

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2015

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Nathalie DUMONT

Née le 12/12/1978 à PARIS 9^{ème}

Présentée et soutenue publiquement le 5 Octobre 2015

**Prise en charge aux urgences de la personne âgée
institutionnalisée : état des lieux et propositions
d'amélioration. Etude qualitative.**

Président de thèse : **Professeur Agathe RAYNAUD-SIMON**

Directeur de thèse : **Docteur Marie-Pierre POLOUJADOFF**

DES de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

Au Professeur Agathe RAYNAUD-SIMON, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier de Gériatrie à l'hôpital Bichat, pour nous faire l'honneur de présider cette thèse, pour votre intérêt pour ce travail et votre bienveillance.

Au Professeur Hervé BACHELEZ, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier de Dermatologie à l'hôpital Saint-Louis, pour nous faire l'honneur de prendre part à ce jury.

Au Professeur Jean-Christophe LUCET, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier de Microbiologie à l'hôpital Bichat, pour nous faire l'honneur de juger notre travail.

Au Docteur Marie-Pierre POLOUJADOFF, Praticien Hospitalier de Médecine d'Urgence à l'hôpital de Poissy, pour avoir accepté de diriger cette thèse, pour tes conseils toujours judicieux, ton enseignement de la médecine d'urgence et ton amitié.

Au Docteur Pierre CHARESTAN, Praticien Hospitalier dans le Service des Urgences de Robert Ballanger, pour nous avoir accueillis au sein de votre service et pour votre aide dans la réalisation de ce projet.

Au Docteur Nadia IKHLEF, Praticien Hospitalier dans le service de Court Séjour Gériatrique de Robert Ballanger, pour votre vif intérêt pour ce sujet.

Aux urgentistes de Robert Ballanger et aux intervenants en EHPAD du secteur d'Aulnay-sous-Bois, pour nous avoir ouvert vos portes, pour votre bienveillance et pour votre contribution si précieuse à ce travail.

A nos patients âgés. Vous êtes à l'initiative et au cœur de ce travail. J'ai pu vous rencontrer et échanger avec vous pour mon mémoire de DESC et j'aimerais que cette nouvelle étude puisse modestement initier des changements pour vous et vous rendre la vie plus douce. Je m'efforce de vous accorder le temps que vous méritez lors de vos passages aux urgences.

A Ivan, pour ta relecture initiale, ton aide et ton amitié.

Au Docteur Adrien KERKACHE, Praticien Hospitalier Contractuel au Court Séjour Gériatrique de Robert Ballanger, qui a accepté de me rejoindre dans cette entreprise commune. Pour ta bienveillance, pour ton amitié de chaque instant, pour toutes ces soirées dans notre QG du Paradis du fruit où toutes nos idées folles universitaires se

sont concrétisées, pour avoir tant échangé sur nos vies, pour s'être soutenus lors des bons et plus tristes moments, et pour cette promesse qu'on s'est faite, et que je compte bien tenir.

Je dédie cette thèse :

A ma maman. Pour avoir toujours été là, pour ton soutien indéfectible malgré les difficultés, pour les fous rires passés, ta relecture de ce travail et pour tout le reste. Et à notre Etoile qui nous regarde de là-haut.

A ma sœur Cristelle. Parce que je suis très fière de toi et que tu es toujours à mes côtés, quoi qu'il arrive.

A mes neveux, Nathan (mon filleul) et Léo, les petits amours de ma vie qui sont la joie de notre famille. Et à leur papa, Yoann, qui a été le bienvenu parmi nous dès le premier jour.

A ma famille d'Espagne, la plus chère à mon cœur : ma tante adorée, mon oncle et parrain qui nous manque tant mais dont l'évocation de ses facéties nous fait toujours autant rire, ma cousine et mon cousin que j'aime profondément, mes grands-parents qui seraient si fiers de moi (*Non Yaya, je n'ai pas encore grandi, j'ai arrêté depuis longtemps*) et dont le souvenir sera toujours dans nos cœurs.

A Jean-Christophe. A ces années passées ensemble et pour tous ces rêves d'avenir conjoint. Avec tout mon cœur.

A Aurore, qui a toujours été près de moi malgré la distance. Au continent sud-américain et au sud-ouest. Pour tes coups de fil et sms quotidiens d'encouragement, pour ta relecture de mon travail de DES, pour ton soutien et ton écoute lors des moments difficiles. Tu vois, on l'a fait ! Attends-moi, je viens te voir très vite !!

A Guillaume pour ton apprentissage de la CNV, ta bienveillance et à tout mon adorable voisinage montmartrois, pour toutes ces années passées parmi vous.

A Anne-Marie FLEUREUX dont le professionnalisme inestimable m'a été d'un grand secours à mes débuts, et avec qui j'ai le plaisir de partager désormais une amitié réciproque et que j'espère durable.

A toute l'équipe des urgences de Villeneuve-sur-Lot pour m'avoir accueillie auprès d'elle, pour sa confiance et la gentillesse du sud-ouest. Aux fraises, à la tomate du coin, et œufs frais du matin. Et aux sorties SMUR toujours pleines de surprises avec moi !

A Pessac et à Bergerac, où j'ai commencé et où je suis revenue après avoir grandi.

A l'équipe SMUR de Beaujon que je n'ai pas oubliée et aux urgences de Bichat qui m'ont connue bébé.

A Mauro. Pour ta bienveillance à mon égard depuis le début et pour ta confiance sur les projets à venir.

A tous mes amis, nombreux, que je ne peux citer ici mais qui se reconnaîtront.

A tous ceux que j'ai croisés au cours de mes études et qui ont contribué à me faire devenir le médecin que je suis. A ces médecins dont j'ai voulu suivre l'exemple et dont j'ai reçu avec honneur l'enseignement et la sagesse, à ces équipes paramédicales qui m'ont tant appris et soutenue. J'espère être à la hauteur de ce que vous attendiez de moi.

A la médecine d'urgence qui a changé ma vie dès la première garde, et à l'avenir que nous avons ensemble.

A Montmartre, au Pays-Basque et à la Navarre, à l'Aragon et à la Région Valencienne pour ces souvenirs ensoleillés d'enfance et pour ceux qu'on va encore construire.

LISTE DES ABREVIATIONS

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources

ANESM : Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et
Service sociaux et Médico-sociaux

ARS : Agence Régionale de Santé

CHIRB : Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale

DLU : Dossier de Liaison d'Urgence

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GIR : Groupe Iso-Ressource

GMP : GIR moyen pondéré

HAS : Haute Autorité de Santé

IDEC : Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMP : Pathos moyen pondéré

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gérontologie

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

SSR : Soins de Suite et de Rééducation

SLD : Soins de Longue Durée

GLOSSAIRE

Analyse de contenu : examen systématique d'un texte consistant à identifier et regrouper des thèmes et à coder, classifier et développer des catégories, puis établir des correspondances entre celles-ci.

Analyse qualitative : travail de construction signifiante, progressant par approximations successives. Le témoignage de l'acteur n'est jamais totalement évident, il n'existe pas de mécanique simple ni de limpidité discursive. L'analyse qualitative ne correspond ni à l'application d'une technique ni à la simple recherche de récurrences, mais plutôt à un cheminement progressif de question en question.

Données qualitatives : de nature multiples, il peut s'agir de mots, d'expressions, de textes, mais aussi de toutes traces matérielles comme des images, des icônes. Une donnée devient qualitative dès lors qu'elle exprime un rapport de sens dans le moment précis du recueil.

Entretien semi-directif : entretien en face à face comportant des questions ouvertes. L'interviewer utilise un guide d'entretien dont les thèmes ne sont pas forcément abordés dans l'ordre. Son rôle consiste à effectuer les bonnes relances aux moments opportuns afin de balayer tout le guide d'entretien, sans pour autant influencer l'interviewé dans ses réponses ou lui couper la parole.

Guide d'entretien : Série de questions ou de consignes servant de fil conducteur et stimulant l'échange dans les entretiens individuels ou collectifs. Les questions sont habituellement courtes et claires, allant du domaine le plus général au plus

spécifique, et elles sont évolutives. Le degré de formalisation du guide dépend de l'objet de l'étude et du type d'analyse projeté.

Saturation des données : terme théorique du développement d'une catégorie conceptuelle à partir duquel aucune propriété, dimension ou relation nouvelle n'émerge plus au cours de l'analyse.

Triangulation : utilisation combinée de différentes méthodes de recherche, incluant plusieurs sources d'information, principalement pour contrôler la validité interne des résultats d'une étude. On peut distinguer la triangulation des données (temporelle, spatiale, par combinaison de niveaux), la triangulation du chercheur, la triangulation théorique et la triangulation méthodologique. La validation par les enquêtés peut aussi être considéré comme une forme de triangulation.

Verbatim : compte-rendu intégral, mot à mot, d'un entretien. Il peut comporter des caractères spéciaux pour indiquer les expressions non verbales.

(Letrilliart, 2009)

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Pyramide des âges aux 1 ^{er} janvier 2007 et 1 ^{er} janvier 2060.....	15
Figure 2 : Evolution de la population dépendante des plus de 75 ans en Ile-de-France entre 2007 et 2030.....	16
Figure 3 : Taux de recours aux urgences selon le motif de recours et l'âge du patient.....	28
Figure 4 : Répartition des enquêtés par profession.....	40

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Grille AGGIR.....	19
Tableau 2 : Grille des valeurs GIR.....	19
Tableau 3 : Le dossier de liaison d'urgence version 2015.....	24

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	2
LISTE DES ABREVIATIONS.....	5
GLOSSAIRE.....	6
TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	8
TABLE DES MATIERES.....	9
I. INTRODUCTION.....	15
II. DEFINITIONS ET CONTEXTE.....	18
1. Définitions.....	18
1.1. La personne âgée.....	18
1.2. Dépendance, perte d'autonomie – GIR.....	18
1.3. EHPAD.....	20
1.4. Médecin et infirmier coordonnateurs d'EHPAD.....	21
1.5. Le dossier de liaison d'urgence (DLU).....	22
1.5.1. Historique du DLU.....	22
➤ Circulaire interministérielle du 13 mai 2008.....	22
➤ 29 mai 2008, diffusion d'un DLU par la DGAS.....	22
➤ Circulaire DGOS du 6 mars 2012.....	23
1.5.2. Le DLU aujourd'hui (HAS, juin 2015).....	23
1.5.3. Déploiement du DLU en France.....	24
2. Organisation des EHPAD et scores AGGIR – PATHOS.....	25
2.1. Organisation des EHPAD.....	25
2.2. Scores AGGIR et PATHOS.....	26

3. Recours au Service d'Accueil des Urgences (SAU).....	27
3.1. Urgence et Service d'Accueil des Urgences.....	27
3.2. Recours au SAU chez la personne âgée.....	28
3.3. L'impact du manque d'information.....	29
4. Communication et transfert d'informations.....	30
5. Filière gériatrique.....	32
5.1. Ses missions.....	32
5.2. Son organisation.....	33
6. Objet du travail et questions de recherche.....	33
III. MATERIEL ET METHODE.....	35
1. Choix de la méthode et recueil de données.....	35
1.1. Choix de la méthode qualitative.....	35
1.2. Choix de l'entretien semi-dirigé individuel.....	35
2. Choix de la population et recrutement.....	36
3. Modalité et réalisation des entretiens.....	37
3.1. Lieu et réalisation des entretiens.....	37
3.2. Guides d'entretien.....	37
3.3. Stratégie d'intervention pendant l'entretien.....	38
3.4. Enregistrement et mode de retranscription.....	38
3.5. Ethique et confidentialité.....	39
4. Nombre d'entretiens.....	39
5. Analyse des données.....	39
IV. RESULTATS.....	40
1. Caractéristiques de la population étudiée.....	40
2. Caractéristiques des entretiens.....	41
3. Etablissement de la grille de lecture.....	41

4. Etape 1 : l'EHPAD en amont.....	42
4.1. La situation d'urgence.....	42
4.1.1. Quelles situations d'urgence.....	42
4.1.2. Qui décide d'adresser aux urgences.....	42
4.1.3. Une équipe souvent démunie la nuit.....	43
4.2. Communication en amont : le coup de fil.....	44
4.2.1. Qui le fait en EHPAD.....	44
4.2.2. Comment les urgentistes le perçoivent.....	44
4.3. Le dossier de liaison d'urgence.....	45
4.3.1. Les urgentistes.....	45
4.3.2. Les médecins traitants intervenant en EHPAD.....	45
4.3.3. Les agents d'EHPAD.....	46
4.3.4. Une <i>check-list</i>	46
4.3.5. Un manque de standardisation?.....	46
4.3.6. Communication du DLU.....	47
4.3.7. Difficulté à remplir et à réévaluer.....	47
5. Etape 2 : aux urgences.....	48
5.1. Importance du flux des sujets âgés au SAU : délais de prise en charge et temps de passage.....	48
5.2. Difficultés logistiques.....	49
5.2.1. Rester sur un brancard.....	49
5.2.2. Difficultés propres au sujet âgé : l'interrogatoire.....	50
5.2.3. Difficultés liées au terrain : le sujet âgé est-il à part ?.....	50
5.3. Envisager le retour en EHPAD.....	51
5.3.1. Méconnaissance du fonctionnement des EHPAD : on renvoie ou pas ?.....	51
5.3.2. ... mais des médecins smuristes qui se déplacent.....	52

5.3.3. Nécessité d'attendre l'équipe du matin.....	52
6. Etape 3 : retour en EHPAD.....	52
6.1. Des documents qui suivent presque toujours.....	52
6.1.1. Etat des lieux plutôt satisfaisant.....	52
6.1.2. Problème des ordonnances.....	53
6.2. Une communication défectueuse au SAU avec les familles.....	53
7. Propositions d'amélioration.....	55
7.1. Logistique aux urgences.....	55
7.2. Un gériatre aux urgences ?.....	55
7.3. L'équipe mobile de gériatrie.....	56
7.4. Des alternatives au passage aux urgences.....	56
7.4.1. Circuit sans urgence : adresser directement en radio.....	56
7.4.2. Programmation des hospitalisations.....	57
7.4.3. Ligne téléphonique directe avec un gériatre.....	57
7.5. Dossier informatisé partagé.....	57
7.5.1. Un beau rêve... ..	57
7.5.2. ... mais des problèmes de sécurité.....	58
7.6. Se rassembler pour discuter.....	58
7.6.1. Se rencontrer de façon informelle.....	58
7.6.2. Filière gériatrique et COPIL.....	58
7.7. Un vrai problème : l'aval des lits.....	59
7.7.1. Tant pour les urgentistes... ..	59
7.7.2. ... que pour les médecins traitants pour un patient de ville.....	59
8. A part : la problématique de la fin de vie.....	60
8.1. Des EHPAD bloqués.....	60
8.1.1. Difficile d'aborder le sujet et pression des familles.....	60
8.1.2. Problème d'obtention des directives anticipées.....	60

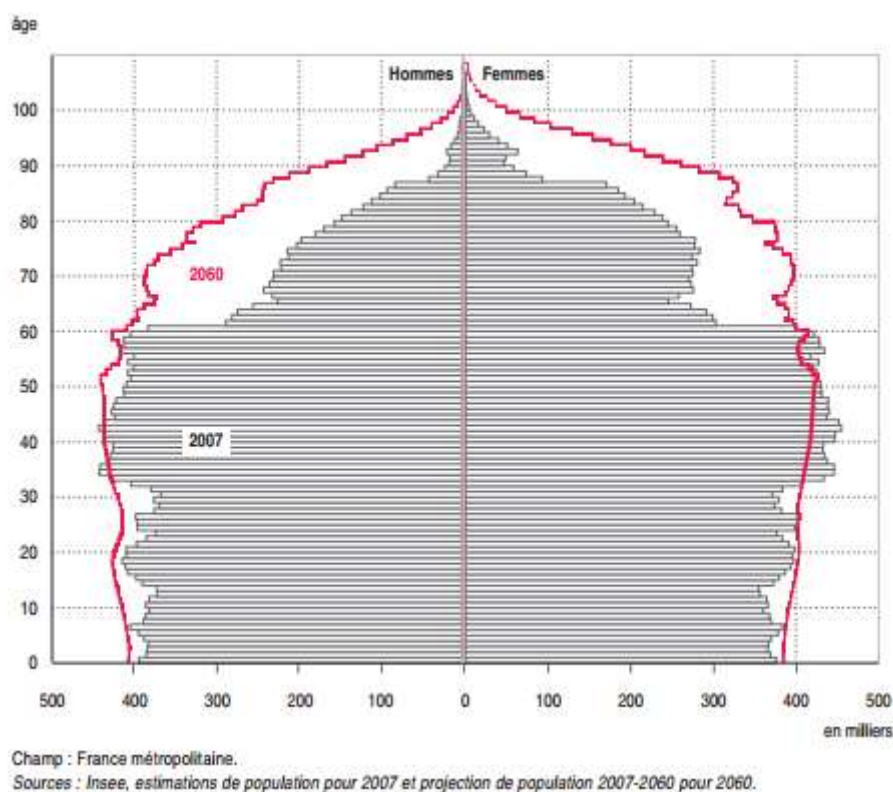
8.1.3. Problème de responsabilité notamment pour les équipes paramédicales, seules quand la détresse arrive.....	61
8.2. Des urgentistes dans une situation inconfortable : fin de vie aux urgences ?.....	62
8.3. Des solutions ? Intervention des réseaux en EHPAD.....	62
V. SYNTHÈSE DES RESULTATS.....	63
VI. DISCUSSION.....	67
1. En préambule : un travail collaboratif.....	67
2. Les limites de l'étude.....	68
2.1. Validité intrinsèque.....	68
2.1.1. Constitution de l'échantillon.....	68
2.1.2. Biais de l'étude.....	68
➤ Biais déclaratif.....	69
➤ Biais de désirabilité.....	69
➤ Biais de mémorisation.....	69
2.2. Validité extrinsèque.....	69
3. Propositions d'amélioration et points d'ouverture.....	70
3.1. Le dossier médical personnel (DMP).....	71
3.2. Développement d'une approche systématisée des soins et filières.....	72
3.2.1. Le projet pilote PAERPA 2013.....	72
3.2.2. Impact d'une approche systématisée de la transition des soins.....	73
3.3. La problématique de fin de vie.....	74
VII. CONCLUSION.....	76
BIBLIOGRAPHIE.....	78
ANNEXES.....	82

1. Annexe 1 : Les 13 missions du médecin coordonnateur en EHPAD.....	82
2. Annexe 2 : Le Document de Liaison d'Urgence.....	83
3. Annexe 3 : Guide d'entretien des urgentistes.....	85
4. Annexe 4 : Guide d'entretien EHPAD.....	88
5. Annexe 5 : Tableau récapitulatif des caractéristiques de la population (enquêtés).....	89
6. Annexe 6 : Grille de lecture.....	90
7. Annexe 7 : Un entretien de médecin urgentiste.....	93
8. Annexe 8 : Un entretien de personnel d'EHPAD.....	99
PERMIS D'IMPRIMER.....	107
RESUME.....	108

I. INTRODUCTION

La France est un pays au vieillissement inéluctable (*Brunel C., 2002*). (Figure 1).

Figure 1 : Pyramide des âges aux 1^{er} janvier 2007 et 1^{er} janvier 2060
(*Blanpain, octobre 2010*)

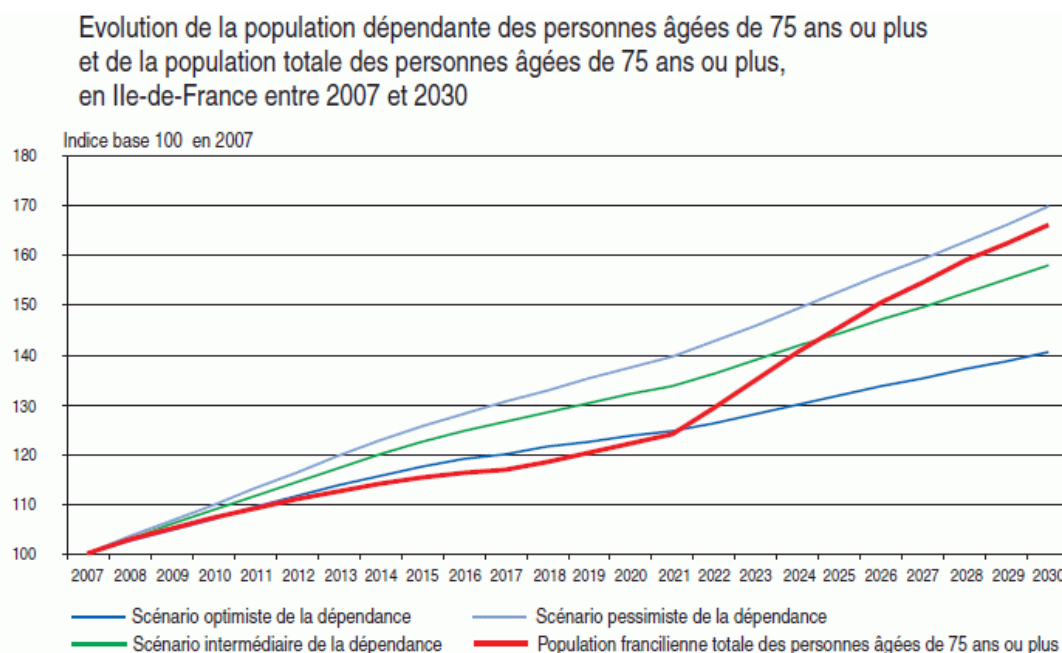


Les personnes âgées de plus de 75 ans constituent un groupe de population dont l'importance démographique est en forte progression (*Courtial E., mai 2010*).

Une projection démographique de la personne âgée dépendante en Ile-de-France réalisée par l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) a mis en évidence que les Franciliens de 75 ans ou plus pourraient être 1,2 million en 2030. La population de 75 ans ou plus augmenterait en moyenne chaque année, entre 2007 et 2030, de 2,22% en Ile-de-France (*Insee, décembre 2011*).

Par ailleurs, entre 2007 et 2030, le nombre de personnes âgées potentiellement dépendantes augmenterait entre 40 et 70% (Figure 2).

Figure 2 : Evolution de la population dépendante des plus de 75 ans en Ile-de-France entre 2007 et 2030 (Drieux, décembre 2011)



Par ailleurs, toujours suivant l'INSEE, un tiers des franciliens potentiellement en situation de dépendance était institutionnalisé en 2005 (Salembier, octobre 2009).

Les médecins coordonnateurs d'EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante) ont pour principal objectif la qualité de la prise en charge des résidents sur place et l'harmonisation des différents intervenants dans le projet de vie et le projet de soins des personnes âgées (Décret n° 2005-560, 27 mai 2005).

Toutefois, les sujets âgés doivent parfois être transférés aux urgences.

Les personnes âgées de plus de 75 ans en France représentaient en effet en 2002, 12 à 14% de la totalité du passage dans les structures d'accueil d'urgences et cet effectif s'accroît chaque année (SFMU, décembre 2003).

Les médecins coordonnateurs sont en contact avec les équipes hospitalières en cas de passage aux urgences ou d'hospitalisation.

Ainsi, le Dossier de Liaison d'Urgence (DLU) a été mis en place suivant la circulaire interministérielle « canicule » du 13 mai 2008, recueillant les informations minimales permettant d'améliorer les transferts d'informations utiles et nécessaires au médecin intervenant en urgence pour une prise en soins optimale du résident dans l'EHPAD ou dans un service d'urgences (*HAS, juin 2015*).

Il permet de renforcer la sécurité, la continuité et la qualité des soins lors des situations d'urgence et d'éviter des hospitalisations inappropriées.

La qualité de tenue et du contenu du dossier apparaît comme un élément indispensable pour les urgentistes, de même que la qualité du compte-rendu de passage et sa rapidité d'envoi permettent au médecin traitant et au coordonnateur d'EHPAD un suivi optimal des patients.

Les dispositions existantes ont permis d'améliorer en partie la prise en charge de la personne âgée dépendante vivant en EHPAD mais restent perfectibles et ne répondent pas entièrement aux attentes des médecins traitants intervenant en EHPAD et des médecins coordonnateurs (*HAS, juin 2015*).

II. DEFINITIONS ET CONTEXTE

1. Définitions

1.1. La personne âgée

Les personnes âgées constituent une population très hétérogène, tant de par l'étendue des âges qui la constituent (de 60 ans à plus de 100 ans), que de par l'extrême variabilité des déficits qu'elles peuvent présenter.

Ainsi, l'âge n'est qu'un indicateur partiel permettant de définir une personne âgée.

Les seuils retenus dans la littérature pour définir la population des personnes âgées varient selon les auteurs et les époques. Si l'INSEE retient le seuil de 60 ans (www.insee.fr), et l'OMS celui de 65 ans (www.who.int/fr/), il apparaît évident que ces limites utilisées par les démographes sont de moins en moins pertinentes.

L'HAS retient quant à elle dans ses diverses publications un seuil variant entre 70 et 75 ans (*HAS, avril 2007*).

1.2. Dépendance, perte d'autonomie – GIR

La loi du 24 janvier 1997 – confortée par la nouvelle loi de 2001 relative à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) – définit la dépendance comme un « état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière ».

Le calcul de dépendance se fait le plus souvent au moyen de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) (Tableau 1).

Tableau 1 : Grille AGGIR (Loi du 24 janvier 1997)

Grille AGGIR							
N°	Variables	Dépendance physique et psychique	Evaluation				
			A	B	C		
Critères discriminants	1	Cohérence	Converser et se comporter de façon sensée par rapport aux normes admises				
	2	Orientation	Se repérer dans le temps (jour et nuit, matin et soir), dans les lieux habituels...				
	3	Toilette	Faire seul, habituellement et correctement, sa toilette du haut et du bas du corps.	Haut	Bas		
	4	Habillage	S'habiller seul, totalement et correctement.	Haut			
				Moyen			
				Bas			
	5	Alimentation	S'alimenter seul et correctement.	Se servir			
				Manger			
	6	Élimination	Assurer seul et correctement l'hygiène de l'élimination	Urinaire			
				Fécale			
7	Transfert	Se lever (du lit, du canapé, du sol), se coucher et s'asseoir seul.					
8	Déplacement intérieur	Pouvoir se déplacer seul à l'intérieur (éventuellement avec canne, déambulateur, ou fauteuil roulant).					
9	Déplacement extérieur	Pouvoir se déplacer seul à l'extérieur en tenant compte de l'environnement: obstacles, escaliers, transports en commun...					
10	Communication à distance	Utiliser les moyens de communication (téléphone, alarme, sonnette) dans le but d'alerter.					
Critères illustratifs	11	Gestion	Gérer seul ses propres affaires, son budget, ses biens. Connaître la valeur de l'argent.				
	12	Cuisine	Préparer seul ses repas et les conditionner avant de s'alimenter.				
	13	Ménage	Effectuer seul l'ensemble des travaux ménagers.				
	14	Transport	Prendre seul, ou éventuellement, commander un moyen de transport.				
	15	Achats	Acheter régulièrement, éventuellement par correspondance, les produits indispensables à son alimentation, son hygiène...				
	16	Suivi du traitement	Suivre seul et observer correctement les prescriptions médicales ou diététiques.				
	17	Temps libres	Exercer seul une ou plusieurs activités de loisir, de distractions diverses, sportives, culturelles.				

On peut ainsi classer les sujets âgés en 6 groupes iso-ressources (GIR) (Tableau 2)

Tableau 2 : Grille des valeurs GIR (Loi du 24 janvier 1997)

Grille des valeurs GIR		
Groupe Iso-Ressources		Caractéristiques des personnes
GIR concernés par le versement de l'APA	GIR 1	Personnes confinées au lit ou au fauteuil ou dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées, nécessitant la présence constante d'intervenants
	GIR 2	Personnes confinées au lit ou au fauteuil ou dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées, nécessitant une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais pouvant se déplacer: seuls certains gestes, tels que l'habillage ou la toilette, ne peuvent être accomplis en raison de la déficience mentale.
	GIR 3	Personnes ayant partiellement conservé leurs capacités motrices, mais ayant besoin d'être assistées pour se nourrir, se coucher, se laver...
	GIR 4	Personnes ayant besoin d'aide pour se lever, se coucher, mais pouvant se déplacer seules à l'intérieur du logement: une assistance est parfois nécessaire pour la toilette et l'habillage.
		Personnes n'ayant pas de problème de déplacement, mais qui doivent être assistées pour les activités corporelles ainsi que pour les repas.
	GIR 5	Personnes relativement autonomes dans leurs activités, se déplaçant seules, mais ayant besoin d'aides ponctuelles pour la toilette, la préparation des repas, l'entretien du logement
GIR 6	Personnes autonomes dans tous les actes de la vie courante.	

La perte d'autonomie se définit quant à elle par l'absence de capacité ou du droit de se fixer soi-même ses propres lois.

1.3. EHPAD

Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) sont des structures médicalisées ayant pour vocation d'accueillir des personnes âgées. Ce statut créé en 2002 correspond à des maisons de retraite «médicalisées». Il tend à s'imposer progressivement et aujourd'hui les $\frac{3}{4}$ des maisons de retraite ont adopté le statut d'EHPAD en France.

Le 31 décembre 2012, on comptait 6 768 EHPAD avec 564 045 places. La capacité moyenne d'un EHPAD est de 83 places (*CNSA, 2013*).

A l'heure actuelle, près de 700.000 personnes âgées sont accueillies en maison de retraite.

Plus de 10% des personnes âgées entre 75 et 84 ans, et plus de 25% des plus de 85 ans vivent en EHPAD. (*Cour des Comptes, 2005*)

L'âge moyen des résidents en EHPAD est de 85,8 ans. 54,5% des résidents sont très dépendants (GIR 1 et 2), 32,9% dépendants (GIR 3 et 4) et 12,6% non dépendants (GIR 5 et 6)

Les résidents présentent en moyenne 8,0 pathologies sur la base EHPAD 2012. Les pathologies démentielles sont présentes à 51,8%, les états dépressifs à 39,2% et les troubles du comportement à 43,2%. On estime à 36,8% les « déments déambulants ». Le taux d'escarres et d'ulcères est estimé à 7,8%.

Partant de ce constat, les EHPAD offrent un suivi médical renforcé (médecin coordonnateur, personnel infirmier important) et une prise en charge de personnes âgées en perte partielle, voire totale d'autonomie (*Direction de l'Information légale et administrative, mars 2014*).

Afin de pouvoir être accueillie en EHPAD, une personne âgée doit satisfaire à plusieurs critères, notamment : avoir plus de 60 ans (sauf dérogation) et être en situation de dépendance.

1.4. Médecin coordonnateur et infirmier coordinateur d'EHPAD

Par décret du 26 avril 1999, le poste de médecin coordonnateur a été créé dans le cadre des conventions tripartites des EHPAD et les modalités de sa formation ont été définies dans le décret du 27 mai 2005 (*Décret n° 2005-560 du 27 mai 2005*).

Il est le garant de la maîtrise du risque gériatrique et sanitaire en assurant la coordination des intervenants autour du projet de soins, ce qui passe par une vision globale de l'établissement et du résident.

Ses missions (au nombre de 13) sont définies dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (*Articles D312-158, 2 septembre 2011*) (Annexe 1).

Les médecins coordonnateurs d'EHPAD devraient tous être titulaires d'un DESC de gériatrie ou d'une capacité de gériatrie ou d'un diplôme de médecin coordonnateur ou d'une attestation de formation continue. Ils n'ont donc pas obligatoirement de diplôme spécifique de gériatrie.

Dans leur grande majorité, ce sont des généralistes installés. (*Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 2010*).

L'infirmier coordinateur (IDEC) se situe à l'interface du sanitaire et du médico-social. Véritable *manager* d'équipe, il est responsable, en collaboration avec le médecin coordonnateur, de l'organisation, de la coordination et du contrôle des activités de soins dans leur globalité.

Leur nombre ne cesse d'augmenter au sein des EHPAD mais paradoxalement, ils ne sont tenus par aucune obligation de formation complémentaire et n'ont aucun référentiel métier précis (*Loi n°75-535 du 30 juin 1975 et Décret du 26 avril 1999*).

1.5. Le dossier de liaison d'urgence (DLU)

1.5.1. Historique du DLU

➤ Circulaire interministérielle du 13 mai 2008

En 2008 l'état a souhaité la mise en place d'un dossier de liaison d'urgence (DLU) dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) suite à quelques problèmes d'accès aux dossiers. Cette nouvelle disposition doit permettre aux médecins intervenant en urgence de pouvoir accéder 24h/24 au dossier individuel du résident afin de disposer des informations indispensables à un diagnostic précis.

➤ 29 mai 2008, diffusion d'un DLU par la DGAS

Un modèle de DLU a été élaboré en collaboration avec le SAMU de France, l'Association des Médecins Urgentistes de France et la Fédération Française des Associations de Médecins Coordonnateurs en EHPAD, et diffusé par la Direction Générale de l'Action Sociale.

Il synthétise les informations indispensables à un diagnostic et à une prise en charge adaptée en l'absence du médecin habituel et il est renseigné pour tous les résidents hébergés en EHPAD. Il fait l'objet d'une actualisation si nécessaire.

Le médecin coordonnateur veille à la mise à jour régulière de ce DLU par le médecin traitant.

➤ Circulaire DGOS du 6 mars 2012

La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) et la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) proposent un DLU modifié pour les EHPAD, qui doit devenir le « document de liaison d'urgence quel que soit le motif d'appel au SAMU-Centre 15 ou lorsque le patient est adressé aux urgences ». Il doit être accessible 24h/24 à tout médecin intervenant en urgence en EHPAD.

Contrairement aux préconisations de la circulaire de 2008, ce DLU version 2012 intègre les items de la fiche de transfert de l'EHPAD complétée lors de l'urgence et un document de retour du service des urgences.

1.5.2. Le DLU aujourd'hui (HAS, juin 2015)

Cette nouvelle version du DLU 2015, proposée par l'HAS en association avec l'ANESM, redéfinit le contenu du Dossier de Liaison d'Urgence dans un format court.

Ainsi, le DLU :

- ✓ doit être constitué pour tous les résidents de l'EHPAD, que leur dossier médical soit accessible ou non 24h/24h dans l'EHPAD ;
- ✓ est destiné aux médecins urgentistes des SAU et aux médecins assurant les urgences en EHPAD ;
- ✓ sert également de support de communication lors de l'échange téléphonique avec le SAMU-Centre 15 pour les soignants de l'EHPAD ;
- ✓ comprend désormais un document de retour du SAU, destiné à garantir la continuité des soins en EHPAD après passage d'un résident en SAU et en l'absence d'hospitalisation complète.

Le DLU est accessible 24 h/24 h pour tous les soignants de l'EHPAD pouvant être amenés à gérer une urgence.

Le médecin coordonnateur s'assure de la création et la mise à jour régulière du document de liaison d'urgence et de ses annexes.

La version 2015 du DLU : (Tableau 3) et (Annexe 2)

Tableau 3 : Le dossier de liaison d'urgence version 2015 (HAS, juin 2015)

Le document de liaison d'urgence et la <i>check-list</i> de transfert	La fiche de liaison d'urgence	
	RECTO	VERSO
	Document de transfert de l'EHPAD vers le SAU	Document de retour du SAU vers l'EHPAD
Contient un ensemble de documents annexes répertoriés dans la <i>check-list</i> .	Contient les informations en rapport avec la situation d'urgence	Contient les informations utiles à la continuité des soins lors du retour du résident dans l'EHPAD
Rempli et mis à jour par le médecin traitant en lien avec le médecin coordonnateur, en dehors de l'urgence	Rempli lors de l'urgence par un soignant de l'EHPAD et, au besoin, par un aide-soignant, notamment la nuit.	Rempli en l'absence d'hospitalisation par un soignant désigné du SU. Il est validé par le médecin qui a signé la sortie du résident. Retourné avec un ensemble de documents annexes dont les ordonnances de sortie et la copie du dossier des urgences. La liste de retour des prothèses et objets du résident est complétée.

1.5.3. Déploiement du DLU en France

Fin 2009, sur les 5 170 EHPAD des 77 départements qui ont transmis un état d'avancement sur la mise en place du DLU : 69,3 % des EHPAD ont des dossiers

médicaux accessibles 24 heures sur 24 à un médecin intervenant en urgence, seuls 30,6 % ont mis en place un DLU et 9,7 % sont en train de le mettre en place.

(Circulaire interministérielle du 2 avril 2010).

Ces résultats sont probablement surévalués, ces statistiques ayant été réalisées sur un mode déclaratif et seulement à partir des EHPAD qui ont volontairement répondu à l'enquête.

2. Organisation des EHPAD et scores AGGIR – PATHOS

2.1. Organisation des EHPAD

Les EHPAD peuvent être publics, associatifs ou gérés par une entreprise privée.

- Les établissements publics représentent 43% des structures médicalisées et sont les plus grands avec une moyenne de 93 lits.
- Les EHPAD privés à but non lucratif et associatifs représentent 31% et ont une moyenne de 73 lits par établissement
- Les EHPAD privés constituent 26% des structures en France, avec 70 lits en moyenne. Ils sont clairement surreprésentés en Ile-de-France. *(CNSA, 2013)*

Les prestations peuvent varier d'un établissement à un autre. Toutefois, la plupart du temps les établissements proposent *(Direction de l'Information légale et administrative, mars 2014)* :

- un hébergement en chambre individuelle ou collective,
- un service restauration, blanchisserie,
- des activités de loisirs,
- une aide à la vie quotidienne assurée par des agents de service dont la présence est assurée 24h/24h,

- une surveillance médicale, des soins assurés en continu notamment par des infirmiers, des aides-soignants et aides médico-psychologiques... Certains établissements de taille importante peuvent employer un ou plusieurs médecins généralistes salariés. Ces derniers sont alors les médecins traitants des résidents.

2.2. Scores AGGIR et PATHOS

Le GIR moyen pondéré (GMP) mesure, en nombre de points, le niveau de prestation fourni par l'établissement pour la prise en charge de la dépendance (*Observatoire des EHPAD, Avril 2014*).

En application de la loi du 24 Janvier 1997, le décret 99-316 a prévu le recours à la grille AGGIR afin de déterminer la dépendance moyenne des personnes accueillies dans l'établissement (GMP) et ainsi attribuer aux établissements la dotation «soins», financée par l'Assurance maladie, dans le cadre de la convention tripartite signée par l'établissement.

À partir de 1997, la création de l'outil PATHOS (logiciel évaluant les niveaux de soins requis pour la prise en charge des pathologies du sujet âgé) a répondu à une demande de la CNAMTS de disposer d'un outil complémentaire à AGGIR, centré sur les pathologies les plus fréquentes en gériatrie et les projets de soins, afin de permettre la comparaison des établissements. (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, août 2012)

Le Pathos moyen pondéré (PMP) mesure le niveau moyen des soins requis médicaux et techniques de la résidence.

AGGIR et PATHOS sont donc des outils d'évaluation de la dépendance et de la pathologie des personnes âgées. Ces algorithmes, qui servent au calcul de la charge

en soins des établissements pour personnes âgées, permettent *in fine* l'établissement de la tarification des établissements.

Si AGGIR correspond à un projet de vie, le score PATHOS des EHPAD permet de mettre en place un projet de soins pour le résident.

Le degré de dépendance et la charge en soins des EHPAD augmentent régulièrement. Sur la période 2007-2012, le niveau moyen national de dépendance des EHPAD mesuré par le GMP était de 685, et le niveau moyen national des soins médicaux et techniques des EHPAD mesuré par le PMP était de 185.

3. Recours au Service d'Accueil des Urgences (SAU)

3.1. Urgence et Service d'Accueil des Urgences

L'urgence est une situation non prévue, de survenue brutale et demandant une réponse rapide.

L'accueil et le traitement des urgences est une des fonctions des centres hospitaliers, publics ou privés. Dans les services d'urgences sont pratiqués des soins d'importance immédiate, où l'on se pose comme objectif de pouvoir traiter des symptômes en un minimum de temps, de par l'aspect urgent qui les caractérise.

Les Services d'Accueil des Urgences (SAU) sont au centre des réseaux des services d'urgence.

On distingue des Services d'Accueil d'Urgence adultes ou pédiatriques, mais il n'existe pas de SAU spécifiquement gériatriques.

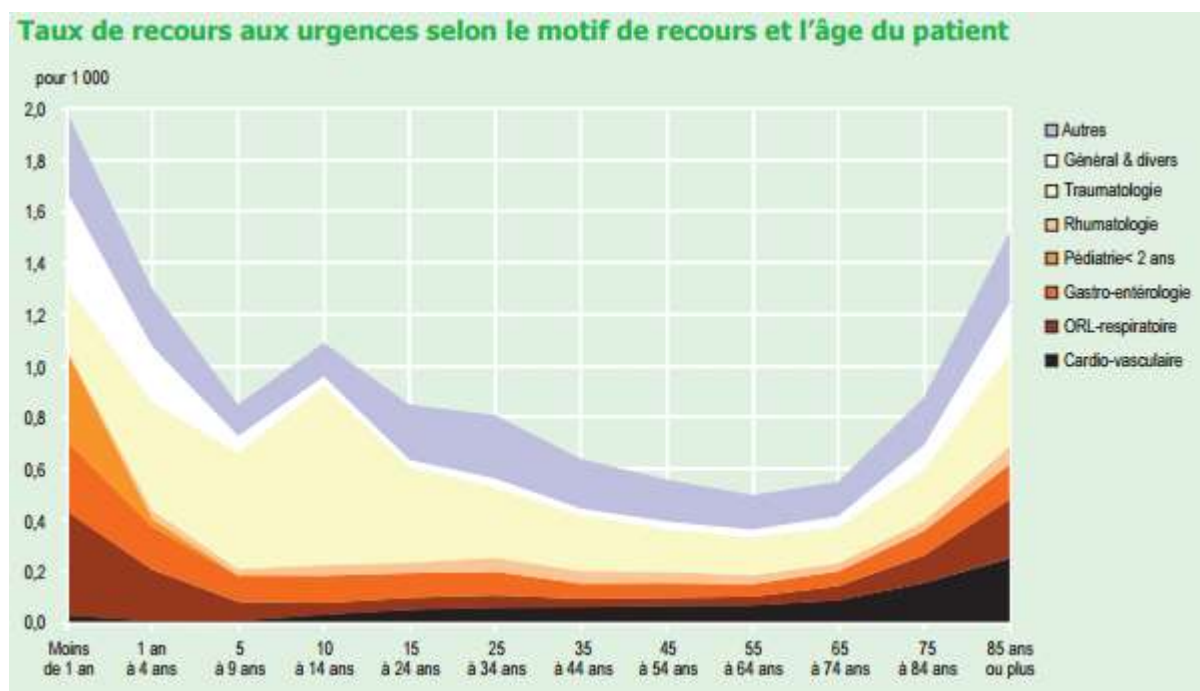
L'activité de médecine d'urgence est règlementée et soumise à autorisation (*Article R6122-25 du Code de Santé Publique*). L'autorisation est délivrée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) sur la base du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), pour une durée limitée.

3.2. Recours au SAU chez la personne âgée

Le recours aux urgences est plus élevé pour les nourrissons et les personnes âgées de 75 ans ou plus, avec des motifs de recours plus variés que pour les autres classes d'âges.

Dans un rapport de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) publié le 4 août 2014, près d'une personne sur 1 000 de la population résidant en France s'est rendue aux urgences le 11 juin 2013. Les taux de recours les plus élevés se situent aux âges extrêmes de la vie : 2 pour 1 000 pour les enfants de moins de 1 an, et 1,5 pour les personnes âgées de 85 ans ou plus (Figure 3). Les patients âgés de 75 ou plus représentent 12 % des passages (dont 5 % pour les 85 ans ou plus), alors que ces groupes d'âges constituent 10 % et 4 % de la population générale.

Figure 3 : Taux de recours aux urgences selon le motif de recours et l'âge du patient
(DRESS, 2014)



15% des consultants des SAU ont plus de 75 ans et les plus de 80 ans représentent la 2^{ème} classe d'âge qui consulte le plus fréquemment aux urgences après les nourrissons, soit 40% d'entre eux, et dans 95% des cas dans le secteur public (*Laplanche, 2005*).

Le taux d'hospitalisation avec passage par les urgences des personnes âgées est considéré comme un marqueur du « déficit d'organisation des soins » qui n'intègre pas leur spécificité (fragilité, polypathologie, dépendance). En moyenne, 22,9% des séjours hospitaliers sont précédés d'un passage par les urgences pour les personnes de 70 ans et plus (*Inspection Générale des Affaires Sociales, 2011*).

Les transferts des résidents des EHPAD vers les SAU sont fréquents : 25 % des résidents au moins une fois par an et 10 % deux fois ou plus (*Terrel, 2007*)

3.3. L'impact du manque d'information

La revue systématique de KB Pearson 2013 concernant les transferts des EHPAD vers les hôpitaux met en évidence que :

- les informations essentielles sont souvent absentes lors du transfert des résidents vers les SAU ;
- ces problèmes de communication sont un des obstacles les plus cités à une bonne qualité de soins aux patients ;
- des outils tels que des formulaires et/ou *check-list* de transfert améliorent la communication lors des transferts et aident à améliorer la sécurité et la qualité des soins aux patients ;
- ces transferts sont coûteux en termes financiers et sont source de iatrogénie physique et émotionnelle pour les patients âgés des EHPAD.

L'insuffisance d'informations a des conséquences néfastes pour la prise en charge du résident en SAU et lors de son retour en EHPAD. Elle peut avoir différents impacts comme des hospitalisations complètes qui auraient pu être évitées (ex.: ne pas connaître les capacités de soins de l'EHPAD), l'incapacité des soignants de l'EHPAD à fournir les informations adéquates à la famille du résident ou le non-respect des souhaits des patients en matière de soins (ex. : ne pas connaître les directives anticipées ou le statut palliatif) (Terrel, 2006).

Elle augmente le temps de séjour moyen en SAU.

4. Communication et transfert d'informations

A l'heure actuelle, les médecins communiquent entre eux préférentiellement par écrit (courrier pour adresser un patient, compte-rendu de passage ou d'hospitalisation...) et par téléphone.

Le dossier de liaison d'urgence (DLU) et le compte-rendu de passage aux urgences (CRU) – qui synthétise ce qui a été observé, fait et conclu aux urgences - sont volontiers utilisés entre les EHPAD et les services d'urgence. Ils ne semblent toutefois pas suffisants et restent perfectibles.

Souvent, un coup de fil préalable à l'envoi du résident vers les urgences, ou lors du retour de celui-ci en EHPAD est échangé entre les professionnels de ces structures respectives.

Un groupe d'experts américains associant des professionnels et responsables des EHPAD et SAU estime que, pour améliorer la communication lors des transferts, il faut associer un certain nombre d'outils et d'actions (Terrell, 2011) :

- un formulaire de transfert dans les deux sens et court, ne comportant que les informations nécessaires et utiles à la majorité de ces transferts ;

- une *check-list* de transfert pour s'assurer que les documents appropriés sont envoyés et que les étapes importantes du processus de transfert sont respectées ;
- une communication verbale entre les professionnels : avant le transfert, après examen du patient en SAU pour compléter si nécessaire les informations, et avant le retour en EHPAD. À ce titre, le formulaire de transfert doit comporter les coordonnées d'un contact en institution (infirmier ou médecin) ;
- la construction de véritables relations entre les EHPAD et les SAU, pour améliorer la compliance des équipes à l'utilisation des formulaires et pour résoudre les problèmes de collaboration des acteurs de soins qui sont de culture différente sanitaire et médico-sociale..

Pour éviter les pertes d'informations lors des transferts des patients, plusieurs modes de transmission ont été envisagés : fax de documents, enregistrement audio, formulaire standardisé, *voice-mail* sécurisé. La majorité des infirmiers et des médecins disent préférer l'utilisation d'un formulaire de transfert papier, standardisé, unique, clair et concis, avec un certain nombre d'informations pré-remplies. En retour, les médecins des SAU se disent prêts à remplir un formulaire court avec des cases à cocher et une note brève pour les résidents des EHPAD (Terrell, 2006).

Les formulaires de transfert standardisés, en eux-mêmes, ne suffisent pas à résoudre les problèmes de communication entre les sites de soins. La mise en place de relations entre hôpital et EHPAD est nécessaire. Elle facilite et rend plus efficace la communication concernant le patient lors des transferts en SAU (Ouslander, 2011).

5. Filière gériatrique

La filière de soins gériatriques hospitalière constitue une modalité d'organisation cohérente et graduée des soins gériatriques sur un territoire donné et a pour objet de couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé en tenant compte du caractère évolutif de ses besoins de santé et du niveau de recours au plateau technique. Elle s'inscrit dans une politique globale de prise en charge des personnes âgées (*Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007*).

5.1. Son organisation

Sur son territoire d'implantation, une filière propose les dispositifs de soins couvrant l'intégralité des parcours possibles du patient âgé prenant en compte le caractère évolutif et non toujours prévisible de ses besoins de santé.

La filière est répartie sur un ou plusieurs établissements :

- Dans l'établissement support : le court séjour gériatrique
- Autres : au moins les Soins de Suite et de Rééducation (SSR) et les Soins de Longue Durée (SLD), conventions
- Hôpitaux locaux

Elle établit des partenariats : Réseaux de santé « Personne Agée »

- Hospitalisation à Domicile (HAD)
- Médecin traitant : programmation, retour domicile/EHPAD
- Partenaires médico-sociaux : EHPAD/ conventions, Plans bleus
- Structures de coordination : CLIC, SSIAD

5.2. Ses missions

La filière gériatrique assure :

- les hospitalisations non programmables : SAU, Equipe Mobile de Gériatrie (EMG) et Court Séjour gériatrique
- les hospitalisations programmables : Court Séjour gériatrique, Médecine dans les hôpitaux locaux, Soins de Suite et de Rééducation (SSR)
- les bilans à froid : HDJ et Consultation, voire Court Séjour gériatrique, l'avis gériatrique de l'EMG, les soins palliatifs (lits identifiés, collaboration EMSP), la psychogériatrie (collaboration avec la psychiatrie)

L'étude de la personne âgée aux urgences et l'amélioration de la prise en charge médico-psycho-sociale deviennent primordiaux compte-tenu de l'évolution vers le vieillissement de la population et de l'involution paradoxale des moyens hospitaliers (aux urgences mais aussi des services d'aval). Le service d'urgence représente lui-même une des filières gériatriques et doit s'interroger lors des passages itératifs d'une personne âgée. Il doit tout mettre en œuvre pour activer les autres filières gériatriques (*Malerba, 2009*).

6. Objet du travail et questions de recherche

Cette étude est née de l'hypothèse qu'un partenariat médecin coordonnateur d'EHPAD et service d'urgence de secteur permet d'améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge de la personne âgée institutionnalisée consultant aux urgences.

Les dispositions existantes ont permis d'améliorer en partie la prise en charge de la personne âgée dépendante vivant en EHPAD mais restent perfectibles et ne répondent pas entièrement aux attentes des médecins traitants intervenant en EHPAD et des médecins coordonnateurs.

La question principale se dégageant de cette réflexion est la suivante : **comment améliorer la prise en charge aux urgences de la personne âgée institutionnalisée ?**

Ce travail a pour but de répondre à cette question, au travers d'une étude qualitative, faisant appel à des entretiens semi-directifs de médecins urgentistes et de médecins coordonnateurs d'EHPAD ou médecins traitants intervenant en EHPAD.

Par ailleurs, des axes secondaires se sont dégagés lors de la préparation de ce projet et notamment :

- Comment favoriser la communication entre médecins intervenant en EHPAD et les services d'urgence ?
- Quelle est l'opinion des médecins coordonnateurs et des médecins traitants intervenant en EHPAD sur le contenu du DLU existant déjà ?
- Quelle est l'opinion des urgentistes sur le DLU ?
- Peut-on améliorer les conditions d'annonce de l'arrivée du patient ?
- Peut-on optimiser son temps de passage aux urgences et les conditions de retour en EHPAD ?

III. MATERIEL ET METHODE

2. Choix de la méthode et recueil de données

2.1. Choix de la méthode qualitative

La méthode qualitative a été choisie.

Cette méthode semble la plus adaptée pour ce travail car les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer (*Aubin-Auger, 2008*).

Elle crée des hypothèses, via une démarche inductive, en étudiant des phénomènes sociaux. Elle vise à comprendre le contexte en étudiant le sujet dans son environnement. En cela, elle est complémentaire de la recherche quantitative (*Van Royen, 2007*).

La recherche qualitative vise de plus à identifier des pistes à approfondir pour une recherche quantitative (triangulation).

2.2. Choix de l'entretien semi-dirigé individuel

Les grandes méthodes de l'analyse qualitative sont la recherche documentaire, l'observation et l'entretien (*LeTrilliart, 2009*).

Il existe plusieurs types d'entretiens :

- ❖ Individuel d'une part : libre (ou compréhensif), semi-directif (ou semi-dirigé), directif (ou structuré)
- ❖ Collectif d'autre part : entretien de groupe ou focus-group.

L'entretien libre se pratique surtout lorsque l'enquêteur ne dispose pas d'informations précises dans le domaine étudié, et le sujet se définit parfois *a posteriori*. Cette méthode n'est donc pas adaptée, puisqu'ici le sujet a été ciblé précédemment.

L'entretien collectif, ou focus-group, consiste à réunir 4 à 8 participants qu'on interroge à tour de rôle à partir d'un guide d'entretien comportant des questions

ouvertes. Il repose explicitement sur l'interaction au sein du groupe pour générer des données. Nous n'avons pas choisi cette méthode pour différentes raisons : d'une part une difficulté logistique d'organisation, d'autre part nous voulions obtenir le maximum d'avis différents et le risque de formation d'un « leader d'opinion » aurait pu inhiber certains participants.

Contrairement à l'entretien directif, l'entretien semi-directif n'enferme pas le discours de l'interviewé dans des questions prédéfinies, ou dans un cadre fermé. Il lui laisse la possibilité de développer et d'orienter son propos, les différents thèmes devant être intégrés dans le fil discursif de l'interviewé (*Euréval, 2010*).

C'est donc pour ces raisons que nous avons choisi des entretiens individuels semi-directifs.

3. Choix de la population et recrutement

Le recrutement de la population s'est déroulé entre Juillet et Août 2015.

Deux enquêteurs ont réalisé ce recueil de données, dans le cadre d'un travail conjoint de thèse d'exercice de médecine et de mémoire de capacité de gériatrie.

Nous avons réalisé cette étude :

- ❖ d'une part parmi les médecins urgentistes intervenant dans le service des urgences du Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger (CHIRB) à Aulnay-sous-Bois (93),
- ❖ d'autre part au sein de la filière gériatrique d'Aulnay-Sous-Bois auprès de plusieurs médecins coordonnateurs, infirmiers coordonnateurs d'EHPAD, et de médecins traitants y intervenant.

L'appartenance à l'un de ces deux groupes a constitué le seul critère d'inclusion pour chacun des entretiens, ceux-ci se distinguant en deux parties : les entretiens à visée

de la population des urgentistes, et ceux destinés aux professionnels de santé intervenant en EHPAD.

Ont été exclus les sujets refusant de participer à ce travail.

Le choix de la population s'explique par une plus grande facilité d'obtention des entretiens, l'un des enquêteurs travaillant au sein du court séjour gériatrique de l'hôpital Robert Ballanger, à Aulnay-Sous-Bois.

Le choix de la population, en accord avec la méthodologie qualitative, ne s'est pas fait au hasard (*Touboul, 2011*). Pour avoir un maximum d'avis différents et enrichir les discussions, nous avons fait appel à plusieurs profils différents intervenant en EHPAD d'une part, et à des urgentistes d'autre part.

4. Modalité et réalisation des entretiens

4.1. Lieu et réalisation des entretiens

Les entretiens se déroulent soit par téléphone, après un premier contact pris pour prendre rendez-vous, soit de visu au sein des urgences du CHIRB pour les médecins urgentistes.

Une durée approximative des entretiens de 15 à 20 minutes est annoncée aux enquêtés, et ce, afin de ne pas provoquer de réactions négatives et d'éviter la perception d'une enquête fastidieuse. Les entretiens se terminent une fois l'ensemble des sujets du guide d'entretien abordés, ou une fois que l'enquêté ne souhaite plus apporter de réponse.

4.2. Guides d'entretien

Deux guides d'entretien ont été réalisés, en miroir. Le premier destiné aux médecins urgentistes, le second aux professionnels de santé des EHPAD (Annexes 3 et 4).

Chaque guide d'entretien comprend :

- ❖ La présentation de l'enquêteur et du projet de mémoire.
- ❖ L'explication du déroulé de l'entretien.
- ❖ Des questions administratives sur l'enquêté (âge, sexe, parcours professionnel) et la structure au sein de laquelle il travaille (ancienneté de l'EHPAD, taille, présence d'un secteur protégé)
- ❖ La liste de thèmes à évoquer.

Les thèmes à évoquer sont issus de la revue de la littérature menée en amont de ce travail.

Si les thèmes du guide d'entretien sont abordés spontanément par l'enquêté, aucune question de relance n'est utilisée.

A la fin de l'entretien, l'enquêteur demande systématiquement à l'enquêté si ce dernier souhaite aborder un sujet supplémentaire, ou si il a quelque chose à rajouter.

Au fur à mesure des entretiens, le guide d'entretien évolue : les sujets pertinents abordés par les enquêtés y sont ajoutés.

4.3. Stratégie d'intervention pendant l'entretien

Le discours spontané est encouragé au maximum.

Deux types de relance sont utilisés : la pause silencieuse et la reformulation de la dernière idée formulée (*Bachir, 2000*).

Lorsqu'aucune idée nouvelle n'est exprimée, l'enquêteur propose un nouveau thème du guide d'entretien.

4.4. Enregistrement et mode de retranscription

Tous les entretiens sont enregistrés à l'aide d'un magnétophone audio, ce afin de ne pas omettre ou déformer les paroles des enquêtés. Les entretiens sont ensuite

totallement retranscrits mot à mot, en essayant de respecter le phrasé et la ponctuation (méthode Verbatim).

4.5. Ethique et confidentialité

Au début de chaque entretien, un accord oral est demandé à l'enquêté : tant au niveau du recueil de données en tant que tel qu'au niveau de l'enregistrement de l'entretien par un magnétophone. L'enquêté est informé que les données recueillies sont anonymisées, et restent confidentielles.

A chaque entretien l'identité de l'enquêteur, le projet de recherche, la raison du choix de l'enquêté sont expliqués à ce dernier.

Aucun document n'est présenté à l'enquêté pour signature.

5. Nombre d'entretiens

Le nombre d'entretiens n'est pas fixé à l'avance. Les entretiens ont cessé, une fois la saturation des données obtenue (comme dans toutes les études quantitatives).

La saturation des données est obtenue quand la répétition des entretiens n'apporte plus aucune nouvelle information. En l'occurrence, la saturation des données nous a parue atteinte à l'issue de 17 entretiens (soit 9 entretiens pour les urgentistes, et 8 entretiens pour les intervenants en EHPAD).

6. Analyse des données

Une fois la retranscription faite, une première analyse de données permet d'évaluer la qualité des questions de l'enquêteur et de ses relances, afin d'améliorer les entretiens ultérieurs.

Une seconde analyse consiste au découpage des entretiens par unités de sens, qui sont ensuite rassemblées par thématiques. Les différents thèmes de l'analyse de contenu forment de grands ensembles thématiques permettant la présentation des résultats.

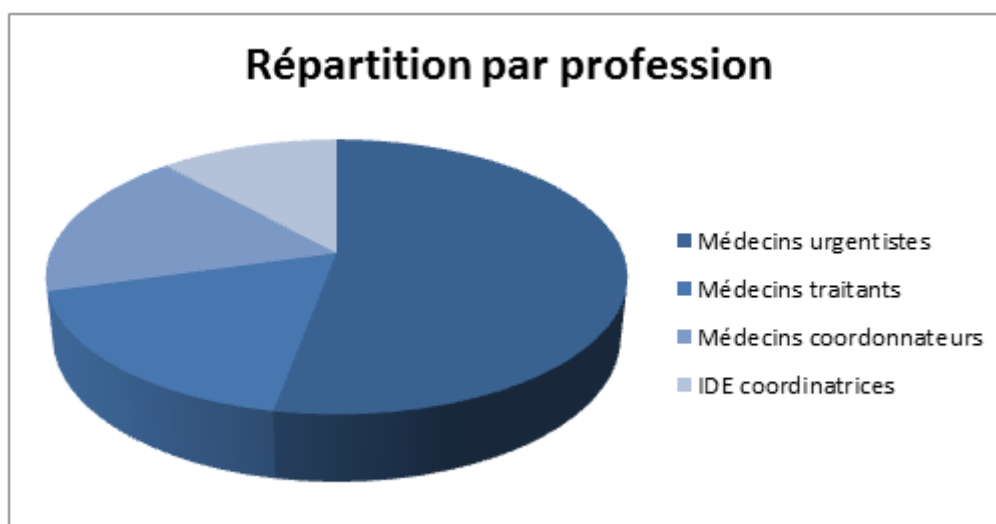
IV. RESULTATS

1. Caractéristiques de la population étudiée

Nous avons réalisé 17 entretiens semi-dirigés, auprès de : (Figure 4)

- 9 médecins urgentistes
- 3 médecins traitants intervenant en EHPAD
- 3 médecins coordonnateurs
- 2 infirmières coordinatrices

Figure 4 : Répartition des enquêtés par profession



Parmi eux, on dénombre 12 femmes et 5 hommes. A noter toutefois que l'on retrouve 1 seul homme sur 8 intervenants en EHPAD. La moyenne d'âge est de 48 ans.

En ce qui concerne les médecins (soit 15 au total), tous sont médecins généralistes de formation.

Parmi les urgentistes, 4 ont une activité partagée entre les urgences et le SMUR, 2 travaillent aux urgences et aux Soins Continus et 3 font exclusivement des urgences.

Parmi les médecins traitants intervenant en EHPAD, tous ont une activité libérale de médecine générale.

Les médecins coordonnateurs exercent 2 jours par semaine au sein d'une EHPAD ; 2 ont une activité libérale de médecine générale en parallèle, 1 exerce exclusivement auprès de plusieurs EHPAD.

Les IDE coordinatrices sont à temps plein en EHPAD.

L'ensemble de ces données est repris dans un tableau récapitulatif (Annexe 5)

2. Caractéristiques des entretiens

Les entretiens se sont tenus à la date choisie par l'enquêté, soit au sein des urgences du CHIRB soit par téléphone.

La durée des entretiens a été comprise entre 7 minutes 53 secondes et 30 minutes 53 secondes, avec une durée moyenne de 15 minutes et 52 secondes. Tous les intervenants ont accepté que l'entretien soit enregistré.

Les entretiens sont dénommés de la façon suivante :

- E01 à E09 pour les entretiens des urgentistes
- et E11 à E18 pour ceux des intervenants en EHPAD, que nous avons eux-mêmes classés de la façon suivante :
 - ✓ E11 – MT1 à E13 – MT3 pour les médecins traitants en EHPAD
 - ✓ E14 – MC1 à E16 – MC3 pour les médecins coordonnateurs
 - ✓ E17 – IDEC1 à E18 – IDEC2 pour les infirmiers coordinateurs

3. Etablissement de la grille de lecture

Nous avons décidé d'établir la grille de lecture au « fil de l'eau », c'est-à-dire suivant le parcours-type d'un patient depuis l'EHPAD vers le service des urgences, jusqu'à son retour.

A chaque étape, nous confrontons la vision des urgentistes et celles des personnes intervenant en EHPAD.

Des différentes réactions, remarques et discussions, nous avons tenté d'identifier plusieurs unités de sens convergentes afin d'en extraire plusieurs grandes thématiques et sous-thématiques au sein de chaque étape. (Annexe 6)

4. Etape 1 : l'EHPAD en amont

4.1. La situation d'urgence

4.1.1. Quelles situations d'urgence

E14 – MC1 : *Le transfert vers le service d'urgence est en général lié à un problème supposé chirurgical aigu : c'est la chute avec suspicion de fracture. Ou un syndrome abdominal aigu inexpliqué qui, voilà... [...] Ou bien des pneumopathies hypoxémiantes ou bien des problèmes de fausse route avec inhalation.*

E15 – MC3 : *Les motifs, il y a beaucoup de problèmes cardio-respiratoires, ça peut être de la fausse route avec détresse respiratoire jusqu'à même probablement une décompensation cardiaque ou autre. Des fractures, bien souvent. Je mettrais même les suspicions de fracture avant les problèmes cardio-vasculaires.*

4.1.2. Qui décide d'adresser aux urgences

E16 – MC3 : *Pour les EHPAD en général il y a plusieurs cas de figure. Il y a les cas de figure où le médecin coordinateur n'est pas présent sur le site. Auquel cas c'est l'infirmière qui a la responsabilité s'il y a quelque chose qui va pas dans la journée... [...] elle va essayer de joindre le médecin traitant. Le médecin traitant, soit il se déplace ce qui est rare, c'est un peu exceptionnel. Soit il ne peut pas se déplacer et il va dire à l'infirmière : « Vous l'orientez vers les urgences ». [...] Dans le cas de figure*

où moi je suis présente sur ces maisons de retraite, c'est-à-dire que j'évalue la situation.

E17 – IDEC1 : *Donc quand on a la possibilité d'évaluer une situation notamment sur du trauma, en général on est à l'initiative du transfert [...]. En général, quand on est sur des problèmes de décompensation respi, cardiaque etc., on déclenche un appel au 15 qui lui décide du transfert aux urgences ou pas.*

E11 – MT1 : *Euh là, sur une de mes patientes, le transfert... En général, les appels comme ça, c'est « La patiente ne va pas bien, qu'est-ce qu'on fait ? »*

4.1.3. Une équipe souvent démunie la nuit

E18 – IDEC2 : *Donc la nuit nous on n'a pas d'IDE on n'a rien. Donc quand c'est le soir comme ça, moi je préfère les envoyer sur l'hôpital pour qu'ils soient pris en charge correctement, qu'y ait pas de bug dans la nuit.*

E16 – MC3 : *Je sais qu'il y a une expérimentation aussi dans le 93 où ils essaient de caster qu'est-ce que ça donne une infirmière sur un EHPAD la nuit, bon ben... Je pense qu'ils vont y arriver parce qu'il y a quand même un budget derrière... Euh, donc il y a pas d'infirmières la nuit. Autant la journée... C'est pour ça que gérer une urgence, c'est plus facile la journée !*

E17 – IDEC1 : *mais du coup dans la panique les aides-soignantes y a un problème de responsabilité aussi : ils ont pas à prendre le risque de laisser un résident qui a chuté ou etc, qui ont du coup le transfert assez facile et du coup, au moins...*

4.2. Communication en amont : le coup de fil

4.2.1. Qui le fait en EHPAD

E16 – MC3 : *Moi j'appelle les confrères urgentistes parce que je trouve que c'est mieux pour les personnes âgées de savoir qui est accueilli et de ne pas laisser l'urgentiste paniquer en disant « je me ramasse un vieux sur les bras et qu'est-ce que je vais en faire après ? »*

E17 – IDEC1 : *Pour la simple et bonne raison que chaque fois que ça m'est arrivé je me suis, enfin souvent, je vais pas incriminer tout le monde, [...] on parle pour rouspéter en disant : « eh bien vous nous l'envoyez et puis c'est tout quoi ! » Donc euh... Souvent, ça n'a pas d'intérêt, ça n'a pas d'intérêt : on a l'impression de déranger, et du coup, du coup moi j'appelle plus. Sincèrement j'appelle plus.*

4.2.2. Comment les urgentistes le perçoivent

E06 : *En amont, y'en a beaucoup qui appellent pour nous dire qu'ils transmettent quelqu'un ; c'est toujours agréable.*

E04 : *En amont, ça leur arrive souvent de nous passer un coup de fil, en sachant que je ne suis pas plus demandeuse que ça de ces coups de fil. C'est très gentil de vouloir nous prévenir, mais finalement une fois sur deux la personne qui reçoit le coup de fil, n'est pas la personne qui va prendre en charge le patient. L'intérêt du coup de fil préalable serait de discuter l'indication d'envoyer aux urgences juste avant la garde, par exemple, alors qu'en fait, quand ils nous appellent ils sont tous déjà décidés et ne sont pas tellement prêts à entendre qu'éventuellement on pourrait*

temporiser ou gérer différemment. Donc à partir du moment où de toute façon le patient va venir, je considère que le coup de fil préalable n'est pas très nécessaire.

4.3. Le dossier de liaison d'urgence

- Une connaissance hétérogène selon les interlocuteurs :

4.3.1. Les urgentistes

Le DLU ?

E04 : *Si c'est un document officiel, spécifique, non, je ne le connais pas.*

E08 : *Pas du tout.*

E06 : *Oui, c'est le dossier que les EHPAD nous transmettent. Il est plutôt bien fait.*

E07 : *Oui, car on a souvent des fiches de transmissions dans les EHPAD. Je pense que c'est ça. Je ne savais pas que cela s'appelait comme ça.*

4.3.2. Les médecins traitants intervenant en EHPAD

E12 – MT2 :

- *Et du coup, vous utilisez le dossier de liaison d'urgence ou pas ?*
- *Pardon le dossier de... ?*

E11 – MT1 :

- *Du coup, en termes de documents qui accompagnent le transfert...*
- *Désolé, j'allais y venir. En termes de documents, y a en général rien qui suit le patient.*

4.3.3. Les agents d'EHPAD

E16 – MC3 : *C'est-à-dire que chaque EHPAD doit obligatoirement se donner les moyens pour pouvoir fournir aux services d'urgences, un dossier de liaison d'urgence et notamment dans les périodes un peu critiques comme la période de l'hiver [...] et en plein alerte canicule.*

➤ Son contenu :

4.3.4. Une check-list

E14 – MC1 : *Un dossier de liaison d'urgence : une lettre du médecin, une copie des traitements en cours et parfois copie des comptes rendus hospitaliers antérieurs quand ils sont illustrants.*

E15 – MC2 : *ils impriment un DLU, un dossier de liaison d'urgence : y a un dossier, y a une procédure qui est faite au niveau de l'EHPAD donc elle est respectée, elle est revue, réactualisée et on l'adresse au résident chez vous.*

4.3.5. Un manque de standardisation ?

E01 : *c'est loin d'être standardisé en tout cas.*

E07 : *C'est plus ou moins succinct.*

E03 : *Le Copil a travaillé avec un certain nombre d'EHPAD pour qu'on ait un document de transfert assez standardisé. Parce que ça fait gagner du temps aux*

urgentistes, très clairement. Le document est toujours organisé de la même façon, donc on sait où trouver les informations.

➤ *Est-il toujours joint ?*

4.3.6. Communication du DLU

E09 : *Ne pas avoir d'information, ça complique tout pour nous.*

E03 : *Dans la grande majorité des cas, oui. C'est très rare les situations où ce n'est pas transmis. Ou alors ce sont des établissements qui ne font pas partie de la filière gériatrique de notre secteur.*

E08 : *La plupart du temps on a quand même au moins les traitements. J'ai l'impression que dès qu'ils sont dans une EHPAD, on a toujours un dossier avec une photo parfois du résident, avec la façon dont il est géré dans l'EHPAD, son autonomie. J'ai quand même l'impression d'avoir ce dossier la plupart du temps. Après, on n'a pas toujours des lettres de médecin traitant, ça c'est sûr.*

E17 – IDEC1 : *Et c'est pour ça que j'insiste auprès de mes équipes pour que, qu'elles soient aides-soignantes ou infirmières, puisque en l'absence parfois d'infirmière y a des transferts qui sont faits un peu, un peu d'une manière... je voudrais dire bâclée mais c'est pas le bon terme.*

4.3.7. Difficulté à remplir et à réévaluer

E15 – MC2 : *Alors, qui met les informations ? C'est tout le monde. D'ordre médical : les antécédents, le traitement c'est le médecin coordonnateur. Ensuite, le médecin*

traitant : les observations et les traitements, corrige le traitement sur PSI. On a une partie des médecins qui rentre les données dans le PSI, une autre partie qui refuse de rentrer les données et qui veulent mettre sur dossier papier.

E13 – MT3 : *donc y a le logiciel, il y a un endroit où on met un petit mot d'observation. Ça fait pas longtemps que je me suis mise à ça, parce qu'avant j'écrivais encore sur le dossier papier.*

E17 – IDEC1 : *Moi, mon paramètre, c'est les coups de fil des urgences à la suite d'un transfert : donc, plus j'en ai et plus je me dis que il y a des remises en question à faire auprès de l'établissement.*

5. Etape 2 : aux urgences

5.1. Importance du flux des sujets âgés au SAU : délais de prise en charge et temps de passage

E05 : *En terme de flux, oui, la personne âgée prend plus de temps. La personne âgée qui ne peut pas s'exprimer clairement, il faut plus de temps pour débrouiller l'histoire, il faut donc joindre le médecin de l'EHPAD ou avoir la famille, c'est plus long.*

E01 : *parfois ils attendent 12-15 heures, pour une personne âgée c'est quand même très très moyen.*

E02 : *ils restent souvent en attente de place.*

5.2. Difficultés logistiques

5.2.1. Rester sur un brancard

E16 – MC3 : *Ben c'est au niveau de l'accueil, ça c'est... Enfin, je pense que les notions, on parle pas souvent en tant que médecin par rapport à tout ce qui est aspect logistique : accueil, locaux, etc... Parce que c'est quand même. ... On a peur d'envoyer les personnes âgées aux urgences, très sincèrement... Ça c'est clair parce que les conditions d'accueil, qui n'ont rien à voir avec les médecins, les conditions d'accueil logistiques sont quand même à revoir.*

E02 : *Il faudrait avoir de la disponibilité, des locaux adaptés, du matériel adapté – ils sont sur des brancards, c'est pas tout à fait adapté... [...] C'est pas digne, des fois. Les conditions d'hospitalisation dans le couloir des urgences ne sont pas dignes. Et on a souvent des personnes âgées. [...] Et surtout, il y a des choses qui m'ont choquée. J'ai eu des patients qui étaient là depuis plus de 24h, avec des débuts d'escarre – alors que l'escarre on ne devrait plus voir ça aujourd'hui – et des mamies avec un niveau d'hygiène pas top au bout de 24-48 heures.*

E08 : *Une personne âgée qui reste plus de 12 heures sur un brancard aux urgences, ça me met hors de moi, parce que ce n'est pas sa place. Il faut qu'elle soit dans une chambre, dans un lit, qu'elle soit installée confortablement et qu'elle ne reste pas aux urgences. Et là par contre, on a quand même une dérive par rapport à ça.*

E18 - IDEC2 : *Et c'est vrai que la personne âgée peut rester sur un brancard. Déjà, elle peut rester sur un brancard... assez longtemps hein. Moi sur la période où j'y étais, j'ai vu des personnes âgées qui sont restées plus de 10 heures sans voir... sur un brancard comme ça sans être vues.*

5.2.2. Difficultés propres au sujet âgé : l'interrogatoire

E02 : *Quand il n'y a personne qui les accompagne, la difficulté c'est de communiquer avec eux. Car la plupart ils sont quand même déments ou dans tous les cas ont des troubles cognitifs plus ou moins sévères mais souvent assez sévères. Ça, ça nous manque beaucoup car au niveau de l'interrogatoire on est souvent face à des non réponses ou des réponses inappropriées.*

E03 : *les patients âgés aux urgences sont souvent non communicants ou le fait qu'ils soient grabataires modifie un peu la vision de l'urgentiste, dans leur prise en charge.*

E17 – IDEC1 : *on n'a pas beaucoup de coups de fil si ce n'est parfois sur l'interrogatoire du patient quand il est impossible : donc ils ont besoin d'informations, on le leur donne.*

5.2.3. Difficultés liées au terrain : le sujet âgé est-il à part ?

E07 : *Le problème est de savoir s'il faut prendre les personnes âgées plus vite que les autres. Non, je ne pense pas. Je pense que c'est le niveau de gravité qui fait qu'il faut prendre en charge les gens plus ou moins vite, en sachant que souvent les personnes âgées ont des états plus graves que les autres. On doit peut-être les prendre en charge plus vite, mais uniquement pour ça.*

E01 : *Non, si ce n'est que la gériatrie est quand même une spécialité un peu à part, [...]. Je ne parle pas que des urgentistes, je parle des médecins hospitaliers en*

général, parce que j'ai l'impression que dans les services en dehors de la gériatrie, parfois les personnes âgées sont un peu négligées, parce que justement âgées. Je trouve ça dommage. On se heurte parfois à un barrage des services traditionnels dès lors qu'on leur annonce 70, 80, 90 ans, alors là tout de suite les portes se ferment. Je le regrette. Au contraire, ça devrait être la population qui stagne le moins aux urgences.

5.3. Envisager le retour en EHPAD

5.3.1. Méconnaissance du fonctionnement des EHPAD : on renvoie ou pas ?

E17 – IDEC1 : *c'est ce que je dis aux services d'urgence c'est que dès que la prise en charge se termine auprès d'eux, qu'ils peuvent nous le réadresser dès que possible, y a aucun problème. Contrairement à certaines EHPAD, on rechigne pas à réadmettre nos résidents, peu importe dans quel état ils sont.*

E01 : *Ça a l'air con mais parfois on ne le sait pas, et on ne nous le précise pas, on ne sait pas ce qu'on peut leur demander. Parfois on garde des gens et le lendemain on apprend que l'EHPAD pouvait les reprendre, et parfois on les renvoie et on nous répond que non, ils ne sont pas aptes à faire ce genre de choses, et retour à la case départ.*

E05 : *J'imagine que ce sont des informations qui doivent figurer sur la feuille de liaison : s'il y a un médecin tout le temps, si le médecin traitant vient faire le tour, s'il y a des infirmières en permanence. Il faudrait un numéro d'une personne à joindre en permanence ou de la personne référente, être sûr pour les horaires où ils peuvent recevoir les gens... Même si toutes les informations ne sont pas notées, au moins avoir un numéro d'une personne joignable 24h/24.*

5.3.2. ... mais des médecins smuristes qui se déplacent

E02 : *Je suis aussi du SAMU, donc on y va régulièrement quand même, dans les EHPAD, et on sait très bien comment c'est organisé. Et puis on a des correspondants, quand même. On a des structures où on sait que ça peut être l'aller-retour. Quand on les connaît, ça améliore grandement les choses.*

5.3.3. Nécessité d'attendre l'équipe du matin

E02 : *En journée ça pose peu de problèmes*

E03 : *La nuit, par exemple, on s'occupe de la problématique médicale. Le reste, c'est le problème de l'équipe du matin qui va avoir accès à l'entourage, aux correspondants, etc. On a une approche complètement différente.*

6. Etape 3 : retour en EHPAD

6.1. Des documents qui suivent presque toujours

6.1.1. Etat des lieux plutôt satisfaisant

E16 – MC3 :

- D'accord, et ça du coup, en pratique, au niveau du retour, vous avez toujours un compte rendu ? Vous avez une bonne communication en aval ou pas ?

- Lors du retour, assez régulièrement quand même. Même si c'est bref, succinct. Au niveau du courrier, oui. On sait exactement, on sait à peu près ce qui s'est passé pour le patient.

E01 : *Quand ils repartent, il y a systématiquement un compte-rendu, tout ce qui a été fait aux urgences est remis, éventuellement l'avis spécialisé s'il y en a eu un.*

E02 : *Souvent on leur passe des coups de fil. Ils sortent avec le dossier médical, l'ordonnance de sortie, avec ce qu'on a fait, les examens biologiques, photocopie de l'ECG...*

E18 – IDEC2 : *Moi, ce que je déplore, c'est bon, alors je sais pas si c'est vraiment propre aux urgences mais c'est le manque de relation et de retour qu'on peut avoir de Ballanger. Par exemple, nous on a appris, on apprend souvent par hasard qu'un résident est décédé.*

6.1.2. Problème des ordonnances

E16 – MC3 : *Mais ce qui manque souvent, c'est l'ordonnance en fait, qui vont permettre, justement, la continuité du soin dans l'EHPAD au retour des urgences. [...] Le médecin ne peut pas dire « il faut impérativement commencer un traitement par Rocéphine » dans son courrier et ne pas associer une ordonnance de Rocéphine. Parce que l'infirmière, elle ne va pas prescrire la Rocéphine.*

6.2. Une communication défectueuse au SAU avec les familles

E03 : *rencontrer les familles, c'est quelque chose de très important pour le sujet âgé. Ça permet de finaliser le projet thérapeutique aux urgences. Et c'est une chose à laquelle les urgentistes ne sont pas véritablement formés dans leur mode de réflexion. [...] c'est une approche totalement différente par rapport aux problématiques du sujet jeune. Chez le sujet âgé, hormis la prise en charge aiguë, il*

faut réellement se poser la question de privilégier le pronostic fonctionnel. Et c'est une approche qui nécessite une certaine formation pour les urgentistes.

Il faut du temps pour voir les familles. Ce n'est pas compatible avec l'urgence.

E15 – MC2 : *Véhiculer des messages négatifs vis-à-vis des familles, c'est pas top.*

Même pour nous hein... [...] Et après, voilà. « Ah il est revenu avec des escarres c'est l'hôpital », [...] quand vous recevez les résidents, les réflexions « il est déshydraté, il est dénutri à à peine une hypernatrémie de 146... » Une déshydratation, c'est la catastrophe... Peut-être que c'est les familles qui amplifient... Et ça, ça n'améliore pas les... Ça rassure pas les familles, ça rassure pas les familles et ils deviennent de plus en plus méfiants et donc du coup ils sont de plus en plus exigeants et donc, on s'en sort pas quoi...

E16 – MC3 : *des fois les familles sont déjà stressées, donc quand ils passent aux urgences quand il y a déjà des escarres etc, il n'y a pas cette réalité des urgentistes par rapport à ce qui se passe en EHPAD. Donc ils sont, ils communiquent un stress et une anxiété aux familles en disant « C'est scandaleux ! » Un vieux déshydraté, c'est d'une banalité, c'est... Un vieux qui a un escarre, c'est banal ! Souvent les familles viennent en disant « J'ai eu l'urgentiste qui m'a dit c'est scandaleux qu'il ait un escarre ! » Il y a des réalités auxquelles on ne peut pas... [...] parfois je pense qu'au niveau de la communication, y a pas que le grand public qui a une mauvaise vision, il y a aussi les confrères urgentistes qui ont une très mauvaise vision des EHPAD.*

7. Propositions d'amélioration

7.1. Logistique aux urgences

E08 : *Nous, on fait un système de tri et on a mis l'altération de l'état général de plus de 75 ans sur du 60 minutes alors qu'avant sur l'échelle de tri nationale c'est du 240 minutes en temps d'attente. Même s'ils ne sont pas toujours vus dans l'heure mais on considère que quelqu'un d'âgé n'a pas à attendre 3 heures. Il faut qu'on essaie de la prendre en charge le plus rapidement possible. Mais c'est parfois très difficile à faire parce qu'on a quand même énormément de passage.*

7.2. Un gériatre aux urgences ?

E04 : *J'ai fait mon dernier semestre d'interne aux urgences de la Pitié-Salpêtrière, et on avait un gériatre mi-temps aux urgences et mi-temps en gériatrie. Il passait tous les matins et avoir un correspondant qui connaisse parfaitement les urgences et parfaitement la gériatrie, moi je trouve que ça changeait la prise en charge des gens. Parce que même quand on fait l'effort de faire attention à la iatrogénie et à toutes ces petites choses qui ne sont pas strictement de la prise en charge médicale mais qui comptent vachement - et il faut être honnête, on n'est pas tous homogènes, on ne fait pas tous des efforts - on n'y arrive jamais complètement bien car d'une part on n'a pas l'expertise, et d'autre part on est sans arrêt parasités par d'autres choses aux urgences. Il y a peu de tâches qui durent plus de cinq minutes sans être interrompues. Je trouvais que c'était une collaboration qui donnait des résultats spectaculaires. Un médecin qui prend le temps, en marge du flux et de la gestion, de mettre le patient debout, de l'évaluer vraiment... je trouvais que ça donnait des résultats assez chouettes et je regrette infiniment ce système, d'autant que le gériatre était quelqu'un d'exceptionnel.*

E16 – MC3 : *j'ai participé à la monture du test de la présence d'un gériatre et d'une assistante sociale au niveau du service d'accueil des urgences de Jean Verdier et Avicenne. [...] on était sur le site avec les urgences et on travaillait avec les confrères urgentistes qui étaient vraiment très adorables mais ils ne voyaient pas ce qu'on faisait là-dedans parce que pour eux il fallait qu'on leur trouve des lits pour des personnes âgées (rires) [...] pour voir comment on pouvait, comment on pouvait gérer justement les situations : l'accueil, un meilleur accueil, une meilleure orientation dans des services appropriés. Je vous avoue franchement que c'était plutôt un vœu pieux que dans la réalisation pratique c'était beaucoup plus difficile.*

7.3. L'équipe mobile de gériatrie

E03 : *l'équipe mobile de gériatrie, constituée de personnel médical et paramédical et d'une assistante sociale pour aider les urgentistes à prendre en charge les problématiques des sujets âgés. Il y a un vrai débat entre urgentistes et gériatres, qui concerne le recours à l'équipe mobile de gériatrie. Comment fait-on le screening ? Sur quels critères faire appel à une équipe mobile ? C'est quelque chose qu'il faut absolument travailler, car les critères de recours à l'équipe mobile ne sont pas clairement définis en médecine d'urgence.*

7.4. Des alternatives au passage aux urgences

7.4.1. Circuit sans urgence : adresser directement en radio

E14 – MC1 : *ça ne passe pas toujours par les urgences parce qu'on a un accord avec la radiologie quand on est sur quelque chose où on n'a pas le sentiment qu'on soit sur une fracture potentielle mais qu'on veut... ou un truc où on veut... Par*

exemple, une suspicion de fracture de côtes, on va pas forcément le faire passer par les urgences mais on va essayer d'avoir une radio plus rapide pour gérer ça en interne.

7.4.2. Programmation des hospitalisations

E15- MC2 : *Si on appelle le matin on anticipe, si c'est une urgence on anticipe et on appelle le matin, on a déjà eu, le Dr I. a déjà accepté des résidents directement dans le service en aigu. Si c'est l'après-midi, on nous refuse parce qu'on me dit que « On ne peut pas faire de bilan et donc il est souhaitable d'adresser aux urgences. » Malheureusement, on adresse le patient aux urgences.*

7.4.3. Ligne téléphonique directe avec un gériatre

E17 – IDEC1 : *Alors je sais que sur Avicenne, y'avait une ligne où on pouvait joindre un gériatre. Pour personnaliser le transfert [...] je pense que cela désengorgerait un petit peu les urgences avec des cas un peu compliqués, parfois qui peuvent être traités dans des délais relativement courts et être renvoyés en EHPAD.*

7.5. Dossier informatisé partagé

7.5.1. Un beau rêve...

E03 : *On avait travaillé avec la filière gériatrique sur la possibilité d'échange par dossier médical informatique partagé. On en est loin et on a parfois des difficultés à joindre le médecin traitant... Il y a toujours des améliorations possibles, notamment par l'informatisation pour avoir des données en temps réel et des partages de dossier.*

7.5.2. ... mais des problèmes de sécurité

E05 : *Il y a le dossier centralisé sur internet, qui serait vraiment une solution. Après, c'est vrai que c'est pas facile en terme de confidentialité, mais ce serait l'idéal.*

7.6. Se rassembler pour discuter

7.6.1. Se rencontrer de façon informelle

E06 : *Je pense qu'il serait intéressant de voir les conditions dans lesquelles les gens travaillent dans les EHPAD. Je pense qu'il doit y avoir beaucoup de patients pour peu de médecins et de personnel. Ça permettrait de comprendre mieux certaines choses.*

E16 – MC3 : *je pense qu'il faut encourager les urgentistes à faire une journée de « Vis ma vie » dans un EHPAD [...] Parce que nous en tant que médecins, on est tous passés par les urgences, même si on atterrit dans les EHPAD, puisque cela fait partie du cursus. Mais les confrères urgentistes ne connaissent pas les EHPAD.*

7.6.2. Filière gériatrique et COPIL

E14 – MC1 : *Je rappelle que N.I. [chef de service de gériatrie] étant dans une filière gériatrique, y'avait des consensus et des réunions qui sont antérieures à votre présence dans cet établissement et qui remontent aux années 2011-2012 sur un travail commun sur ce que devait contenir le DLU.*

E03 : *On avait travaillé avec le Copil (Comité de Pilotage) de la filière gériatrique pour qu'on ait un document d'échange commun entre toutes les EHPAD*

et les services d'urgences et de gériatrie. Le Copil a travaillé avec un certain nombre d'EHPAD pour qu'on ait un document de transfert assez standardisé. Parce que ça fait gagner du temps aux urgentistes, très clairement. Le document est toujours organisé de la même façon, donc on sait où trouver les informations plutôt que d'aller à la pêche aux informations dans des dossiers de transfert qui seraient individualisés par établissement.

7.7. Un vrai problème : l'aval des lits

7.7.1. Tant pour les urgentistes...

E02 : *Est-ce que vous rencontrez des problèmes de place ? « Tout le temps ! »*

E03 : *Et puis il y a la gestion des hôpitaux. On nous dit qu'on ne doit pas allonger notre durée d'hospitalisation uniquement pour des problèmes sociaux. Quand on doit gérer une absence de lits, on a une gestion un peu plus à la hussarde, et on force la main aux structures d'aval, parce qu'on n'a pas à prendre en charge les problématiques des structures d'aval aux urgences. Et ça, c'est un vrai problème.*

7.7.2. ... que pour les médecins traitants pour un patient de ville

E13 – MT3 :

- *Des EHPAD vers les urgences il n'y a pas de problèmes. C'est quand c'est des personnes âgées à leur domicile et qu'il faut hospitaliser là....*
- *Là c'est compliqué. –rires-*
- *Là, y a plus de problèmes. –rires-*

8. A part : la problématique de la fin de vie

8.1. Des EHPAD bloqués

8.1.1. Difficile d'aborder le sujet et pression des familles

E17 – IDEC1 : *C'est-à-dire les directives anticipées en EHPAD on a beaucoup beaucoup de mal à les avoir. On avait fait un boulot avec le médecin co, où à chaque visite de pré-admission, on évoquait les directives anticipées : donc déjà c'est un premier contact et parfois avec les familles c'est un peu délicat. [...] Les directives anticipées sont très mal connues des gens donc beaucoup ne savent pas ce que c'est, on leur explique etc... [...] Nous on a pris l'initiative de télécharger la plaquette officielle et puis de remettre ça dans le dossier d'admission à certaines personnes, mais bon...*

8.1.2. Problème d'obtention des directives anticipées

E08 : *Parfois sur certains malades qui sont sur une fin de vie, la notion de soins de confort n'est pas notée. Il y a peut-être certaines pathologies particulières de fin de vie, de soins palliatifs, où ce n'est pas toujours bien notifié sur les dossiers d'EHPAD.*

E15 – MC2 : *Le temps que la famille se décide, le temps qu'il y ait des directives anticipées, le temps qu'il y ait une traçabilité avec le médecin traitant, le temps que ce dernier vienne, note tout sur le dossier, que le dossier soit blindé, il y a une lenteur administrative qui fait que parfois il y a des loupés.*

8.1.3. Problème de responsabilité notamment pour les équipes paramédicales, seules quand la détresse arrive

E15 – MC2 : *Malgré la consigne « ne pas transférer », ils se retrouvent à transférer parce que le personnel soignant n'est pas rassuré, se dit « je ne suis pas couverte, je préfère l'adresser »*

E17 – IDEC1 : *Et je vous dis après, c'est comme partout, c'est une question de responsabilité : tout le monde se couvre et tout le monde fait ce qu'il a à faire pour éviter d'avoir, d'avoir des emmerdes. [...] Et on a souvent un médecin du 15 qui dit « Mais qu'est-ce que vous voulez que je fasse ? » Bah ouais, ben maintenant en gros c'est on doit refiler le bébé, vous êtes obligés de le prendre en charge parce que nous, on a obligation de le faire transférer à l'hôpital et qu'on peut pas le faire avec une ambulance privée.*

E03 : *Un certain nombre de patients nous sont transférés soit la nuit soit le week-end, parce que durant cette période le médecin coordonnateur ou le médecin traitant ne sont pas joignables. On a souvent une infirmière seule amenée à prendre une décision de transfert devant un patient qui ne va pas bien. On peut donc recevoir des patients en fin de vie, ou pour lesquels on avait décidé d'une abstention thérapeutique et sans l'aval médical pour le transfert. On comprend que l'infirmière seule n'a pas d'autre solution que d'envoyer aux urgences, et donc on se retrouve parfois à faire des soins qui ne sont pas justifiés par l'état du patient. Et ça, c'est un vrai problème. C'est le lendemain, lorsque l'on a le médecin coordonnateur ou médecin traitant au téléphone, que l'on apprend qu'il n'aurait jamais dû être transféré, qu'il est en fin de vie. C'est très courant qu'on ait des transferts de nuit ou de week-end.*

8.2. Des urgentistes dans une situation inconfortable : fin de vie aux urgences ?

E08 : *Je suis aussi du SAMU, ça m'arrive souvent de partir sur une détresse respiratoire liée à un encombrement dans l'EHPAD chez quelqu'un d'âgé en fin de vie et qui en effet va mourir. Il lui faut des soins de confort pour que tranquillement il puisse partir et je n'ai pas l'impression qu'ils soient très bien formés pour ça. Et qu'en fait on nous appelle nous un peu catastrophés en voulant qu'on prenne en charge le patient ou la patiente pour qu'on l'amène à l'hôpital. Et pour moi ce n'est pas la vision personnelle que j'aie. Une EHPAD c'est quand même pour des gens dépendants et être le mieux possible sur leur fin de vie.*

E18 – IDEC2 : *Donc effectivement si la famille nous dit il faut l'envoyer à l'hôpital ben on envoie à l'hôpital en sachant que... Parce que pour beaucoup l'hôpital c'est encore l'endroit où on va sauver hein... Mais à un moment, on peut plus sauver.*

8.3. Des solutions ? Intervention des réseaux en EHPAD

E16 – MC3 : *quand on s'étoffe, quand on étoffe la prise en charge par l'intervention d'un réseau de soins palliatifs, on met complètement la structure et la personne à l'abri de ces situations complètement burlesques où l'urgentiste se retrouve avec quelqu'un qui est en soins palliatifs et il ne sait pas du tout. [...] comment ça peut se passer quoi.*

E15 – MC2 : *en sachant que nous avons le Réseau Arc En Ciel [réseau de soins palliatifs] avec qui on travaille très bien et qui a une astreinte téléphonique 24/24, avec au bout un médecin.*

V. SYNTHÈSE DES RESULTATS

Les principales situations d'urgence nécessitant un transfert de l'EHPAD vers le SAU sont :

- Pathologies traumatiques (fractures, plaies)
- Pathologies cardio-respiratoires (pneumopathie hypoxémiante, œdème aigu du poumon, fausse-route)
- Syndrome douloureux abdominal

Les modalités de décision de transfert sont hétérogènes. En pratique :

- Le médecin coordonnateur est joint s'il est là (heures ouvrables et présence en moyenne deux jours par semaine).
- Le médecin traitant peut être consulté, mais peut rarement se déplacer. Il peut cependant décider d'un transfert par téléphone.
- Il existe un certain nombre de situations mal codifiées, amenant l'IDE à décider elle-même, soit d'un transfert direct par ambulance, soit en faisant appel au centre 15.
- La nuit et le week-end, l'absence d'équipe infirmière dans la quasi-totalité des établissements, amène le personnel à prendre ces décisions.

Le coup de fil d'annonce d'arrivée du patient peut être effectué, en pratique : soit par le médecin coordonnateur, soit par l'infirmière coordinatrice. Il est globalement apprécié par les urgentistes. Les avis sont partagés quant à son utilité, tant au niveau des EHPAD que des urgentistes.

Le Dossier de Liaison d'Urgence (DLU) est considéré comme une obligation légale par les EHPAD. Il reste méconnu en tant que tel de la plupart des urgentistes et des médecins traitants, lié en partie à son manque de standardisation.

Il est le plus souvent joint, à l'exception de transferts nocturnes. Son absence est perçue comme un obstacle majeur de prise en charge par les urgentistes.

Le DLU, quasiment toujours informatisé, est rempli initialement par le médecin coordonnateur et doit être mis à jour par le médecin traitant. Cependant, certains médecins restent réfractaires à l'outil informatique (manque de formation, manque de temps).

Urgentistes et personnel d'EHPAD s'accordent sur le fait que les conditions d'accueil aux urgences ne sont pas optimales et adaptées au sujet âgé, avec des délais de passage prolongés, le plus souvent passés sur des brancards.

La spécificité de la prise en charge de la personne âgée aux urgences est discutée entre urgentistes, même si tous s'accordent à dire que l'interrogatoire est rendu difficile par les troubles cognitifs souvent présents.

La méconnaissance globale des urgentistes quant aux effectifs médicaux et paramédicaux en EHPAD (ainsi que la difficulté à joindre un médecin) complique considérablement la décision d'un retour en structure, notamment la nuit ou le week-end.

Cette difficulté est moins ressentie par les urgentistes qui ont une activité de SMUR, du fait de leurs interventions occasionnelles au sein des EHPAD.

Un courrier récapitulatif, considéré comme informatif bien que parfois succinct, accompagne quasiment toujours le résident lors de son retour en structure.

Un point de vigilance est à apporter sur les ordonnances de sortie, qui elles parfois font défaut et qui posent des problèmes de continuité de soins.

Plusieurs intervenants d'EHPAD rapportent des propos prétendument tenus par les urgentistes aux familles des résidents, qui pourraient révéler une méconnaissance et peut-être une vision négative de l'EHPAD. Les urgentistes reconnaissent par ailleurs des difficultés de communication avec les familles, par manque de temps.

Les propositions d'amélioration s'organisent autour de 3 axes :

- Le premier au sein même du service des urgences, en prenant en compte d'une part le tri à l'IAO et d'autre part une collaboration étroite avec le service de gériatrie de l'hôpital (présence d'un gériatre-urgentiste ou appel à l'équipe mobile de gériatrie)
- Le second concerne les alternatives au passage aux urgences : admission directe dans les unités d'hospitalisation, accès direct à la radio...
- Le dernier s'organise autour du partage de l'information avec proposition de mise en place d'un dossier informatique partagé, la rencontre des équipes et le travail avec la filière gériatrique.

Enfin, la problématique des lits d'aval semble au premier plan, quel que soit l'interlocuteur.

La situation de fin de vie est ressentie comme un problème important tant au sein des EHPAD que des services d'urgences.

- Les intervenants en EHPAD relatent une difficulté à évoquer et obtenir les directives anticipées avec le résident et sa famille. Ceci peut parfois conduire à des situations mal codifiées de détresse, et où le patient est transféré en

urgence aux urgences, faute de mieux. Les réseaux de soins palliatifs, lorsque consultés en amont, peuvent apporter une aide parfois précieuse.

- Les urgentistes rapportent quant à eux leur incompréhension face à certaines situations et leur sentiment d'impuissance.

Nous avons choisi d'insérer en annexe de ce travail un entretien qui nous paraît significatif d'urgentiste et un entretien-type d'intervenant en EHPAD (Annexes 7 et 8).

VI. DISCUSSION

1. En préambule : un travail collaboratif

Ce travail est issu de la collaboration de deux enquêteurs aux profils différents :

- Nathalie Dumont, qui réalise ce travail dans le cadre de sa thèse de Médecine Générale, est urgentiste déjà titulaire de son DESC.
- Adrien Kerkache, praticien hospitalier contractuel en court séjour gériatrique à Aulnay-sous-Bois contribue à ce travail pour son mémoire de capacité de gériatrie.

Cette collaboration a pour but la confrontation de deux visions différentes portées ici par deux spécialistes dans le cadre de la finalisation de leur formation médicale.

Cette confrontation est motivée par l'espoir qu'elle puisse enrichir la discussion, intervenants en EHPAD et urgentistes vivant parfois dans deux « réalités » différentes.

A titre personnel, les échanges entre les enquêteurs et la lecture de tous les entretiens (personnel d'EHPAD et urgentistes) ont été perçus comme extrêmement enrichissants.

Rédiger cette étude comme travail commun et non comme somme de deux travaux séparés permet de mettre sur le même plan des expériences médicales différentes et non de les cliver.

Néanmoins, certains aspects très spécifiques à chaque spécialité, même si relatés à la problématique ici posée, ont pu ne pas être cités ou explorés du fait du caractère « commun » de ce travail.

2. Les limites de l'étude

2.1. Validité intrinsèque

2.1.1. Constitution de l'échantillon

L'effectif de l'étude est faible, et présente une hétérogénéité sur sa constitution entre intervenants d'EHPAD et intervenants au Service d'Accueil des Urgences :

- Les intervenants en EHPAD sont constitués de médecins coordonnateurs, d'infirmières coordinatrices et de médecins traitants.
- Les intervenants aux urgences sont constitués exclusivement de médecins urgentistes.

Cette différence de diversité dans la constitution de l'échantillon peut entraîner un déséquilibre dans l'étendue des sujets abordés dans les propos rapportés, en défaveur des urgentistes.

Les EHPAD ayant été contactés par nos soins sont ceux appartenant à la filière gériatrique d'Aulnay-Sous-Bois et qui adressent le plus de patients au service d'accueil des urgences. Des EHPAD « moins visibles » n'ont pas été inclus dans cette enquête et leur application du DLU est peut-être différente de ceux qui l'ont été.

La saturation des données semble atteinte, tant au niveau des entretiens des urgentistes que de ceux en EHPAD. Néanmoins, il aurait été de notre souhait d'en réaliser plusieurs autres, mais nous avons été limités par un facteur temps et un facteur logistique.

2.1.2. Biais de l'étude

Plusieurs biais sont identifiés :

- Biais déclaratif : présent dans toutes les études qualitatives, il découle du discours de l'enquêté, de comment il est perçu par l'enquêteur et des aléas de la communication au sens large. De plus, le manque d'expérience des enquêteurs peut également jouer un rôle, malgré nos tentatives de limiter ce biais par une transcription des entretiens de type Verbatim, mot à mot.
- Biais de désirabilité : les enquêteurs étant identifiés comme des « confrères » des enquêtés, ces derniers ont pu modifier (de façon consciente ou non) leurs réponses pour plaire, ou en tous cas ne pas déplaire ou être mal perçus.
- Biais de mémorisation : les enquêtés ont pu donner leurs réponses, en fonction des souvenirs qu'ils ont gardé des dernières prises en charge considérées comme marquantes. A ce titre, ces dernières peuvent ne pas être semblables ou représentatives de l'ensemble des prises en charge effectuées.

2.2. Validité extrinsèque

Quant à la généralisation des résultats, la prétention de la recherche qualitative à passer du singulier à l'universel est encore en discussion.

Néanmoins, en comparant nos résultats vis-à-vis de la note méthodologique et de recherche documentaire de l'HAS (juin 2015), nous constatons que certains de nos résultats sont superposables :

- Le manque d'information est perçu comme un obstacle majeur à la prise en charge.
- Le transfert d'un résident vers le service d'accueil des urgences est vécu comme un évènement porteur de stress, tant du point de vue du personnel soignant d'EHPAD (sans médecin à proximité) que des urgentistes.

- L'importance d'un travail concerté et avec des référents identifiés sur des documents standardisés.

Quelques éléments diffèrent notamment, comme par exemple :

- Le « coup de fil » à l'urgentiste est perçu comme un élément important et déterminant de la prise en charge, au même titre que le DLU.
- L'importance du dossier médical partagé, perçu comme une évolution prometteuse, alors qu'il n'est mentionné que quelques fois dans les entretiens avec les urgentistes et pas du tout du côté des intervenants en EHPAD.

Ce dernier document de l'HAS met également en lumière une application très hétérogène du DLU dans les différentes EHPAD de France : 6% en Basse-Normandie, 59 % en Picardie, et 48% en Ile-de-France. L'Ile-de-France ne se place donc pas dans un « extrême ». Malgré cela, il semble discutable de généraliser les résultats de ce travail de faible effectif à une plus grande échelle. En forçant le trait, pourrait-on même dire que des résultats obtenus en Seine-Saint-Denis sont comparables à ceux du reste de l'Ile-de-France ?

Nous n'avons intégré aucun pourcentage dans notre analyse des résultats mais uniquement des termes comme « souvent », « rarement » ; ils ne sont indiqués ici que pour exprimer une tendance retrouvée qui pourrait se dégager.

3. Propositions d'amélioration et points d'ouverture

Plusieurs volets de solutions ont été abordés au cours des entretiens afin d'améliorer la prise en charge de la personne âgée institutionnalisée, et nous avons choisi d'en présenter les éléments qui nous ont paru prépondérants, de par leur fréquence d'évocation au cours des interviews et/ou de par leur fort impact dans la littérature et les recommandations.

3.1. Le dossier médical personnel (DMP)

Le dossier médical personnel (DMP) est un projet public lancé par le Ministère français de la Santé (*loi n° 2004-810 du 13 août 2014 relative à l'assurance maladie*). Il vise à ce que chaque Français dispose d'un dossier médical informatisé accessible aux professionnels en charge de la santé du patient et complété par eux.

Malgré la très relative utilisation de ce dossier à ce jour (au 2 janvier 2014, seuls 418 011 dossiers avaient été ouverts), les urgentistes sont demandeurs de ce type d'outil, qui viendrait pallier en partie aux difficultés de recueil d'informations en situation d'urgence, notamment auprès de la personne âgée.

Au niveau des EHPAD, le dossier médical partagé reste un point essentiel des pistes retenues par l'HAS. On peut déjà envisager une utilisation immédiate du DMP en EHPAD, puisqu'il permettrait le portage du DLU en son sein, et donc l'accessibilité immédiate des données au médecin régulateur du Centre 15 et aux urgentistes (sous réserve que les logiciels métiers des urgences soient compatibles avec le DMP ou que l'accès direct se fasse via un site Web dédié et sécurisé).

Un tel partage de dossier médical permettrait à terme un gain de temps pour les urgentistes – et donc un temps de passage aux urgences réduit pour les patients – ainsi qu'une amélioration de la qualité des soins pour le patient à chaque étape (coordonner les soins en EHPAD, éviter les redondances d'examen et prescriptions...).

3.2. Développement d'une approche systématisée des soins et filières

3.2.1. Le projet pilote PAERPA 2013

En 2013, une expérimentation ayant pour but d'accroître la pertinence et la qualité des soins aux personnes âgées en risque de perte d'autonomie et aux résidents en EHPAD a été mise en place en France : les projets pilotes PAERPA 2013, dont un dans le nord parisien (*Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, janvier 2013*). Ses objectifs sont de réduire le nombre d'hospitalisations complètes, de limiter leur durée aux stricts besoins sanitaires et de réduire le passage des personnes âgées aux urgences.

Il s'appuie sur quatre documents en terme d'outils de coordination, dont le dossier de liaison d'urgence (DLU) pour la transition de l'EHPAD vers les services d'urgences, dont le rôle majeur en terme d'amélioration de la communication est largement reconnu.

Le cahier des charges de ces projets pilotes comprend notamment une demande de mise en place d'un nouveau DLU servant notamment en cas d'hospitalisation du résident en urgence, formalisée par le médecin coordonnateur.

Il comporte également la mise en place de formations pour les professionnels visant à leur apprendre à structurer les synthèses médicales des sujets âgés dans une logique de parcours, et « leur permettre de se connaître et de faire tomber les frontières culturelles [...] entre les acteurs du social, du médico-social, de la ville et de l'hôpital » (*Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, janvier 2013*).

Ainsi, augmenter le nombre de rencontres au sein des filières actuellement en place et proposer des formations adaptées permettrait de répondre aux attentes des

professionnels en charge du sujet âgé institutionnalisé et d'améliorer la prise en charge de celui-ci.

Egalement, et compte tenu de la mise en place très variable du DLU selon les départements, une des pistes d'amélioration serait de mieux communiquer autour du DLU et de proposer des formations en EHPAD afin d'assurer son meilleur déploiement.

3.2.2. Impact d'une approche systématisée de la transition des soins

L'intervention INTERACT II (Interventions to Reduce Acute Care Transfers) est une intervention pour réduire les transferts en unité de soins aigus. Elle a été expérimentée dans 25 EHPAD aux Etats-Unis et a utilisé un certain nombre d'outils dont un formulaire de transfert standardisé, une *check-list* de documents à transférer, un document de retour des urgences et des outils d'aide à la gestion des urgences en EHPAD (Ouslander, 2011).

Elle avait notamment pour but de :

- donner un cadre structuré pour faciliter la communication entre l'équipe des EHPAD et les médecins hospitaliers ;
- repérer, évaluer et agir pour éviter l'aggravation d'une situation conduisant à une hospitalisation, à destination des aides-soignantes et infirmières (exemples : déshydratation, poussée d'insuffisance cardiaque) ;
- agir en EHPAD quand le résident ne répond pas à des critères spécifiques d'hospitalisation (exemples : infections respiratoire et urinaire, fièvre) ;

Pour cela, une personne référente (« leader ») au sein des EHPAD, reconnue par les équipes, a eu pour fonction de former et encourager à l'utilisation des outils

INTERACT II et de mettre en place une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Ces mesures ont permis une réduction relative du nombre d'hospitalisations de 0,64 hospitalisation pour 1000 jours-résident.

Une des pistes d'amélioration, soulevée au cours des entretiens dans ce travail, serait donc de mieux identifier les personnes référentes et de standardiser la démarche de soins au sein des EHPAD.

On peut nommer des référents, médecins ou infirmiers, sur les deux sites (EHPAD et SAU), qui devront se rencontrer régulièrement, et assurer la formation et la motivation des équipes dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des transferts.

3.3. La problématique de fin de vie

La question de la fin de vie aux urgences a été soulevée à de nombreuses reprises dans notre enquête.

A côté des pathologies aiguës, on assiste à l'arrivée inopinée aux urgences, dans un contexte qui ne s'y prête pas, de patients dont la fin de vie était prévisible (*Tardy, 2002*).

La responsabilité éthique de ce type de situation s'étend à tous les acteurs de l'amont et de l'aval des urgences, dans une chaîne « éthique » décisionnelle.

INTERACT II a permis de développer au sein des EHPAD les ordonnances anticipées et les plans de soins palliatifs comme alternative à l'hospitalisation des résidents en fin de vie.

Une formation des soignants en EHPAD autour du recueil des directives anticipées (jugé comme difficile en dehors de toute urgence), la mise en place de prescriptions anticipées et le recours aux réseaux palliatifs existants pourraient éviter des fins de vie aux urgences, dans des conditions pas toujours très dignes.

VII. CONCLUSION

Le poids démographique des seniors, dont un certain nombre réside en EHPAD, s'accroît en France et a déjà commencé à influencer l'activité du système de soins, sans épargner les urgences.

Les besoins propres aux patients âgés nécessitent de se doter de dispositifs spécifiques de collaboration entre praticiens, qui permettront d'amortir en partie au moins ces effets tout en continuant à proposer une prise en charge adaptée à ces patients.

Au travers d'une étude qualitative auprès de médecins urgentistes et de personnel soignant intervenant en EHPAD au sein de la filière gériatrique d'Aulnay-sous-Bois, nous avons pu confirmer la place prépondérante d'une bonne information (connaissance des antécédents, traitement en cours, niveau de dépendance...) dans l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées.

Le développement du dossier de liaison d'urgence (DLU) et sa standardisation dans les EHPAD, idéalement dans le cadre du dossier médical partagé, devrait permettre de répondre en partie à cet impératif, associé à une approche systématisée de la transition des soins, en donnant un cadre structuré facilitant la communication entre EHPAD et services d'urgence. Se pose toutefois la question de son actualisation.

De même, au retour en EHPAD, la généralisation d'un court document de retour standardisé à visée informative pour la structure d'accueil est souhaitable.

Personnel d'EHPAD comme urgentistes s'accordent à dire qu'une prise de décision en amont de l'envoi aux urgences, dès que possible, avec une redéfinition des

responsabilités de chacun notamment sur les situations de fin de vie, est souhaitable et pourrait éviter certains passages inutiles et délétères au sujet âgé. Notamment, une meilleure formation sur le recueil des directives anticipées et un recours plus systématique aux réseaux appropriés est recommandé.

Il apparaît également qu'une meilleure connaissance par les urgentistes de l'organisation des EHPAD du secteur et de leur offre de soins, permettrait de réduire la durée de passage aux urgences ou une prise de décision plus adaptée au SAU.

L'extension des filières gériatriques, de plus amples rencontres entre soignants en EHPAD et urgentistes et une poursuite de la collaboration déjà entamée devrait permettre d'améliorer à terme la qualité des soins pour le patient âgé.

BIBLIOGRAPHIE

- Aubin-Auger I. et al. « Introduction à la recherche qualitative » Exercer 2008 ; 84 : p. 142-5.
- Bachir M. « Les Méthodes au concret : Démarches, formes de l'expérience et terrains d'investigation en science politique » Paris : Presses Universitaires de France, 2000. 326 p.
- Blanpain N., Chardon O., « Projections de population 2007-2060 pour la France métropolitaine », Insee Première, n° 1320, octobre 2010 ; p. 3
- Brunel C., « La population de la France métropolitaine en 2050 : un vieillissement inéluctable », revue Economie et statistique, n° 355-356, 2002 ; pp. 62-65
- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Les soins en EHPAD en 2012 : le financement de la médicalisation et le bilan des coupes PATHOS. Paris: CNSA; 2013.
- Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA. Paris: ministère des Affaires Sociales et de la Santé; 2013.
- Courtial E., « Vieillir partout en sécurité, l'affaire de tous », Rapport confié par M. François Fillon, Premier ministre, à la demande de M. Brice Hortefeux, Ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales sur les besoins de sécurité liés au vieillissement de la population, mai 2010 ; p. 8
- Direction de l'Information légale et administrative. Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. [En ligne] Mis à jour le 19 mars 2014. <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F763.xhtml> (Consulté le 7 juillet 2015)

- Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). « Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation ». Rapport publié le 4 août 2014.
- Drieux S. Projections de population dépendante à l'horizon 2030 en Ile-de-France, INSEE, Ile-de-France à la page, n°377, décembre 2011 ; p. 3
- Euréval. « Réaliser un entretien semi-directif » Fiche technique, 2010.
- Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Annexes accompagnant la note « Vieillesse, longévité et assurance maladie ». Paris: HCAAM; 2010.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandations professionnelles. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Avril 2007.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Dossier de Liaison d'Urgence (DLU). [En ligne]. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2049090/fr/dossier-de-liaison-d-urgence-dlu (consulté le 30 juin 2015)
- Haute Autorité de Santé (HAS). Note méthodologique et de synthèse documentaire. « DLU : dossier de liaison d'urgence ». Juin 2015.
- Inspection générale des affaires sociales, Fouquet A, Tregoat JJ, Sitruk P. L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge. Rapport de synthèse. Paris: IGAS; 2011.
- Laplanche D. et al. Gériatrie et Urgences : Peut-on Optimiser la filière ? Urgence Pratique 2005 ; 75 : 33-6.
- Letrillart L. et al. « Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative ». Exercer 2009 ; 87 : 74-9 et Exercer 2009 ; 88 : 106-12
- Malerba G. SFMU. Les passages itératifs des personnes âgées aux urgences. Gérontologie, 2009. p. 1012.
- Ministère de l'Intérieur de l'Outre-mer et des Collectivités territoriales, Ministère du Travail des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité,

Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative.

Circulaire interministérielle

N°DGS/DHOS/DGAS/DDSC/DGT/DUS/UAR/2008/156 du 13 mai 2008

relative aux nouvelles dispositions contenues dans la version 2008 du plan national canicule et précisant les actions à mettre en œuvre au niveau local pour détecter, prévenir et lutter contre les conséquences sanitaires d'une canicule. Paris: DGS; 2008.

- Ministère de la Justice, Ministère du Travail et des Affaires Sociales, Ministère de l'Economie et des Finances, Ministère de la Fonction Publique, de la réforme de l'Etat et de la décentralisation, Ministère du budget et Secrétariat d'Etat à la Santé et à la Sécurité Sociale. Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.
- Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Comité Scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS. Rapport du 2 août 2012. p. 7
- Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Secrétariat d'Etat aux personnes âgées. Décret n° 2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, JORF n°123 du 28 mai 2005.
- Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique. Circulaire DGCS/SD3A no 2010-93 du 2 avril 2010 relative à l'application du plan canicule 2010.
- Ouslander JG, *et al.* Interventions to reduce hospitalizations from nursing homes: evaluation of the INTERACT II collaborative quality improvement project. *J Am Geriatr Soc* 2011;59(4):745-53
- Pearson KB, Coburn AF, Flex Monitoring Team. Emergency transfers of the elderly from nursing facilities to critical access hospitals: opportunities for improving patient safety and quality. Policy brief #32 [En ligne] 2013.


- Salembier L. Projections de population dépendante à l'horizon 2020 en Ile-de-France, INSEE Regards sur..., octobre 2009 ; p. 7
- Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) (10^{ème} conférence de consensus, 5 décembre 2003, Strasbourg). Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences.
- Tardy B, et al. Death of terminally ill patients on a stretcher in the emergency department : A French specialty? Intensive care med 2002;28:1625-8
- Terrell KM, Miller DK. Challenges in transitional care between nursing homes and emergency departments. J Am Med Dir Assoc 2006;7(8):499-505
- Terrell KM, Miller DK. Critical review of transitional care between nursing homes and emergency departments. Ann Long Term Care 2007;15(2):33-8.
- Terrell KM, Miller DK. Strategies to improve care transitions between nursing homes and emergency departments. J Am Med Dir Assoc 2011;12(8):602-5
- Touboul P., Séminaire de thèse 2011, CNGE –Collège de médecine générale de Nice.
- Van Royen P. « Cours d'introduction à la recherche qualitative ». Institut médecine tropicale de Bruxelles, décembre 2007.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Les 13 missions du médecin coordonnateur en EHPAD (Code de l'Action Sociale et des Familles, septembre 2011)


- ❖ **Élabore** [...] le **projet général de soins**, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en œuvre ;
- ❖ Donne un **avis sur les admissions** des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution ;
- ❖ **Préside la commission de coordination gériatrique** [...]. Informe le représentant légal de l'établissement des difficultés dont il a connaissance, liées au dispositif de permanence des soins prévu ;
- ❖ **Évalue et valide l'état de dépendance** des résidents et leurs besoins en soins requis à l'aide du référentiel [...];
- ❖ Veille à l'**application des bonnes pratiques gériatriques** [...], formule toute recommandation utile [...] et contribue à l'évaluation de la qualité des soins ;
- ❖ Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la **bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions** [...]. Il élabore une liste des médicaments à utiliser préférentiellement [...];
- ❖ Contribue à la mise en œuvre d'une **politique de formation** et participe aux **actions d'information** des professionnels de santé exerçant dans l'établissement ;
- ❖ Élabore un **dossier type de soins** ;
- ❖ Établit [...] un **rapport annuel d'activité médicale** [...qui] retrace notamment les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents [...];
- ❖ Donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des **conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé** au titre de la continuité des soins [...];
- ❖ Collabore à la mise en œuvre de **réseaux gérontologiques coordonnés** [...];
- ❖ **Identifie les risques éventuels pour la santé publique** dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques ;
- ❖ Réalise des **prescriptions médicales** pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux [...]. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.

ANNEXE 2 : Le document de liaison d'urgence



HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Document de liaison d'urgence



Anesm
Agence nationale de l'évaluation
de la qualité des établissements
de soins et de l'ARS

Date de dernière mise à jour :

Résident
Nom d'usage, prénom
Nom de naissance Date de naissance :

Ehpad (nom, adresse, tél., fax, e-mail)

Contact 24 h/24 h en Ehpad
Tél. :

Référent de l'entourage
Nom, prénom :
Lien de parenté :
Tél. :

Protection juridique
 Tutelle Curatelle Sauvegarde
 Nom du mandataire judiciaire :
 Tél. :

Médecin traitant (nom, tél., e-mail, adresse)

Établissement de santé de préférence⁽¹⁾ (nom, tél., adresse)

Pathologies en cours/antécédents personnels/allergies

Soins palliatifs

En soins palliatifs⁽²⁾
 Directives anticipées
 Personne de confiance
 Nom, tél. :
 Lien de parenté :

État psychique

Peut alerter Orienté Désorienté
 Agité Opposant Risque suicidaire
Handicaps / Déficiences
 Visuel Auditif Langage

<p>Gestion des risques</p> <p><input type="checkbox"/> BMR⁽³⁾</p> <p>..... Mois/année</p> <p><input type="checkbox"/> Vaccin tétanos</p> <p><input type="checkbox"/> Vaccin grippe</p> <p><input type="checkbox"/> Vaccin pneumocoque</p>	<p>Déplacement/transferts :</p> <p><input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Déambulation <input type="checkbox"/> Fugue <input type="checkbox"/> Contention</p> <p>Autres :</p> <p><input type="checkbox"/> Risque d'escarre</p> <p><input type="checkbox"/> Risque de fausses routes</p>
---	--

1) Établissement de soins de préférence : pour le patient ou sa famille en cas d'hospitalisation non programmée
 2) « En soins palliatifs » : les soins palliatifs sont à privilégier selon l'avis du médecin traitant et inscrits dans le dossier médical
 3) BMR : portage par le patient d'une bactérie multirésistante

Jun 2015

Commentaires

CHECK-LIST des documents annexés au DLU

- Attestation de la carte Vitale
- Attestation de mutuelle
- Photocopie de la carte d'identité
- Grille AGGIR (la plus récente)
- Photocopie des directives anticipées
- Photocopies des ordonnances en cours
- Tableau d'administration des médicaments
- Résultats récents de biologie (1 à 3 mois) avec clairance de la créatinine et INR (si AVK)
- Compte rendu de la dernière hospitalisation

(Au besoin)

- Fiche BMR (bactérie multirésistante)
- Fiche ou carnet de suivi des soins (glycémie, pansements, perfusion, ventilation, nutrition, etc.)
- Carnet de suivi du pacemaker ou du défibrillateur implantable
- Carte de groupe sanguin (si à jour)

- Liste des capacités en soins⁴⁾ de l'Ehpad

4) Capacité en soins de l'Ehpad : ressources médicales et soignantes, injections et perfusion IV, nutrition entérale, oxygénothérapie, soins palliatifs, autres soins techniques, PUI, protocoles de soins, etc.

ANNEXE 3 : Guide d'entretien des urgentistes

Présentation à l'enquêté

Thème général : dans le cadre d'un travail conjoint d'un mémoire de capacité de gériatrie et d'une thèse de médecine générale, étude qualitative à propos de la prise en charge des patients d'EHPAD adressés au Service d'accueil des urgences.

Objectif : améliorer la prise en charge aux urgences de la personne âgée institutionnalisée

Pourquoi cet interviewé : parce que l'interlocuteur travaille conjointement avec le court séjour gériatrique et les EHPAD du secteur de Robert Ballanger à Aulnay sous Bois.

Durée : 20 à 30 minutes

Enquêteur : Nathalie DUMONT, médecin urgentiste, dans le cadre de sa thèse d'exercice de médecine générale.

« L'entretien sera enregistré, si vous acceptez bien sûr, mais il reste parfaitement confidentiel. Vos coordonnées ne seront pas enregistrées. Il restera complètement anonyme. »

Thèmes qui vont être abordés

1) Identification de l'interviewé : Pour débiter, et afin d'établir des statistiques tout en vous garantissant l'anonymat, j'aimerais vous poser quelques questions sur votre parcours aux urgences :

- Qualification : **Vous êtes médecin urgentiste. Etes-vous médecin généraliste ? Titulaire du DESC ou de la CAMU ?**
- Ancienneté : **depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'urgentiste ? Et au sein de CHIRB ?**
- **Puis-je vous demander votre âge ?**

2) Représentation des personnes âgées (PA) dans la patientèle des urgences :

- **avez-vous une idée du pourcentage de PA (>75 ans) qui consulte au sein de vos urgences ?**
- **parmi elles, combien sont institutionnalisées dans les EHPAD de votre secteur ?**

3) Critères de qualité d'une bonne prise en charge d'une PA au SAU :

Quels sont d'après vous les critères de qualité d'une bonne prise en charge d'une PA (institutionnalisée ou non) au SAU ?

On attend, avec des phrases de relance éventuelles, des réponses sur : (autre « bon diagnostic, bonne thérapeutique... »)

- le temps de passage au SAU
- l'optimisation du retour en EHPAD
- éviter la iatrogénie

4) Dossier de liaison d'urgence :

De quels éléments ou supports (documents) pensez-vous devoir disposer au SAU lors du transfert d'une PA depuis son EHPAD pour optimiser sa prise en charge ?

On attend notamment que le Dossier de Liaison d'Urgence (DLU) soit cité, ainsi que des éléments à son propos.

On s'attend aussi à ce que l'on nous cite le courrier du médecin (traitant, d'EHPAD) ou de l'IDE, ou un coup de téléphone annonçant le transfert...

Sinon, aider par des phrases de relance : « **vous avez cité le DLU. Pouvez-vous m'en dire un peu plus à son sujet ?** »

- **connaissez-vous l'existence du DLU ?**
- **qu'en pensez-vous ?**
- **quels sont selon vous ses avantages et inconvénients ?**
- **quelles sont les informations y figurant, ou devant y figurer, qui vous semblent indispensables (pour une bonne PEC au SAU) ?**
- **en pratique : est-il toujours joint au dossier ?**
- **le trouvez-vous suffisamment rempli ou à jour ?**
- **pensez-vous qu'il faille y joindre d'autres éléments ou avez-vous une alternative à proposer ?**

5) Difficultés de PEC d'une PA au SAU :

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez en recevant une PA institutionnalisée au SAU ?

On attend des réponses sur :

- problème de gestion de flux (PA plus longue à prendre en charge : difficulté de communication pour l'interrogatoire – démence/DTS, hypoacousie... - dépendance, déshabillage... rendant la charge de travail paramédicale plus lourde...)
- problème de places (hospitalisation en médecine...)
- ...

6) Facteurs d'amélioration :

Quels sont les facteurs sur lesquels vous pensez qu'il faille agir pour améliorer/optimiser cette PEC ?

On attend des réponses sur :

- correction des facteurs sensoriels (replacer la PA dans la temporalité et l'espace) : prothèses visuelles et auditives, montre...
- améliorer le retour en EHPAD suivant une bonne connaissance de l'organisation (médicalisation) de celle-ci (*on pourra faire une phrase de relance vers ça ou faire la transition avec le point suivant*)
- ...

Transition avec :

7) Connaissance des EHPAD :

Connaissez-vous l'organisation des EHPAD de votre secteur ?

- La connaissance de celle-ci (en journée comme de nuit ou le WE) vous aiderait-elle à mieux prendre en charge leurs résidents consultant aux urgences ?

8) Communication entre urgentistes et EHPAD :

Comment communiquez-vous (en amont et en aval) avec les professionnels de santé en EHPAD ?

On attend :

- lien téléphonique
- DLU (si non évoqué plus haut)
- Compte-rendu des urgences (CRU)

Comment qualifieriez-vous cette communication (qualité) ? Comment l'améliorer ? (question ouverte)

Clôture de l'entretien :
Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Remerciements : je vous remercie de votre temps, je vous communiquerai les retombées de ce travail.

ANNEXE 4 : Guide d'entretien des EHPAD

Présentation à l'enquêté

Thème général : dans le cadre d'un travail conjoint d'un mémoire de capacité de gériatrie et d'une thèse de médecine générale, étude à propos de la prise en charge des patients d'EHPAD adressés au Service d'accueil des urgences.

Objectif : améliorer la prise en charge aux urgences de la personne âgée institutionnalisée

Pourquoi cet interviewé : parce que l'interlocuteur travaille conjointement avec le court séjour gériatrique et le Service d'Accueil des Urgences de Robert Ballanger à Aulnay sous Bois.

Durée : 20 à 30 minutes

Enquêteur : Adrien Kerkache, praticien hospitalier contractuel, dans le cadre de la finalisation de la capacité de gériatrie.

« L'entretien sera enregistré, si vous acceptez bien sûr, mais il reste parfaitement confidentiel. Vos coordonnées ne seront pas enregistrées. Il restera complètement anonyme. »

Thèmes qui vont être abordés

Identification de l'interviewé : parlez-moi de votre parcours et de votre expérience de la gériatrie.

Identification de la structure : parlez-moi de la structure au sein de laquelle vous intervenez. (on attend comme informations, avec phrases de relance éventuelles : ancienneté de l'EHPAD, hôpitaux référents, nombre de lits, niveaux de dépendance, présence d'une unité protégée, présence médicale et paramédicale jour et nuit, week end et semaine)

Exemples de transfert : Parlez-moi des transferts vers le service des urgences référents de plusieurs patients de votre structure. (on attend, avec phrases de relance éventuelles : types de pathologies adressées, moment de la journée/nuit semaine, devenir des patients : retour en EHPAD ou pas)

Quels sont les supports qui accompagnent le patient lors d'un transfert : on attend, avec phrases de relances éventuelles, un moyen de transition vers le dossier de liaison d'urgence.

Dossier de liaison d'urgence : connaissez-vous son existence ? qu'en pensez-vous ? Quels en sont selon vous ses avantages ? Ses inconvénients ? Qui le remplit ? Comment ? Y a-t-il une réévaluation périodique ? Comment peut-on l'améliorer ? Peut-on envisager des alternatives ? Selon vous, quelles sont les attentes des urgentistes qui reçoivent un patient d'EHPAD ? Quels sont selon vous les critères de qualité de prise en charge aux urgences ?

Communication entre urgentistes et EHPAD : comment qualifieriez-vous la communication entre urgentistes et votre structure ? Quid de la communication en amont (annonce de l'arrivée) et en aval ? (lors du retour) Relance si nécessaire sur le compte rendu de passage aux urgences, et sur les modifications de traitement.

Comment, selon vous, améliorer les choses ? : question ouverte

Clôture de l'entretien :

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Remerciements : je vous remercie de votre temps, je vous ferai parvenir une copie de ce travail.

ANNEXE 5 : Tableau récapitulatif des caractéristiques de la population (enquêtés)

	Age (en années)	Sexe	Qualification	Formation initiale	Formation complémentaire	Mode d'exercice	Années d'expérience
E01	43	H	MU	MG	CAMU	Urgences	12
E02	53	F	MU	MG	CAMU	Urgences/SMUR	25
E03	55	H	MU	MG	CAMU Capa Gériatrie	Urgences	27
E04	37	F	MU	MG	CAMU	Urgences/USC	8
E05	29	F	MU	MG	DESC	Urgences/USC	1
E06	34	H	MU	MG	DESC	Urgences	4
E07	56	H	MU	MG	CAMU	Urgences/SMUR	30
E08	44	F	MU	MG	CAMU	Urgences/SMUR	14
E09	34	F	MU	MG	DESC	Urgences/SMUR	5
E11 – MT1	28	F	MT	MG	-	Ville et EHPAD	2
E12 – MT2	--	H	MT	MG	-	Ville et EHPAD	7
E13 – MT3	--	F	MT	MG	Capa Gériatrie	Ville et EHPAD	10
E14 – MC1	57	F	MC	MG	Capa Gériatrie	Ville et EHPAD	29
E15 – MC2	53	F	MC	MG	Capa Gériatrie DIU MC	EHPAD	--
E16 – MC3	52	F	MC	MG	Gériatrie	Ville et EHPAD	23
E17 – IDEC1	34	F	IDEC	IDE	-	EHPAD	8
E18 – IDEC2	-	F	IDEC	IDE	Cadre de santé	EHPAD	-

H : homme
F : femme

MU : médecin urgentiste
MT : médecin traitant (intervenant en EHPAD)
MC : médecin coordonnateur
IDEC : infirmière coordinatrice

MG : médecine générale
DESC MU : Diplôme d'Etudes Complémentaires
Spécialisées de Médecine d'Urgence
CAMU : Capacité de Médecine d'Urgence
Capa Gériatrie : Capacité de gériatrie
DIU : Diplôme Inter-Universitaire

USC : Unité de Soins Continus

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées

ANNEXE 6 : Grille de lecture des entretiens

1. EN EHPAD

1.1. La situation d'urgence

- **Situation en EHPAD**

Quelles situations : motifs de prise en charge (chute, fausses routes)

Qui décide d'adresser aux urgences : médecin coordonnateur

Qui décide d'adresser aux urgences : médecin traitant en EHPAD

.... Mais souvent des équipes d'EHPAD démunies (nuit...)

1.2. Communication en amont

- **Le coup de fil**

Qui le fait en EHPAD

Comment les urgentistes le perçoivent

Difficultés des gens d'EHPAD à avoir quelqu'un

1.3. Le dossier de liaison d'urgence

- **Connaissance par les différents interlocuteurs : hétérogène**

Les urgentistes

Les médecins traitants qui interviennent en EHPAD

Les agents d'EHPAD (IDEC, Med co)

- **Son contenu**

Liste « shopping »

Manque de standardisation

Difficulté à remplir et à réévaluer (peu d'aide des médecins traitants, réfractaires à utiliser l'informatique)

2. AUX URGENCES

2.1. Importance du flux des sujets âgés au SAU

- **Urgentistes : importance du flux**

2.2. Difficultés logistiques

- **Rester sur un brancard**
- **Difficultés propres au sujet âgé : difficulté d'interrogatoire**
- **Difficultés liées au terrain : le sujet âgé est-il à part ?** (il y a des déclarations contradictoires à ce sujet)

2.3. Envisager le retour en EHPAD

- **Méconnaissance du fonctionnement des EHPAD : on renvoie ou pas ?**
- **... Mais des médecins SMURistes qui se déplacent**
- **Nécessité d'attendre l'équipe du matin**

3. RETOUR EN EHPAD

En EHPAD, des documents qui suivent presque toujours

Etat des lieux satisfaisant : même si une exception (entretien n°11)

Problème des ordonnances

Une communication défectueuse au SAU

Avec des familles difficiles à gérer au retour en EHPAD (vision négative des urgentistes ?)

4. PROPOSITIONS D'AMELIORATION

Dossier informatisé partagé

Un beau rêve

.... Mais des problèmes de sécurité

Des alternatives au passage aux urgences

Circuit sans urgence : adresser directement en radio

Programmation des hospitalisations avec les unités des étages : possible le matin, plus difficile l'après-midi.

Ligne téléphonique directement avec un gériatre joignable

Un gériatre aux urgences ?

Gériatre en mi-temps aux urgences

Se rassembler pour discuter

Se rencontrer de façon informelle

Filière gériatrique et COPIL

Formation des urgentistes en EHPAD

Vrai problème : aval des lits

Tant pour les urgentistes

... que pour les médecins traitants qui veulent hospitaliser un patient DE VILLE

5. A PART : LA PROBLEMATIQUE DE LA FIN DE VIE

Des EHPAD bloqués :

Difficile d'aborder le sujet et pression des familles

Problème d'obtention des directives anticipées

Problème de responsabilité, notamment pour les équipes paramédicales, seules quand la détresse arrive

Des urgentistes dans une situation inconfortable

Fin de vie aux urgences ?

LATA : pas toujours précisé

Des solutions ?

Interventions des réseaux en EHPAD

ANNEXE 7 : Un entretien de médecin urgentiste

Bonjour,

« Bonjour »

Dans le cadre d'un travail conjoint d'un mémoire de capacité de gériatrie et d'une thèse de médecine générale, nous procédons à une étude qualitative à propos de la prise en charge des patients d'EHPAD adressés au Service d'Accueil des Urgences, afin d'améliorer la prise en charge aux urgences de la personne âgée institutionnalisée.

Cela prendra 20 minutes en moyenne de votre temps.

L'entretien sera enregistré, si vous le voulez bien, mais il reste parfaitement confidentiel et vos données personnelles et réponses resteront anonymes.

« Oui. »

Pour débiter, et afin d'établir des statistiques tout en vous garantissant l'anonymat, j'aimerais au préalable vous poser quelques questions sur votre parcours aux urgences :

Vous êtes médecin urgentiste ? « Oui »

Etes-vous médecin généraliste ? « Oui »

Titulaire du DESC ou de la CAMU ? « CAMU en 1991 »

Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'urgentiste ? « J'ai commencé au SAMU en 1988 »

Et au sein de cette structure ? « J'exerce au sein du CHIRB depuis 1991. J'ai fait du SMUR de 1989 à 2005, parallèlement j'étais aux urgences en temps qu'attaché puis assistant, et je suis devenu PH en 2000.»

Puis-je vous demander votre âge ? « 55 ans »

Avez-vous une idée du pourcentage de personnes âgées, en l'occurrence de plus de 75 ans, qui consulte au sein de vos urgences ?

« Je pourrai vous donner les chiffres pour 2014 ainsi que pour le premier semestre 2015. J'ai fait un mémoire de Capacité de Gériatrie sur la prise en charge des patients âgés aux urgences sur la période 2009-2011, et je pourrai vous communiquer les chiffres. »

Et parmi elles, savez-vous combien sont institutionnalisées dans les EHPAD de votre secteur ?

« J'avoue que j'ai un peu de mal... Je n'ai pas les chiffres exacts pour ça. On pourrait extraire ces données, mais là comme ça je ne sais pas. Le problème c'est que les EHPAD sont la plupart du temps enregistrées par leur adresse. Il faudrait qu'on arrive à le repérer. »

Quels sont d'après vous les critères de qualité d'une bonne prise en charge d'une personne âgée qui consulte aux urgences, qu'elle soit institutionnalisée ou non ?

« Vaste question... Il y a un aspect très clair :

Premier critère : la formation.

La première qualité, c'est avant tout que le personnel qui prend en charge la personne âgée aux urgences, ait été formé aux problématiques de la prise en charge des personnes âgées aux urgences. La formation, c'est quelque chose de fondamental. Entre les urgentistes qui ont fait un DU ou une capacité de gériatrie et les autres, il y a une vraie différence de prise en charge :

- au niveau thérapeutique, il y a des connaissances à avoir mais la prise en charge n'est pas très différente en urgence. Il faut s'axer sur le pronostic vital et les différentes fonctions.
- Il y a une notion fondamentale, c'est l'aspect social.
- Dernier élément, il faut parfaitement être à l'écoute des familles. Il y a un aspect "écoute de l'entourage" qui est beaucoup plus important chez le sujet âgé pour bien comprendre les problématiques.

Il faut classer les problématiques du sujet âgé en trois catégories : la problématique médicale, la dépendance et l'aspect entourage/vie sociale. »

Deuxième critère : l'équipe mobile de gériatrie, constituée de personnel médical et paramédical et d'une assistante sociale pour aider les urgentistes à prendre en charge les problématiques des sujets âgés.

Il y a eu une discussion sur "Faut-il y avoir ou non des urgences spécialisées en gériatrie ?" Cela a été un grand débat ; aujourd'hui je crois que la réponse est clairement "non", parce qu'il n'y a pas le flux nécessaire de patients âgés pour avoir une prise en charge très ciblée sur les patients âgés, avec un hôpital dont ce serait la spécialité. Par contre, il y a un vrai débat entre urgentistes et gériatres, qui concerne le recours à l'équipe mobile de gériatrie. Comment fait-on le screening ? Sur quels critères faire appel à une équipe mobile ? C'est quelque chose qu'il faut absolument travailler, car les critères de recours à l'équipe mobile ne sont pas clairement définis en médecine d'urgence. Quand on aura beaucoup de patients âgés, il faudra faire le tri. Parmi eux, il n'y aura qu'une faible proportion pour laquelle on aura besoin de recourir à l'équipe mobile. Une autre situation de recours à l'équipe mobile, c'est lorsque l'on juge que l'hospitalisation n'est pas nécessaire mais que l'on a une situation de crise sociale, par exemple. »

De quels éléments ou supports pensez-vous devoir disposer aux urgences lors du transfert d'une personne âgée depuis son EHPAD, afin d'optimiser sa prise en charge ?

« On avait travaillé avec le Copil (*Comité de Pilotage*) de la filière gériatrique pour qu'on ait un document d'échange commun entre toutes les EHPAD et les services d'urgences et de gériatrie. Le Copil a travaillé avec un certain nombre d'EHPAD pour qu'on ait un document de transfert assez standardisé. Parce que ça fait gagner du temps aux urgentistes, très clairement. Le document est toujours organisé de la même façon, donc on sait où trouver les informations plutôt que d'aller à la pêche aux informations dans des dossiers de transfert qui seraient individualisés par établissement. Il y a eu des efforts faits sur le secteur, et l'on a des fiches thérapeutiques, des comptes rendus de prise en charge ultérieures dans l'établissement ou ailleurs, les coordonnées du médecin traitant, le projet de vie et le

projet thérapeutique du patient. C'est assez bien organisé dans certains établissements du secteur.

C'est le Dossier de Liaison d'Urgence. »

Quels sont les avantages et les inconvénients de ce Dossier de Liaison d'Urgence ?

« Les avantages, très clairement, c'est qu'on a les coordonnées des correspondants, le projet de soins, qu'on a un maximum d'informations et que cela nous fait gagner excessivement de temps. Il n'y a pas d'inconvénients. »

En pratique, ce document est-il toujours joint ?

« Dans la grande majorité des cas, oui. C'est très rare les situations où ce n'est pas transmis, ou alors ce sont des établissements qui ne font pas partie de la filière gériatrique de notre secteur. »

Est-il suffisamment rempli ou mis à jour ?

« Ça dépend des établissements. En général on a quand même le maximum d'informations. On a toujours l'ordonnance en cours. »

Avez-vous une alternative à proposer à ce document ?

« On avait travaillé avec la filière gériatrique sur la possibilité d'échange par dossier médical informatique partagé. On en est loin et on a parfois des difficultés à joindre le médecin traitant... Il y a toujours des améliorations possibles, notamment par l'informatisation pour avoir des données en temps réel et des partages de dossier. »

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez en recevant une personne âgée institutionnalisée au SAU ?

« Première difficulté : c'est lié au fonctionnement des EHPAD. Un certain nombre de patients nous sont transférés soit la nuit soit le week-end, parce que durant cette période le médecin coordonnateur ou le médecin traitant ne sont pas joignables. On a souvent une infirmière seule amenée à prendre une décision de transfert devant un patient qui ne va pas bien. On peut donc recevoir des patients en fin de vie, ou pour lesquels on avait décidé d'une abstention thérapeutique et sans l'aval médical pour le transfert. On comprend que l'infirmière seule n'a pas d'autre solution que d'envoyer aux urgences, et donc on se retrouve parfois à faire des soins qui ne sont pas justifiés par l'état du patient. Et ça, c'est un vrai problème. C'est le lendemain, lorsque l'on a le médecin coordonnateur ou médecin traitant au téléphone, que l'on apprend qu'il n'aurait jamais dû être transféré, qu'il est en fin de vie. C'est très courant qu'on ait des transferts de nuit ou de week-end.

Deuxième difficulté : les patients âgés aux urgences sont souvent non communicants ou le fait qu'ils soient grabataires modifie un peu la vision de l'urgentiste, dans leur prise en charge.

Ensuite, il avait été montré dans des études que le fait d'être âgé aux urgences accroît considérablement deux choses : la difficulté de trouver des places d'aval et la durée de la prise en charge aux urgences.

On a des difficultés d'orientation car ils sont souvent récusés dans des services qui sont de plus en plus spécialisés, alors quand il n'y a pas de place en gériatrie... Il y a toujours la problématique entre la monopathologie et la polyopathie avec des problèmes sociaux et des problématiques qui relèvent typiquement du cours séjour gériatrique et d'autres qui relèvent de la médecine polyvalente.

Tout est beaucoup plus compliqué dans la prise en charge du sujet âgé. Les pathologies en cascade augmentent nécessairement le temps de réflexion et le temps de mise en observation de ces patients avant de trouver quelle est la cause réelle de leur dégradation de leur état général. Et ça prend du temps. C'est pour ça que c'est toujours globalement plus long, la prise en charge du sujet âgé aux urgences.

Et puis il y a un tri qui se fait, très particulier, qui n'est pas toujours fait selon des critères médicaux.

Dernier point : rencontrer les familles, c'est quelque chose de très important pour le sujet âgé. Ça permet de finaliser le projet thérapeutique aux urgences. Et c'est une chose à laquelle les urgentistes ne sont pas véritablement formés dans leur mode de réflexion. C'est plus le mode de réflexion des urgentistes en charge des UHCD mais aux urgences, on se concentre sur le risque d'urgence vitale avec une problématique bien spécifique au sujet âgé qui est de dire "Est-ce qu'on privilégie le pronostic vital ou bien le pronostic fonctionnel ? " C'est toute la question et c'est une approche totalement différente par rapport aux problématiques du sujet jeune. Chez le sujet âgé, hormis la prise en charge aiguë, il faut réellement se poser la question de privilégier le pronostic fonctionnel. Et c'est une approche qui nécessite une certaine formation pour les urgentistes.

Il y a aussi la situation des patients qu'il ne faut pas hospitaliser, mais il arrive que cette situation soit conflictuelle avec l'entourage. C'est un vrai problème, et l'interface se fait nécessairement avec l'équipe mobile. »

Quels sont les facteurs sur lesquels vous pensez qu'il faille agir pour améliorer la prise en charge de la personne âgée aux urgences ?

« Le premier facteur, c'est l'information. Il faut avoir un maximum d'informations. Médicales, concernant l'autonomie, les aides, l'entourage, la possibilité de maintien au domicile ou non. C'est fondamental. Après, ce sont les connaissances médicales : connaître les pathologies en cascade, anticiper.

Ensuite, il faut du temps pour voir les familles. Ce n'est pas compatible avec l'urgence. Quand les familles sont présentes, ça va, mais beaucoup de patients nécessitent au moins 24 heures de prise en charge pour qu'on puisse voir l'entourage et avoir une prise en charge correcte. La nuit, par exemple, on s'occupe de la problématique médicale. Le reste, c'est le problème de l'équipe du matin qui va avoir accès à l'entourage, aux correspondants, etc. On a une approche complètement différente. »

Pour les personnes âgées qui peuvent retourner en EHPAD après leur passage aux urgences, quels éléments sont indispensables selon vous pour optimiser ce retour ? Pensez-vous qu'une bonne connaissance de l'organisation de l'EHPAD est indispensable ?

« L'organisation des EHPAD a changé.

Le PATHOS pose problème. On a des EHPAD qui doivent alourdir leur "score PATHOS" (dans le cadre d'un contrôle prochain par exemple) et sont prêts à

reprandre des patients en situation délicate. Et à d'autres moments, leur gestion du personnel médical et paramédical fait que si le patient est trop lourd, ça pose problème.

Les médecins coordonnateurs changent, le profil des EHPAD change aussi un peu.

Bien entendu, il y a tout ce qui est foyer-logement, maison de retraite en partie médicalisée, maison de retraite totalement médicalisée, savoir comment ça se passe le week-end (par exemple impossibilité de joindre un médecin sur cette période).

Et puis il y a la gestion des hôpitaux. On nous dit qu'on ne doit pas allonger notre durée d'hospitalisation uniquement pour des problèmes sociaux. Quand on doit gérer une absence de lits, on a une gestion un peu plus à la hussarde, et on force la main aux structures d'aval, parce qu'on n'a pas à prendre en charge les problématiques des structures d'aval aux urgences. Et ça, c'est un vrai problème. »

Avez-vous une bonne connaissance de l'organisation des EHPAD de votre secteur ?

« On les connaît. Avec le SMUR, on est intervenu dans un certain nombre d'EHPAD.

Ensuite, on est parfois questionnés par des médecins coordonnateurs qui nous demandent de venir les voir dans les EHPAD pour par exemple discuter de la composition du chariot d'urgence, donc on connaît grosso modo l'organisation. On sait quelles sont les structures qui sont médicalisées ou non, quels sont les patients pour lesquels il y a des difficultés d'intervention des médecins traitants, et les critères d'organisation. Mais à chaque fois que le médecin coordonnateur change, ça change un peu aussi. Ces grands groupes ont globalement une politique de "groupe" avec des documents qui sont communs, mais il y a des éléments propres d'organisation des différentes structures du secteur.

Et on a aussi beaucoup d'informations dans les réunions du Copil de la filière gériatrique. »

Comment communiquez-vous, en amont comme en aval, avec les professionnels de santé intervenant en EHPAD ?

« Si on exclut l'aspect filière, on communique en aval surtout au travers du courrier. Mais on n'est pas bons de ce côté-là : quand le patient sort des urgences, il ressort avec une ordonnance, parfois avec un courrier. Mais on ne remet pas le courrier dans 100% des cas. Quand le patient sort de l'UHCD, il quitte le service avec un courrier adressé au médecin traitant ou à l'EHPAD. On communique surtout de cette façon-là. On n'envoie pas les comptes-rendus, parce que les services d'urgence n'ont pas la logistique pour le faire. C'est beaucoup trop lourd. Donc on remet systématiquement un courrier destiné au médecin traitant, quand le patient quitte le service porte. On n'a pas souvent le médecin coordonnateur. Quelquefois dans des problématiques de prise en charge difficile. On échange par courrier essentiellement. »

Comment qualifieriez-vous cette communication avec les EHPAD, en terme de qualité ?

« Je la trouve assez bonne globalement avec les EHPAD. On ne s'insulte pas, on arrive à comprendre les problématiques des structures du secteur et globalement c'est assez confiant. »

Comment amélioreriez-vous cette communication ?

« Il y a plusieurs possibilités. Il y a des outils pour améliorer, notamment la communication par mail mais le problème c'est la sécurisation des mails. Le téléphone je crois que ce n'est pas une bonne idée, car les urgentistes sont très occupés d'un côté, et les médecins qui ont géré ces EHPAD ou les médecins traitants aussi. La vraie possibilité c'est soit d'avoir un site de partage commun des informations ; c'est un vrai projet. Un réseau commun de communication (réseau ville-hôpital) mais sécurisé, ou bien une possibilité d'envoi de mails sécurisés. C'est le projet d'hôpital numérique, et c'est sûr que ce sera un grand plus. »

Pour finir, avez-vous quelque chose à ajouter ?

« Non. Il faut vraiment que les urgentistes pensent que dialoguer avec la famille, dialoguer avec les structures, c'est quelque chose d'important. Et il n'y a que comme ça qu'on arrive à avoir un véritable projet de prise en charge du malade. Tout le monde n'a pas cette vision-là. Un certain nombre d'urgentistes considère qu'il est là pour intervenir ponctuellement dans un problème de santé et que la gestion du malade c'est le problème du médecin traitant ou des médecins qui ont en charge l'organisation des EHPAD. Et ça c'est un vrai problème. On voit notamment ça en traumatologie. La chute du papi avec le traumatisme du poignet. L'autonomie est un autre problème. Ça peut se concevoir. On peut parfaitement considérer qu'on renvoie le patient avec un courrier au médecin traitant et que gérer le patient avec sa perte d'autonomie, c'est son problème. Sauf que bien entendu ce qu'on sait aujourd'hui, c'est qu'ils ne revoient pas leur médecin traitant... C'est là qu'il y a nécessité de screener ces patients pour savoir quand est-ce qu'il faut faire appel à l'équipe mobile. Et il faut qu'il y ait un dialogue entre les urgentistes et les gériatres pour définir les critères de sélection des malades qui vont bénéficier de la prise en charge par l'équipe mobile. »

Je vous remercie beaucoup de votre temps, et je vous communiquerai les retombées de ce travail.

« Oui, c'est un sujet intéressant. »

ANNEXE 8 : Un entretien de personnel d'EHPAD

Dans le cadre d'un travail conjoint d'un mémoire de capacité de gériatrie et d'une thèse de médecine générale, je mène conjointement avec une collègue une étude à propos de la prise en charge des patients d'EHPAD adressés au service d'accueil des urgences.

D'accord.

Donc l'objectif de ce travail, c'est d'essayer d'améliorer la prise en charge aux urgences de la personne âgée qui est en EHPAD, qui provient d'EHPAD et en pratique du coup je vous ai contactée parce que je sais que vous travaillez conjointement avec des services d'urgence en aval et que parfois vous leur transférez des patients. L'entretien va durer en gros 20 minutes donc voilà vous me connaissez je m'appelle Adrien Kerkache, je suis praticien hospitalier contractuel en court séjour gériatrique à Aulnay-sous-Bois. L'entretien sera enregistré et il va rester confidentiel et vos coordonnées ne seront pas enregistrées et il va rester totalement anonyme. Voilà.

OK, pas de soucis.

Alors, on y va. Alors, est-ce que vous pouvez déjà, dans un premier temps, me parler un petit peu de votre parcours et de votre expérience de la gériatrie ?

Alors, je suis diplômée infirmière depuis 2007 exactement du mois de Décembre. J'ai commencé sur un premier poste en gériatrie en tant que jeune infirmière suite à un stage optionnel que j'avais fait et depuis je n'ai pas quitté la gériatrie et j'ai évolué comme ça au bout de quelques années sur un poste d'infirmière coordinatrice sur l'ouverture de l'établissement. Donc voilà.

D'accord. Est-ce que du coup je peux vous demander votre âge ?

J'ai 34 ans exactement.

Est-ce que je peux également vous demander est-ce que vous déjà eu une expérience antérieure dans un service d'urgences ?

Absolument pas.

D'accord, OK. Alors, maintenant, si on passe à l'EHPAD, est-ce que vous pouvez me parler un petit peu de votre structure : de sa taille, de comment elle est constituée.

Alors, c'est une structure qui fait partie du groupe ORPEA que vous devez connaître. C'est une structure qui dispose de 80 lits, dont 2 unités protégées environ 30 lits, d'une ouverture récente du dernier étage, qui est attendue d'équipement pour pouvoir admettre des patients et des résidents dépendants. Donc voilà, pour l'instant le projet a été repoussé, et c'est une structure vraiment au cœur de Bobigny.

D'accord.

Euh... Qu'est-ce que je peux vous dire d'autre ? L'équipe, c'est directrice, infirmière coordinatrice, médecin coordonnateur, aides-soignants, infirmiers bien sûr... Donc c'est une composition classique d'équipe en EHPAD.

D'accord. Au niveau de la présence de l'équipe paramédicale ?

Pardon ?

Au niveau de la présence de l'équipe paramédicale, c'est 24 heures sur 24, c'est ... ?

Alors, l'équipe paramédicale, non, absolument pas. Il y a deux infirmières par jour sans compter moi, une qui est en grande journée c'est-à-dire 8-19h et autre qui est en 7-15 h qui sont en roulement comme ça du lundi au dimanche, moi qui intervient du lundi au vendredi et parfois les week-ends sur l'établissement, un médecin coordinateur qui est là 2 fois par semaine et des médecins traitants de ville qui interviennent ponctuellement soit pour des renouvellement soit pour des problèmes aigus. Il n'y a pas d'infirmiers la nuit dans notre établissement.

D'accord.

Voilà, c'est très rare de voir des infirmiers de nuit en EHPAD et nous on en n'a pas. Donc, à 19 heures, y a plus de présence IDE dans l'établissement : 2 aides-soignantes et une auxiliaire de vie de nuit.

D'accord, OK. Au niveau des niveaux de vos patients ?

Euuuh... C'est on va dire on est légèrement au-dessus du GMP d'Ile de France. On a de tout en patients. Mais les plus autonomes sont surtout dans les unités protégées... Enfin, les plus autonomes...

D'accord.

Des gens qui sont... Le reste, y a quand même une partie de personnes entre guillemets grabataires assez importante.

D'accord. Est-ce que vous pouvez donc me parler par exemple des transferts vers le service des urgences de plusieurs patients de votre structure : me donner quelques exemples, savoir comment ça se passe...

Alors, euuuuhh. Tout dépend déjà de l'urgence.

D'accord.

Ca, c'est certain. Donc quand nous on a la possibilité d'évaluer une situation notamment sur du trauma, en général on est à l'initiative du transfert et c'est une ambulance privée qui s'occupe des placements entre guillemets. En général, quand on est sur des problèmes de décompensation respi, cardiaque etc, on déclenche un appel au 15 qui lui décide du transfert aux urgences ou pas.

D'accord. Donc en gros sur les types de pathologies que vous transférez...

Vraiment sur des urgences. Après on a un médecin coordinateur qui est bien ancré dans le réseau dans le 93 et quand vraiment il y a des problèmes, qu'il faut attendre ou ceux avec qui on sait que ça va dégénérer c'est elle qui s'occupe de trouver un lit dans un service de gériatrie... Alors elle a ses contacts plutôt sur l'hôpital de Charles Foix et plutôt sur l'hôpital de Montfermeil...

D'accord.

Pour l'instant, elle est nouvellement arrivée dans le secteur donc... René Muret aussi, beaucoup. Les transferts dans le service d'urgence, en général, sont déclenchés par le 15. Après un appel au 15.

D'accord. OK. Est-ce qu'y a plus de transferts en fin d'après-midi, dans la soirée ou les week-ends ? Est-ce qu'il y a des moments où vous transférez plus ?

C'est un sentiment comme ça, mais.... J'ai le sentiment que c'est plutôt le week-end.

D'accord, OK. OK.

Effectivement, on a fait 3 transferts le même jour.

D'accord. Et pour quelles raisons par exemple, pour ces 3 transferts là ?

Y a eu une trauma avec une plaie ouverte au niveau du crâne, y a eu une chute avec un hématome du front donc, pareil, on a transféré parce que, parce que il avait un petit état, c'était la chute il avait un gros hématome et puis et l'autre, c'était une décompensation respi sur une fausse route.

D'accord, OK. Alors, quels sont les documents qui accompagnent le patient lors d'un transfert ?

Alors, euuuuh, on a... Le dossier de liaison d'urgence qui est directement imprimé par le logiciel avec lequel on travaille qui est MedSoin.

D'accord.

On a la chance d'avoir un logiciel qui est relativement nourri parce qu'en fait c'est un outil qui ne sert à rien si les antécédents mais aussi que l'entourage à contacter, les traitements ne sont pas remplis. Ce qui peut arriver dans certains EHPAD où je suis passé, c'est que y a un dossier de liaison d'urgence mais comme le logiciel n'est pas nourri par le médecin, par les infirmiers etc, du coup le dossier de liaison d'urgence ne sert absolument à rien aux urgences. Donc le dossier de liaison d'urgence pardon, qu'on appelle le DLU, la dernière ordonnance, les derniers bilans tout en sachant que les dernières bios apparaissent sur le dossier de liaison d'urgence et puis, et puis, et puis voilà quoi !

D'accord.

Dernière ordo, dernier bilan, c'est tout.

D'accord, OK. Alors, du coup...

Pardon, je vous interromps. Et quand y a des compte-rendus d'hospi assez récents, qui sont en lien avec le problème pour lequel on l'envoie aux urgence, on intègre le dernier compte-rendu hospitalier.

Et du coup, vous parliez du fait qu'il fallait que le dossier soit nourri et fourni : est-ce que... Il est réévalué tous les combien de temps chez vous du coup ? Qui le remplit ?

Alors, alors. A l'admission du résident, c'est le médecin coordinateur qui est en charge du dossier médical, donc dans un premier temps c'est la visite de pré-admission et qui discute de la prise en charge. Ensuite, une fois que le résident est admis, elle intègre le résident, elle fait une évaluation gériatrique et rentre les risques.

D'accord.

Donc la première grosse étape, c'est vraiment le médecin coordinateur. Qui le fait normalement, je dis bien normalement parce que c'est pas pareil dans tous les établissements. Et au fur et à mesure des événements dans la prise en charge du résident, intègre les éléments nouveaux : normalement ça devrait être aussi en lien avec le médecin traitant mais on a beaucoup de mal à faire travailler les médecins traitants sur l'outil informatique au sein de l'EHPAD.

D'accord.

Ca, c'est un problème, c'est un problème récurrent et un peu partout quoi.

D'accord. Et, du coup, qu'est ce qui pose problème selon vous sur le fait qu'ils remplissent pas ?

Parce que, enfin, la réponse qui est souvent donnée et évoquée, c'est le temps. Voilà. C'est un métier qui n'écrit pas. Souvent, ils ont un logiciel informatique au cabinet, donc ils viennent avec des ordonnances parfois des renouvellements qui sont imprimés et ou leur ordonnancier ça va plus vite. Donc, effectivement, mettre un outil informatique, de pouvoir se faire initier à cet outil, de pouvoir travailler parfois ça leur semble compliqué. Donc là, sur cet établissement on a de la chance on a pas beaucoup de médecins traitants, on en a 3 qui globalement ont la quasi-totalité des résidents donc qui eux bossent sur l'outil informatique donc les prescriptions sont intégrées ce qui de toute façon facilite la tâche des infirmiers et de toute l'équipe soignante derrière. C'est que du coup tout ce qui est traçabilité du médicament et tout ça est directement intégré dans le dossier informatisé du résident.

D'accord. OK. Alors, selon vous, quelles sont les attentes des urgentistes qui reçoivent un patient d'EHPAD ?

Alors, pour avoir été infirmière urgentiste assignée pendant un certain temps, ce qui est compliqué c'est... Moi je pense que les attentes c'est surtout d'avoir les éléments pour une prise en charge optimale et permettre d'avoir au patient d'avoir toutes ses chances d'une prise en charge correcte dès le départ. J'ai déjà eu des appels de médecins qui disaient : « J'ai rien dans le dossier, quels sont ses antécédents etc ? » Bon ben du coup effectivement, peut-être que c'est compliqué. Voilà, moi j'insiste vraiment pour que au moins... Le minimum pour moi, c'est au moins les antécédents et le traitement en cours.

D'accord.

Pour moi c'est le minimum. Voilà. Et c'est pour ça que j'insiste auprès de mes équipes pour que, qu'elles soient aides-soignantes ou infirmières, puisque en l'absence parfois d'infirmière y a des transferts qui sont fait un peu, un peu d'une manière... je voudrais dire bâclée mais c'est pas le bon terme mais du coup dans la

panique les aides-soignantes y a un problème de responsabilité aussi : ils ont pas à prendre le risque de laisser un résident qui a chuté ou etc, qui ont du coup le transfert assez facile et du coup, au moins... Les ordonnances et les derniers comptes rendus ou la bio font partie pour moi des éléments qui sont indispensables à la prise en charge. Après, je pense que c'est un urgentiste qui vous répondra le mieux... Moi, mon paramètre, c'est les coups de fil des urgences à la suite d'un transfert : donc, plus j'en ai et plus je me dis que il y a des remises en question à faire auprès de l'établissement.

D'accord.

Pour l'instant, avec cette structure là, on a pas beaucoup de coups de fil si ce n'est parfois sur l'interrogatoire du patient quand il est impossible : donc ils ont besoin d'informations, on le leur donne.

D'accord. Et est-ce que vous du coup vous appelez le service des urgences avant de transférer le patient ?

Alors, non. Non. Pour la simple et bonne raison que chaque fois que ça m'est arrivé je me suis, enfin souvent, je vais pas incriminer tout le monde ou mettre tout le monde dans le même sac, on parle pour rouspéter en disant : « eh bien vous nous l'envoyez et puis c'est tout quoi ! » Donc euh... Souvent, ça n'a pas d'intérêt, ça n'a pas d'intérêt : on a l'impression de déranger, et du coup, du coup moi j'appelle plus. Sincèrement j'appelle plus.

D'accord. Et au niveau du coup du retour lorsqu'ils reviennent : est-ce que vous avez des choses qui accompagnent le patient lorsque il revient des urgences ?

Vraiment, ça dépend des services et des hôpitaux.

D'accord.

Souvent, quand j'arrive à avoir les services avant, quand on est prévenus, quand on est prévenus bien entendu du patient, du coup, enfin, c'est vrai qu'on aime bien avoir... Moi, je demande jamais le compte-rendu immédiatement après le retour bien sûr c'est pas... Mais on a une fiche de liaison en nous disant ce qui s'est passé, qu'est ce qui a été fait et quels... Pour pouvoir... Continuité des soins et une prise en charge correcte, ce qui est à faire et si il y a une ordonnance. En général, on a un minimum d'éléments et on arrive à bosser avec ça. Après, nous on bosse beaucoup avec Avicenne enfin ils sont... ils sont... Ils sont dans la proximité donc euh, voilà, on a pas mal de retours. On a au moins un compte-rendu qui soit informatisé, un petit compte-rendu succinct, pas très approfondi mais on a au moins un retour. Ce qui est important pour moi, ça nous permet de répondre aux familles, de savoir ce qui a été fait/pas fait et ne serait-ce que ça c'est important.

Et, du coup, comment vous qualifieriez la communication entre votre EHPAD et le service des urgences ?

Euuuhhh... Comment dire... Ca veut dire qu'elle met du temps parce que bon, je vous ai expliqué pourquoi j'appelais plus le service d'urgences parce qu'on est vraiment en train de déranger plus qu'autre chose et puis tant que le patient est pas dans les locaux, je pense que c'est pas une préoccupation pour l'équipe parce qu'ils ont d'autres chats à fouetter. Mais, après, quand on appelle pour prendre des

nouvelles quand on voit que c'est un peu long et que on a souvent du mal à avoir le bon interlocuteur au téléphone, donc après quand on l'a bon ben souvent on a pas toutes les informations et puis on nous dit bon ben quand on en saura plus, on vous dira. Bon, après... Ca dépend vraiment de la structure et en fonction des établissements c'est parfois différent mais c'est pas... C'est pas optimal, voilà.

D'accord.

Moi je pense qu'il devrait y avoir un meilleur lien, peut-être un peu plus, un peu plus procédurier ou protocolisé je sais pas mais en tous cas... Mais bon... Connaissant la réalité du terrain dans un service d'urgences, je pense que c'est déjà pas mal.

D'accord.

De mon point de vue à moi en tant qu'infirmière coordinatrice en EHPAD, ça pourrait être mieux.

Et du coup, selon vous comment améliorer les choses ?

Pardon ?

Selon vous, comment améliorer les choses ?

Moi, je pense que, enfin, le circuit est pas... Alors je sais que sur Avicenne, y avait une ligne où on pouvait joindre un gériatre. Pour personnaliser le transfert en fait. Et, parfois, je pense que pour les urgences, et pour les patients eux-mêmes, y avait moins de et de pertes de temps, et de pertes de chance pour le patient. Il devrait y avoir, et vu le nombre de personnes âgées qui y a dans le secteur et je connais pas les chiffres sur le nombre d'admissions en personnes âgées dans un service d'urgence, mais si il y avait un circuit entre guillemets parallèle pour ces personnes âgées, parfois dépendantes, parfois démentes, je pense que cela désengorgerait un petit peu les urgences avec des cas un peu compliqués, parfois qui peuvent être traités dans des délais relativement courts et être renvoyés en EHPAD. D'autant plus que moi je mets un point d'honneur, enfin en tous cas c'est ce que je dis aux services d'urgence c'est que dès que la prise en charge se termine auprès d'eux, qu'ils peuvent nous le réadresser dès que possible, y a aucun problème. Contrairement à certaines EHPAD, on rechigne pas à réadmettre nos résidents, peu importe dans quel état ils sont.

D'accord.

Donc voilà. Mais à partir du moment où la prise en charge est discutée et on sait nous, comment on peut assurer la continuité du travail des urgences.

D'accord, OK. Ben écoutez je pense qu'on a...

Pas sur 2 points de suture hein mais voilà sur des problèmes un peu plus sérieux.

D'accord.

Notamment les fins de vie.

Ben écoutez, je pense qu'on a déjà fait un bon panorama de la situation : est-ce que vous avez des choses à ajouter ?

A rajouter ?

Oui.

Euuh... Peut-être... Alors je sais pas dans quel sens va être votre étude, mais là où c'est compliqué pour nous aussi dans les EHPAD, et là où le transfert d'urgence aussi devient... Transfert aux urgences devient parfois dénué de sens, c'est quand on sait qu'on a des fins de vie et qu'on sait parfois que ça va se terminer par une détresse respiratoire ou par... enfin par une situation qui est un peu compliquée à gérer au sein de la structure, c'est que parfois on se retrouve avec des transferts aux urgences à la demande, et là c'est un problème de responsabilité des uns et des autres, c'est que la famille veut que, quoiqu'il se passe, on puisse transférer leur parent et que nous on sait très bien qu'en tant qu'équipe les urgences ne pourront pas faire grand-chose pour cette personne et que c'est une fin de vie qui peut parfois être gérée en établissement, notamment sur des horaires où toute l'équipe médicale et paramédicale est présente.

D'accord.

Donc c'est vrai qu'après on se retrouve avec le service du 15 qui intervient sur un 99 ans en fin de vie avec une détresse respiratoire qui est parfois équilibrée avec un petit peu d'oxygène et voilà, où la fin est proche et y a plus qu'à assurer des soins de confort et etc. Mais, d'un point de vue responsabilité on est obligé d'appeler le 15, et on est obligé de faire intervenir et transférer et vous vous retrouvez parfois aux urgences avec des résidents pour lesquels vous ne pouvez plus faire grand-chose malheureusement et qui font un aller-retour comme ça qui est plus pénible pour eux que bénéfique, voilà. Mais ça c'est un point qui est souvent souvent récurrent et qu'on abordait peu et en EHPAD et je pense dans les services d'urgence aussi. Voilà, c'est que je voulais rajouter.

D'accord. Non mais c'est très intéressant. Et du coup, vous pensez que ce point-là pourrait être abordé au même titre que les directives anticipées ?

C'est-à-dire les directives anticipées en EHPAD on a beaucoup beaucoup de mal à les avoir. On avait fait un boulot avec le médecin co, où à chaque visite de pré-admission, on évoquait les directives anticipées : donc déjà c'est un premier contact et parfois avec les familles c'est un peu délicat. Euuh... Et puis le résident aussi, je veux dire après... Les directives anticipées sont très mal connues des gens donc beaucoup ne savent pas ce que c'est, on leur explique etc... Euh, bon, c'est très mal connu. Donc après je sais pas... Nous on a pris l'initiative de télécharger la plaquette officielle et puis de remettre ça dans le dossier d'admission à certaines personnes, mais bon... Les directives anticipées, on les a rarement, et souvent c'est quand on a des entretiens avec la famille quand on sent que la prise en charge est compliquée : avec le médecin co on convoque la famille, on essaye d'avoir un entretien sur la prise en charge et de demander ce qu'ils veulent pour leur parent et ce qu'ils souhaitent qu'on fasse quand la fin est proche quoi. Donc on se retrouve avec des gens qui sont plutôt raisonnable et qui disent : je veux pas que mon parent soit transféré et qu'il souffre et qu'il y ait encore un transfert ou une hospitalisation etc, et puis on en a d'autres qui disent que de toute façon, quoi qu'il arrive, on veut qu'il aille à l'hôpital. Donc c'est là où c'est compliqué parce que souvent quand le résident n'est pas capable, n'est pas capable de donner son consentement où en tous cas ce qu'il souhaite, c'est là que ça devient compliqué pour nous et on sait pas trop quoi faire. Et je vous dis après, c'est comme partout, c'est une question de

responsabilité : tout le monde se couvre et tout le monde fait ce qu'il a à faire pour éviter d'avoir, d'avoir des emmerdes.

Bien sûr.

Mais c'est vrai que c'est parfois certaines situations assez compliquées. C'est très compliqué. Et on a souvent un médecin du 15 qui dit « Mais qu'est ce que vous voulez que je fasse ? » Bah ouais, ben maintenant en gros c'est on doit refiler le bébé, vous êtes obligés de le prendre en charge parce que nous, on a obligation de le faire transférer à l'hôpital et qu'on peut pas le faire avec une ambulance privée.

D'accord, OK.

Je parle beaucoup, hein. –rires-

Non, mais écoutez c'est très intéressant. Je vous remercie du coup pour tous ces renseignements et je vous ferai parvenir une copie de mon travail.

Merci beaucoup, au revoir.

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le Président de thèse

Université

Le Professeur

A. RAYNAUD-SIMON

Date 45/09/15


Service de Gériatrie
Pr. RAYNAUD-SIMON
Secrétariat : 01 40 25 73 69 - Fax 01 40 25 85 80
C.H.U. BICHAT CL. BERNARD
46, RUE HENRI HUCHARD - 75877 PARIS CEDEX 13

VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Université Paris Diderot - Paris 7

Professeur Philippe RUSZNIEWSKI



VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen



Philippe RUSZNIEWSKI

Prise en charge aux urgences de la personne âgée institutionnalisée : état des lieux et propositions d'amélioration. Etude qualitative.

CONTEXTE : Le poids démographique des personnes âgées s'accroît en France, ainsi que le nombre de sujets âgés potentiellement dépendants dont une part importante réside en EHPAD. Parallèlement, le recours aux services d'urgences de ces patients ne cesse de croître.

OBJECTIFS : Si des dispositifs de communication entre intervenants en EHPAD et médecins urgentistes existent déjà – dont le dossier de liaison d'urgence (DLU), ils restent perfectibles. Comment améliorer la prise en charge de la personne âgée institutionnalisée consultant aux urgences ?

MATERIEL ET METHODE : Ce travail collaboratif dans le cadre d'une thèse d'exercice de médecine générale et d'une capacité de gériatrie a tenté de répondre à cette problématique, au travers d'une étude qualitative comprenant 17 entretiens semi-directifs auprès de 9 médecins urgentistes hospitaliers et 8 intervenants en EHPAD (médecins traitants, coordonnateurs et IDE) de la filière gériatrique d'Aulnay-sous-Bois (93).

RESULTATS : Le manque d'information est perçu comme un obstacle majeur à une bonne prise en charge du sujet âgé aux urgences. Les dispositifs existant sont jugés de bonne qualité mais le DLU doit être standardisé et son actualisation plus régulière. Une meilleure connaissance de l'offre de soins en EHPAD par les urgentistes est souhaitable. L'importance des réseaux (filiale gériatrique) est soulignée et la problématique de la fin de vie demeure au cœur des préoccupations.

CONCLUSION : Le recours généralisé au dossier médical partagé pourrait être une piste d'amélioration certaine dans le transfert d'information. De même, une approche systématisée des soins avec des formations dédiées en EHPAD, l'identification de référents, des rencontres plus nombreuses entre professionnels au sein de la filière gériatrique et un plus large recours aux réseaux de soins palliatifs permettraient d'améliorer la prise en charge de la personne âgée.

Mots-clés : Médecine générale, Urgences, Personne âgée, Institutionnalisation, Etude qualitative.