences<sup>3</sup>**

Les professionnels des urgences sont formés au repérage des fragilités (un outil de repérage est mis à disposition et les personnels sont formés à son utilisation) et à la prise en charge des personnes âgées.

La communication entre professionnels est favorisée : revue de dossiers, RMM communes, EPP communes.

La mise à disposition d'un arbre décisionnel d'orientation soit vers le retour à domicile, soit vers une filière hospitalière adaptée.

### **Les transferts de compétences des services d'urgences**

Les objectifs, travaillés au sein de la cellule de coordination, sont de permettre une continuité dans la prise en charge gériatrique sur des situations simples, notamment par les compétences des soignants. La mise en place de formations pluri-professionnelle entre gériatrie et urgences est nécessaire et fondamentale.

### **Les ressources matérielles du service d'urgences**

Les aménagements de locaux et d'équipements permettent l'accès des personnes vulnérables.

### **L'unité post-urgences gériatrique (UPUG)<sup>4</sup>**

---

<sup>3</sup> Guide de certification des établissements de santé HAS « prise en charge des urgences et soins non programmés » 2014

<sup>4</sup> Plan Urgences 2004

La possibilité de création de l'unité répond à la nécessité de gérer l'affluence croissante aux urgences de patients âgés de plus de 75 ans fragilisés et dépendants et d'éviter la dispersion de ces personnes et leur immobilisation en dehors de toute prise en charge médicale gériatrique afin de permettre un retour rapide sur leur lieu de vie.

L'UPUG fait partie intégrante de la filière gériatrique et diffère du CSG par sa fonction de lit d'aval des urgences. Elle permet de compléter l'offre de soins.

Si l'établissement possède ou fait le choix d'une unité post-urgences polyvalente adulte, des compétences gériatriques sont nécessaires.

#### CRITERES D'ADMISSION

- personnes âgées de plus de 75 ans,
- provenant exclusivement des urgences ou de l'UHCD (pas d'entrées programmées, pas de mutation en provenance d'un autre service),
- dont la durée d'hospitalisation "pressentie" n'excédera pas 3 à 4 jours.

#### CRITERES D'EXCLUSION

- patients qui nécessitent "a priori" une hospitalisation supérieure à 4 jours. Ceux-ci seront pris en charge dans le CSG ou dans les autres services de médecine de l'hôpital. Ces patients ne pourront pas être pris en charge dans l'unité dans l'attente d'une place dans un autre service ;
- patients nécessitant une prise en charge spécifique dans un service de spécialité ;
- patients nécessitant une surveillance médicale "rapprochée" en soins intensifs ou en réanimation.

Y sont réalisés, pour favoriser le retour rapide dans le lieu de vie :

- les actions suivantes :
  - o évaluation gérontologique globale concise
  - o bilan d'autonomie fonctionnelle
  - o évaluation de l'observance médicamenteuse
  - o repérage du risque de chute
- l'appel au médecin traitant, voire au pharmacien d'officine si problème lié aux médicaments ;
- l'anticipation de la mise en place de partenaires comme l'HAD, le SSIAD ou tout autre intervenant.

#### ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE L'UNITE

L'Unité Post Urgence Gériatrique dépend de la filière gériatrique. Les patients peuvent être admis jour et nuit. Cette unité bénéficiera, au même titre que les urgences et l'UHCD, d'une priorité pour les avis spécialisés et pour le plateau technique de l'établissement afin de favoriser une DMS très courte.

La capacité d'une UPUG se situe entre 6 et 12 lits.

Une évaluation du fonctionnement de cette unité devra se faire à 6 mois en réunion du Comité de gestion de l'hospitalisation non programmée et de manière régulière.

## OBJECTIFS DE LA FILIERE SUR SON TERRITOIRE

### 1. Missions avec les EHPAD

Afin de préserver l'autonomie des résidents, les EHPAD mettent en place les actions permettant :

- le repérage des fragilités,
- la lutte contre les principaux risques de déclin fonctionnel,
- la réduction des hospitalisations non programmées et ré-hospitalisations,
- la réduction du risque iatrogénique médicamenteux.

L'établissement référent aide les EHPAD à mettre en place les actions par le biais notamment de formations/sensibilisation/outils/équipes mobiles.

La dynamique d'ASSURE est poursuivie dans le cadre du projet de territoire, en lien avec l'organisation de l'astreinte gériatrique de week-end et l'activité des établissements ayant des numéros dédiés en semaine. Des actions complémentaires peuvent être développées.

L'animation sur le territoire visera à :

- anticiper pour mieux recourir aux urgences et formaliser des procédures d'entrées/sorties ;
- améliorer l'échange d'informations grâce aux documents de liaison ;
- favoriser les échanges de pratique et l'information entre les professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social pour développer une culture gériatrique commune et favoriser la mise en place de bonnes pratiques ;
- développer les interventions d'HAD ;
- favoriser l'effectivité des projets d'astreinte inter-EHPAD d'IDE de nuit ;
- aider à développer l'hébergement temporaire post-hospitalisation dès qu'un projet se déploie ;
- mobiliser l'expertise gériatrique, voire psychogériatrique, chaque fois que nécessaire et optimiser les expertises en soins palliatifs ;
- élaborer et rendre effective la télémedecine dès qu'elle se déploie sur le territoire ;
- mobiliser des compétences spécialisées non gériatriques de l'établissement de santé notamment par la télémedecine.

Les médecins traitants sont associés selon leur volonté. Ils sont informés des travaux conjoints par les EHPAD.

## **2. En ville**

En ville, les actions prioritaires de la filière gériatrique de territoire cherchent à éviter le recours aux services d'urgences pour les situations « non vitales » dont :

- les numéros de téléphone dédiés des établissements porteurs de filière aux médecins traitants du lundi au vendredi ;
- l'astreinte gériatrique territoriale de week-end ;
- l'organisation du repérage de la fragilité en ville ;
- l'accès à des expertises gériatrique à domicile, en consultation ou en HDJ, voire en visite à domicile selon les possibilités des territoires (existence de réseau, d'équipe mobile).

## **3. Partenariats<sup>5</sup> : formations, sensibilisations, outillage des professionnels, liaisons**

Les documents de liaison sont rédigés dans une logique de parcours et de prise de relais. Ils comprennent le dossier de liaison d'urgence (DLU), la fiche de liaison urgence (FLU), et le compte-rendu d'hospitalisation. Ces documents formalisés sont complémentaires aux échanges téléphoniques ou dématérialisés, notamment lorsque l'établissement informe l'EHPAD et/ou le médecin traitant en cas d'hospitalisation du patient ou de sortie de celui-ci.

Il est nécessaire de favoriser les échanges de pratiques et l'information entre les professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social pour développer une culture gériatrique commune via :

- des formations pluridisciplinaires,
- une sensibilisation,
- des échanges de pratiques.

Ces échanges permettent aux acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social, en ville et en établissements (gériatrie et urgences) de mieux se connaître et d'intégrer les contraintes réciproques acquérant ainsi une culture commune de parcours de santé.

---

<sup>5</sup> INSTRUCTION N°DGCS/3A/DGOS/R4/2017/341 du 29 décembre 2017 relative à la mise en place d'une démarche de coopération renforcée entre établissements de santé médecine, chirurgie, obstétrique et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans le cadre de l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées

Les établissements pourront également impliquer autant que faire se peut les personnels des SAMU dans le repérage des urgences psycho-sociales des personnes âgées à domicile et l'orientation vers les dispositifs pertinents des champs sanitaire, social et médico-social et les dispositifs d'appui à la coordination. Il en sera de même pour les pompiers et ambulanciers régulés par le SAMU.

La dynamique d'ASSURE est gérée et évaluée dans le cadre du projet de territoire, en lien avec l'activité des numéros de téléphone dédiés et l'astreinte gériatrique de territoire. Elle permet, à partir de ses résultats locaux (taux de participation, évolution du taux d'hospitalisations, etc...) de réinterroger l'organisation territoriale des établissements de santé avec les EHPAD et de l'ajuster. A cette fin des outils de suivi d'activité sont développés permettant de suivre l'activité des numéros dédiés et de l'astreinte territoriale (nombre d'appels,