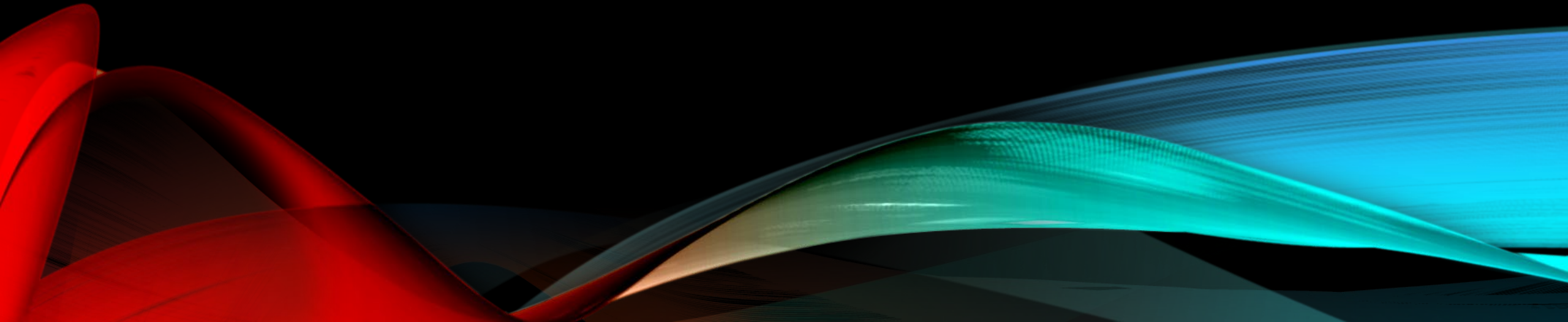


# COMMENT NÉGOCIER L'ENTRÉE DE SON PATIENT ÂGÉ À L'HÔPITAL

Dr Christophe Fournier  
Médecin Gériatre  
CHU Brest Carhaix  
28 Septembre 2021

Ma présentation relève de l'anagramme suivante :

« Le vrai se travestit en  
Vérités alternatives »



# CONTEXTE DES URGENCES

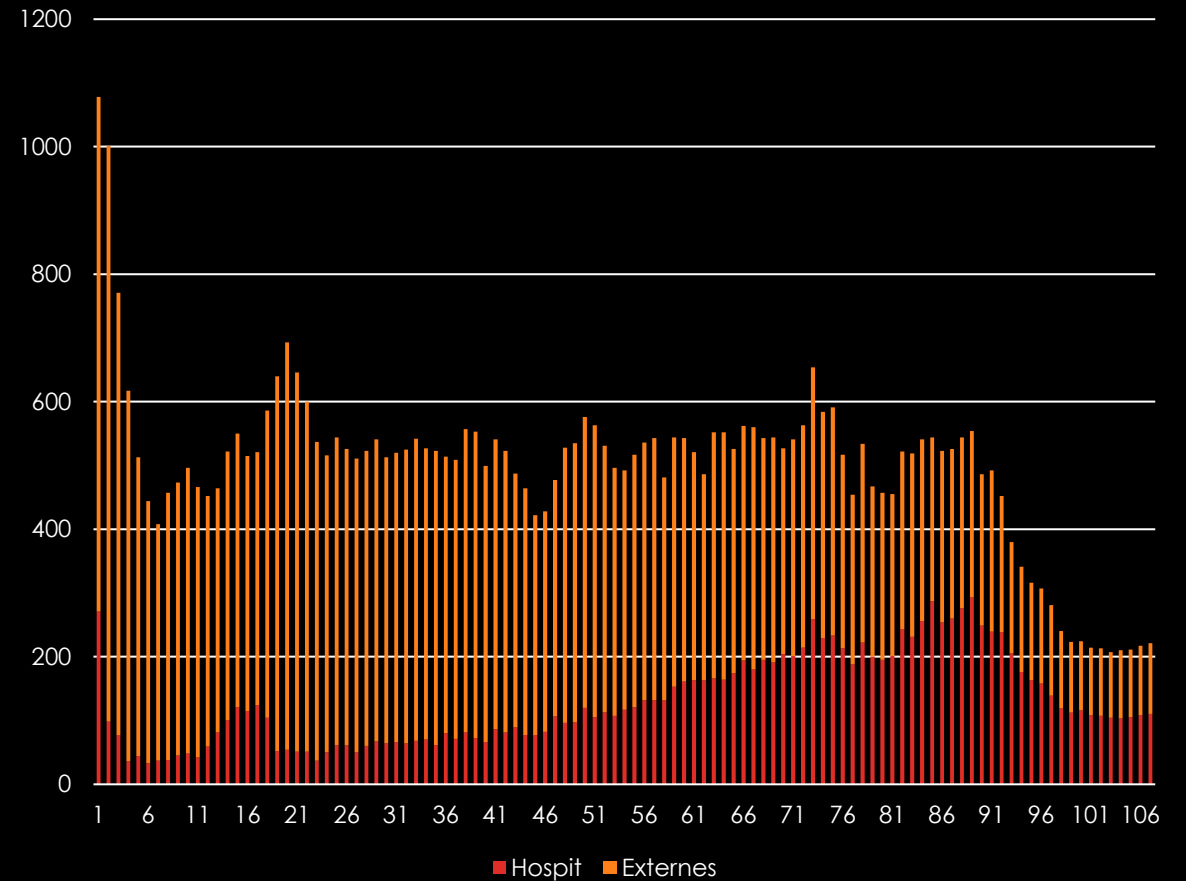
- 1967 : Première ambulance de réanimation sur Paris
- 1972 : Création du SAMU de Paris
- Années 70-80 : Accès des urgences au public, sans passage par un médecin
- Dès 1980 : Un appel toutes les 3 mn au SAMU de Paris
- *Accueil favorable des directeurs et des chefs de services, pour remplir leurs lits encore nombreux et donc disponibles*
- 1990 : Explosion, accueil au SAU d'une population, aux besoins non exclusivement sanitaires
- L'entrée à l'hôpital :
  - # 65% par les urgences
  - # 65% des hospitalisés, âge > 60 ans !

# 2021 URGENCES DE QUIMPER

Devenir des patients qui se présentent aux Urgences du CHIC (Quimper & Concarneau) selon l'âge

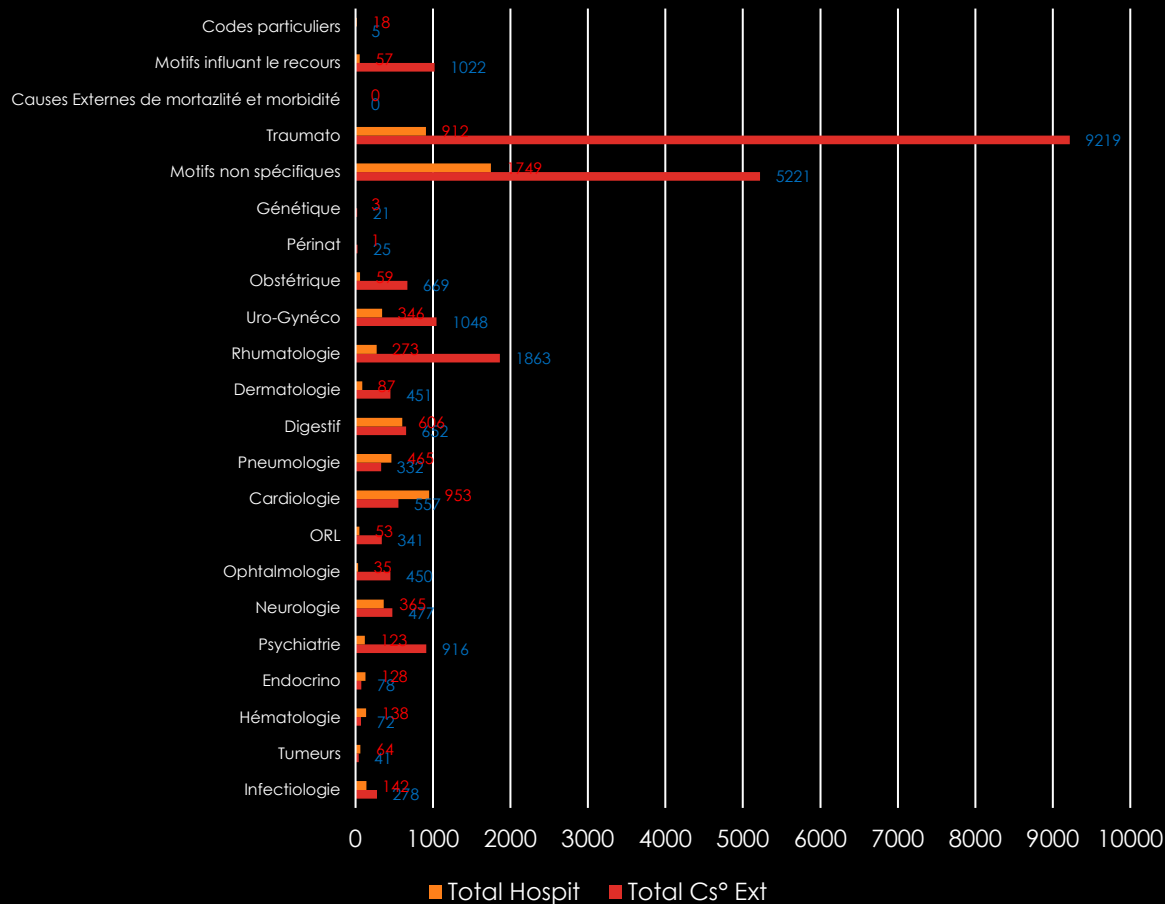


Devenir des patients qui se présentent aux Urgences du CHIC (Quimper & Concarneau) selon l'âge

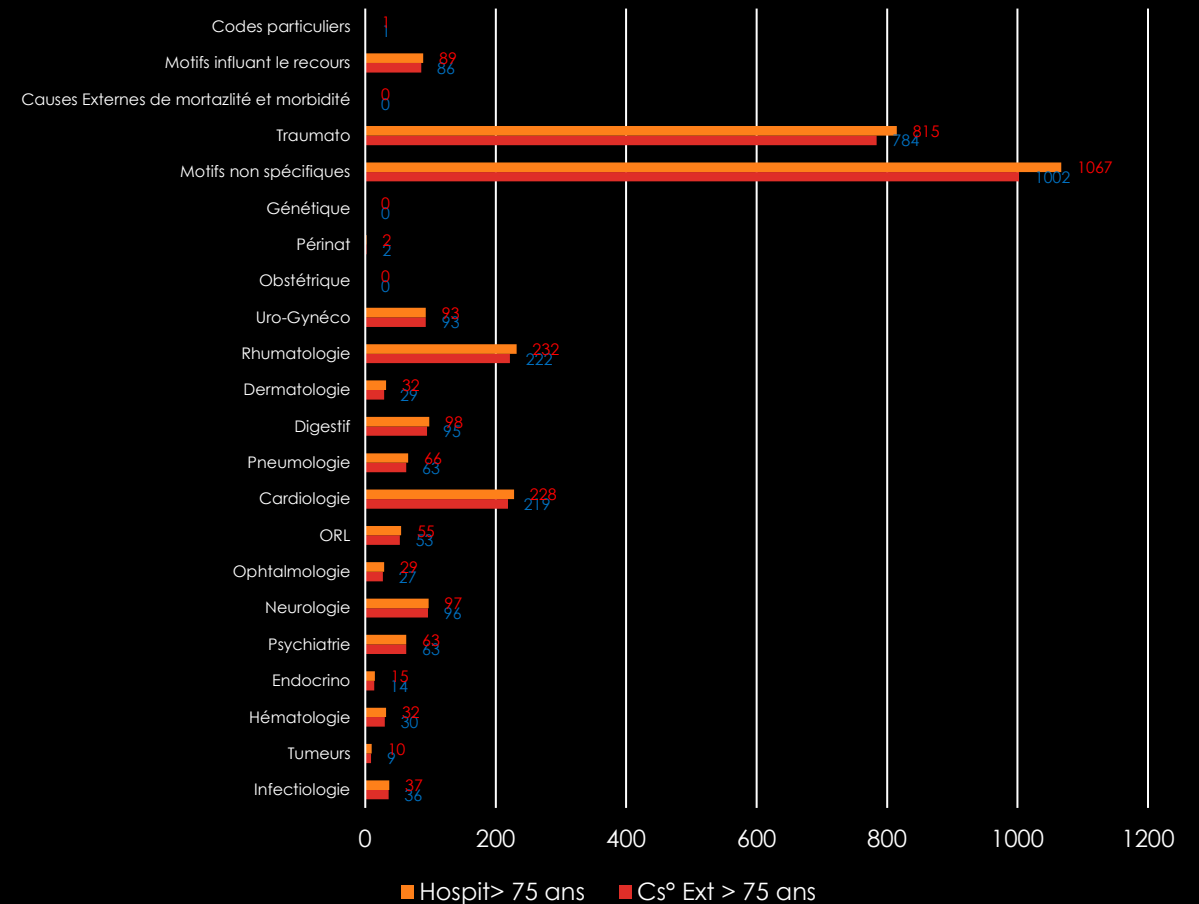


# 2021 URGENCES DE QUIMPER

## Répartition CIM 10 Urgences



## Répartition CIM 10 > 75 ans



# CONTEXTE DES URGENCES

- Initialement :
  - urgentistes = « médecins polyvalents »
  - s'orientant vers la prise en charge de l'accueil d'urgence
- Leur nombre croît de 80% entre 1993 et 1996
- Mais avec le temps, leur spécialisation aussi
- Actuellement, la « CAMU » n'existe plus remplacée par un « DESC »
- Un urgentiste nouvellement formé n'a plus les attentes de leurs aînés

# POUR UN URGENTISTE, L'URGENCE :



Pour cela,  
il faut  
des  
Urgences :



# PARADOXE DES URGENTISTES

- L'urgentiste pense :
  - soins techniques vitaux
  - patients jeunes pouvant les supporter
- Les patients hospitalisés sont :
  - majoritairement des gens matures voire âgés
  - aux pathologies chroniques connues en décompensation attendue voire prévisible
  - Pour des hospitalisations in fine prolongées, entretenant la carence de lits
- Le nombre de lit d'aval est en réduction drastique depuis les années 2000
- Le services d'organes se sont hyper spécialisés :
  - limités en places, ils sont réticents à l'entrée de personnes âgées, ne pouvant recevoir leurs soins.
  - Quid des services polyvalents ?

# DANS LE MÊME TEMPS

- Evolution de la permanence de soins de ville
- Désertification médicale
- Evolution de la gestion de l'urgence en ville
- Réduction des visites à domicile
- Evolution de la pratique des cabinets médicaux :
  - Joindre les médecins hospitaliers peut-être difficile
  - Joindre le médecin traitant ou coordonnateur peut l'être aussi
- *Les urgences deviennent le seul accueil médico-social ouvert 24h/24h*

# FAVORISER L'ACCUEIL, C'EST :

- Venir avec un courrier fait **par un médecin** qui :
  - **connait** le patient ou à défaut un « *Dossier d'Urgence de Liaison* » pour :
    - ses pathologies chroniques et leur suivi
    - son contexte social
  - **a examiné** le patient
- Être adressé avec une idée :
  - de diagnostic (≠ AEG)
  - de parcours, de filière gériatrique
  - Et même, sur la sortie ou le devenir
- Contacter le médecin d'accueil d'urgence, pour l'informer de l'arrivée
- Adresser son patient, le matin entre 9h et 11h...

# FAVORISER L'ACCUEIL, C'EST :

- Se demander si : « on doit passer par les urgences pour hospitaliser une personne âgée ? »
- Les services de médecine acceptent les entrées directes, si elles sont « préparées »
- La filière de gériatrie offre des opportunités, pour éviter l'hospitalisation ou les urgences :
  - Court séjour gériatrique (entrée directe)
  - SSR gériatrique ou polyvalent (entrée directe)
  - Hôpital de jour gériatrique, diagnostic ou thérapeutique
  - Consultation gériatrique +/- mémoire
  - EMEG
  - Numéro d'appel gériatrique

# LA FILIÈRE GÉRIATRIQUE

DE QUIMPER

- Le court séjour gériatrique : « Porte d'entrée directe »
  - 30 % d'entrées directes chaque année, il n'est pas illusoire de dépasser les 50 %
  - programmer pour le court séjour, permet :
    - de recruter des patients gériatriques
    - un échange de confrère à confrère
    - de mieux travailler
    - réduit la DMS, c'est gagnant-gagnant
  - Quid des conventions « Ehpad – Court Séjour » ?

# LA FILIÈRE GÉRIATRIQUE

DE QUIMPER

- L'HdJ gériatrique permet des bilans sur « un ou plusieurs jours » :
  - évite l'hospitalisation et ses conséquences délétères
  - permet un échange de confrère à confrère
  - la programmation peut évoluer au fil du besoin
  - Elle peut être la porte d'entrée dans la filière de soins, toutes spécialités confondues
  - Un bilan gériatrique complet peut y être réalisé
  - Et « cerise sur le gâteau », le transport est pris en charge par la SECU

# LA FILIÈRE GÉRIATRIQUE

DE QUIMPER

- Les SSR :
  - gériatriques, polyvalents, UCC
  - Ils ne sont pas réservés à l'hôpital
  - Ils sont accessibles depuis la ville, sauf parfois pour l'Ehpad
  - La qualité de la préparation de l'entrée fera la différence
  - Les succès antérieurs potentialisent les suivants

# LA FILIÈRE GÉRIATRIQUE

DE QUIMPER

- L'EMEG : équipe mobile d'évaluation gériatrique
  - Ouverte 5 jours sur 7 jours, activité autour de 750 patients par an,
  - Dont 450 aux urgences,
  - Organisation dans l'année de 190 sorties des urgences, le jour même
  - Taux de retour : 4 patients sur 190 sous 48h sur l'année
- *Si l'EMEG, le jour même, peut « détourner » un patient au SAU, le patient avait-il nécessité impérieuse à venir au SAU...?*

# LA FILIÈRE GÉRIATRIQUE

DE QUIMPER

L'EMEG, réoriente vers :

- Les SSR gériatriques ou polyvalents sur des « lits de repli » (convention inter sites)
- Une hospitalisation en court séjour gériatrique sur un autre site hospitalier
- Mais surtout, un RAD dans l'attente de :
  - L'HdJ Gériatrique (15 à 20% du recrutement fait par l'EMEG)
  - Les consultations, gériatrique, géronto-psychiatrique ou mémoire
  - Une hospitalisation programmée en court séjour gériatrique

# NÉGOCIER L'HOSPITALISATION

- C'est :
  - Connaître la filière gériatrique de son secteur et le numéro « Allo Gériatre »
  - Être connu des acteurs de la filière
  - Malheureusement, le nombre de médecin l'utilisant reste insuffisant
  - A défaut, appeler le médecin sénior d'accueil des urgences
- Il faut donc « ANTICIPER »
  - L'exploration et la décompensation de maladies chroniques
  - La situation sociale de son patient et son entourage
  - Le passage en soins palliatifs sous tous ses aspects
  - Voire en accompagnement de fin de vie, nécessité alors du transfert au SAU...?

# LIMITES DE L'ANTICIPATION

- En Ville
  - La désertification ?
  - L'évolution de l'organisation des soins de ville ?
- En institution :
  - La principale limite est l'absence d'IDE la nuit, au-delà des effectifs
  - Il ne peut y avoir exécution de prescriptions anticipées sans IDE, même par le 15
- Parfois et partout, la connaissance et l'appétence gériatrique

# EN CONCLUSION

Faisons par l'anticipation, en sorte que :

**« esprit des lumières »**

*ne se change en*

**« il est perdu misères »**

**Merci**