

Infirmiers gériatriques aux urgences

Vers des alternatives à l'hospitalisation

Dr François JEANBLANC Médecin gériatre, chef du service EMG-IGU, CHI des Alpes du Sud
DIU de santé publique, cardiogériatrie et e-santé

Isabelle HEAS Infirmière, cellule Urgences parcours personne âgée (Cuppa)

Ghyslaine GRENIER Infirmière, Cuppa

Dr Amandine FOUCAUD Médecin gériatre

Hospices civils de Lyon

Des équipes d'infirmiers gériatriques aux urgences (IGU) ont été mises en place dans plusieurs services d'urgence en France, en réponse à la cinquième mesure du Pacte de refondation des urgences, aux recommandations du rapport Libault et du Ségur de la santé. Ces équipes sont rapidement devenues des acteurs incontournables de l'optimisation et de la prise en charge de la personne âgée au service d'accueil des urgences (SAU) et des relations ville/hôpital.

« **Z**éro passage par les urgences¹ » pour les personnes âgées dans les cinq ans, c'est l'objectif fixé par la mesure 5 du pacte de refondation des urgences de septembre 2019. Cette mesure va de pair avec plusieurs rapports et plans d'action posés depuis quelques années, à l'instar des rapports Libault² et Jeandel-Guérin³, du plan Ségur de la santé⁴, ou encore de plusieurs instructions de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS)⁵. Dans ce cadre, plusieurs établissements ont mis en place une prise en charge des patients âgés aux urgences par des infirmiers gériatriques aux urgences (IGU), afin d'améliorer le confort et les bonnes pratiques gériatriques, de fluidifier le passage des personnes âgées et de proposer des alternatives à l'hospitalisation.

Les objectifs des équipes IGU

Les interventions des IGU ont pour finalité d'améliorer la prise en charge des personnes âgées au service d'accueil des urgences (SAU) et la fluidité de leur parcours. Les étapes en sont les suivantes :

- **une évaluation globale** à l'entrée à l'aide d'une grille adaptée (par exemple grille SEGA⁶) permettant de repérer les fragilités gériatriques (troubles neurocognitifs, dénutrition, troubles de la marche, difficultés de maintien à domicile) ;
- **assurer le confort et favoriser les bonnes pratiques gériatriques** : éviter les contentions, installation au fauteuil, diminuer les troubles du comportement, prévenir les douleurs et les escarres, gestion de la nutrition et de l'hydratation⁵ ;
- **une prise en charge adaptée** : l'évaluation permet de repérer les personnes nécessitant une prise en charge particulière dès l'entrée : intervention de l'assistante sociale, du gériatre, du kinésithérapeute... ;
- **réduction du temps de passage au SAU** en obtenant rapidement les examens nécessaires (biologie, radiologie, avis spécialisé), puis en organisant le transfert dans le service d'accueil ;
- **favoriser les liens ville/hôpital** en contactant l'entourage du patient et les intervenants à domicile : infirmier diplômé d'État libéral (IDEL), médecin traitant, dispositif d'aide à la coordination (DAC), service d'aide à domicile... ;
- **améliorer l'orientation de la personne âgée** : favoriser les admissions directes dans les services adaptés en collaboration avec le médecin urgentiste ;
- **privilégier les alternatives à l'hospitalisation** : passage direct en SSR, prise en charge par l'hospitalisation à domicile (HAD), accueil d'urgence en établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (Ehpad).

La Cuppa, un dispositif innovant à Lyon

D'ici à 2030, la part de la population âgée de plus de 80 ans s'apprête à doubler sur l'aire urbaine lyonnaise. S'inscrivant dans cette tendance, les Hospices civils de Lyon ont développé, via leur Institut du vieillissement (I-Vie), un dispositif d'accueil spécialisé et innovant pour les personnes de plus de 75 ans. Expérimentée avec succès depuis septembre 2019 au sein des urgences de l'hôpital Lyon Sud, la cellule Urgences parcours personnes âgées (Cuppa) est en place à l'hôpital Edouard-Herriot et à l'hôpital de la Croix-Rousse depuis 2022. En instaurant la présence permanente, de 8h à 19h, du lundi au vendredi, de deux infirmières qualifiées et d'un médecin gériatre à mi-temps, chaque Cuppa réceptionne les personnes de plus de 75 ans préalablement ciblées par l'équipe des urgences. Pris en charge de manière personnalisée et bienveillante, les patients bénéficient alors, grâce à l'expertise de ce binôme médico-soignant, d'une évaluation de situation (état médical, environnement de vie), permettant ensuite l'orientation dans le parcours de soins le plus adéquat.

La Cuppa a trois missions principales :

- **améliorer la qualité de prise en charge au SAU** avec un projet de retour à domicile, en complémentarité avec les urgentistes ;
- **limiter les hospitalisations inappropriées** en proposant un retour à domicile s'appuyant sur le réseau gériatrique (consultation, équipe mobile extrahospitalière, HDJ, hospitalisations programmées), et en repérant des éléments de fragilité chez les patients retournant à domicile non détectés aux urgences ;
- **sécuriser les retours à domicile** en établissant le lien avec le patient et/ou ses aidants, le médecin traitant et les professionnels en lien avec le patient. Tout en soulageant les services d'urgence, ce dispositif apporte une réelle plus-value au niveau de la qualité de la prise en charge, aussi bien à court terme, au moment de l'accueil aux urgences, qu'à long terme, dans le suivi gériatrique du patient.

Le plan d'action de l'ARS PACA

Un appel à projets a été lancé en 2020 par l'agence régionale de santé (ARS) de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA). Il comprenait le déploiement d'IGU et le soutien de mesures pour favoriser l'admission directe non programmée des patients de 75 ans et plus. Trente-deux établissements comprenant un SAU ont été retenus, dont ceux



de Marseille, Nice, Brignole et Gap (**ENCADRÉS PAGES SUIVANTES**). « *Aujourd'hui, en région PACA, 32 des 49 services d'accueil des urgences disposent d'IGU, coordonnateurs soignants dédiés à la prise en charge des patients de 75 ans et plus* », quantifie Capucine Andolfo chargée de mission, référente urgences, et le Dr Nadine Ferrand, référente régionale sanitaire, de l'ARS PACA.

Depuis 2021, l'appel à projets est devenu transversal. Il regroupe plusieurs thématiques liées à la gériatrie, la médecine d'urgence et les structures médico-sociales gériatriques, et est étroitement lié à deux autres mesures du pacte des urgences : le service d'accès aux soins et le *bed-management* territorial (gestion de lits). L'un des enjeux phares de 2023 est d'accompagner les établissements de santé dans le développement et la structuration opérationnelle des admissions directes non programmées des personnes de plus de 75 ans dans les services de spécialité (pneumologie, cardiologie, orthopédie, médecin interne...) en évitant un passage aux urgences. Ainsi, l'ARS PACA finance en 2023 des projets sur les thématiques suivantes :

- les admissions directes non programmées en services de spécialité ;
- les équipes mobiles de gériatrie (EMG) ;

1. Ministère des Solidarités et de la Santé, Pacte de refondation des urgences, mesure 5, septembre 2019.

2. D. Libault, « Concertation Grand âge et autonomie », rapport remis à la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzin, mars 2019, propositions 141 et 142.

3. C. Jeandel, O. Guérin, « Unités de soins de longue durée et Ehpad », rapport de mission, juin 2021, recommandation 15.

4. Ministère des Solidarités et de la Santé, Ségur de la santé, juillet 2020, mesure 28/pilier 4.

5. Instructions DGOS/R4/2021/233 ; DGOS/R4/2021/252 ; DGOS/R4/2022 ; DGOS/R4/2023/43.
6. Haute Autorité de santé (HAS), « Grille SEGA », in *Fiches points-clés sur le repérage et la prise en charge de la fragilité : quelle appropriation par les acteurs de terrain ?*, 2015.

- le développement d'une couverture d'astreinte infirmière dans plusieurs Ehpad d'un même territoire en période de permanence des soins. Pour Capucine Andolfo et le Dr Ferrand, «*il apparaît que la structuration d'un parcours gériatrique robuste nécessite de renforcer la capacité de gestion territoriale des lits d'aval en lien avec le secteur médico-social et ambulatoire. L'appel à projets s'est donc étoffé au fil des ans et contient aujourd'hui une composante médico-sociale : intégration des astreintes infirmières pour les Ehpad d'un même territoire (pour éviter ou faciliter*

les transferts vers l'hôpital). De fait, l'atteinte de l'objectif «zéro passage par les urgences» pour les personnes âgées représente un véritable enjeu de santé publique et passe par le déploiement d'alternatives efficaces».

Trente mois de fonctionnement de l'équipe IGU de Gap

Le centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud (ChicAS) est l'établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) des Alpes du Sud. Il dispose d'une filière gériatrique complète au sein de son pôle de gériatrie, dont un service de courts séjours, un service de soins de suite et de réadaptation (SSR), un SSR en unité cognitivo-comportementale (UCC), une unité de soins de longue durée (USLD) et une unité d'hébergement pour personne âgée dépendante (Uhpad).

L'activité de l'équipe IGU de GAP a débuté en février 2021 avec la création de trois postes d'infirmiers diplômés d'État (IDE), placés sous la responsabilité du médecin de l'équipe mobile de gériatrie (EMG). Ces dernières interviennent quotidiennement aux urgences et à l'unité d'hébergement de courte durée (UHCD) de l'hôpital de Gap du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 18 h 30, et les week-ends de 9 h 30 à 17 h. Depuis 30 mois, cette équipe contribue à améliorer l'accueil, à diminuer le temps de passage aux urgences, à réduire le nombre d'hospitalisations évitables et à améliorer les liens ville/hôpital, grâce notamment à une collaboration renforcée avec les EMG. L'évaluation de ces 30 mois d'activité a été publiée en juin 2023⁷. De septembre 2022 à août 2023, les IGU ont évalué⁸ et pris en charge 2 305 personnes âgées de plus de 75 ans, soit 43 % de l'ensemble de cette population accueillie au



◀◀ **HÉLÈNE FAUCON**
IGU, La Timone, AP-HM

À LA TIMONE, TOUS CONQUIS PAR LE PROJET

Au quotidien, la personne âgée s'adapte à ses pertes d'autonomie, instaure des stratégies (listes, calendrier, rituels de lever, coucher, repas). Les proches ne voient pas matière à s'inquiéter puisque tout semble «*comme d'habitude*». Les échanges sont récurrents : mêmes

questions – «*Tu vas bien ?*» «*Tu as bien mangé ?*» – appelant des réponses souvent ritualisées elles aussi, même si pas toujours exactes. Ainsi, la perte d'autonomie peut passer inaperçue ou être minimisée : «*C'est normal à l'âge qu'elle a !*»

Trois défis à relever

- **Expliquer.** Sans remettre en question l'impact néfaste de l'hospitalisation, l'arrivée au SAU ne nous semble pas liée à l'effet iatrogène hospitalier, souvent évoqué, mais plutôt la conséquence d'un processus insidieux. Les mécanismes de défense chancellent, la perte de capacité d'adaptation comme les fragilités deviennent évidentes. Le point d'équilibre est rompu. Les proches tombent des nues.
- **Obtenir l'adhésion** de tous aux solutions proposées.
- **Mettre en œuvre.** Cela nécessite du temps et la maîtrise des acteurs du réseau : établissements d'aval, coordinateurs de parcours complexes, médecins traitants, libéraux...

«*Depuis bientôt trois ans, sur la Timone, nous bénéficions du soutien de tous, conquis par ce projet. Sans compter l'avancée vers l'objectif initial de "zéro" réhospitalisation évitable !*»



◀◀ **Dr SANDRINE TOURNIER-LOUVEL**
Cheffe du service de gériatrie, hôpital Saint-Joseph, Marseille

À SAINT-JOSEPH, LES IGU RATTACHÉES AU PÔLE GÉRIATRIQUE

Dès la mise en place de l'équipe mobile de gériatrie intrahospitalière (EMGIH) à Saint-Joseph en 2012, une action spécifique sur le site des urgences est décidée. Grâce au soutien de la Conférence des financeurs et de l'ARS, nous avons pu expérimenter le rôle d'une IDE gériatrique positionnée sur les urgences. Reconnue par l'ARS, la mission des IGU apparaît dans les appels à projets et nous accueillons notre seconde IDE en septembre 2021.

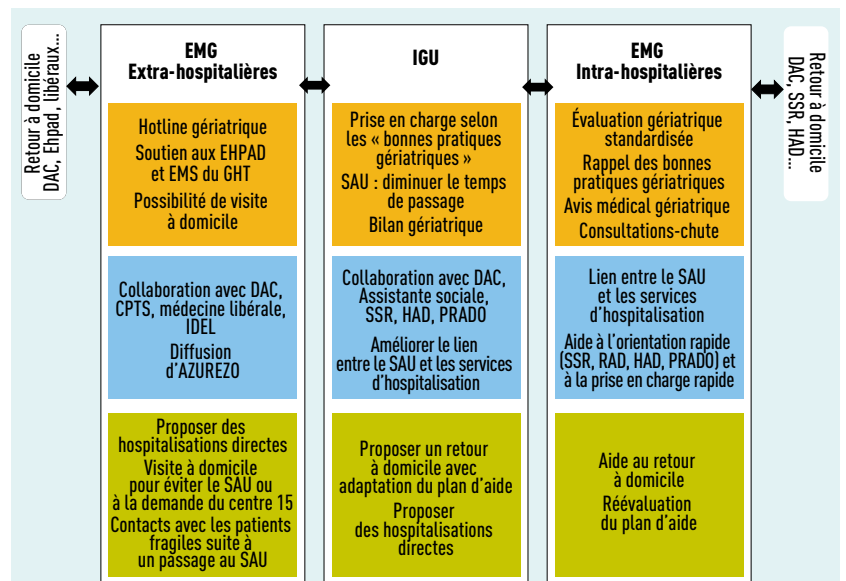
Un staff quotidien coordonné par le gériatre d'astreinte

Notre spécificité : ces postes sont rattachés au pôle gériatrique. Leurs missions sont de réaliser un repérage, une coordination et une orientation adaptée. L'objectif est avant tout de limiter les

hospitalisations non pertinentes, de lutter contre la iatrogénie hospitalière, de réduire les durées moyennes de séjour, de sécuriser le post-urgences et d'orienter le patient dans la filière gériatrique. Un staff quotidien regroupant les IGU, l'IDE de l'EMGIH et l'IDE de la *hotline* est coordonné par le gériatre d'astreinte. Cette organisation permet une réponse au problème du *timing*, une fluidité des informations, une réflexion pluridisciplinaire, une montée en compétence des IGU vers leur autonomie à l'aide d'un appui médical gériatrique systématique. À partir de 2024, une réorganisation avec le recrutement d'une troisième IDE va permettre d'augmenter le temps de présence (du lundi au samedi de 8 h 30 à 19 h 00).

Ce nouveau dispositif doit évoluer et perdurer dans une certaine dynamique pour continuer d'apporter des réponses claires et appropriées.

RÔLE DES ÉQUIPES MOBILES GÉRIATRIQUES (EMG) ET COMPLÉMENTARITÉ AVEC LES INFIRMIERS GÉRIATRIQUES AUX URGENCES (IGU) FIGURE 1



La collaboration entre IGU et EMG permet d'améliorer la rapidité de prise en charge, afin de réduire la durée du séjour hospitalier et de diminuer l'iatrogénie hospitalière.

IGU : infirmier gériatrique hospitalier - EMG : équipe mobile gériatrique - Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - EMS : équipe mobile de soins - GHT : groupement hospitalier de territoire - SAU : service d'accueil des urgences - UHCD : unité d'hébergement de courte durée - DAC : dispositif d'appui à la coordination - IDEL : infirmier diplômé d'État libéral - SSR : soins de suite et de réadaptation - Prado : programme de retour à domicile - RAD : retour à domicile - Azurezo : application régionale e-parcours

Source : Adapté de F. Jeanblanc et al., La Revue de gériatrie, juin 2023, vol.48, n°6, p. 315-22.

SAU de Gap sur cette période. Entre février 2021 et août 2023, l'écart du temps de passage entre population générale et patients de plus de 75 ans est passé de 2 heures 15 à 1 heure. Des alternatives à l'hospitalisation, retour à domicile, demande de SRR ou entrée en Ehpad sont régulièrement recherchées, en collaboration avec les assistantes sociales du centre hospitalier, avec l'HAD, ou le dispositif d'appui à la coordination (DAC).

Une étude menée fin 2022⁹ montre que le service et les missions des IGU sont bien connus et appréciés des urgentistes. « Les avis sont tous positifs. Les urgentistes estiment qu'il y a eu un changement dans la prise en charge des personnes âgées grâce aux IGU : l'attente des personnes âgées est plus courte et de meilleure qualité, en particulier lorsque la prise en charge est compliquée (démence, interrogatoire difficile). Ils apprécient qu'une évaluation globale soit réalisée et que famille et intervenants du domicile soient contactés. » Par ailleurs, le rapport de fin d'année 2022 de la commission des usagers a fait mention de la satisfaction générale des usagers vis-à-vis de la qualité de la prise en charge des personnes âgées au SAU.

Relations avec les services de spécialité et la médecine de ville

Complétant les dispositifs novateurs existants en amont des urgences (hotlines, équipes mobiles de gériatrie et service d'accès aux soins), la Cuppa renforce l'articulation ville/hôpital avec une intervention très précoce, soulageant les services d'urgence, limitant les hospitalisations inappropriées et permettant une meilleure insertion du patient dans la bonne filière au regard de son besoin de soins. Pour les professionnels des Hospices civils de Lyon, l'objectif est aussi de renforcer le lien gériatrie/urgences : en développant une culture gériatrique au sein des urgences et, inversement, en acculturant les gériatres à l'urgence.

De même, l'exemple de Gap permet d'observer que l'évaluation globale de la personne âgée réalisée par les IGU (grille SEGA), et transmise aux différents services (assistante sociale, kinésithérapie, nutrition, troubles cognitifs), permet une prise en charge plus rapide de l'ensemble des fragilités gériatriques

7. F. Jeanblanc et al., « Infirmières gériatriques aux urgences (IGU) : évaluation après deux années de fonctionnement à l'hôpital de Gap », La Revue de gériatrie, juin 2023, vol.48, n°6, p. 315-22.

8. Les IDE peuvent s'aider du test Triage Risk Screening Tool (TRST), « Repérage des patients âgés de 75 ans et plus nécessitant l'intervention d'une équipe mobile de gériatrie ». <https://www.maeker.fr/egs/fragilite/trst>

◀ CAMILLE GUICHARD-DIOT
GÉROMINE JANVIER
SARA CAPELA ESTEVES
IGU, SAU, hôpital Pasteur 2, CHU de Nice

NICE, LA « RETRAITE AU SOLEIL »

La région niçoise, réputée pour la « retraite au soleil », attire beaucoup de personnes âgées, qui sont paradoxalement isolées aux niveaux socio-familial et géographique. Lorsque, à cet isolement, s'ajoute un vieillissement pathologique, le maintien à domicile devient souvent difficile. Notre équipe, constituée de trois IDE aux compétences gériatriques, est opérationnelle depuis octobre 2021 pour répondre aux besoins croissants des personnes âgées quotidiennement accueillies au SAU.

Fluidifier le parcours de soins

Notre intervention comprend l'élaboration d'une évaluation gériatrique holistique avec dépistage des fragilités/syndromes gériatriques pour les patients âgés plus vulnérables. Nous aidons à l'orientation des personnes âgées de plus de 75 ans et à la fluidification de leur parcours de soins dans les filières adaptés. Nous participons à la préparation médico-sociale du post-urgences en équipes multidisciplinaires intra et extrahospitalières par le lien avec les intervenants du réseau ville/hôpital. Tout cela dans le but de diminuer les passages évitables au SAU et de privilégier des alternatives à l'hospitalisation en favorisant le maintien dans le lieu de vie antérieur de qualité. La présence d'IGU a été qualifiée de « meilleur dispositif mis en place ces dernières années » lors d'une enquête réalisée aux urgences en 2022.

◀◀ VIRGINIE REY, MANUELA GAMARRA MARINE JEANBLANC

IGU, Brignoles

BRIGNOLES, UN ATOUT BIENVEILLANT DANS UN SECTEUR GÉOGRAPHIQUE VIEILLISSANT

L'équipe d'IGU de Brignoles est composée de trois infirmières aux parcours professionnels différents et complémentaires, ce qui a été un atout dans la mise en place du projet IGU, l'élaboration des outils de travail et l'approche du sujet âgé aux urgences. Contrairement à la plupart de nos collègues IGU du département, qui dépendent d'une équipe mobile de gériatrie (EMG), nous sommes rattachées à l'équipe du SAU de Brignoles et complétons son équipe pluridisciplinaire, 7 j/7, de 8h30 à 20h30. L'EMG (intra et extra-hospitalière) et le dispositif d'appui à la coordination (DAC) Var-Ouest sont nos conseillers et nos partenaires, car ils réalisent le suivi « post-urgences » de situations complexes.

Redonner de la dimension relationnelle aux soins techniques

Notre activité au sein du SAU complète le travail de chacun, de l'agent d'accueil au médecin, et notre présence redonne de la dimension relationnelle aux soins techniques réalisés par nos collègues, dans un service qui a accueilli, en 2022, 41 163 passages (+38% d'activité en 4 ans), dont 13,6% de personnes âgées de 75 ans et plus (soit 1 personne sur 7), sur un secteur géographique essentiellement rural et vieillissant. Grâce à notre travail, la personne âgée est à nouveau considérée dans sa globalité, ce qui est un réel gage de qualité pour une prise en



soin optimale et un moyen de limiter les (ré)hospitalisations qui sont délétères au sujet âgé. Nous espérons prochainement le recrutement de trois IGU supplémentaires pour compléter notre temps de présence sur les amplitudes de nuit et couvrir le maximum de prise en charge de cette population aux besoins particuliers.



◀◀ Dr MARIE BRULEY

Urgences de Gap

MARDI MATIN, URGENCES DE GAP

« Je reçois Monsieur R..., 84 ans, adressé pour une chute à son domicile. Il a une plaie du scalp, un hématome, des cervicalgies. De ce patient je ne sais pas grand-chose : bilan des pompiers, ordonnance... Il a des troubles cognitifs, il prend des anticoagulants... L'interrogatoire n'est pas contributif :

il est conscient, l'examen neurologique est rassurant, mais impossible de savoir ni le mécanisme de sa chute, ni comment il vit. Je l'examine, je suture sa plaie, je prescris un bilan, un scanner. Pendant ce temps, une IGU mène l'enquête. Je n'ai pas besoin de la prévenir, elle a déjà repéré le patient dès son enregistrement. Nous faisons le point un peu plus tard. L'IGU s'est entretenue avec le fils du patient ; elle a des précisions sur la chute, sur son mode de vie ; elle a identifié des possibilités d'optimisation des aides. Tout est tracé dans le dossier. En retour, je l'avise des résultats des examens et du projet d'hospitalisation. Elle informe elle-même le fils, qui m'appellera si besoin. Puis elle retourne voir Monsieur R... Elle prévient l'apparition d'escarres, refait le pansement qu'il a retiré, lui propose une collation. Elle contacte le service qui va le recevoir pour raccourcir son passage aux urgences.

En trois ans, les IGU sont devenues un maillon indispensable de la chaîne de prise en charge du patient âgé aux urgences. Elles assurent le lien entre la ville et l'hôpital et optimisent les prises en charge. On ne pourrait plus s'en séparer ! »

repérées. L'intérêt est de réduire le temps d'hospitalisation et ses conséquences iatrogènes (confusion, diminution des capacités fonctionnelles, complications du décubitus, dénutrition, chutes...). Afin de confirmer ces observations, une étude est nécessaire, afin d'analyser l'impact de l'activité IGU sur la prise en charge lors de l'hospitalisation en service de spécialité : qualité de la prise en charge, durée d'hospitalisation, taux de réhospitalisations. L'objectif est d'augmenter le taux d'hospitalisations directes en service de spécialité. Mais il est difficile à atteindre car fait appel à plusieurs facteurs : taux d'occupation des lits en service de médecine, durées moyennes de séjour (DMS) des services de médecine, période où l'hôpital est « en tension », degré de désertification médicale... Plusieurs leviers existent : le soutien aux Ehpad, l'existence d'une *hotline* gériatrique, des liens avec le régulateur du Centre 15 et un travail avec le DAC et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour repérer rapidement les patients en risque de rupture de parcours¹⁰. Les informations recueillies par les IGU sont transmises aux acteurs de la médecine de ville, en particulier les médecins traitants ou IDEL, le DAC ou les CPTS. Ces relations ville/hôpital sont essentielles pour le suivi des patients.

Complémentarité avec les équipes EMG

À Gap, l'équipe IGU est devenue le pivot des EMG intra et extrahospitalières pour une circulation rapide de l'information, en vue d'une prise en charge globale de la personne âgée. **FIGURE 1** L'introduction des IGU au SAU a modifié le fonctionnement de l'EMG intrahospitalière : elle n'est plus « en attente » d'une demande émanant des services mais a immédiatement connaissance des difficultés des patients, et peut envisager une réponse rapide et « ciblée ». En parallèle, dans les suites d'un passage au SAU, l'IGU peut proposer à l'EMG extrahospitalière de contacter le patient ou de se déplacer à son domicile. Dans ce dernier cas, lorsque l'EMG extrahospitalière propose une hospitalisation, le lien avec les IGU permet une prise en charge facilitée et rapide au SAU.

9. M. Picard, « Évaluation des connaissances et du ressenti des médecins des urgences de Gap après la mise en place d'infirmiers gériatriques d'urgence », mémoire de DESC de médecine d'urgence, faculté Aix-Marseille, octobre 2021.

10. Ministère des Solidarités et de la Santé, instruction DGOS/R4/2023/43 du 19 avril 2023 relative à la poursuite de la mise en œuvre de parcours d'admissions directes non programmées pour les personnes âgées en service hospitalier afin de réduire les passages aux urgences évitables et à la réalisation d'un état des lieux au titre de l'année 2022.

Intégration dans une démarche de responsabilité populationnelle

«Ce dispositif des IGU, innovant et agile, ne peut qu'évoluer et s'intégrer dans une démarche plus globale de responsabilité populationnelle», affirme Emmanuelle Sarlon, présidente de la commission médicale d'établissement (CME) du ChicAS et vice-présidente de la Fédération hospitalière de France (FHF) Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA). En effet, parmi les activités de l'EMG extrahospitalière s'est développée une collaboration avec l'équipe de cardiologie pour le suivi des patients insuffisants cardiaques chroniques, dans le cadre de cette démarche de «responsabilité populationnelle». Ces programmes de prévention sont soutenus par la FHF depuis plusieurs années. Leur objectif? Sur un territoire donné, rendre les patients acteurs de la santé, favoriser le lien ville/hôpital et construire avec le patient le parcours de santé. «*Sur les Alpes du Sud, véritable incubateur d'idées et de talents, les professionnels de santé*

expérimentent la démarche pour la prise en charge de l'insuffisance cardiaque. Il s'agit de travailler ensemble lors de réunions cliniques pour définir les parcours les plus adaptés pour notre population et nos patients, en se basant sur les recommandations de bonnes pratiques et les forces en présence. Puis de choisir les programmes d'actions à déployer pour informer, sensibiliser et suivre les patients, avec chaque acteur impliqué. À terme, cette démarche permet de lever les freins existants, afin de faciliter une meilleure coordination sur un territoire donné», partage Emmanuelle Sarlon.

Toutes les équipes IGU rencontrées ont réussi à montrer leur intérêt et à convaincre de la nécessité de leur présence à la fois au sein du SAU et dans les liens ville/hôpital. Des études et retours d'expérience seront nécessaires pour évaluer l'efficacité de cette organisation, sa reproductibilité, et analyser l'intégration de la collaboration IGU/EMG dans la filière gériatrique. ■

Journée de la Transformation écologique en Santé

2^e édition

vendredi 15
mars 2024

Inscription sur www.fhf.fr
(rubrique Agenda)

Fiap
30 rue Cabanis - Paris 14

