

# Aide médicale urgente — établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes : retour d'expérience d'une organisation innovante pendant la crise Covid-19

## Emergency Call Center — Nursing Homes: Feedback on an Innovative Organization during COVID-19 Crisis

C. Bertrand · M. Laurent · E. Lecarpentier

Reçu le 16 juillet 2020 ; accepté le 4 août 2020  
© SFMU et Lavoisier SAS 2020

**Résumé** La crise sanitaire Covid-19 a obligé les Samu–Smur à adapter leurs organisations au jour le jour. La régulation a dû trouver des réponses spécifiques aux types d'appels, au plan quantitatif et qualitatif. En lien avec la médecine générale et les recommandations ministérielles, le Samu devait être le garant d'une juste orientation des patients vers les services hospitaliers. Le Samu 94 et la faculté de santé de Créteil ont créé une cellule dédiée aux établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes, accessible via une ligne spécialisée du Samu–centre 15, offrant 24 heures/24 l'accès à des compétences gériatriques et conseils divers, véritable lien ville–hôpital. Le retour d'expérience montre que cette cellule est une des facettes, dans le domaine de la gériatrie, de ce qu'est le concept de service d'accès aux soins (SAS) et qu'il ne faut pas attendre un rebond de crise pour en consolider les fondements.

**Mots clés** Crise sanitaire · EHPAD · Samu · Gériatrie

**Abstract** The COVID-19 health crisis forced the French emergency call centers (SAMU), and related prehospital medical mobile teams, to quickly adapt and reorganize on

a daily basis. Call centers had to come up with specific responses to all types of calls, as well as to manage quantitative increases in call intakes, and to maintain high qualitative standards. In collaboration with general practices, and aligned on ministerial recommendations, the SAMU was to be the gatekeeper of the surge in referrals of elderly patients to in-hospital emergency departments. SAMU 94 and the health faculty of the University of Créteil, France, jointly set up an online unit dedicated to nursing homes, accessible via a specific SAMU telephone line. It offered 24/7 access to geriatric expertise and advice, and aimed to strengthen the chain of care between general practices and hospitals. Feedback shows that this geriatric unit is one of the facets of the healthcare access system that the innovative French SAS relies on, and that we should not wait for a second-wave crisis to consolidate its foundations.

**Keywords** COVID crisis · Nursing homes · Emergency call centers · Geriatrics

## Introduction

Le mois de mars 2020 marque le début de la crise Covid qui met sous pression les établissements de santé, notamment les Samu–Smur, avec une première phase qui tend à préserver l'hôpital et à n'hospitaliser que les patients ayant des critères de gravité. Le 25 mars, dans le cadre de la structuration de l'appui aux établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD), le doyen de la faculté de santé de l'université de Créteil mobilise le département universitaire de médecine générale, missionne une interne, des externes, étudiants en médecine, sous la responsabilité d'un médecin universitaire gériatre, pour mener à bien un projet pour les résidents des EHPAD, en lien avec le Samu, le

---

C. Bertrand (✉) · E. Lecarpentier  
Samu 94–Smur Mondor, hôpital Henri-Mondor,  
Assistance publique–Hôpitaux de Paris (APHP),  
F-94000 Créteil, France  
e-mail : catherine.bertrand2@aphp.fr

M. Laurent  
Inserm-IMRB CEpiA (Clinical Epidemiology and Ageing Unit),  
université Paris-Est-Créteil,  
51, avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny  
F-94010 Créteil cedex, France

Département de médecine interne et gériatrie,  
hôpital Henri-Mondor, APHP,  
F-94010 Créteil cedex, France

Conseil départemental de l'ordre des médecins, le CHU Henri-Mondor et la délégation départementale de l'Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France. Dans le cadre de ce projet, le chef de service du Samu missionne un médecin urgentiste, gériatre. Le projet d'aide prend la forme d'une cellule de crise Covid EHPAD au sein du Samu, accessible aux EHPAD via une ligne spécialisée.

## Phase d'appropriation

Du 30 mars au 17 avril, un intense travail d'enquête téléphonique, complémentaire des enquêtes quotidiennes de l'ARS, a permis de répertorier les moyens capacitaires des 74 EHPAD du département du Val-de-Marne (représentant plus de 6 000 résidents), d'en avoir une photographie en temps réel, en particulier des capacités en personnel médical (médecin coordonnateur et disponibilité des médecins traitants), en personnel paramédical et de situer les articulations avec les quatre filières, les deux réseaux et la télémédecine. Une banque de données a ainsi été constituée avec l'aide du département de santé publique du groupement hospitalier Henri-Mondor. Cette mise à jour des établissements a été répercutée dans le logiciel de régulation médicale du Samu « CARMEN » permettant d'identifier ceux qui ont un statut d'EHPAD de ceux qui répondent au statut de maison de retraite. L'analyse des appels au 15 provenant des EHPAD a ainsi été individualisée.

Les enquêtes téléphoniques quotidiennes ont révélé d'emblée 16 établissements en grande difficulté classés prioritaires par l'ARS, alors que les appels au 15 n'étaient pas discriminants. Le manque de ressources humaines, paramédicales et médicales, ainsi que le nombre de cas Covid, en était le principal facteur. La décision a alors été prise « d'aller vers » les EHPAD, selon le concept à l'origine des Samu et de mettre à disposition une expertise gériatrique 24h24. Une équipe de « Médecins Sans Frontières (MSF) » a été dépêchée pendant cette période pour suppléer aux besoins de prescription et d'expertise médicale et infirmière dans une dizaine d'EHPAD. La hotline de la cellule opérationnelle Covid EHPAD a été communiquée à l'ensemble des EHPAD. Dans la journée, les appels étaient orientés vers les médecins des filières et réseaux s'il s'agissait de demandes de conseils gériatriques, vers une interne du CHU si les demandes concernaient l'hygiène, avec possibilité de formations distancielles via des applications téléphoniques permettant l'utilisation de la caméra. Le soir et la nuit, une astreinte gériatrique et palliative a été mise en place pour le Val-de-Marne, relayée par l'astreinte régionale de l'ARS en cas de débordement. Une souffrance des personnels a rapidement été perçue lors des appels, sans demande de support psychologique clairement exprimée à ce stade, ce qui a conduit le Samu à mettre en alerte la cellule d'urgence médicopsychologique (CUMP). Le bilan de l'activité de la cellule, au 17 avril, a mis l'accent

sur les difficultés des EHPAD, en lien avec l'insuffisance des ressources humaines, que la délégation régionale de l'ARS s'efforçait de recruter. Dix-sept EHPAD (23 %) n'avaient plus de médecin coordonnateur (en majorité du fait d'une contamination Covid) sans pouvoir bénéficier de la présence en nombre suffisant des médecins généralistes habituellement en charge de leurs résidents. Structurellement, 48 EHPAD (65 %) n'avaient pas d'infirmiers de nuit. Les médecins d'astreinte gériatrique et palliative et les médecins régulateurs du 15 ont reconnu ne pas être en mesure, de nuit, d'apporter des réponses médicales adaptées, par téléphone. Les appels à la cellule de crise et au 15 ont conduit à de nombreuses hospitalisations dans les différentes filières gériatriques, qu'elles soient dues à des pathologies médicales relevant de l'urgence ou à des contraintes organisationnelles rendant la prise en charge du résident impossible dans l'EHPAD (absence d'infirmiers de nuit, absence de classement des résidents en niveaux de soins, absence de prescriptions écrites pour soins palliatifs, pression familiale...). En plus des problématiques liées aux symptomatologies Covid des résidents des EHPAD, les équipes de MSF ont très tôt fait part d'un risque de surmortalité lié à la difficulté d'assurer un suivi par les médecins traitants habituels pour certains des résidents, entraînant un risque de décompensations des pathologies pré-existantes. La diminution des effectifs soignants et non soignants a fragilisé la bonne gestion du confinement pour en prévenir les conséquences parmi lesquelles : l'apparition de déshydratations majeures, l'apparition ou l'aggravation d'escarres liées à la diminution des soins de nursing, des syndromes de désadaptation psychomotrice, des dénutritions majeures et des syndromes dépressifs qui, pour certains résidents, ont conduit à des actes de découragement. Ces informations ont été partagées avec tous les interlocuteurs de la cellule, par courriel et lors des conférences téléphoniques, afin d'apporter un point de vigilance particulier sur ces problématiques. À cette période, le taux d'hospitalisation des EHPAD du Val-de-Marne était un des plus élevés d'Île-de-France : évalué à 7,9 %, tandis que le taux de mortalité était de 8,3 %.

Pendant cette période, 44 EHPAD (59 %) avaient des taux d'attaque Covid supérieurs ou égaux à 20 %, 12 (16 %) avaient des taux d'attaque supérieurs à 50 %. Mille quatre cent dix-sept cas suspects ou confirmés Covid+ avaient été répertoriés. Trente-trois EHPAD (45 %) avaient un nombre de décès supérieur à cinq, avec une augmentation du nombre de décès de 36 % en une semaine. À ce stade, une vingtaine d'EHPAD avaient bénéficié du soutien de la CUMP.

## Phase de rentabilité

Du 20 avril au 8 mai, les personnels des EHPAD ont adhéré à l'organisation téléphonique mise en place. De jour, les

infirmiers ou médecins coordinateurs pouvaient appeler le 15 en cas d'urgence vitale ressentie ou appeler la hotline pour toutes les demandes de conseils. La nuit, les aides-soignants ou infirmiers ont eu le plus souvent recours au 15 ou ont appelé la hotline. Si un appel concernait une demande de conseil non urgent, l'appel était identifié et traité par la cellule opérationnelle EHPAD le lendemain. Autant que de besoin, le médecin régulateur du Samu a établi une conférence téléphonique avec le médecin gériatre d'astreinte (et vice et versa si le médecin gériatre avait été joint par l'intermédiaire de la hotline) afin de prendre des décisions collégiales sur l'indication d'hospitalisation, de soins palliatifs, de mise en place d'une hospitalisation à domicile (HAD) ...

Les difficultés rapportées lors des appels peuvent être regroupées en quatre principales catégories :

- absence de médecin pour signer un certificat de décès, ce qui a conduit le conseil départemental de l'ordre à créer une astreinte avec ses membres, pour suppléer au manque d'effecteurs de médecins libéraux disponibles sur le terrain ;
- absence d'accès au dossier médical la nuit (malgré la mise en place du dossier de liaison d'urgence [DLU] par les EHPAD), ce qui a conduit l'ARS à expérimenter un dossier de transmission informatisé « Filgeria » ;
- absence de directives anticipées, ce qui a conduit le Samu à plaider pour qu'un dossier éthique de niveaux de soins soit constitué, principale aide à la décision en régulation [1] ;
- absence de recommandations claires concernant la gestion des tests de RT-PCR (*reverse transcriptase polymerase chain retranscription*).

Pendant cette période, tous les EHPAD du Val-de-Marne ont bénéficié d'une évaluation sur place d'au moins une demi-journée, par une équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle (médecin gériatre, interniste urgentiste, médecin généraliste, cadre ou infirmier spécialisé en hygiène) avec les équipes mobiles gériatriques (EMG) de chaque filière, avec rédaction d'un rapport de synthèse et d'un plan d'action, montrant l'intérêt porté aux EHPAD et la volonté d'un rapprochement ville-hôpital. Des chefs de services hospitaliers, de services des urgences (SAU) et de médecine interne ont participé aux visites d'EHPAD pour approfondir leurs connaissances de ce milieu et mieux comprendre les motifs de recours à l'hospitalisation. Le rapport bénéfice/risque d'une hospitalisation d'une personne âgée est bien documenté dans la littérature et n'a pas été remis en cause par les médecins des résidents, notamment les non-indications de réanimation. Pendant la crise sanitaire, les demandes d'hospitalisations émanant des EHPAD, de jour ont été majoritairement gérées par les filières, sans appel au 15 (mais avec des appels passés par le numéro unique). Les hospitalisations directes en unités de soins gériatriques aiguës ont été privilégiées. Le passage au SU s'est avéré

utile, pour bénéficier d'un scanner à visée diagnostique plus rapide qu'un test PCR, en présence de symptomatologies plus diversifiées : chutes, diarrhées... La symptomatologie des infections Covid a été très variable selon les EHPAD et les résidents [2]. Les tableaux de détresse respiratoire et les décès brutaux ont lourdement affecté le personnel. Aucun EHPAD n'a eu à déplorer un manque d'oxygène par extracteurs de 5 ou 9 l ou bouteilles d'oxygène.

Le Samu a participé au dispositif d'évaluation :

- mise à disposition de kits de médicaments pour soins palliatifs et soins urgents (mise en place d'une réhydratation par exemple) ; ces kits avaient été mis en place suite à l'enquête réalisée auprès des EHPAD en début de crise, montrant l'absence de médicaments, notamment de sédatifs comme le midazolam intraveineux d'accès très complexe en EHPAD. Des protocoles avaient été mis en place par la cellule de crise, à base d'autres médicaments sédatifs d'accès plus facile comme le clonazépam ;
- envoi d'équipes de secouristes pour réorganiser les secteurs Covid et non Covid dans les EHPAD ou accompagner les équipes CUMP lors des débriefings sur site ;
- sollicitations du réseau de médecins généralistes du Samu, des centres Covid et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour intégrer les missions d'évaluation et faire un suivi en qualité de médecin prescripteur autant que de besoin, soulageant ainsi les médecins coordonnateurs qui étaient autorisés à prescrire, mais avaient maintes autres tâches organisationnelles ;
- aide à l'organisation sur site des tests RT-PCR pour tous les résidents, demandés par l'ARS fin avril et réalisés par les équipes d'hygiène hospitalière et prises de rendez-vous pour que les personnels bénéficient également de tests de RT-PCR (tente du CHU Mondor), mais sur la base du volontariat et d'un souhait de résultat personnalisé, sans communication systématique à l'EHPAD. Tous les résultats des tests ont été rendus à l'ARS le 6 mai : 30 % des résidents se sont avérés Covid-19 positifs et 18 % des personnels déclarés ;
- la cellule de crise en lien avec les infectiologues a communiqué via l'ARS un mode d'emploi des résultats des tests pour l'aide au déconfinement, en raison des nombreuses questions posées par les EHPAD.

Deux cent six appels ont été gérés par la cellule depuis la mise en place de la hotline.

## Phase de transmission et suivi

À partir du 11 mai, les aides facultaires et associatives n'étaient plus disponibles, l'activité de la cellule Covid EHPAD a été poursuivie à fonctionnalité identique au niveau du Samu 94, via le numéro unique dédié en établissant le lien

avec les filières, réseaux et télémedecine, l'hospitalisation à domicile (HAD) AP-HP Grand Paris, l'HAD santé service, et la CUMP du Samu.

En postdéconfinement, l'ARS Île-France a organisé une visite d'un EHPAD dans chacune des quatre filières du département en compagnie d'un représentant de la cellule de crise Samu, afin d'évaluer la pertinence des plans d'action mis en place et les besoins résiduels ou à venir.

Il en a résulté une volonté du Samu 94 de poursuivre la réflexion en ayant bien compris la nécessité de s'allier des compétences gériatriques pour répondre aux besoins de la population des personnes âgées des EHPAD mais aussi en ayant la vision, à terme, des personnes âgées au domicile. Il apparaît nécessaire de différencier ce qui relève de l'urgence via l'appel au 15 de ce qui relève du juste parcours de soins complexes, initiateur d'un service d'accès aux soins (SAS). Un groupe de travail intégrant des représentants des entités susmentionnées ainsi que des médecins coordinateurs d'EHPAD est constitué dans cet objectif. Le travail prospectif concerne, d'une part, l'aide aux prises de décision en urgence à la régulation grâce à :

- la mise en place du dossier éthique à quatre niveaux de soins ;
- la formation à la télémedecine en EHPAD avec utilisation des tablettes fournies par les ARS et évaluation d'une faisabilité en urgence, la nuit avec le personnel en place ;
- l'accès à des éléments du dossier, notamment la consultation des tracés ECG archivés ;
- l'appui aux projets des ARS favorisant l'arrivée d'infirmières de nuit.

En s'appuyant sur le retour d'expérience de la cellule, le travail à venir vise, d'autre part, à favoriser l'articulation entre acteurs et le partage de procédures comprenant :

- l'harmonisation des prescriptions pour les soins palliatifs, à partager entre l'ensemble des acteurs : médecins généralistes, médecins coordonnateurs, filières, réseaux, hospitalisations à domicile (HAD), Samu-Smur ;
- l'articulation avec les dispositifs d'appui à la population et aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes (DAC), les CPTS ;
- les indications des hospitalisations directes, de l'accès aux hôpitaux de jour ;
- les indications des passages en SAU ;
- l'utilisation de la télémedecine en conférence collégiale ;
- la constitution d'outils interactifs pour des formations distancielles sur l'hygiène, les soins palliatifs, la fin de vie, les spécificités gériatriques, les gestes d'urgence [3].

Une valorisation scientifique de l'expérience 94 dans les EHPAD est nécessaire, notamment par une analyse rétrospective de données de cohorte d'EHPAD.

## Pistes d'amélioration

Toutes les actions de la cellule ont été saluées et jugées pertinentes, mais elles ont été initiées avec un sentiment de décalage dans le temps et donc de retard par rapport aux besoins. Les astreintes gériatriques et palliatives mises en place début avril ont été trop peu sollicitées, car les EHPAD, en défaut majeur de ressources humaines et médicales à cette période, n'osaient pas appeler, persuadées que les résidents n'avaient pas accès à l'hospitalisation. L'erreur serait de conclure que ces astreintes sont inutiles, car à la même période, les appels au 15 étaient rares. Les médecins d'astreinte, gériatres et non gériatres, ont été déstabilisés par ce mode d'exercice et ont rapporté « *combien il était difficile de réguler et de prendre une décision sans avoir accès au patient lui-même ou à son dossier et devant composer avec un interlocuteur non habilité à mettre en place une médication de soins palliatifs par exemple (présence d'un aide-soignant la nuit)* ». Les liens avec le Samu ont été efficaces pour les conforter dans cette activité [4].

La mise en place du plan bleu dans les EHPAD par l'ARS Île-de-France le 6 mars, l'interdiction des visites demandée le 11 mars ont conduit à l'isolement des résidents et ont créé des difficultés pour communiquer avec les familles malgré de nombreuses initiatives des directeurs d'EHPAD. Ainsi, la constitution et la mise à jour des directives anticipées n'ont pu être faites, et la compréhension par les familles ou la confiance dans les mesures palliatives n'a pas été obtenue.

L'ensemble des acteurs s'accorde à penser que les niveaux moyens pondérés des grilles d'évaluation de la dépendance des personnes âgées (GMP) augmentent et que les besoins médicaux en EHPAD ne peuvent pas être sous-estimés. Or, le manque de formation des personnels ou leur absence (indisponibles ou en nombre déjà insuffisant) a eu des conséquences délétères pour les résidents isolés. Un résident isolé dans sa chambre nécessite une aide individuelle pour les repas qui prend beaucoup plus de temps que dans une salle à manger. L'absence des aidants non professionnels, liée à l'interdiction de visite, a aussi entraîné une augmentation du temps nécessaire à certaines prises en charge (temps de réassurance...). Afin de surseoir au manque de ressources humaines, les personnels ont accepté de faire des glissements de tâches pour répondre à la situation. Les étudiants des instituts de soins infirmiers (IFSI) ont rapidement appréhendé leur futur métier. Alors que le personnel des EHPAD est particulièrement formé à l'accompagnement de fin de vie, ce soutien n'a pu être mis en place, en présence de la famille, comme ils l'auraient souhaité (certaines familles ont eu peur de venir voir leurs proches). Les personnels des EHPAD ont évoqué les pensées qu'ils ont eues envers les personnes hospitalisées ne pouvant bénéficier d'un accompagnement de fin de vie. Cela concerne 179 décès à



l'hôpital et 616 décès en EHPAD pour le Val-de-Marne, dont on ne peut pas affirmer qu'ils soient tous en lien avec la Covid-19.

Les besoins en formation à l'hygiène et plus encore le manque de données pratiques sur les produits désinfectants ne mentionnant pas la norme exigée, les hésitations quant aux indications des matériels de protection (notamment sur l'usage des masques FFP2 ou les surblouses), voire les pénuries ont été soulignés lors des enquêtes et des visites sur site.

La prescription des tests de RT-PCR d'abord limitée à trois résidents par EHPAD, puis généralisée plus tardivement, a été une source de confusion. Les délais pour obtenir les résultats ont retardé les prises de décision. L'individualisation de secteurs Covid s'est avérée peu compatible avec le concept de résident habitant une chambre avec son environnement mobilier personnel.

La CUMP et les médecins évaluateurs en EHPAD ont rapporté lors des entretiens avec les personnels « *un mélange de sentiment de culpabilité, d'abandon parfois vis-à-vis des structures hospitalières, la crainte pour soi et ses proches, le traumatisme d'être confronté à un nombre plus élevé de décès qu'habituellement sans pouvoir accompagner dignement les résidents, la détresse des résidents isolés, la peur des familles de faire une dernière visite à leur parent mourant* ». Ces données ont été colligées dans les rapports de visites. Cette crise a laissé des traces chez les personnels qui, seulement maintenant, sollicitent la CUMP, plus que les psychologues en place, afin de bénéficier d'un regard extérieur.

L'ensemble de l'organisation sanitaire doit être repensée pour mieux associer EHPAD, médecine de ville et établissements hospitaliers. Des formations spécifiques des personnels d'EHPAD, mais aussi des régulateurs du Samu à certaines prises en charge spécifiques des personnes âgées sont nécessaires ainsi qu'une facilitation de la collaboration multidisciplinaire, dès la formation, pour l'ensemble des professionnels amenés à prendre en charge des personnes âgées. Le développement de ce type de formation et du « savoir coopérer » est un des objectifs du projet de campus des métiers et des qualifications autour de la thématique « santé, autonomie, bien vieillir » porté par l'université Paris-Est-Créteil.

Les médecins coordonnateurs d'EHPAD ont souligné le besoin d'augmenter le temps de coordination et d'individualiser un temps de prescription. Leur rôle a été majeur pendant la crise, d'autant que certains médecins généralistes, pour des raisons diverses, n'ont pu se rendre auprès des résidents au pic de la crise. La liberté de prescription des médecins doit trouver une cohérence entre prescripteurs, notamment lors de situations de crise, avec l'objectif d'harmoniser des procédures palliatives et des prescriptions médicamenteuses en EHPAD.

En plus du déploiement de la télé-médecine au sein des EHPAD, la présence des équipes mobiles de gériatrie extra-

hospitalières s'est avérée être un lien ville-hôpital efficace, souhaité et souhaitable et doit être renforcée. Ce déploiement doit se faire en lien avec une augmentation des moyens alloués aux EHPAD, et non pas pour combler l'insuffisance en moyens déployés dans ces structures. Les missions des EMG (dont la plupart n'étaient pas externalisées sur l'Île-de-France avant la crise sanitaire) doivent être clairement définies.

Le ratio personnels/résidents, ainsi que la qualification des personnels de nuit (majorité des établissements sans infirmier de nuit), mérite d'être largement réévalué et a obligé les EHPAD à faire preuve d'un dévouement et d'un esprit d'initiative, voire de débrouillardise en tout point remarquable.

Le SAS peut être pensé avec une vision pragmatique, de simplification et de coordination des soins entre l'hôpital, la médecine de ville et le secteur médicosocial dans les différents territoires. Il s'agit de différencier le *care* (prendre soin) du *cure* (soigner) utilisés dans la terminologie anglaise.

Des infirmiers avec de nouvelles compétences et une autonomie, de type pratique avancée, formés aux maladies chroniques des personnes âgées et aptes à prescrire, vacciner, adapter des parcours de soins complexes, pourraient participer à la coordination d'un SAS dans le domaine gériatrique.

## Conclusion

L'expérience de cette organisation innovante pour répondre aux besoins des EHPAD en période de crise a mis en exergue les besoins pour le Samu d'améliorer ses connaissances du milieu médicosocial et d'être accompagné d'expertises gériatriques pour répondre aux demandes d'orientation dans les parcours de soins complexes des personnes âgées.

**Remerciements** Les auteurs remercient pour leur confiance : le doyen de la faculté de santé de l'UPEC et le département de médecine générale, le président du conseil de l'ordre, l'ensemble des directions du CHU Mondor et les membres de sa cellule de crise, la délégation départementale de l'ARS, le Samu 94, les responsables des quatre filières et des deux réseaux. La mise en place de la cellule de crise n'aurait pu se faire sans le travail quotidien d'une interne, des externes et étudiants en médecine, des assistants de régulation médicale, superviseurs et médecins régulateurs du Samu 94, des services de gériatrie, de santé publique, de la pharmacie, des médecins généralistes, des associatifs, des membres de la cellule d'urgence médicopsychologique, des médecins d'astreinte (en activité ou en retraite), des médecins libéraux remplaçants, des médecins de toutes spécialités s'étant déplacés dans les EHPAD, des centres Covid et des CPTS, des équipes d'hygiène hospitalière et de l'infirmière hygiéniste de l'équipe mobile extrahospitalière

**Éléments remarquables**

- L'initiative conjuguée de la faculté de médecine, du conseil de l'ordre, du Samu pour « aller vers les Établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) » en instaurant une hotline dédiée, 24h/24
- Le recueil et l'échange permanents d'informations avec la délégation départementale de l'Agence régionale de santé pour cerner les difficultés des EHPAD et y remédier
- L'aide pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire apportée aux équipes mobiles gériatriques des filières permettant de visiter tous les EHPAD et de mettre en place des plans d'action
- La disponibilité des directions hospitalières pour favoriser ce lien ville-hôpital et celle des médecins volontaires pour être d'astreinte
- La volonté des acteurs pour poursuivre une réflexion afin de construire un service d'accès aux soins (SAS)

**Pistes d'amélioration**

- Augmenter le ratio personnel médical et paramédical/résidents dans les EHPAD
- Pérenniser l'externalisation des équipes mobiles gériatriques en leur en donnant les moyens suffisants
- Développer la prescription en EHPAD par le biais des médecins coordonnateurs ou par le développement de médecins prescripteurs
- Articuler le dispositif d'appui à la population et aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes (DAC), les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) avec le service d'accès aux SAS
- Formaliser des procédures communes de soins et de formation et trouver un modèle viable d'astreinte gériatrique
- Faire un usage efficient de la télémédecine
- Intégrer rapidement la problématique des personnes âgées à domicile ou en établissement dans l'ensemble des formations médicales, paramédicales, sanitaires et sociales dans le cadre du campus des métiers et des qualifications « santé, autonomie, bien vieillir »

**Liens d'intérêts :** les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

**Références**

1. Bertrand C, Vaux J, Pentier C, et al (2015) Caractéristiques des appels au Samu-centre 15 des patients de 75 ans ou plus : quels enseignements pour optimiser leur régulation ? *Rev Geriatr* 40:1-7
2. Zerah L, Baudouin E, Pépin M, et al (2020) Clinical characteristics and outcomes of 821 older patients with SARS-CoV-2 infection admitted to acute care geriatric wards. A multicenter retrospective cohort study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 75 (in press)
3. Bertrand C (2018) Urgences en milieu gériatrique à l'usage des professionnels de santé. Éditions Mermoz, Rungis
4. Mouchet A, Bertrand C (2018) Décider en urgence au Samu-centre 15. Éditions Octarès, Toulouse