

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020-2022

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES POUR LE DIPLÔME
D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE

MENTION : Pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies
courante en soins primaires.

**PRISE EN SOINS ET SUIVI DU SUJET ÂGE AU SEIN D'UN SERVICE
D'URGENCES : LES BESOINS EN EXPERTISE GERIATRIQUE**

Présenté et soutenu publiquement le 30 juin 2022 à 17h00
au Pôle Formation
par Remy LEWANDOWSKI

MEMBRES DU JURY

Personnel sous statut enseignant et hospitalier, Président :

Monsieur le Professeur Pierre FONTAINE

Enseignant infirmier :

Madame la Docteur Catherine BARGIBANT

Directeur de mémoire :

Madame la Docteur Clémentine THERME

Remerciements

Ce travail de mémoire n'aurait pu aboutir sans l'aide de plusieurs personnes que je tiens à remercier.

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Clémentine Therme. Merci de la confiance témoignée ainsi que de l'aide précieuse apportée.

Je tiens ensuite à remercier tous les soignants qui ont participé à l'étude qui ont pris le temps de me répondre avec bienveillance.

Je passe ensuite à des remerciement davantage personnel, je tiens à remercier chaleureusement ma famille, pour votre soutien et ces bouffées d'air frais durant ces deux années d'études, et particulièrement lors de ce moment important de mon travail de mémoire. Pour les échanges personnels et professionnels que j'ai pu avoir. Un merci particulier à ma tante Annick, tu es toujours au poste pour relire mes travaux depuis que je suis au collège, un soutien de qualité, merci.

Je tiens à remercier particulièrement mon compagnon. Pour ton soutien et ton amour, ainsi que tes encouragements à reprendre un cursus universitaire, nous évoluons tous les deux en même temps, c'est une étape importante de notre vie qui se dessine, pour cela merci !

Je tiens à remercier mes amis pour m'avoir permis de respirer lors de ces deux années, ainsi que ma belle famille pour leur soutiens et leur présence.

Je tiens également à remercier mes camarades de promotions, pour leur solidarité sans faille, ces deux années difficiles n'auraient pas eu le même goût sans vous, des échanges riches, des personnes formidables, merci !

Sommaire

Liste des abréviations

1 - Introduction générale

2 - Introduction théorique 1

3 - Matériel et Méthodes 13

4 - Résultats 16

5 - Discussion 40

6 - Conclusion

7 - Références bibliographiques

Liste des figures et tableaux

8 - Annexes

Liste des abréviations

ARS : Agence régionale de santé

SAU : Service d'accueil des urgences

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

IPA : Infirmier en pratique avancée

CH : Centre Hospitalier

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personne âgée dépendante

DLU : Dossier de liaison d'urgence

1 - Introduction générale

Le vieillissement de la population en France connaît selon le rapport interministériel du 26 mai 2021 une croissance inédite. Les “baby boomers” de 1945 auront 85 ans en 2030, le nombre de 75-84 ans augmentera de 49% entre 2020 et 2030, passant ainsi de 4,1 millions à 6,1 millions. (Broussy, 2021, 23) Hors nous savons que cette population à la prise en soins spécifique et au profil particulier, selon la Drees (La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) représente 10 à 15 % des passages au sein des urgences Françaises, dont plus de la moitié mène vers une hospitalisation. (Drees, 2017, 3) Aussi, le passage aux urgences des plus de 75 ans est deux fois plus long que la tranche 15-74 ans avec une durée médiane de 4 heures 30. (Drees, 2017, 1).

Les services des urgences sont confrontés à cette patientèle spécifique, les particularités de leur prise en soins consiste en l'accumulation de plusieurs facteurs, polypathologiques, psychosociaux, et physiologiques spécifiques de la personne âgée. Cette prise en soins spécifique est contrainte par le temps très limité des services d'accueil des urgences, hors une évaluation gériatrique prend au minimum 30 minutes, ce qui est excessif en regard de cette contrainte.

Les parcours de soins de cette population sont souvent complexes, il est donc recommandé de mettre en place des dispositifs collaboratifs et multidisciplinaires permettant une prise en soins optimale au sein du service des urgences via une expertise gériatrique, transversale ou non.

Face à cet ensemble de défis que représente la prise en soins optimale des personnes âgées, j'ai pu être attentif à la situation actuelle de mon établissement d'exercice, le centre hospitalier de Denain. Son service d'accueil des urgences ne possède pas à ce jour d'expertise gériatrique.

Par ailleurs, ce dernier déplore depuis 2018 le manque d'expertise gériatrique au sein du service d'urgences, qui se traduisait par des difficultés de prise en soins, des orientations et une organisation des soins incertaines. D'autant plus que celui-ci possédait depuis 2015 une « équipe mobile gériatrique : conciliation médicamenteuse ». Celle-ci était pilotée par l'ARS (Agence

régionale de santé) et n'effectuait pas de mission transversale au sein du service d'urgences. Elle avait pour unique mission l'élaboration d'une conciliation médicamenteuse et d'un PPS (Plan Personnalisé de Santé) au domicile, et n'avait pas pour mission d'intervenir en temps qu'équipe mobile gériatrique de droit commun au sein des urgences

Cette situation ajoute de l'incompréhension aux difficultés des urgentistes. Les besoins spécifiques des soignants liés à cette problématique n'ont pas fait l'objet d'investigations, et aucune réponse n'a pu être apportée. Cette problématique fera surface en 2019 lors de l'évaluation du dispositif PAERPA¹(Personne Agées En Risque de Perte d'Autonomie). Celle-ci mettant en évidence le besoin d'une présence gériatrique au sein des urgences. A ce jour, cette équipe mobile a évolué, associant droit commun et conciliation médicamenteuse, mais celle-ci n'est pas présente aux urgences, par manque de moyen médical.

Par ailleurs, je constate le peu de littérature traitant des besoins et objectifs du personnel soignant des urgences face à la complexité de prise en soins de la personne âgée. Il me semble donc opportun de recueillir ces derniers auprès du personnel soignant de service d'accueil d'urgence.

La recherche qualitative s'impose comme la plus adaptée afin d'étudier les participants dans leur milieu naturel, essayer de donner un sens ou d'interpréter l'expérience vécue en se fondant sur les significations que leur apportent cette dernière. Elle fait usage du raisonnement inductif et vise une compréhension élargie de phénomènes. (Gagnon & Fortin, 2016, 31)

¹ Personne Agées En Risque de Perte d'Autonomie : dispositif gouvernemental expérimental visant à maintenir la plus grande autonomie le plus longtemps possible dans le cadre de vie habituel de la personne, la démarche PAERPA met tout en œuvre pour permettre aux personnes de recevoir les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures au bon moment ; le tout au meilleur coût. (ARS Haut de France, 2015)

2 - Introduction théorique

2.1 - Cadre de référence.

2.1.1 - Cadre contextuel.

2.1.1.1 - Le vieillissement

Le vieillissement “pur” est la conséquence de la sénescence entraînant un déclin progressif, irréversible et inévitable de la fonction des organes. Parallèlement chaque individu n’est pas égal face au vieillissement, car certaines variables identifiables comme les lésions d’organes, les maladies, les risques environnementaux, psychologiques, sociaux ou encore les mauvaises habitudes de vie ... peuvent accélérer ce processus. C’est sur ce principe que le modèle biopsychosocial a été fondé, plaçant l’individu dans un système de causalités complexes, multiples et circulaires. (Berquin, 2010)

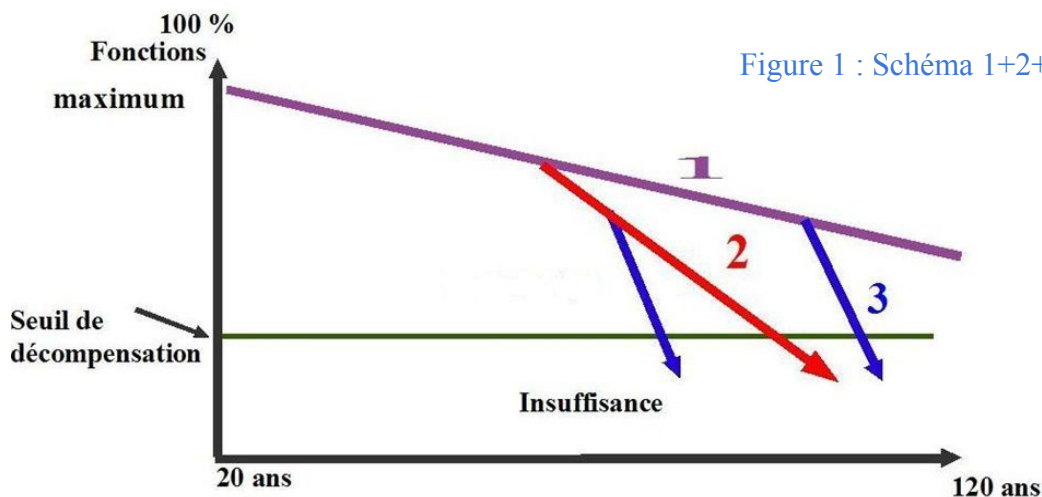
Ce vieillissement “pur” affecte chaque organe et sa capacité à maintenir une homéostasie face au stress, par conséquent les sujets âgés sont plus vulnérables face aux maladies ou blessures. Or les maladies interagissent avec les effets du vieillissement entraînant des complications spécifiques à la gériatrie, les syndromes gériatriques. C’est un phénomène circulaire, chaque phénomène entraîne l’autre. C’est ainsi que la personne âgée doit être perçue au sein d’un système qui lui est propre et qui se réfère à une histoire singulière. (Personne et al., 2003,109)

2.1.1.2 - La fragilité : une population hétérogène

La fragilité constitue un risque de perte ou d’aggravation. J. Campbell la définit comme un état ou un syndrome qui résulte d’une réduction de la capacité de réserve de plusieurs

systèmes, au point qu'un certain nombre de systèmes physiologiques sont proches du seuil de défaillance clinique symptomatique ou l'ont dépassé. En conséquence, la personne fragile est exposée à un risque accru d'invalidité et de décès à la suite d'agressions extérieures mineures. (Campbell & Buchner, 1997, 315)

Entre autres, une personne âgée fragile se situe à une frontière instable, à un seuil où la capacité à faire face, à s'adapter, à gérer un stress, à changer d'environnement, ainsi que les réserves fonctionnelles sont diminuées. C'est à cette frontière qu'un risque de rupture de l'homéostasie chez cette personne âgée fragile est présent, ce sont les pathologies chroniques et les événements intercurrents, qu'ils soient majeurs ou mineurs qui potentialisent ce risque. Cette notion de fragilité et de "cascade gériatrique" la plus connue est celle décrite par Bouchon (1984).



Le mauve représentant le vieillissement physiologique, le rouge les maladies chroniques et le bleu les événements intercurrents.

Si nous nous référons au schéma de Fried nous pouvons suggérer quatres composantes principales de "réserve" : nutritionnelle, physique (activités), musculo-squelettique, cognitive. Ces réserves possèdent une caractéristique commune, celle-ci diminue généralement avec l'âge et à fortiori leur diminution est un facteur précipitant de la fragilité. (Annexe 1) (Fried & and Al, 2001, M147)

Il est donc nécessaire en situation de décompensation fonctionnelle chez une personne âgée, d'évaluer et intervenir pendant la recherche des causes sous-jacentes. Le traitement de la cause seule n'est pas suffisant.

2.1.1.3 - Infirmier exerçant en pratique avancée

L'infirmier en pratique avancée (IPA) possède des compétences élargies par rapport à l'infirmier diplômé d'état, il exerce dans une forme innovante d'interdisciplinarité, en acquérant des compétences relevant du champs médical, en suivant des patients au regard de leur pathologies dans le cadre d'un protocole d'organisation.

Les compétences visées par le diplôme d'état sont :

1. “ Évaluer l'état de santé des patients en relais de consultations médicales pour des pathologies identifiées.
2. Définir et mettre en œuvre le projet de soins du patient à partir de l'évaluation globale de son état de santé.
3. Concevoir et mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation thérapeutique.
4. Organiser les parcours de soins et de santé de patients en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés.
5. Mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique.
6. Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques.”

(Journal officiel de la république française, 2019, 7)

Ces compétences sont déclinées pour chacun des domaines d'interventions existant : Les pathologies chroniques stabilisées : prévention et polypathologies courantes en soins primaires / L'oncologie et hémato-oncologie / Les maladies rénale chronique, dialyse, transplantation rénale / Psychiatrie et santé mentale / Urgence.

2.1.2 - Cadre conceptuel

2.1.2.1 - Le patient gériatrique

L'évaluation du sujet âgé diffère habituellement de l'examen clinique classique, car il présente des spécificités non négligeables lors d'une prise en soins, une homéostasie diminuée, une présentation atypique des maladies, de multiples pathologies, un enchevêtrement de facteurs somatiques, psychiques, sociaux et une pharmacocinétique différente des sujets jeunes. Cela nécessite souvent plus de temps pour interroger et évaluer les patients âgés en particulier parce qu'il peuvent avoir des caractéristiques qui interfèrent avec l'évaluation, il est utile de considérer le sujet âgé dans un système global.

Il faut être vigilant à ces spécificités sans basculer dans une vision ségrégative de la population gériatrique, en l'absence de pathologie invalidante, ils continuent de mener une vie autonome, à utiliser et développer les connaissances acquises durant leur vie, ont les mêmes besoins affectifs et sociaux que le reste de la population. (Arbuz, 2016)

L'évaluation gériatrique globale chez les sujets âgés fragiles et dépendants, permet d'appréhender objectivement toutes les dimensions, somatiques, psychologiques et sociales. C'est un processus multidimensionnel conçu pour évaluer l'autonomie, l'état de santé (physique, cognitive et mentale), et la situation socio-environnementale des personnes âgées. (Besdine & Alpert, n.d.)

2.1.2.2 - Les personnes âgées aux urgences : Enjeux Quantitatif et Qualitatif

A plusieurs titres les personnes âgées représentent une patientèle particulière, de part leur fragilité, leur dépendance et leur polypathologie.

D'un point de vue épidémiologique nous savons que les services d'urgences sont en première ligne face à l'évolution démographique de la population âgée voire très âgée. Ils seront directement impactés, le nombre de sujets âgés est en hausse et atteindra plus 49% d'ici 2030,

sachant que cette population représente 10 à 15 % des admissions, que le temps de passage aux urgences est plus long : sa durée médiane est de 4 heures pour les patients âgés de 75 ans ou plus, contre 2 heures et 10 minutes pour les 15-74 ans. (DREES, 2017)

Le défi permanent consiste dans la contrainte de temps habituelle de ces structures d'urgence, à effectuer une démarche médicale classique, diagnostique et thérapeutique, en même temps qu'une analyse de la situation environnementale. Leur prise en soins complexe, nécessite donc un savoir-faire spécifique des médecins et du personnel soignant de ces structures, en s'aidant de l'apport de compétences de la gériatrie. (Société Francophone de médecine d'urgence, 2003)

Enjeux Quantitatif

“Le volume d'activité des services d'urgence augmente de manière disproportionnée à l'évolution démographique, du fait d'une utilisation accrue par la population. La population âgée présentant un taux de recours plus élevé, le vieillissement démographique contribue à cette évolution en augmentant la part d'utilisateurs potentiels, tout en entraînant un vieillissement progressif des patients de ces services. Il en résulte une augmentation rapide du nombre d'admissions dans les services d'urgence pour le segment le plus âgé de la population.” (Büla et al., 2012)

Malgré le postulat d'un vieillissement en meilleure santé au cours du système de santé en évolution, l'impact déplétive du besoin en soins sera moindre. En somme, les personnes âgées seront plus nombreuses et auront davantage recours aux structures d'urgences. Cette catégorie de la population impacte quantitativement toutes les strates de la prise en soins, en préhospitalier ils arrivent davantage en ambulance et présentent des motifs de transport plus graves que les autres classes d'âge (Büla et al., 2012) tandis que plus de 50% des patients âgés se retrouvent hospitalisés en service conventionnel à la suite de leur passage au SAU (Service d'accueil des urgences). (Drees, 2017)

Enjeux Qualitatif

“L'utilisation disproportionnée des services d'urgence par les personnes âgées contribue à l'impression encore parfois exprimée que leur présence y est déplacée. Pourtant, de nombreuses

études ont montré, au contraire, que les personnes âgées se présentant aux urgences ont des degrés d'urgence similaires, voire plus marqués que les patients plus jeunes, et sont plus fréquemment hospitalisées en soins aigus. Les difficultés d'évaluation et la complexité des prises en charge participent à l'inconfort des équipes.” (Büla et al., 2012)

Il faut souvent chez le patient âgé plus de temps afin d'interroger, évaluer et interpréter les anomalies de l'examen clinique, principalement due aux particularités de cette classe d'âge. Bien que ces patients aient tendance à recevoir les soins les plus coûteux en ressources de tous les groupes d'âge, leurs problématiques sont moins susceptibles d'être diagnostiquées avec précision. Dû principalement à des points de complexité à noter.

Les déficits sensoriels peuvent être un frein à l'interrogatoire, la banalisation de certains symptômes que le patient considère comme concomitant au vieillissement or aucun symptôme ne doit être omis, les manifestations inhabituelles ou frustrées de pathologie chez le sujet âgé peut faire craindre au professionnel le sous diagnostic, le déclin fonctionnel comme seule manifestation d'un trouble d'où l'importance de prendre en compte l'ensemble des activités de base et instrumentales de la vie quotidienne, le manque de précision ou difficultés à se souvenir des éléments en lien avec sa santé amenant le professionnel à recueillir ces informations d'un tiers de confiance, la réticence parfois à déclarer certains symptômes et certaines pathologies davantage fréquente chez les sujets âgés comme la dépression ou les troubles des fonctions cognitives rendant celui-ci moins aptes à fournir des renseignements pour se faire soigner. En parallèle, l'anamnèse sociale, fonctionnelle, médicamenteuse, nutritionnelle fait partie de la prise en soins systémique.

Au vue de ces particularités, l'environnement et les processus de prise en soins spécifiques aux urgences basés autour de la prestation technique et spécialisée, destinés aux sujets autonomes avec un tableau clinique aigu, n'est pas adaptée et performante face aux objectifs qualitatifs pour ces patients. (Besdine & Alpert, n.d.) Par conséquent les sujets âgés encourent davantage de risques à quitter les urgences avec des problèmes non reconnus et non traités.

2.1.2.3 - L'évaluation gériatrique aux urgences.

Le consensus de médecine d'urgence de 2003 met ainsi en avant la nécessité du repérage des fragilités en systématique, et la conduite d'une évaluation gériatrique et sociale, sans tout de même recommander que celle-ci soit conduite par les urgentistes, l'estimant du ressort de la gériatrie. Ils recommandent donc que "les patients ayant des problèmes gériatriques patents doivent bénéficier au SAU d'un recueil exhaustif de données générales en insistant fortement sur les données sociales, d'autonomie, sur le repérage des troubles cognitifs, des troubles de la marche et de l'équilibre, et des troubles dépressifs." (Société Francophone de médecine d'urgence, 2003), mais au vu du délai de réalisation important, ce recueil est réservé aux personnes âgées fragiles de façon patente, afin que toutes ces informations permettent de réaliser par la suite une évaluation gériatrique.

Plusieurs outils ont donc été développés afin d'améliorer la reconnaissance de ces problématiques, adapté au défi imposé aux SAU en étant rapide, facile d'utilisation et hautement sensible. Ces derniers sont utilisés afin de repérer les syndromes gériatriques, tels que les troubles cognitifs, thymiques, une perte d'autonomie, l'isolement social, la dénutrition ou la polymédication. Ces patients âgés présentent régulièrement de manière concomitante des pathologies aiguës ainsi que des syndromes gériatriques, souvent sous diagnostiqués.

Afin de cibler les patients pouvant bénéficier d'une évaluation gériatrique, le consensus recommande d'utiliser le questionnaire "Identification of senior at risk" (ISAR), il est aussi validé dans la prévention de la réhospitalisation précoce. (E.Graf et al., 2012) Récapitulatif d'échelle recommandé pour les sujets âgés aux urgences. (

2.1.2.4 -La filière gériatrique et interdisciplinarité

Nous savons que les recommandations de la SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence) sont d'effectuer une évaluation gériatrique chez les personnes âgées fragiles mais par une entité gériatrique. La collaboration avec une équipe gériatrique est un pivot, afin de permettre une prise en charge adaptée et coordonnée avec l'ensemble des acteurs médicaux, médico-sociaux, et sociaux du territoire. Selon l'American college of emergency physicians dans une revue systématique, cette évaluation doit être une évaluation gériatrique ciblée, par opposition à l'évaluation gériatrique globale plus longue et plus détaillée généralement effectuée en consultation externe ou en hospitalisation. L'évaluation gériatrique ciblée permet d'examiner de manière plus appropriée les problèmes du patient qui peuvent être occultés lors de l'évaluation générale de l'urgentiste. Elle permet l'identification des problématiques cliniques ou non cliniques, afin de pouvoir planifier les soins au-delà de la plainte initiale, ce qui peut avoir un bénéfice notoire sur la probabilité de récurrence. Cette étude de revue systématique identifie 8 composantes caractéristiques fondamentales communes pour le développement d'un nouveau modèle de gestion des cas gériatriques dans un service d'urgences.

Ces composantes sont :

- Un modèle de pratique fondé sur les données probantes : en constante évolution.
- La composition et le leadership en matière de prestations cliniques de soins infirmiers.
- Utilisation d'outils validés de stratification des risques : comme un prélude habituel à l'initiation d'une évaluation et l'élaboration d'un plan de soins ou d'un processus d'orientation avec des professionnels spécialisés.
- Evaluation gériatrique ciblée
- L'initiation de la planification des soins et des dispositions aux urgences.
- Les pratiques de travail interprofessionnelles et de renforcement des capacités : le fait qu'une entité gériatrique travaille en partenariat avec d'autres fournisseurs de soins d'urgence, d'hôpitaux, de soins primaires et de soins communautaires, à l'intérieur et à

l'extérieur de l'hôpital, permet de mieux comprendre leur expertise unique et d'en tirer parti, ce qui améliore la prestation globale des soins au sein d'un système.

- Le suivi des patients à leur sortie.
- Établissement du processus d'évaluation et de suivi.

(K.Sinha et al., 2011)

Nous constatons que la collaboration et l'interdisciplinarité est un point essentiel d'une prise en soins qualitative des sujets âgés. A ce jour la filière gériatrique au sein des urgences est représentée par les équipes de consultation gériatrique traditionnelles. L'ANAP (Agence Nationale d'appui à la performance) décrit les missions des équipes mobiles gériatriques intervenant aux urgences ainsi :

- Dispenser une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique.
- Contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques.
- Les orienter dans la filière de soins gériatriques incluant les hôpitaux locaux.
- Participer à l'organisation de leur sortie en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile (CLIC², coordination gérontologique, services sociaux, SSIAD³, réseau de santé "personnes âgées")
- Conseiller, informer et former les équipes soignantes.

(agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale, 2017)

Dans la vision du développement d'un nouveau modèle de gestion des cas gériatriques dans les services d'urgences que présente l'American college of emergency physicians, il est estimé que l'intégration de praticiens de la gestion des urgences gériatriques dotés de solides compétences interpersonnelles en tant que membres à part entière du personnel des urgences peut faciliter le renforcement des capacités au sein de ces structures et au-delà. (K.Sinha et al., 2011)

² CLIC : Centre Local d'Informations et de Coordination

³ SSIAD : Service de Soins Infirmier à Domicile

2.1.2.5 - La qualité des soins

L'Organisation mondiale de la santé définit la qualité des soins comme, “devant permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui leur assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa grande satisfaction, en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins”. (Haute autorité de santé, 2014)

Depuis 1963 les sciences infirmières ont stratifié la qualité des soins dans un document, “caractéristique des divers niveaux de qualité des soins”, (Rotter & Kahoah, 1963) en quatre niveaux. Il existe :

- Les soins dangereux portant préjudice au patient, ayant un coût humain et financier important;
- Les soins sûrs prenant en compte la prévention des risques, basé sur des evidence-based et intégrant le point de vue du patient, ils sont standardisés;
- Les soins de qualité sont des soins sûrs personnalisés, considérant les besoins et les ressources de chaque patient dans une perspective de confort et d'autonomie, au minima une démarche de soins est initiée mais généralement un projet interdisciplinaire pour que le patient bénéficie de soins concertés et coordonnés;
- Puis les soins optimaux, sont des soins de qualité en considérant le patient comme partenaire avec sa famille éventuellement, bénéficiant d'un référent, assurant une collaboration à chaque étape de la prise en soins, il y a également un questionnement permanent autour des pratiques courantes.

(Formarier & Jovic, 2012, 256-260)

L'enjeu pour le modèle de gestion des cas gériatriques dans les SAU est de tendre au plus vers ces soins optimaux, afin que le patient soit considéré en constante évolution et dans sa globalité.

2.1.2.6 - Déprise, la sociologie du vieillissement.

“La déprise peut être définie comme le processus de réaménagement de l’existence qui se produit au fur et à mesure que les personnes qui vieillissent doivent faire face à des difficultés accrues. Ce réaménagement est marqué par l’abandon de certaines activités et de certaines relations, mais il ne s’y résume pas.” (Caradec & Colin, 2013) ces activités ou relations délaissées peuvent être remplacées par d’autres activités demandant un moindre effort, ou continué à plus petite échelle. La déprise prend la forme de substitution d’activités, en priorisant celles qui ont le plus d’importance pour soi. La déprise est une stratégie d’adaptation et restaure la plus value de l’expérience singulière du vieillir, car l’âge chronologique et les pertes capacitaires ne sont pas les indicateurs du vieillissement les plus pertinents, ce concept incarne un marqueur dynamique du vieillissement. (Meidani & Cavalli, 2018, 19) C’est une succession de reconversion, jusqu’à abandonner les activités, à leur yeux essentielles. C’est ainsi que l’ennui peut envahir leur quotidien et vivre avec la mort dans un “entre-deux” entre la vie et la mort, marqué par une “présence intime de la mort”. (Clément, 1994, 368)

La déprise correspond à un lâcher prise sur quelques éléments de sa vie, selon son propre rythme et ses propres choix, c’est en opposition à la théorie du désengagement.

Il est intéressant de porter une réflexion et une analyse sur le processus individuel du vieillissement à travers le concept de déprise, le sujet âgé n’est pas uniquement une entité chronologique et biologique, chaque personne est individuel mettant en oeuvre des mécaniques afin d’atteindre une qualité du reste à vivre, considéré par le sujet âgé.

2.2 - Problématique et hypothèses.

Cette étude s'intéresse aux besoins et objectifs du personnel soignant des services d'accueil des urgences en termes d'apport d'expertise gériatrique.

Quelles sont les perceptions du personnel soignant exerçant dans un service d'urgences, concernant la prise en soins de la population gériatrique ? Quels sont les besoins spécifiques de ce personnel ? Quelles sont leurs perceptions d'amélioration ?

Le cadre contextuel nous a permis de montrer que le vieillissement de la population actuelle représente un enjeu de santé publique.

Le cadre conceptuel a quant à lui permis d'analyser l'état actuel des connaissances concernant les besoins des sujets âgés, lors d'une prise en soins aux urgences et l'impact que peut avoir une intervention gériatrique et se projeter dans un idéal de compréhension et de prise en soins de la population gériatrique.

L'objectif principal de l'étude est de décrire la vision du personnel soignant de service d'urgence face à la prise en soins des personnes âgées et leur spécificités. Afin de comprendre les besoins et objectifs des équipes soignantes de ces services.

Nous postulons que la population gériatrique fragile admise aux urgences majeure ses besoins en termes de prise en soins et augmente les hospitalisations itératives (Hypothèse 1). Les soignants des services d'urgences devraient mettre en évidence des difficultés face à cette population. (Hypothèse 2). Le SAU ayant une présence gériatrique, traduiront une prise en soins améliorée et un impact positif de celle-ci, tandis que les soignants sans présence gériatrique exprimeront leurs besoins en termes d'expertise gériatrique au sein des urgences (Hypothèse 3). Nous postulons également qu'il y aura une concordance concernant les besoins de la personne âgée et des soignants face aux compétences spécialisées de l'IPA (Hypothèse 4).

3 - Matériel et Méthodes

3.1 - Design de l'étude

Il s'agit d'une recherche descriptive qualitative, prospective et multicentrique, sur les besoins et objectifs en termes d'apport gériatrique, du personnel soignant des services d'accueil des urgences du centre hospitalier de Seclin et du centre hospitalier de Denain.

Ces deux établissements ont été choisis au vue de leur structure proche en terme de nombre de lit de médecine-chirurgie-obstétrique, de la présence d'une équipe mobile gériatrique au sein de leur établissement, ainsi que le fait qu'un dispose d'une expertise gériatrique disponible au sein du SAU (CH Seclin) et l'autre n'en dispose pas (CH Denain).

L'investigateur est étudiant au diplôme d'infirmier en pratique avancée, ayant reçu une formation à la recherche qualitative à la faculté de médecine de Lille.

3.2 - Ethique

Il s'agit d'une étude prospective sur des données collectées auprès de personnels soignants sur leur expérience. En accord avec la loi Jardé française, ce type d'étude ne requiert pas l'accord d'un comité éthique. Les données recueillies n'ont pas nécessité de déclaration à la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés), une demande a été effectuée auprès du responsable hiérarchique de chaque établissement.

Une information claire et loyale a été fournie oralement aux soignants. Avant chaque entretien, l'investigateur se présentait auprès du personnel soignant et expliquait la démarche entreprise. Un accord oral a été donné par chaque participant après la présentation de l'investigateur.

Les entretiens étaient enregistrés sur Dictaphone, les bandes audio ont été enregistrées puis retranscrites pour être ensuite détruites au terme de la soutenance, ces retranscriptions ont été anonymisées.

3.3 - Population de l'étude

L'ensemble du personnel soignant des urgences des Centres Hospitaliers (CH) de Seclin et Denain était éligible à l'étude, un choix a été effectué sur les fonctions à cibler. Le choix s'est porté sur les médecins, les infirmières et les assistantes sociales, afin d'analyser le point de vue médical, paramédical et social.

Critères d'inclusion.

Tous les médecins ou étudiants en médecine exerçant aux urgences de façon régulière étaient éligibles, tous les infirmiers diplômés d'état exerçant régulièrement aux urgences étaient éligibles, ainsi que les assistantes sociales intervenant régulièrement aux urgences. Ceci était valable pour les deux structures ciblées (CH Seclin & CH Denain).

Critères d'exclusion.

Le seul critère d'exclusion était : une expérience professionnelle de moins de 6 mois aux urgences.

3.4 - Recueil des données

Une enquête qualitative a été réalisée par des entrevues semi-dirigées, un guide d'entretien a été constitué (Annexe 4) au début de l'étude, afin de recueillir des données auprès des participants quant à leurs sentiments, leurs pensées et leurs expériences sur le thème prédéfini. Il

permet une animation souple, l'investigateur se laisse guider par le rythme et le contenu de l'échange, se déroulant comme une conversation, afin d'aborder les thèmes généraux qu'il souhaite explorer avec le participant. Son but étant de veiller à la qualité des réponses, mais aussi à créer un climat susceptible d'accroître la motivation des participants. Avant l'entrevue un contact direct est réalisé, il permet de préciser le but de l'étude, d'indiquer comment sont sélectionnés les participants, lui assurer la confidentialité des renseignements et d'obtenir le consentement oral du répondant.

Ce guide est utilisé comme base, il était susceptible de pouvoir être évolutif à la suite des premiers entretiens, afin de faire apparaître de nouvelles hypothèses de travail.

Les entretiens étaient réalisés en face à face sur le lieu de travail des soignants, dans un premier temps enregistrés sur un dictaphone, puis retranscrits de manière fidèle et intégrale sur Word. (Gagnon & Fortin, 2016, 320)

3.5 - Analyse des données

Initialement nous avons effectué une transcription en verbatim, afin de produire des données complètes, incluant les aspects de communication non verbale tels que les pauses, le rire ou encore les interruptions.

Nous avons ensuite effectué une révision attentive, un approfondissement des données, et une immersion totale dans les données. Ce qui permet de graduellement se familiariser avec le contenu des transcriptions.

Puis l'analyse détaillée commence par un codage, celui-ci a été effectué en trois étapes, la segmentation puis le tri en unité analytique et finalement par le codage qualitatif. Nous n'avons pas utilisé de logiciel, par manque d'intuitivité. Ce processus nous a permis de retranscrire précisément la vision des soignants face à la prise en soins des sujets âgés aux urgences.

3.6 - Biais anticipé.

Nous avons identifié plusieurs biais possibles à cette recherche. Afin de ne pas influencer leur réponse concernant l'expertise gériatrique aux urgences et notamment l'équipe mobile gériatrique, nous avons volontairement exclu la question spécifique concernant celle-ci, nous avons plutôt sélectionné une question ouverte concernant l'amélioration des pratiques, puis une question de relance si l'équipe mobile ou l'expertise gériatrique était abordée.

Les services d'urgences étudiés possèdent un seul équivalent temps plein assistante sociale, ce qui rend compte d'une vision unique au niveau de l'entretien. C'est un biais connu mais non modifiable.

4 - Résultats

4.1 - Population de l'étude

10 personnels soignants ont été inclus dans l'étude. Au sein du SAU de deux établissements de santé des Hauts de France, qui est structurellement proche. Au sein de chacun de ces établissements, 2 médecins, 2 infirmières et l'assistante sociale du SAU ont été inclus dans l'étude. Les entretiens ont été réalisés au cours du mois d'avril et de mai 2022, ces entrevues ont duré entre 6 et 18 minutes. La saturation des données a été atteinte. Un diagramme de flux a été effectué. (Annexe 3)

4.2 - Caractéristique de l'échantillonnage

	Âge	Sexe	Fonction	Expérience en gériatrie	Durée d'exercice aux urgences	Etablissement
A1	29 ans	Masculin	Assistant(e) sociale	Aucune	6 mois	A
A2	47 ans	Féminin	Assistant(e) sociale	Plusieurs années en ville	8 ans	B
I1	26 ans	Masculin	Infirmier(e)	6 mois	2 ans et demi	A
I2	45 ans	Féminin	Infirmier(e)	1 an + 12 ans en SSR	3 ans	A
I3	32 ans	Féminin	Infirmier(e)	Aucune	10 ans	B
I4	33 ans	Féminin	Infirmier(e)	Aucune	10 ans et demi	B
M1	50 ans	Masculin	Médecin	Aucune	22 ans	A
M2	25 ans	Féminin	Interne en médecine	Plusieurs stages d'externat	6 mois	A
M3	57 ans	Masculin	Médecin	Aucune	20 ans	B
M4	35 ans	Masculin	Médecin	Aucune	7 ans	B

Tableau 1 : Caractéristiques des patients

Concernant la section "établissement", le A correspond à l'établissement avec une équipe mobile gériatrique, le B correspond à l'établissement sans équipe mobile gériatrique.

L'échantillonnage est de type accidentel, par "convenance". Les sujets ont été sélectionnés selon leur disponibilité et leur facilité d'accès, tout en respectant les critères d'inclusion et d'exclusion.

4.3 - Analyse des données

A la suite de l'analyse des différents entretiens, six grandes thématiques principales ressortent :

1. Altération des dimensions somatiques, psychologique et social
2. Coordination autour du sujet âgé
3. L'acculturation gériatrique
4. Les particularités de la population gériatrique
5. L'état des lieux de la gériatrie aux urgences
6. Subtilités structurelles et organisationnelles des SAU

La synthèse des données est présentée ci-dessous, dans le tableau 2. Les codes de lecture sont les suivant :

- Catégorisation professionnelle : M= Corps médical, I= Corps infirmier, A= Service social.
- Catégorisation "géographique" : remplissage bleu = présence d'une expertise gériatrique aux urgences, sans remplissage = absence d'une expertise gériatrique aux urgences.

Cette classification a été effectuée afin de faciliter l'analyse des résultats et faire émerger les thématiques émergentes selon la profession et l'environnement d'exercice.

Tableau 2 : Synthèse des résultats de l'analyse

Thématique	Thème	Sous-Thème	M1	M2	M3	M4	I1	I2	I3	I4	A1	A2
Altération des dimensions somatiques, psychologiques et sociales	Problématique en amont		X	X	X	X	X					X
	Difficultés d'aval		X	X	X	X					X	X
Coordination autour du sujet âgé	Coordination hôpital-ville	Anticipation et sous gestion en amont	X		X	X						
		Déficits d'informations	X	X	X				X	X	X	
		Retour sous optimal		X		X						
		Spécificité de l'EHPAD	X		X	X						
	Lien urgence-gériatrie	Coordination en interne	X		X	X	X				X	X
		Disponibilité	X		X							
		Hospitalisation directe et programmée	X		X							
	Equipe mobile gériatrique		X	X	X	X					X	
Acculturation gériatrique	Philosophie et Habitudes de travail		X					X			X	
	Formation		X				X					
Particularité de la population gériatrique	Manque d'auto-information		X						X	X	X	
	La communication			X			X	X	X	X	X	
	Directives anticipées et directives médicales				X							
	Gestion des troubles du comportement						X	X	X	X		
Etat des lieux de la gériatrie aux urgences	Sentiment d'efficacité en aigue			X		X	X			X		
	Evaluation spécifique et approfondie		X			X						X
	Sur-hospitalisation		X			X						X
Subtilité structurelle et organisationnelle des SAU	Le Temps				X	X	X	X	X	X	X	
	Le confort				X	X	X		X	X		
	Contraintes infrastructurelles et matérielles					X	X	X	X	X		

4.3.1 L'altération des dimensions somatiques, psychologiques et sociales

4.3.1.1 Problématique en amont

La population âgée franchit majoritairement les portes des urgences pour une problématique médicale, mais plus de la moitié des soignants remarque que régulièrement les sujet âgés arrivent avec des problématiques environnementales, d'aides et de maintien à domicile précaire. Ces problématiques correspondent aux critères mis en avant par le consensus de médecine d'urgence concernant le recueil de données exhaustif.

“Une personne âgée qui vient ... parce qu'elle a chuté à la maison et que sur le plan biologique il n'y a rien de particulier, sur le plan traumatologique il n'y a rien de particulier non plus, mais on voit qu'il n'y a pas d'aide suffisantes à la maison. Notamment sa chambre qui est au premier étage, elle m'explique qu'elle doit monter les escaliers plusieurs fois par jour, que c'est la fatigue qui induit un risque de chute important.” (Corps médical 2)

Les plans d'aides sont parfois insuffisants, inexistants ou encore non efficaces, ce qui peut engendrer des problématiques complexes ou un retour à domicile immédiat impossible. Amenant régulièrement vers une hospitalisation comme le décrit le rapport de la Drees de 2017 mis en avant en première partie.

“Souvent ils arrivent dans des situations de plus en plus dégradées physiquement, avec aussi un problème de maintien au domicile qui est lié au nombre d'heures insuffisantes et dispensées par les dispositifs comme l'APA⁴, ou quand il y a de l'APA, ou une simple aide-ménagère financée par la caisse de retraite avec des intervenants (...) Donc c'est ça qui est compliqué avec effectivement des plans d'aide qui ne sont pas adaptés au niveau du domicile. “ (Assistante sociale 2)

“Je trouve que les situations les plus complexes ... je vais dire la perte d'autonomie, chez les patients qui sont envoyés pour un problème qui est plus social, maintien à domicile (...) Et le fait du coup on ne peut pas les renvoyer au domicile” (Corps médical 4)

⁴ APA : Allocation personnalisée d'autonomie

4.3.1.2 Difficultés d'aval

Dans une contrainte de temps que l'on connaît aux urgences, une analyse environnementale et d'aides est mise en difficultés par plusieurs points en aval lors du retour à domicile. Les soignants remarquent un manque de réactivité en ville.

“Les services extérieurs n’ont pas forcément la même temporalité que nous, donc ils ne sont pas forcément aussi réactifs que nous, ils ont besoin eux aussi d’une ressource humaine qu’il n’ont pas forcément (...) Les infirmières libérales je n’en parle pas non plus, elles sont débordées (...) à l’heure actuelle ça devient très compliqué parce que derrière en fait, bah toute la machinerie derrière, elle a du mal à suivre” (Service social 1)

Ils détectent des limites en termes de dispositifs.

“Après des situations où ils vont rentrer au domicile, bah on travail avec les partenaires de secteur dans la limite de ce qu’ils peuvent prendre en charge” (Service social 2)

Tandis qu’au sein des urgences, ils sentent les limites de leur prise en charge environnementale et d’aides. Ils sont restreint en place d’avale, ils reconnaissent des difficultés de mise en place d’aide et de suivis au domicile.

“Mais alors nous on a toujours la pression des places d’avals, donc on veut commencer à vouloir les sortir” (Corps médical 1)

“C’est pas si facile mais c’est de mettre un pôle ambulatoire, mais nous aux urgences on est quand même assez mauvais pour mettre en place une HAD⁵ des choses comme ça, ça prend du temps on peut pas le faire dans le flux enfin on devrait être plus nombreux. (...) Mettre en place un suivi qu’on est incapable de mettre en place aux urgences.” (Corps médical 4)

Les professionnels ont une impression d'utilisation disproportionnée des urgences à des heures inappropriées, concernant des problématiques majoritairement sociales. Comme le souligne Christophe Büla.

“Ces gens- là seraient arrivé à 10h on aurait dit bah attendez on va appeler la fille finalement il y a un enfant qui habite à côté, est-ce qu’il peut pas venir habiter avec elle et se relayer pendant

⁵ HAD : Hospitalisation à domicile

une semaine le temps de mettre des trucs en place et en fait ces gens-là pourraient rentrer peut être (...) c'est plus facile de gérer à 10h du matin que le samedi à midi ou que le lundi à 22h, beaucoup des entrées qui arrivent à cette heure là alors qu'il s'est rien passé. (...) Elles mangent plus depuis un mois elles se laissent aller etc et Bing ça arrive à 23h tu dis c'est impossible quoi (...) t'as personne qui répond. (Corps médical 3)

4.3.2 Coordination autour du sujet âgée

4.3.2.1 Coordination hôpital-ville

Retour sous optimal

Lorsque les sujets âgés sortent des urgences malgré une analyse environnementale et d'aides non efficaces par refus, par pression des places d'aval ou manque de temps, les soignants estiment le retour comme sous optimal.

“Mais dans ce qui s'est mal passé c'est du coup le fait que la prise en charge n'avait pas été optimale et que du coup ça n'a pas été jusqu'au bout, que le risque de chute est toujours là et qu'il n'a pas pu être remis à zéro totalement si on peut dire et que les aides ne sont pas suffisantes et ont pas pu être instaurées comme elle l'aurait dû” (Corps Médical 2)

Cette situation potentialise le risque de nouveau passage en SAU précoce, ainsi que des hospitalisations itératives.

“Ce sont des gens qui finalement sortent au bout de quelque temps, soit du CSG⁶, soit même de SSR et souvent derrière il y a un refus d'institutionnalisation (...) finalement ils reviennent et c'est une boucle sans fin.” (Corps Médical 4)

⁶ CSG : Court séjour gériatrique

Anticipation et sous gestion en amont

Les soignants constatent qu'en ville il existe une difficulté à gérer et devancer l'évolution ou encore la décompensation de la perte d'autonomie ou de la pathologie chronique des sujets âgés. En clair, la ville semble ne pas avoir les moyens afin de prévenir la cascade gériatrique, comme décrite par la fragilité de la personne âgée. Plusieurs prises en soins types ont été décrites comme exemple par les soignants.

“Ont a aussi le problème des trucs qui sont pas gérés en amont soit en ville, soit par des services, ou en fait on a des personnes âgées qui nous arrivent comme un cheveu sur la soupe à 22h, quand il y a plus rien de disponible, pour un truc qui traîne depuis 3 semaines, ou des altérations aiguës de l'état général depuis 6 mois avec une nécessité de convalescence sururgente alors qu'il y a 2 mois, ils avaient mis le feu chez eux, on a beaucoup de médecins qui ne font pas grand chose en ville, enfin ce qu'on voit parce qu'en fait je pense qu'il y a plein de gens qui sont bien gérés, ces gens là on les voit pas passer, parce que les médecins font bien leur travail. Il y en a plein qui nous arrivent pour placement, il y a rien en fait, tu vois les gens ça fait ils sont venus il y a 6 mois, il faisait des chutes à répétitions, on a absolument rien fait, ils ont pas de lit médicalisé, il n'y a pas de kiné qui les aident à garder le peu de marche qu'ils faisaient etc ... Et il nous arrive pour une altération brutale de l'état général, qui n'est pas du tout brutale en fait et jamais aux heures ouvrables. Et du coup, ils arrivent dans une situation où on fait rien pour eux de plus, voilà on va juste les mettre dans un service de gériatrie et donc du coup mettre en place des aides qui auraient pu être mises doucement avant qu'ils perdent trop d'autonomie, où on arrive à un stade de toute façon il pourront plus rester chez eux.” (Corps Médical 3)

Le manque d'anticipation en amont, engendre des situations vues comme délétères pour le patient âgé, favorisant les risques de troubles psycho-comportementaux, ils estiment la filière gériatrique programmable sous-utilisée, ils déplorent un manque d'organisation et de formalisation.

“Ce qui est négatif c'est souvent ces situations qui au préalable pourraient être gérées en évitant que cette personne n'arrive aux urgences, une personne âgée qui va être perdue on va majorer un

peu peut être ses problématiques cognitives, alors qu'effectivement si on avait anticipé une hospité, où voire une HDJ⁷, voire une consultation ça serait pareil, et c'est pas codifié ça perturbe encore plus les personnes ça c'est sûr."

"La solution est déjà présente, mais elle n'est pas exploitée, elle n'est pas faite, à mon avis c'est un manque d'habitude de la part des médecins traitants." (Corps Médical 1)

Déficits d'informations

En majorité les soignants déplorent un manque de données concernant les sujets âgés à leur arrivée. Les intervenants de proximité ne fournissent pas d'informations de première intention, tandis que la famille et les aidants ne sont pas toujours présents, notamment lors de la pandémie où ils n'étaient pas autorisés, ou parfois ne possèdent pas ces informations. Les soignants sont amenés donc à contacter la famille ou les intervenants du domicile afin de compléter les données initiales. Cette opération est chronophage, qui peut se compliquer en dehors des heures ouvrées, cela est parfois difficile ou peu efficient.

"En fait les consultations multiples, on sait pas vraiment pourquoi ils viennent, on n'a pas toujours les traitements et ils sont un peu lâchés comme ça, souvent sans trop de renseignements par les familles (euh) c'est vraiment nous notre problématique qu'on a aux urgences" (Corps Médical 3)

"C'est souvent des dossiers bien complets, difficiles, avec beaucoup d'antécédents, beaucoup de traitements donc il y a tout le côté aussi où il faut essayer de récupérer un petit peu tout ça avec les appels au médecin généraliste pour les ordonnances notamment" (Corps Médical 2)

Ils remarquent également une tendance à la dispersion des données sur plusieurs sites, mettant en évidence une problématique de regroupement des données.

"Souvent aussi, ces patients sont multisites, enfin ils font un peu de nomadisme et parfois on a du mal à faire une synthèse." (Corps Médical 1)

⁷ HDJ : Hôpital de jour

Spécificité de l'EHPAD

Trois médecins sur quatre relèvent des difficultés à l'admission de patient provenant d'EHPAD (Etablissement d'hébergement pour personne âgée dépendante), cela sur les deux sites. Le corps médical assimile cette difficulté à la sous utilisation du DLU (Dossier de liaison d'urgence) au sein des urgences avec expertise gériatrique, malgré les formations conduites. Tandis qu'au sein du service d'urgence sans expertise il décrit sa difficulté par le fait d'une mauvaise utilisation de ce DLU, qui est utilisé, complété mais avec principalement des informations non pertinentes dans la prise en soins aigus que nécessite le passage aux urgences.

“Sur les documents qui nous sont adressés par les EHPAD. On avait mis au point, enfin on avait essayé de mettre au point ce qu'on appelle le DLU (...) Ben ce DLU malgré le travail qui avait été fait, avec le réseau Assur. Je ne le voit pas ce DLU, oui je vois encore des gros pavés, photocopié de 52 pages qui certes est intéressant si on a 1h, là ce qu'on voudrait c'est un DLU”
(Corps Médical 1)

“Il y a tous les trucs d'EHPAD, où on n'a pas de transmissions, en fait les seules transmissions c'est ce qu'on a sur la feuille pompier ou de l'ambulance (...) Alors il te mettent toutes les trucs en disant qu'il a bien mangé la veille etc ... mais le motif de pourquoi ils arrivent aux urgences, souvent il se passe un truc, voilà les urgences mais tu sais même pas pourquoi (...) Mais le motif, oui le pourquoi ils arrivent aux urgences ce jour-là, tu l'as moins d'une fois sur quatre (...) Il suffirait juste qu'ils rajoutent un petit mot, transfert aux urgences ce soir pour ...”
(Corps Médical 3)

4.3.2.2 Lien urgence-gériatrie

Coordination en interne

L'équipe sociale des deux établissements constate un mode d'interpellation de leur service efficace, permettant d'intervenir au plus rapidement, ce qui améliore la collaboration

interdisciplinaire. Ils ont également le sentiment d'être écoutés par le corps médical. Cette coordination facilite l'intervention sociale aux urgences.

*“Bah ce qui se passe bien, c'est bah déjà qu'ils nous interpellent, qu'ils interpellent l'assistante sociale quand ils sentent que effectivement le patient va être en difficulté sur un retour à domicile et qu'on soit entendu aussi par les équipes. (...) on a quand même de la chance à *****, d'être sur un petit centre hospitalier avec encore un fonctionnement qui reste assez familial entre guillemets et on va toujours trouver une place en hospitalisation. C'est ce qui va me laisser le temps en fait de prendre en charge et d'adapter les aides (...) c'est vrai que je ne suis jamais en difficultés par rapport à une prise en charge aux urgences parce que (euh) les médecins urgentistes ne laisseront pas repartir si ils savent qu'il n'y a pas de majoration possible d'aides en sortant des urgences” (Service social 2)*

Le corps médical exerçant aux urgences, ayant à disposition une expertise gériatrique décrit un lien avec la gériatrie, et une organisation efficace. Cette expertise est vue ici comme facilitateur de la communication avec la filière gériatrique.

“Un élément très important, c'est un élément facilitateur, quand l'équipe mobile gériatrique a une problématique, il faut hospitaliser, il parle directement à son collègue ou bien des fois aussi ce qui nous aide, ils peuvent faire dans notre cas une entrée direct au SSR⁸.

Ils se parlent entre eux, entre gériatres ou rééducateurs. (...) J'aime bien que quand je fais venir l'équipe mobile de gériatrie et que le médecin gériatre me dit je pense qu'il peut repartir, j'aime bien dire, t'es gériatre discute avec ton collègue gériatre à l'EHPAD pour voir avec le médecin coordonnateur pouvoir parler entre vous avec des termes appropriés, j'aime bien faire ça aussi.”

(Corps Médical 1)

Il en est ressorti également un manque de coordination interne afin de faciliter l'accès aux hospitalisations programmées et éviter l'utilisation inappropriée du service d'accueil des urgences. Notamment au sein du service sans expertise gériatrique.

“Il y a des des médecins généralistes qui appellent en disant j'ai essayé de faire une entrée directe en gériatrie, il n'y a rien d'urgent, il y a absolument rien à faire, la prise de sang je l'ai

⁸ SSR : Soins de suite et réadaptation

faite hier pour m'assurer qu'il y avait rien d'aiguë, mais le gériatre à réservé la place ou machin mais on nous a dit que ça passait par les urgences systématiquement. Donc les gens arrivent, 90 ans, ils ont rien à foutre aux urgences (...) et finalement être complètement encore plus perdus que s'ils étaient rentrés de chez eux en hospitalisation programmée (...) faire accepter à un gériatre une entrée directe c'est impossible.” (Corps Médical 3)

Cette situation ressort tout de même au sein du service, où une équipe mobile de gériatrie intervient, de manière plus subtile.

“Nous on les voit pas les hospitalisations programmées, nous on voit plutôt ce qui ne va pas, les personnes qui ne sont pas programmées donc on se dit bah ces gens là typiquement il faut les programmer.” (Corps Médical 1)

Hospitalisation directe et programmée

Nous avons vu avec les verbatims précédents que les soignants évoquent un manque de coordination hôpital-ville et des difficultés de coordination interne. Ces éléments ont amené les soignants à avoir le sentiment d'un manque d'hospitalisation programmée, que ce soit la structure avec expertise gériatrique et celle sans.

“J'aimerais bien qu'il y ait plus d'entente entre les médecins traitants, avec nous éventuellement, mais surtout avec les gériatres pour prévoir pour anticiper des hospitalisations.” (Corps Médical 1)

“Je ne sais pas trop s'il y a des entrées directes, ont n'est pas au courant en fait, mais ça serait peut-être bah direct de la ville sans que ça passe par les urgences. (...) Quand c'est le médecin qui appelle en disant bah vous savez elle tombe de plus en plus, ça devient compliqué, elle perd la tête, je pense que ça devient compliqué à ce qu'elle reste à la maison. Ces gens-là devraient rentrer, ça devrait être une entrée programmée, pas forcément le jour même puisque c'est pas aigu si vous voulez, si le médecin appelle le lundi et qu'on les fait rentrer le vendredi directement dans un lit de gériatrie c'est très bien, il faudra peut être leur faire un bilan mais il est pas urgent.” (Corps Médical 3)

Disponibilité

Le corps médical ayant une expertise gériatrique aux urgences, considère les gériatres comme disponibles, n'ayant aucune difficulté à effectuer un transfert dans un service de gériatrie. Au même titre que le corps médical sans expertise gériatrique, mais tout en précisant que cette disponibilité des gériatres était à distance, il déplore l'absence physique des gériatres et de leur expertise.

“Les gériatres sont hyper disponibles au téléphone, ça c’est hyper facile de mettre des gens, on galère jamais avec ça (...) mais avec le flux de personnes âgées ici, ils descendraient même sans nous appeler en sachant, qu’il y a des cardios qui descendent en disant, il y a de la cardio pour nous, il y a beaucoup moins de cardio que de gériatrie. Bah on voit jamais un gériatre qui descend. (...) ça ça n’existe jamais jamais jamais, donc ça serait très bien.” (Corps médical 3)

4.3.2.3 Equipe mobile gériatrique

Ce sont principalement les médecins et les assistants sociaux qui ont abordé l'expertise gériatrique par le biais d'une équipe mobile. Ils décrivent l'équipe mobile comme ayant une réelle expertise gériatrique, facilitant la résolution de situations complexes grâce à une vision élargie, avec une connaissance approfondie du maillage territorial et de la filière gériatrique. Ils constatent l'abandon de l'autonomie, une évaluation plus ciblée afin d'effectuer les retours sécurisés, qui n'auraient pas été possible sans leur intervention. Cette vision de l'expertise de l'équipe mobile gériatrique correspond aux recommandations de SFMU et de l'American college of emergency physicians concernant l'évaluation gériatrique aux urgences vue en première partie.

Cette vision est unanime au niveau médical, au sein du service d'urgence sans équipe mobile, ils postulent que la présence de celle-ci pourrait libérer du temps médical.

Ces descriptions de l'équipe mobile par les professionnels n'en ayant pas, amènent un parallèle intéressant sur des problématiques citées précédemment, notamment la programmation et la coordination hôpital-ville.

“L’équipe mobile de gériatrie qui aide beaucoup (rire) et qui permet des fois de desmagouiller des situations compliquées, ça c’est un bon point. (...) ils ont une autre vision, différente des urgentistes (...) ils ont une vision plus globale de la personne, avec un petit peu son environnement, ses aides en place, son mode de vie, ils arrivent à mieux évaluer avec un recul un petit peu plus important que nous je trouve et du coup il cible vraiment les bons points.” (Corps Médical 2)

“Une équipe mobile de gériatrie qui vient ou même qu’ils descendent à l’UHCD⁹ parce qu’on a des gens qu’on garde en UHCD (...) ils descendent le matin et qui ... écoute je veux pas le prendre mais je vais me mettre en relation avec son médecin traitant machin ... on lui fait un bilan d’autonomie dans une semaine ou on l’admet dans le service, parce que c’est ces trucs là qu’on a pas en fait.” (Corps Médical 3)

“C’est vrai, c’est des solutions qui sont assez moins binaires que, on hospitalise, on hospitalise pas. Peut-être de les revoir en consultation 2-3 jours après, il y a plein de choses qu’on peut imaginer c’est vrai. (...) Où je travaillais avant, l’équipe mobile de gériatrie faisait pas mal de retours que nous ont aurais gardé, vraiment ils ont une vraie expertise (...) Nous ça nous ferait gagner du temps médical pour nous, ça ferait gagner du temps donc du coup aussi à la personne âgée et serait pris en charge au mieux, on serait plus efficace. (...) à l’équipe mobile, l’infirmière elle a une vraie expertise gériatrique que nous, nous n’avons pas. Oui on peut imaginer même passer les voir au domicile ça serait intéressant ça permettrait peut-être d’éviter de laisser une situation jusqu’à la chute qui reviendrait ...” (Corps Médical 4)

4.3.3 L’acculturation gériatrique

4.3.3.1 Philosophie et Habitudes de travail

Seul les soignants travaillant avec une expertise gériatrique disponible n’abordent le sujet de la culture gériatrique, coté médicale sa vision est davantage basée sur la présence d’une

⁹ UHCD : Unité d’hospitalisation de courte durée

expertise acculture l'ensemble du personnel, plus il y a une habitude de travail qui s'installe plus les automatismes s'effectuent comme le décrit K.Sinha et al dans la première partie. Il estime également que la population prise en soins, joue également sur la manière d'intervenir, due aux spécificité de la population gériatrique

“Notamment en lien avec l'équipe mobile de gériatrie, ils nous donnent quand même quelques clés. En fait on fait un copier coller un peu de ce qu'ils font, ce qu'on doit faire, leur interrogatoire ou avec la famille aussi on le fait on commence effectivement à avoir des réflexes. (...) C'est la fréquentation qui le veut, une culture un peu gériatrique, donc effectivement c'est au contact des gériatres qu'on apprend à faire de la gériatrie. (...) On travaille bien avec les gens qu'on travaille souvent avec (...) C'est vrai que si c'est un gériatre qui vient et c'est toujours le même on va créer des réflexes, des habitudes de travail.” (Corps médicale 1)

En opposition aux dires de l'infirmière, qui a plutôt un sentiment de désinvestissement d'une partie du personnel concernant la population gériatrique, un manque de motivation et une mentalité non adaptée. Le leadership en matière de prestation clinique de soins infirmiers est-il suffisant ? comme le suggère l'American college of emergency physicians.

“Puis après il y en a, ils n'ont pas envie non plus, ils n'ont pas la patience, il n'ont pas l'envie, après c'est une question de voir, de philosophie, de voir les choses. (...) Il faut changer les mentalités, c'est les mentalités qu'il faut changer.” (Infirmier 2)

Tandis que le service social témoigne d'un travail davantage qualitatif en présence de l'équipe mobile gériatrique, ce qui renvoie à la qualité des soins défini en première partie.

“Effectivement le travail aux urgences quand il y a l'EMG¹⁰, c'est plus qualitatif parce qu'on a plus d'éléments.” (Service social 1)

4.3.3.2 Formation

Une partie des soignants exerçant en collaboration avec l'équipe mobile, aborde le sujet de la formation, du point de vue médical il est plutôt question de formations à destination de la

¹⁰ EMG : Equipe mobile de gériatrie.

médecine de ville, des formations hôpital-ville générale ou concernant des spécificités gériatriques. Tandis que du point de vue infirmier il est plutôt question de formation pour le personnel soignant afin d'assimiler des outils et des connaissances, principalement sur la typologie spécifique de ces patients. Ce qui corrobore les données de Besdine & Alpert sur le manque de performance qualitatif concernant les spécificités de la personne âgée abordées en première partie.

“Moi je dis effectivement une formation, peut être une meilleure ville-hôpital. (...) Peut-être des formations au coup par coup sur des thématiques particulières avec nos gériatres, bilan de chute de la personne âgée, confusion, CRP¹¹ isolée que faire ce genre et puis effectivement l'anticipation des hospitalisations pour médecins traitant sur des pathologies qui ne relèvent pas forcément.” (Corps Médical 1)

“Une formation spécifique c'est comme pour tout, cardio, neuro ... Je pense faut savoir les prendre, faut être formé, je pense déjà à une formation justement avoir des outils qu'on ai à notre disposition des outils professionnels, pas forcément technique mais au moins des connaissances, des compétences en plus parce que c'est une typologie de patients qui est spécifique.” (Infirmier 1)

4.3.4 Les particularités de la population gériatrique

4.3.4.1 Manque d'auto-information

La problématique communiquée par les soignants est principalement le fait que la population gériatrique est très sujet à la méconnaissance de leur propre dossier médical, que ce soit dû ou non à des troubles cognitifs, ce qui rend la collecte des données globale compliquée.

“Souvent elles ont une méconnaissance de leur propre dossier ou elle ne sont pas en capacité de nous les donner” (Corps médicale 1)

¹¹ CRP : Protéine C-reactive

“Des fois on a pas toutes les infos, donc on est obligé d’appeler les familles pour savoir un petit peu et les circonstances, parce que eux, ils savent pas non plus trop des fois nous donner des infos.” (Infirmier 3)

“Les problématiques alors quand ils arrivent c’est un petit peu connaître le pourquoi de leur arrivée (...) quand ils sont tout seul c’est un peu compliqué, pour le peu qu’ils soient non communicant ou dément, ça devient très compliqué. Connaître donc les antécédents, les traitements alors ça c’est une catastrophe, c’est compliqué.” (Infirmier 4)

4.3.4.2 La communication

Une majorité de soignants associe régulièrement les difficultés de communications aux troubles cognitifs, étant pour eux une spécificité de la population gériatrique. Plusieurs se sentent non optimale dans leur explications et dans leur communications, principalement par manque de compréhension et une difficulté à se mettre en condition pour une communication qualitative. Il est abordé également le fait que les personnes âgées ont régulièrement une réticence que ce soit à déclarer des symptômes, à être hospitalisé ou mise en hébergement. Comme expliqué dans la première partie, c’est un enjeu qualitatif.

“Souvent ce qui revient c’est plus au niveau de la communication pour les patients qui sont Alzheimer ou qui ont des démences à ce moment là pour communiquer c’est un peu compliqué” (Infirmier 1)

“Au niveau des soins, des fois c’est expliquer ce qu’on va faire et ils comprennent pas forcément l’utilité. (...) mais nous aux urgences ça va vite, donc bon on explique une fois, 2 fois, puis après bah j’ai besoin de la faire quand même. (...) puis après leur expliquer le parcours d’après, donc ils ont attendu 6h, leur expliquer qu’ils sont hospitalisés c’est encore un autre problème.” (Infirmier 4)

“Souvent c’est des personnes qui refusent l’hospitalisation, même si des fois ils en ont besoin pour une courte durée ou pour mettre les aides en place et du coup toujours et m’est arrivé plusieurs fois le fait de devoir convaincre quelqu’un de rester en hospitalisation. C’est souvent

chez la personne âgée que j'ai une réticence, par rapport à plein de facteurs environnementaux.”
(Corps Médical 2)

4.3.4.3 Directive anticipée et directive médicale

Un des médecins interrogé déplore fortement le manque significatif de directives anticipées, ainsi que les directives médicales inappropriées. Que ce soit de par le modèle des soins optimaux de qualité des soins ou de par le modèle sociologique de la déprise, le patient doit être par les directives anticipés au cœur et partenaire de sa prise en soins.

“ Le manque de directives anticipées qui sont faites, demandez aux gens ou aux familles machin. Et que ce soit mis, on voit même certains gériatres, chez des gens grabataire de 90 ans qui marquent suppléance de toute défaillance par tout moyen possible, c'est-à-dire qu'il y a des gens qui ne parlent plus qui mangent plus qui sont comme ça et c'est marqué suppléance de toute défaillance, c'est-à-dire que s'ils font insuffisance rénale aiguë faut qu'on les dialyse, s'ils font un choc faut qu'on les mette sous Amines etc ... c'est juste un truc pour se couvrir entre guillemets mais qui est complètement merdique. Ça peut même être opposable d'aller dialyser une dame de 95 ans qui n'a pas marché ni parlé depuis 10 ans, mais c'est marqué dans les dossiers et en fait ça c'est pas très grave mais ça nous met un peu en porte-à-faux. (...) par contre c'est rarement marqué en cas d'aggravation soins de confort etc...” (Corps Médical 3)

4.3.4.4 Gestion des troubles du comportement

Les soignants infirmiers des deux structures témoignent de difficultés concernant la gestion des troubles du comportement. Ils jugent que l'arrivée aux urgences procure à la personne âgée, notamment atteinte de démence, une sensation d'agression majorant possiblement les troubles cognitifs et leur procure de l'anxiété et de l'angoisse. Ce qui peut entraîner selon eux de l'agitation, qui peut être, elle, majorée par le temps d'attente long des urgences. Ils abordent deux moyens d'intervention qui leur posent des difficultés, l'utilisation de la contention physique et de

la contention chimique. Face à ces interventions et au rapport de force qu'il peuvent connaître ces soignants ne se sentent pas optimaux dans leur bienveillance.

"C'est vrai que c'est rare, enfin j'essaie de le faire, où on explique tout, je pense surtout que pour les patients qui sont déments, qui viennent aux urgences, je pense qu'ils se sentent un petit peu plus agressés, ils ne comprennent pas forcément ce qui se passe, je pense que c'est compliqué pour eux d'avoir tous ces soins sans savoir, sans comprendre. (...) s'ils arrachent leur perfusion plusieurs fois, malheureusement on est obligé de mettre des liens et souvent on passe principalement par une contention physique avant une contention chimique. C'est pas top pour eux et franchement c'est pas du tout top pour nous non plus." (Infirmier 1)

"Après plus tu les attaches et plus ils partent, soit dans leur démence et ils sont complètement perturbés (...) Quand ils sont trop agités et qu'ils peuvent se blesser, je suis d'accord on peut mettre de l'Hypnovel et truc machin, mais ce n'est pas la solution en systématique, la solution là ça ne gêne pas la dame, ça gêne qui ? le médical ou le paramédical, voilà." (Infirmier 2)

"Une dame démente (...) à chaque soins elle était agressive donc on était à plusieurs (...) c'est pas terrible l'approche, pour nous ça fait pareil on est 3 sur la dame c'est quand même pas terrible (...) c'est pas équitable (...)

La grosse problématique des urgences c'est le temps d'attente, donc pour des personnes âgées, même qui ne sont pas forcément démentes ça peut du coup les agiter un petit peu (...) Mais je pense que ça engendre beaucoup d'anxiété quoi. Il n'y a pas vraiment un cadre aux urgences d'une chambre posée, je pense qu'ils doivent voir beaucoup de monde passer et ça doit augmenter l'anxiété, ça engendre de l'angoisse." (Infirmier 4)

Par ce dernier témoignage, nous voyons plusieurs subtilités structurelles des urgences comme facteur favorisant les troubles du comportement ou leur gestion non optimale, comme le temps d'attente important ou les contraintes infrastructurelles.

4.3.5 Subtilité structurelles et organisationnelles des SAU

4.3.5.1 Le Temps

La quasi totalité des soignants évoquent le temps, que ce soit d'un point de vue temps d'attente aux urgences ou la contrainte de rythme et de temps que leur impose le flux de patient. Ils estiment la prise en soins du patient âgé comme chronophage, tout en estimant ne pas pouvoir accorder un temps suffisant à celui-ci, notamment pour le respect de l'autonomie. À l'unanimité, ils considèrent le temps d'attente trop long. La remise en cause du défaut de personnel est évoquée en explication partielle de la problématique. Ces témoignages donnent raison aux propos de George Arbuz abordés précédemment, sur la vision portée sur la population gériatrique.

“On est moins, on n'est pas trop disponible, c'est vrai que c'est des personnes qui demandent un peu plus d'attention, qui demandent plus d'aides, pour aller aux toilettes etc ... Et aux urgences c'est banal, mais c'est des personnes âgées souvent qui marchent à la maison et nous on se retrouve à leur donner l'urinal ou le bassin, par ce qu'on n'a pas forcément le temps de les emmener aux toilettes et c'est basique (...) Ils nous le font comprendre et c'est vrai que nous nous consignes c'est bah pas de levé on sait jamais et donc un gain de temps pour nous et un inconfort pour eux (...) Ouais c'est du rapide ça peut être en lien avec un défaut de personnel (...) Par exemple on a une petite mamie là ça fait 6h qu'elle attend sur son brancard on sait qu'elle va monter depuis 4h00, les étages attendent encore, il attendent encore 4h00 là ils se retrouvent être 8h, 10h sur un brancard.” (Infirmier 1)

Tandis que le service social explique les difficultés de prise en charge urgente dans une temporalité totalement différente des partenaires et des dispositifs. Une discordance apparaît.

“Ce qui est compliqué bah c'est qu'on a pas pu s'entretenir avec la personne, que bah c'est dans l'urgence c'est toujours en rapidité (...) on n'est pas sur la même temporalité au niveau du social, c'est vrai que nous pour mettre en place des aides, bah c'est un peu plus long, il y a d'autres démarches à faire et ça prend plus de temps.” (Service social 1)

Le corps médical cible davantage le manque d'orientation rapide mettant en difficultés l'évaluation du sujet âgé, ainsi que le temps accordé au patient impactant son confort.

“Des fois on a des patients qui arrivent, la pathologie est criante, ils pourraient presque monter tout de suite (...) Est ce que ça ne diminuerait pas finalement la DMS¹² puisqu'on sait, quand ils restent parfois 8 heures sur un brancard après les mettre debout c'est pas toujours facile.”
(Corps Médical 4)

“Bah le temps qu'on a à leur consacrer quoi, c'est des soins lourds pour les examiner faudrait être plusieurs pour les bouger doucement etc ... Des fois on glisse un stétho en dessous comme ça parce que pour le faire doucement et en fait donc on le fait pas, l'examen il est sous optimal ou un peu traumatisant entre guillemets.” (Corps Médical 3)

4.3.5.2 Le confort

Comme cité dans le thème précédent, le confort de la personne âgée dans un contexte de passage aux urgences est abordé. Les soignants lient particulièrement le temps d'attente et le confort chez la personne âgée, notamment d'un point de vue matériel. L'approche de la pudeur chez la personne âgée est également interpellante pour les soignants, nous pouvons l'assimiler aux propos de George Arbutnot concernant la vision ségrégative du sujet âgé, ne considérant pas celle-ci à la même place.

“10h00 sur un brancard, c'est pas super confortable quoi et ça ouais les brancards pour les personnes âgées c'est un enfer ici, ils se plaignent tous qu'ils ont mal au dos, mal aux reins (...) Mais ouais tout ce qui est brancard pour les personnes âgées, c'est le temps d'attente aux urgences, compliqué.”

Moins de pudeur je pense par rapport aux jeunes personnes (...) c'est vrai que pour les personnes âgées on a je trouve un peu cette distance de l'âge, je pense qu'on hop tout de suite on enlève la blouse on fait l'ECG¹³ et basta.” (Infirmier 1)

¹² DMS : Durée moyenne de séjour.

¹³ ECG : Electrocardiogramme

Les soignants ont le sentiment que la gestion de la douleur joue un rôle important dans le confort, y est cité la sédation considérée comme problématique en opposition à l'application de soins de confort en fin de vie.

"Ils ne sont pas forcément confortables, il n'y a pas le réflexe directement de les soulager (...) Ce n'est pas le confort la priorité des urgentistes, et malheureusement je pense ça colle un petit peu avec les urgences quoi." (Infirmier 1)

"Les sédations à dose pédiatrique, oui qui sont mis en place parfois dans des services. Ça m'embête quoi." (Corps Médical 3)

"Pour tous les patients qui sont en soins palliatifs, quand c'est comme ça on les met aux lits portes et là il y a un infirmier, donc on a beaucoup plus de temps on peut plus les choyer, on a moins de patients aussi donc c'est quand même vachement agréable mais avant ça bah ouais ils sont ici, c'est pas grand chose quoi, ils sont pas tous confortables aux urgences." (Infirmier 1)

4.3.5.3 Contraintes organisationnelles, infrastructurelles et matérielles

Les soignants décrivent un manque de matériel et d'infrastructure adaptés, ils émettent l'idée d'adaptation possible. L'organisation des soins et les risques concomitant au SAU engendre selon eux dans une certaine mesure une sur-sécurisation. Que ce soit la structure avec ou sans équipe mobile gériatrique.

"Le matériel, parce que quand ils sont déments on n'a rien en matériel (...) Je l'ai déjà dit juste des fauteuils avec tablette pour dire qu'ils soient assis avec une tablette et qu'on n'est pas obligé de ... parce que s'ils sont trop agités, on les attache (...) Que l'on aurait juste un box, quand je travaillais en gériatrie, après je veux juste les sortes de demi portes (...) qu'ils puissent avoir une pièce où ils restent en secteur fermé tout en ayant une vue sur l'extérieur voilà parce que les attachés c'est pas la solution." (Infirmier 2)

“C’est vrai que nos consignes c’est bah pas de levé on sait jamais ... (...) Ce n’est pas un endroit forcément adapté pour eux les urgences, quand ils sont en UVA¹⁴ ou UCC¹⁵ ils se déplacent, ils sont tranquilles on fait en fonction des patients (...) Avoir un box où on sait qu’on va les laisser, on veut pas les mettre dans le couloir où ils vont pas forcément entre guillemets déranger, donc je dis un box c’est pas pour les isoler, pas pour que personne les entendent ou qu’on les oublie mais pour eux au moins sont un peu plus tranquille. ” (infirmier 1)

Cette adaptation de la structure même des urgences semble un objectif intéressant au vu de l’enjeu quantitatif que représente la population gériatrique, comme exposé en première partie.

4.3.6 L’état des lieux de la gériatrie aux urgences

4.3.6.1 Sentiment d’efficacité en aigu

Une partie des soignants ont un sentiment d’efficacité d’un point de vue aigu, il s’agit du critère le plus cité lorsqu’ils sont interrogés sur les éléments positifs de la prise en charge.

“Bah du coup on a pris en charge le problème aigu aux urgences donc tout ça s’est bien passé le problème s’est résolu il y a des thérapeutiques qui ont été mises en place il y a des solutions temporaires qui ont été trouvées pour le retour à domicile donc tout ça, c’est ce qui s’est bien passé dans cette prise en charge.” (Corps Médical 2)

“Voilà les situations aiguës on sait gérer (...) ce qui est positif c’est que bah on leur rend service on les soulage.” (Corps Médical 4)

“Bah donc on les soigne, on les soigne quand même de façon correcte.” (Infirmier 4)

¹⁴ UVA : Unité de vie Alzheimer

¹⁵ UCC : Unité cognitivo-comportementale

4.3.6.2 Evaluation spécifique et approfondie

Les soignants qui ont évoqué l'évaluation spécifique délivrée par une entité gériatrique, estiment que cette entité a une réelle expertise, essentiellement concernant les spécificités de la prise en soins gériatrique et les difficultés concomitantes. Ils décrivent un avis tranché concernant la nécessité ou non d'hospitalisation afin d'éviter notamment celles considérées comme à tort. Ces évaluations permettraient de programmer et anticiper les actions de la filière gériatrique, et d'avoir une vision précise de leur autonomie, leur environnement et lever certains préjugés. Ces points peuvent être mis en parallèle de certaines problématiques citées précédemment.

“Notre expérience parfois n'est pas celle d'un gériatre et on peut peut-être hospitaliser à tort ces patients qui ne nécessitent pas forcément après une expertise gériatrique (...) Je n'ai pas dit que le gériatre allait voir tous les patients, je dis que sur des spécificités tout à fait ciblées gériatrique. On ferait tout au moins le premier jet et par exemple une problématique de maintien à domicile difficile donc on veut son expertise lui il doit terminer (...) j'exagère peut-être, eux ils ont quand même un caractère tranché il faut hospitaliser pas hospitaliser.” (Corps Médical 1)

“On remarque un truc c'est que la personne âgée des fois parce que la voir sur un brancard, on se dit elle ne rentrera jamais chez elle et puis après on l'habille, on la met debout, et ouais (...) Une évaluation gériatrique pourrait faire qui rentrerait avec ouais peut-être une consultation rapprochée (...) C'est une évaluation plus fine que ce qu'on fait, ce qu'on a l'habitude de faire aussi, de l'autonomie tout ça, une expertise sur le retour au domicile.” (Corps Médical 4)

Il en ressort implicitement que les personnes âgées ont tendance par excès à être hospitalisées, une sur-hospitalisation y est d'ailleurs décrite.

4.3.6.3 Sur-hospitalisation

En évoquant l'évaluation gériatrique spécifique, le corps médical décrit implicitement une sur-hospitalisation, une anticipation des risques par une sous-évaluation de ces derniers. Le

service social n'ayant pas à disposition d'expertise gériatrique, décrit cette tendance à la sur-hospitalisation par manque de temps.

“Pas forcément justifiée alors souvent effectivement, c’est des patients qui vont avoir 75 ans et plus et qu’on mettra en court séjour gériatrique comme ça, ça permettra de bilanté complètement, (...) Donc voilà ils partiront sur des Hospit qui seront pas forcément des Hospit longues, mais qui nous permettront de travailler plus tranquillement sur la majoration des aides.” (Service social 2)

4.3.7 L'état des connaissances concernant la pratique avancée

Afin de clôturer l'entretien une question fermée leur a été posée afin d'évaluer leur connaissances concernant les infirmiers de pratique avancée. *“Que connaissez-vous de la pratique avancée infirmière ?” (Investigateur)*, 40 % n'avaient aucunes notions, 60% avaient de très légères notions et 10% avaient des connaissances sur ce nouveau dispositif.

5 - Discussion

Cette étude qualitative portait sur les besoins et objectifs en termes d'apport gériatrique, du personnel soignant des services d'accueil des urgences. Leur expérience a été recueillie par des entretiens semi-dirigés. Il a été choisi d'effectuer cette étude au sein de deux sites hospitaliers des Hauts de France, lors de l'analyse des données des similitudes sont apparues, notamment en termes de coordination, d'infrastructure et de besoins spécifiques des sujets âgés. Les résultats principaux dévoilent six thématiques majeures.

- Altération des dimensions somatiques, psychologiques et sociales
- Coordination autour du sujet âgé
- L'acculturation gériatrique
- Les particularités de la population gériatrique
- L'état des lieux de la gériatrie aux urgences
- Subtilités structurelles et organisationnelles des SAU

Très peu d'études abordent les besoins des soignants en SAU, notamment concernant les sujets âgés, et incluant plusieurs strates de professions.

Cela malgré une problématique identifiée. Nous savons que le recours aux urgences par la population âgée est accru. Dans un contexte initial d'utilisation disproportionnée de la population générale face à l'évolution démographique. Ce qui place les urgences en première ligne face à l'augmentation démographique de la population âgée, avec des estimations alarmantes d'augmentation jusqu'à 50% d'ici 2030. Mise en parallèle de la fréquentation habituellement élevée de celle-ci, ainsi qu'un temps de passage plus important que la moyenne. Il me semblait important de pouvoir permettre aux soignants de services d'urgences de pouvoir s'exprimer sur les besoins et objectifs qu'ils identifient pour la population âgée passant aux urgences.

1- Altération des dimensions somatiques, psychologiques et sociales.

Les soignants ont mis en avant le fait que les patients âgés franchissent la porte des urgences avec des problématiques multifactorielles, ils estiment que ces problématiques devraient du moins en partie être prise en charge en amont. Ce constat met en porte-à-faux ces derniers concernant l'organisation du passage aux urgences, le temps de passage, tout en impactant l'aval. Ils remarquent que les patients arrivent davantage dans une situation précaire de dernier recours ou simplement avec une impossibilité de retour à l'antérieur dans l'état. (Ergin et al., 2015, 260) L'étude va plus loin, en mettant en avant le sentiment de l'équipe soignante, qu'il y a une utilisation disproportionnée des urgences, avec une problématique déplacée, c'est-à-dire selon les soignants ne relevant pas initialement de leur prise en soins. Ce sentiment, décrit en littérature et expliqué par des prises en soins complexes, potentialise l'inconfort de l'équipe soignante. (Büla et al., 2012, 1) Cela met en lumière la vulnérabilité de cette population, pouvant arriver aux urgences pour des pathologies qui semblent bénignes, peut rapidement perdre de leur autonomie, avec une situation potentiellement déjà précaire à domicile. Pour faire face à cette situation, il est nécessaire d'adapter la structure aux besoins des sujets âgés, ainsi que le développement des connaissances et compétences des soignants afin d'améliorer l'évaluation et l'appréciation clinique de ces patients. (Yersin & Sarasin, 2012, 1531-1532)

2- Coordination autour du sujet âgé

C'est une thématique majeure qui porte sur l'ensemble de la coordination exercée ou non, autour du sujet âgé, qu'elle soit entre l'hôpital et la ville ou en interne. Dans la littérature nous retrouvons deux notions de coordination appropriées à notre domaine de recherche, la coordination est une recherche de cohérence dans le travail accompli par un ensemble d'individus. (Alsène & Pichault, 2007, 62) Et la coordination des soins est un processus par lequel les éléments et les relations impliqués dans le soin sont en cohérence ensemble dans une conception vue de manière globale. (Donabedian, 1980) Le risque de retour dans des conditions

non optimales est connu et craint par les soignants, notamment concernant le risque de réadmission itérative. Ce risque est de 10,2 % à J7 et de 14 % à J30, tout en sachant qu'il se potentialise pour les patients ayant les scores les plus bas aux ADL¹⁶ et au MMS¹⁷ et ayant des aides à domicile.

Les soignants relèvent plusieurs facteurs à cela, le manque important d'anticipation concernant les pathologies chroniques, les problématiques environnementales et sociales. Ainsi que le manque majeur d'informations transmises lors du passage aux urgences, que ce soit par les professionnels, les proches ou encore les institutions comme les EHPAD. La littérature explique que le caractère médical urgent de l'admission aux urgences n'est pas toujours évident, il est question parfois d'une solution de facilité, souvent précipité par des difficultés sur le plan du maintien à domicile, en termes social, cognitif, fonctionnel etc ... pas suffisamment anticipés. (Forest et al., 2011, 210)

Aux yeux des soignants des SAU la prise en soins entre l'Hôpital et la Ville n'est pas cohérente, il n'y a pas de vision globale de la situation du patient gériatrique. Ce constat est répandu au sein des deux établissements, ils déplorent le manque de liens avec la ville.

Se dessine ensuite une différence de positionnement entre le service disposant d'une expertise gériatrique transposée et celui sans. En termes de coordination interne à l'établissement. Les soignants n'ayant pas accès à une équipe mobile gériatrique, évoquent une disponibilité importante des gériatres à distance, mais ils considèrent ces derniers absents, sans présence dans la prise en soins aux urgences, le corps médical du service des urgences déplore par conséquent le manque de programmation et d'anticipation via la filière gériatrique. Tandis que l'établissement qui en possède une, affirme plutôt une organisation efficiente, une coordination interne urgence-gériatrie facilitée, mais regrette tout de même mais de manière plus subtile le manque de programmation et d'hospitalisation directe, identifiant plutôt un manque d'investissement de la ville.

¹⁶ ADL : Activity of daily living (Echelle d'autonomie)

¹⁷ MMS : Mini Mental State (Echelle evaluation cognitive)

Cette étude va plus loin en faisant émerger la vision qu'ont les équipes de l'expertise gériatrique transposée via l'équipe mobile. Volontairement il n'y avait pas de question frontale concernant celle-ci, seule une question de relance était prévue en cas de citation. Il y a donc 50% des soignants qui l'évoque, dont 100% du corps médical et 50% des services sociaux. La vision de celle-ci semble unanime, ceux qui possèdent une équipe mobile la mettent en avant comme pivot à la prise en charge, notamment sur le volet de l'autonomie, du social et de l'environnement. Tandis que ceux qui n'en possèdent pas, postulent que celle-ci permettrait une amélioration des pratiques et une meilleure qualité des soins. Ces derniers ont le sentiment de ne pas être aidés, mais pourtant affirment la volonté qu'une présence gériatrique leur vienne en support. Au sein des deux établissements, les soignants ont exprimé le crédit important qu'ils portent aux recommandations des gériatres et la confiance qu'ils leur portent.

3- L'acculturation gériatrique

Un fort sentiment d'assimilation de culture gériatrique au contact de l'expertise et des gériatres se fait ressentir au sein de l'équipe qui en possède une, selon eux cette présence aculture l'ensemble du personnel, et engendre une amélioration qualitative de la prise en soins. Ils expriment la volonté de formation spécifique, effectuée par les entités gériatriques connues, que ce soit pour les soignants des urgences ou pour les professionnels de la ville. La formation du personnel soignant des urgences est un véritable enjeu, à l'instar des recommandations de la société française de gériatrie et gérontologie concernant les troubles cognitifs. Si la formation et les pratiques des professionnels s'adaptent peu à peu, ils soulignent l'importance d'organiser des formations spécifiques comme l'a évoqué une partie des soignants interrogés. (SFGG (Société Française de gériatrie & gérontologie), 2020, 23)

4- Les particularités de la population gériatrique

Il a été mis en évidence par 80% des soignants que cette population âgée présente des difficultés spécifiques. Ils rapportent des difficultés marquées à recueillir des informations exhaustives de qualité, l'évaluation globale du sujet est indispensable mais difficilement conciliable avec l'exercice en service d'urgence, en excluant les troubles de la conscience, les troubles cognitifs et de confusion ... seul 40 % des sujets sont "cognitivement intacts", en dehors de cette statistique les soignants relèvent également une méconnaissance partielle ou totale de leur propre dossier médical même en dehors de dysfonctionnement cognitif. (Forest et al., 2011, 207) Le corps médical quant à lui évoque des difficultés à la réalisation de l'examen clinique et de l'évaluation des spécificités gériatriques.

Les soignants infirmiers relèvent à l'unanimité des problématiques de communication, ils transmettent un sentiment d'échec, de prise en soin non optimale face à la communication, plusieurs facteurs participent à ce sentiment, la difficulté de compréhension lorsqu'il y a explication des soins, contraintes de temps concernant ces explications ou la mise en condition d'une communication efficiente et une réticence de la part des sujets âgés.

Cette réticence est soit le fruit d'une banalisation des symptômes par le sujet, ils vont associer ces derniers à l'avancement de l'âge ou encore une réticence au milieu de la santé de manière générale, avec refus d'hospitalisation, de suivi ou encore de placement. (Besdine & Alpert, n.d.)

Un des soignants interrogé explique que le patient gériatrique est particulier et à risque, il déplore en ce sens l'absence de directives anticipées dûment renseignées ou encore des directives médicales disproportionnées à l'état actuel du patient.

De cette thématique ressort également le fait que les soignants des urgences se sentent particulièrement démunis face aux troubles du comportement de cette population, ils estiment ne pas avoir les outils adaptés. Ils considèrent leur prestation de soins non optimale, notamment par l'utilisation de la contention physique et chimique.

5- Subtilités structurelles et organisationnelles des SAU

Les soignants des deux établissements s'accordent sur le fait que les urgences ne soient pas adaptées pour les personnes âgées, ils vont plus loin en postulant que cela serait nécessaire, il ont le sentiment que la structure et l'organisation au sein de ce service engendre ou majore les troubles cognitifs, du comportement, ou encore la peur. Ils associent volontiers 3 problématiques constituant un ensemble "chaotique" pour la population âgée. C'est à dire principalement le manque de temps, le temps d'attente important, le manque de confort en y incluant le manque de pudeur, puis finalement le matériel et l'infrastructure même. Nous relevons un manque de moyen selon les soignants, avec un sentiment de soins non optimaux, chaque élément interagit avec les autres, ils lient particulièrement le manque de temps et le temps d'attente avec le confort. (Drees, 2017)

La volonté d'une organisation singulière se dessine auprès des soignants, ils imaginent un lieu au sein du service conçu autour et pour le patient gériatrique, afin qu'il soit confortable, moins perturbé et que ces derniers aient accès à un équipement adapté. Comme par exemple les "senior emergency rooms" aux états-unis conçus afin de redéfinir l'expérience des urgences pour les personnes âgées avec des installations dédiées uniquement à leurs besoins. (Martin & Rashidian, 2011)

6- L'état des lieux de la gériatrie aux urgences

Les soignants décrivent un sentiment d'efficacité en soins aigus, un sentiment fort de service rendu, tout en verbalisant un manque de performance concernant l'évaluation globale de la personne âgée, notamment le mode de vie, l'autonomie et la qualité de vie. Face à ça ils estiment que cette évaluation par une entité gériatrique est une plus-value importante, ils portent une forte confiance en leur expertise. Il en ressort de cette étude que le personnel est en demande de cette évaluation spécifique et approfondie par une entité gériatrique. Ils qualifient ces avis comme tranchés, notamment concernant le bien fondé d'une hospitalisation, il semble important

de mettre en parallèle leur vision de l'évaluation gériatrique spécialisée et la tendance à la sur-hospitalisation, cette dernière étant le fruit selon les soignants d'une sous-évaluation des risques et d'un manque de temps. Comme le préconise la SFMU, la décision de non-hospitalisation dépend de 3 facteurs déterminants, lorsqu'il y a un diagnostic médical grave, une comorbidité importante, ou un environnement inexistant ou inadapté le retour à la structure d'origine n'est pas possible. Or nous savons maintenant que ce dernier facteur est rarement évalué de manière optimum sans intervention d'expertise gériatrique, le manque d'informations ne pouvant confirmer un retour en toute sécurité, une hospitalisation en découle à fortiori. (Société Francophone de médecine d'urgence, 2003, 4)

Synthèse des résultats

L'étude visait à démontrer dans un premier temps que la population gériatrique fragile admise aux urgences a davantage de besoins et augmente le risque d'hospitalisations itératives. Pour cela les soignants ont été interrogés, leurs ressentis met en évidence une population particulière avec des besoins majorés, il a été mis en avant que la population gériatrique à plus de risque d'être hospitalisée au décours de son passage aux urgences, notamment mis en avant par la tendance à la sur-hospitalisation, les soignants ont également mis en avant le risque de réadmission itérative par manque de prise en soins globale par une entité spécialisée. Mis en parallèle le risque d'hospitalisations itératives est potentialisé. Notre première hypothèse va dans ce sens.

Nous recherchions également à montrer que les soignants des services d'urgences mettent en évidence des difficultés face à cette population. Pour cela ils ont été interrogés, ces derniers expliquent avoir des difficultés avec celle-ci, notamment concernant le recueil de données exhaustives, la communication et la gestion des troubles du comportement. Notre deuxième hypothèse correspond.

L'étude visait également à établir qu'en présence d'une expertise gériatrique au sein du SAU la prise en soins est améliorée avec un impact positif, mais également qu'en l'absence d'une entité gériatrique les soignants expriment leur besoin en terme d'expertise au sein du SAU. Pour

cela des entretiens ont été effectués, les soignants ayant une présence gériatrique au SAU déclarent une plus value et un effet positif. Tandis que les soignants n'en ayant pas, postulent sur le fait que ce serait une plus value, que le dispositif dégagerait du temps médical, et que la prise en charge serait plus qualitative. Majoritairement les soignants sont en demande d'expertise gériatrique et il y a un sentiment de confiance important qui transparaît envers les recommandations et avis distillés par une entité gériatrique. Ce qui renforce notre troisième hypothèse.

Et finalement l'étude visait à définir une concordance entre les besoins de la personne âgée et des soignants, avec les compétences spécialisées de l'infirmière en pratique avancée. Pour cela les soignants ont été interrogés. En admettant que l'IPA soit expert en gériatrie, l'étude tend à montrer que le sujet âgé nécessite une évaluation globale spécifique, que les soignants décrivent comme absente ou inefficace notamment concernant l'autonomie, l'environnement ou encore le social ... Ils relèvent également des difficultés dans l'organisation et la coordination interne. L'IPA est en mesure d'évaluer l'état de santé de patients en relais de consultations médicales pour des pathologies identifiées ainsi que de définir et mettre en œuvre le projet de soins du patient à partir de l'évaluation globale de son état de santé.

Nous pouvons également transposer la conception et la mise en œuvre d'action de prévention, afin que des informations de prévention et de prophylaxie soient distillées, et que les risques de réadmission et réhospitalisations soient réduits, en réduisant les risques de retour à domicile non optimal.

Les soignants ont également relevé un manque d'anticipation dans le parcours de soins, notamment les pathologies chroniques avec un manque général de coordination hôpital-ville. L'IPA est en mesure d'organiser les parcours de soins et de santé des patients en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés.

L'étude semble souligner la nécessité d'une acculturation gériatrique, les soignants ressentent lorsqu'ils sont en contact avec une expertise gériatrique, une amélioration des connaissances gériatriques et habitudes de travail, ils sont également demandeurs de formation d'amélioration des pratiques professionnelles. C'est ainsi que l'IPA pourrait mettre en place et

conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique.

Cet ensemble de mise en parallèle semble aller dans le sens de notre quatrième hypothèse.

Lors de nos entretiens, une problématique est apparue sans que celle-ci soit anticipée dans les hypothèses, la problématique des urgences en temps que telle, en temps que structure et organisation. Les soignants considèrent l'infrastructure comme non adaptée à la population âgée, et souhaiteraient apporter comme réponse à cela, un lieu singulier au sein des urgences, conçus pour ces patients, afin qu'ils respectent leurs besoins. Comme nous pouvons le voir dans l'expérimentation Hospi'Senior au CHU d'Angers. (Repères en gériatrie, 2022, 123-124) Ou éventuellement comme à l'instar des urgences pédiatriques, créer une section spécifique "urgences gériatriques" afin de respecter au mieux leurs besoins et spécificités.

Forces et faiblesses de l'étude.

La principale force de cette étude est le fait que son sujet soit si peu représenté dans l'ensemble des études produites sur les urgences. Aucune étude ne s'intéresse aux ressentis et aux difficultés du personnel soignant sur les soins et le parcours du soins de la population gériatrique aux urgences. Dans la littérature, il existe des études mais centrées sur la structure, l'organisation, ou encore les recours. (DREES, 2013)

Le choix des entretiens semi-dirigés ont permis une libre expression tout en maintenant un cadre pré-établi concernant le sujet. Les écarts des soignants ont contribué à enrichir le contenu malgré quelques excursions, l'ensemble a permis l'utilisation des questions de relance et ce sont avéré utiles afin de mieux comprendre leur point de vue.

Néanmoins, cette étude présente certaines limites. L'investigateur, malgré une formation d'initiation à la recherche qualitative et la réalisation au préalable d'un entretien semi-dirigé dans le cadre de ses études en pratique avancée, exerçait à ce jour pour la première fois ce rôle dans une étude.

Il existe également un biais d'animation, à la présentation orale précédant l'entretien, l'investigateur présentait son parcours, en incluant le fait d'être au préalable de ses études infirmier coordinateur de l'équipe mobile. Il se peut que certains professionnels se soient exprimés davantage sur le sujet par la suite. L'investigateur a également interrogé du personnel soignant ayant une ancienneté de collaboration avec celui-ci, cela a également pu influencer la manière de répondre.

Un biais de méthode subsiste également, dans une étude descriptive l'investigateur est amené à découvrir ce que les personnes pensent dans un contexte particulier, comment elles agissent et pourquoi elles le font ainsi. L'accent est mis sur les acteurs et non sur les variables. Le point de vue reste subjectif même si l'échantillonnage est varié, d'autant plus qu'il est question ici d'une population vulnérable. Le but étant de partir de l'observation d'un phénomène dans son milieu naturel et utiliser la description dans un contexte interprétatif pour en faire ressortir les dimensions. (Gagnon & Fortin, 2016, 16-17)

Implication, application cliniques et théoriques

Lorsque l'étude semble souligner notre quatrième hypothèse, nous postulons que les nouvelles compétences de l'infirmier(e) exerçant en pratique avancée sont transposables aux besoins et objectifs des sujets âgés, ainsi que du personnel soignant. Afin de pouvoir vérifier ce postulat, cette étude devra être complétée par l'implantation d'un(e) IPA à titre expérimental au sein d'un service d'urgence sans expertise gériatrique (dans un premier temps), afin d'y mener par la suite une étude complémentaire d'évaluation de l'implication de ces nouvelles compétences.

La publication de cette étude à des fins de reproduction en dehors des Hauts de France serait intéressante au vu des résultats probants concernant le ressenti du personnel sur les particularités de la population gériatrique, les besoins d'expertise gériatrique. Notamment la demande du personnel soignant de support, d'apport de culture gériatrique et d'amélioration des pratiques professionnelles, ces derniers ont confiance en cette expertise. Ils sont acteurs du changement, et sont force de propositions.

6 - Conclusion

Cette étude qualitative a permis d'évaluer le ressenti du personnel soignant exerçant en SAU, concernant leurs besoins et objectifs face à l'expertise gériatrique, ainsi que l'amélioration des pratiques professionnelles.

L'expérience des soignants face à la population gériatrique met en lumière : les difficultés en amont, le manque d'anticipation, le lien hôpital-ville peu cohérent, un manque de coordination globale, manque de présence et culture gériatrique, une population cible particulière et une structure totalement inadaptée à celle-ci. Les soignants sont en demande de cette expertise gériatrique, il en ressort également une confiance envers ces experts. Ils évoquent également un besoin de formation et de support, ainsi qu'une adaptation de l'infrastructure pour ces patients.

L'étude semble souligner la concordance entre les besoins et objectifs exprimés par les soignants, ainsi que les besoins spécifiques de la population âgée, avec les compétences acquises par les infirmier(e) exerçant en pratique avancée.

D'autres travaux sont nécessaires afin d'approfondir ces observations, notamment l'implantation d'un(e) IPA experte en gériatrie au sein d'un SAU sans expertise gériatrique préalable, afin d'évaluer l'impact sur la qualité des pratiques professionnelles, ainsi que sur les besoins et objectifs des soignants.

7 - Références bibliographiques

1. Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale. (2017, 01 05). *Urgences - Gérer les interfaces avec les équipes mobiles*. ANAP. Retrieved April 29, 2022, from <https://ressources.anap.fr/urgences/publication/1898-gerer-les-interfaces-avec-les-equipes-mobiles>
2. Alséne, E., & Pichault, F. (2007, mars). La coordination au sein des organisations: éléments de recadrage conceptuel. *Gérer et Comprendre*, 87, 61-77. <https://orbi.uliege.be/handle/2268/3906>
3. Arbuz, G. (2016). *Ecouter les sujets âgés*. Erès.
4. ARS Haut de France. (2015). *PAERPA Le PAERPA Qu'est-ce que c'est ?* Association PTA du territoire du Valenciennois-Quercitain. Retrieved April 14, 2022, from <https://filier-geriatrique-du-valenciennois.fr/le-paerpa/quest-ce-que-cest/>
5. Berquin, A. (2010, 08 10). Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Revue Médicale Suisse*.
<https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2010/revue-medicale-suisse-258/le-modele-biopsychosocial-beaucoup-plus-qu-un-supplement-d-empathie>
6. Besdine, R. W., & Alpert, W. (n.d.). *Évaluation des personnes âgées - Gériatrie - Édition professionnelle du Manuel MSD*. MSD Manuals. Retrieved April 26, 2022, from https://www.msdmanuals.com/fr/professional/g%C3%A9riatrie/prise-en-charge-du-patient-g%C3%A9riatrie/%C3%A9valuation-des-personnes-%C3%A2g%C3%A9es#v1131970_fr
7. Bouchon, J. (1984). Comment tenter d'être efficace en gériatrie ? *Rev Prat*, 34.
8. Broussy, L. (2021, mai 26). *"Nous vieillirons ensemble... 80 propositions pour un nouveau Pacte entre générations* [Rapport interministériel sur l'adaptation des logements, des villes, des mobilités et des territoires à la transition démographique]. Ministère de la cohésion des territoires.
<https://www.vie-publique.fr/rapport/280055-80-propositions-pour-un-nouveau-pacte-entre-generati-on>
9. Büla, C., Jaccard Ruedin, H., & Carron, P. N. (2012, 08 15). Personnes âgées aux urgences : défis actuels et futurs. *Revue médicale suisse : Médecine d'urgence*, 350.

10. Campbell, A.J., & Buchner, D.M. (1997). Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age and Aging*, 26.
11. Caradec, V., & Colin, A. (2013, Septembre). Vieillesse et déprise. *Santé mentale*, N°180, 51.
12. Clement, S. (1994). LES TEMPS DU MOURIR : CHANGEMENTS ET PERMANENCE. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 97, 355–371. <http://www.jstor.org/stable/40690605>
13. Donabedian, A. (1980). *Definition of Quality and Approaches to Its Assessment (Explorations in Quality Assessment and Monitoring)* (Vol. 1). Health Administration Press.
14. DREES. (2013, Juin). *Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières*.
15. DREES. (2017, mars). Les hospitalisations après passage aux urgences moins nombreuses dans le secteur privé. *Etudes & Résultats*, 0997, 6.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er997.pdf>
16. DREES. (2017, Mars). Les personnes âgées aux urgences : une patientèle particulière. *Etudes & Résultats*, 1007, 6.
17. DRESS. (2017, mars). Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue. *Etudes & Résultats*, 1008.
18. E.Graf, C., Chevalley, T., & P.Sarasin, F. (2012, 08 15). Evaluation gériatrique aux urgences : Boîtes à outils pour les nuls. *Revue médicale suisse, Médecine d'urgence*.
19. Ergin, M., Akif Karamercan, M., Ayrançi, M., Yavuz, Y., Yavasi, Ö., Serinken, M., Acar, T., Avcil, M., Al, B., Bayramoglu, A., Durgin, H. M., Gölcük, Y., Arziman, I., & Dünder, Z. D. (2015). Epidemiological characteristics of geriatric patients in emergency departments : Results of multicenter study. *Turkish Journal of Geriatrics*, 18(4), 259-265.
20. Forest, A., Ray, P., & Boddaert, J. (2011, Octobre). Urgences et gériatrie. *NPG : Neurologie, psychiatrie, gériatrie*, 11(65), 205-213.
[https://pdf.sciencedirectassets.com/276853/1-s2.0-S1627483011X00065/1-s2.0-S1627483011000572/main.pdf?X-Amz-Security-Token=IQoJb3JpZ2luX2VjEOH%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2FwEaCXVzLWVhc3QtMSJHMEUCIBzh%2BGn%2F7c2kCECBqdhdq2uXVXF09Ohxb8aySh2wXrEj0AiEAqlxc%2F9E](https://pdf.sciencedirectassets.com/276853/1-s2.0-S1627483011X00065/1-s2.0-S1627483011000572/main.pdf?X-Amz-Security-Token=IQoJb3JpZ2luX2VjEOH%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2FwEaCXVzLWVhc3QtMSJHMEUCIBzh%2BGn%2F7c2kCECBqdhdq2uXVXF09Ohxb8aySh2wXrEj0AiEAqlxc%2F9E)
21. Formariet, M., & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières* (Vol. Qualité des soins). Mallet Conseil.

https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/arsi.forma.2012.01.0256#xd_co_f=MmZjMTU4ZDc0NTBIZTA1MmE4MTE2NTAxMTAyMTc1MTU=~

22. Fried, L. P., & and Al. (2001). Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*, 56.A. 10.1093/gerona/56.3.m146
23. Gagnon, J., & Fortin, M.-F. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. Chenelière éducation.
24. Haute autorité de santé. (2014, January 23). *Qualité des soins dans les hôpitaux et les cliniques*. Haute Autorité de Santé. Retrieved April 30, 2022, from https://www.has-sante.fr/jcms/c_1725555/fr/qualite-des-soins-dans-les-hopitaux-et-les-cliniques
25. Journal officiel de la république française. (2019, 08 13). Arrêté du 12 août 2019 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée. In *Décrets, arrêtés, circulaires* (p. 7).
26. K.Sinha, S., S.Bessman, E., Flomenbaum, N., & Leff, B. (2011, 06 01). A Systematic Review and Qualitative Analysis to Inform the Development of a New Emergency Department-Based Geriatric Case Management Model. *Annale of emergency Medicine, an international journal*, 57(6), 672-682. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2011.01.021>
27. Martin, A., & Rashidian, N. (2011, Mars 14). Emergency rooms built with elderly in mind. *The New York Times*.
28. Meidani, A., & Cavalli, S. (2018, 11 01). Vivre le vieillir : autour du concept de déprise. *Gérontologie et société*, 40/155, 9-23. https://doi.org/10.3917/gsl.155.0009#xd_co_f=NjNmNWFiYjAtYzEyYS00ZWJkLWIwMDgtMGMyNzI5ZDU0OWM0~
29. Personne, M., Métais, P., & Pancrazi, M.-P. (2003). *Les chaos du vieillissement* (Vol. Application de la théorie du chaos à la clinique du sujet âgé). Erès.
30. Rotter, F., & Kahoah, M. (1963). *Quality of Nursing Care* (Traduction Mordac Traduction Mordacq, École Internationale, Lyon 1988. ed.). Colombia University.
31. SFGG (Société Française de gériatrie & gérontologie). (2020, Décembre 4). Maladie d'Alzheimer et Services des urgences : un guide pour mieux accueillir les personnes vivant avec des troubles cognitifs. *Repère Alzheimer : « Améliorer l'accueil aux urgences des personnes âgées ayant des*

troubles cognitifs », 3, 23.

<https://sfgg.org/espace-presse/communiqués-de-presse/maladie-dalzheimer-et-services-des-urgences-un-guide-pour-mieux-accueillir-les-personnes-vivant-avec-des-troubles-cognitifs/>

32. Société Francophone de médecine d'urgence. (2003, 12 05). *10^{ème} Conférence de consensus - prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences*. SFMU. Retrieved April 27, 2022, from https://www.sfmur.org/upload/consensus/pa_urgs_long.pdf
33. Yersin, B., & Sarasin, F. (2012, Août 15). Vieillesse des urgences ou urgences face au vieillissement ? *Revue médicale Suisse, Médecine d'urgence*, 1531-1532.
<https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2012/revue-medicale-suisse-350/vieillesse-des-urgences-ou-urgences-face-au-vieillesse>
34. Repères en gériatrie. (2022, Mai). Hospi'Senior, une chambre innovante au CHU d'Angers. *Repères en gériatrie*, 24(205), 123-124.

Liste des figures et tableaux

Figure 1 : Schéma 1+2+3 de Bouchon tiré de (Bouchon, 1984)

Figure 2 : Cycle of frailty hypothesized as consistent with demonstrated pairwise associations and clinical signs and symptoms of frailty (Fried & al, 2001, M147)

Figure 3 : Récapitulatif d'échelle recommandé pour les sujet âgée aux urgences (E.Graf et al., 2012)

Figure 4 : Diagramme de Flux

Tableau 1 : Caractéristiques des patients

Tableau 2 : Synthèse des résultats de l'analyse

Table des matières

Liste des abréviations

1 - Introduction générale

2 - Introduction théorique

2.1 - Cadre de référence.	1
2.1.1 - Cadre contextuel.	1
2.1.1.1 - Le vieillissement	1
2.1.1.2 - La fragilité : une population hétérogène	1
2.1.1.3 - Infirmier exerçant en pratique avancée	3
2.1.2 - Cadre conceptuel	4
2.1.2.1 - Le patient gériatrique	4
2.1.2.2 - Les personnes âgées aux urgences : Enjeux Quantitatif et Qualitatif	4
Enjeux Quantitatif	5
Enjeux Qualitatif	5
2.1.2.3 - L'évaluation gériatrique aux urgences.	7
2.1.2.4 - La filière gériatrique et interdisciplinarité	8
2.1.2.5 - La qualité des soins	10
2.1.2.6 - Déprise, la sociologie du vieillissement.	11
2.2 - Problématique et hypothèses.	12

3 - Matériel et Méthodes

3.1 - Design de l'étude	13
3.2 - Ethique	13
3.3 - Population de l'étude	14
Critères d'inclusion.	14
Critères d'exclusion.	14
3.4 - Recueil des données	14
3.5 - Analyse des données	15
3.6 - Biais anticipé.	16

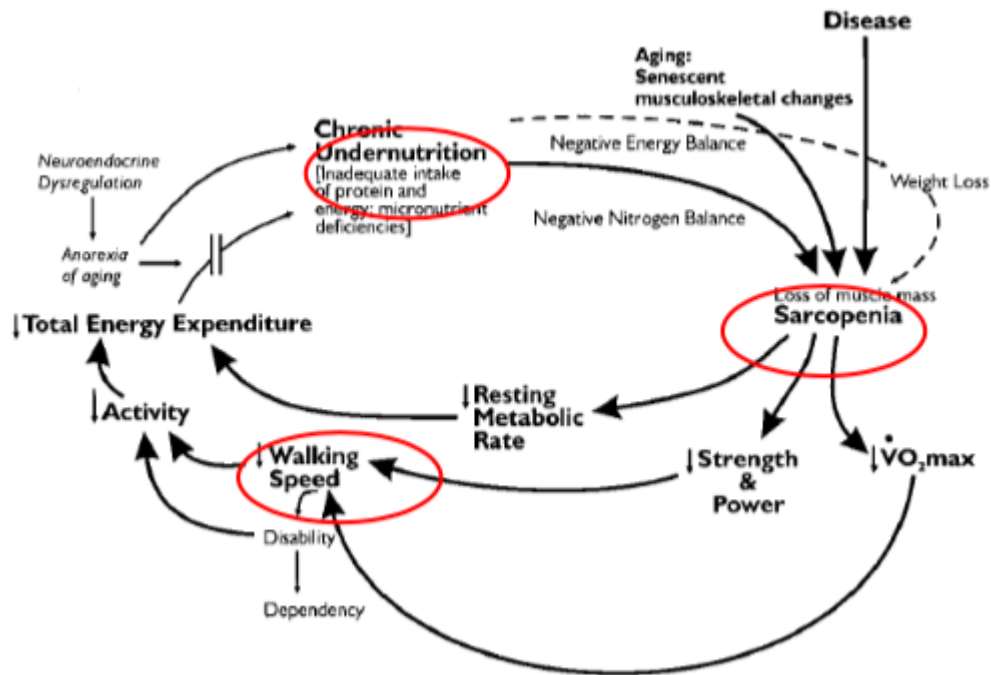
4 - Résultats

4.1 - Population de l'étude	16
4.2 - Caractéristique de l'échantillonnage	17
4.3 - Analyse des données	18
4.3.1 L'altération des dimensions somatiques, psychologiques et sociales	20
4.3.1.1 Problématique en amont	20

4.3.1.2 Difficultés d'aval	21
4.3.2 Coordination autour du sujet âgé	22
4.3.2.1 Coordination hôpital-ville	22
Retour sous optimal	22
Anticipation et sous gestion en amont	23
Déficits d'informations	24
Spécificité de l'EHPAD	25
4.3.2.2 Lien urgence-gériatrie	25
Coordination en interne	25
Hospitalisation directe et programmée	27
Disponibilité	28
4.3.2.3 Equipe mobile gériatrique	28
4.3.3 L'acculturation gériatrique	29
4.3.3.1 Philosophie et Habitudes de travail	29
4.3.3.2 Formation	30
4.3.4 Les particularités de la population gériatrique	31
4.3.4.1 Manque d'auto-information	31
4.3.4.2 La communication	32
4.3.4.3 Directive anticipée et directive médicale	33
4.3.4.4 Gestion des troubles du comportement	33
4.3.5 Subtilité structurelles et organisationnelles des SAU	35
4.3.5.1 Le Temps	35
4.3.5.2 Le confort	36
4.3.5.3 Contraintes organisationnelles, infrastructurelles et matérielles	37
4.3.6 L'état des lieux de la gériatrie aux urgences	38
4.3.6.1 Sentiment d'efficacité en aigu	38
4.3.6.2 Evaluation spécifique et approfondie	38
4.3.6.3 Sur-hospitalisation	39
4.3.7 L'état des connaissances concernant la pratique avancée	39
5 - Discussion	40
6 - Conclusion	
7 - Références bibliographiques	
Liste des figures et tableaux	
8 - Annexes	

8 - Annexes

Annexe 1 :



Cycle of frailty hypothesized as consistent with demonstrated pairwise associations and clinical signs and symptoms of frailty

Annexe 2 :

Outils	Dépistage	Scores
ISAR	Patients à risque	$\geq 2/6$
CAM	Etat confusionnel	$\geq 3/4$
Mini-Cog	Troubles mnésiques	$\leq 2/5$
Hustey	Etat dépressif	$\geq 1/2$
Katz	AVQ	$\leq 18/18$
Lawton	AIVQ	$\leq 27/27$
One leg balance	Risque de chutes	< 5 sec
STOPP	Polymédication	–

ISAR: Identification of Senior At Risk; CAM: Confusion Assessment Method; AVQ: activités basiques de la vie quotidienne; AIVQ: activités instrumentales de la vie quotidienne; STOPP: Screening Tool of Older People's potentially inappropriate Prescriptions.

Figure 3 : Récapitulatif d'échelle recommandé pour les sujet âgée aux urgences (E.Graf et al., 2012)

Annexe 3 :

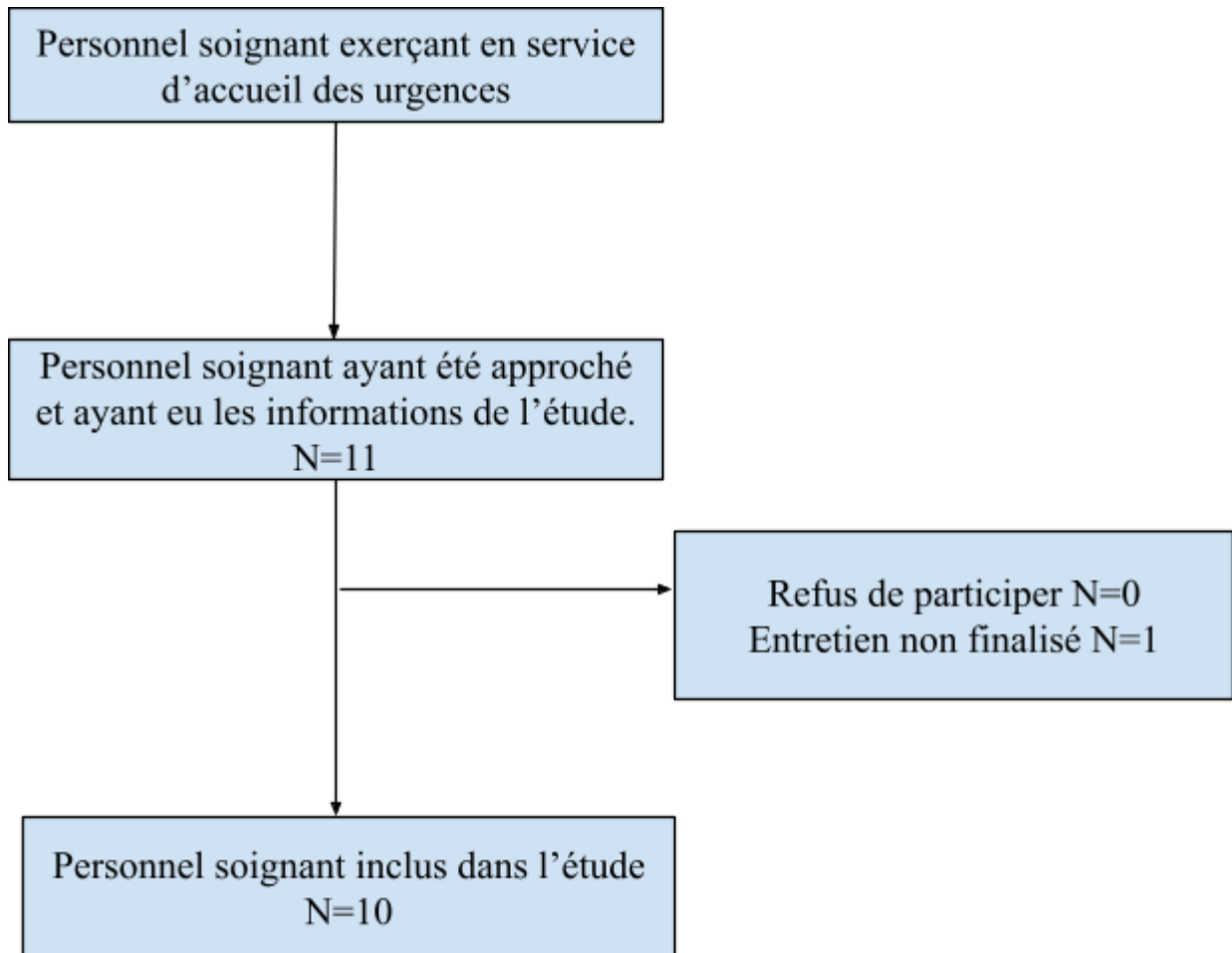


Figure 4 : Diagramme de Flux

Annexe 4 :

Guide d'entretien

Entretien semi-directif.

Population :

- 4 médecins (2 au CH Denain, 2 au CH Seclin)
- 4 Infirmier(e) diplômé d'état (2 au CH Denain, 2 au CH Seclin)
- 2 assistant(e) sociale (1 au CH Denain, 1 au CH Seclin)

Données socio-démographiques.

- Âge :
- Sexe :
- Fonction :
- Expérience en gériatrie :
- Durée d'exercice aux urgences :

Introduction.

Dans le cadre de mes études d'infirmier en pratique avancée, je m'intéresse à la prise en soins gériatrique en service d'accueil des urgences.

Je vous garantis l'anonymat et la confidentialité des données récoltées.

L'entretien sera enregistré afin de permettre une retranscription authentique de vos propos puis supprimé au terme de la soutenance.

Êtes vous en accord avec cet entretien ?

Questionnement.

- Vous accueillez des personnes âgées dans votre service, racontez-moi les problématiques des soins auxquelles vous êtes confrontés ?
- Quelles ont été les difficultés de prise en soins rencontrez-vous avec cette population ?
- Racontez-moi une situation complexe que vous avez vécue ? en quoi est elle complexe ?
- Expliquez moi comment l'avez vous vécue ?
- Quel a été le côté positif ? qu'est ce qui s'est moins bien passé ?

- D'après vous, quelles peuvent être les mesures possibles à mettre en place pour améliorer la prise en soins ?
- Avez-vous d'autres remarques ou commentaires sur la prise en soins de la personne âgée.
- Que connaissez vous de la pratique avancée infirmière ?

Question de relance spécifique :

Si la personne interrogé évoque l'équipe mobile gériatrique, question supplémentaire de relance,

- Expliquez-moi votre vision de l'équipe mobile gériatrique ?

Si la vision est plutôt positif :

- Pour vous quelle est la plus-value de cette équipe mobile gériatrique ?

Si la vision est incertaine ou plutôt négative :

- Racontez-moi vos difficultés ou problématiques avec l'équipe mobile gériatrique ?

Question de relance générales:

- Pouvez vous m'en dire un peu plus ?
- Qu'est ce que vous en avez pensez ?
- Qu'est ce que vous entendez par là ?

Annexe 3 Entretiens :

Entretien n°1 (M2)

EIPA : Quel est ton âge ?

Interne : Ouais 25 ans

EIPA : ton sexe

Interne : Féminin

EIPA : ta fonction

Interne : interne en médecine général

EIPA : ton expérience en gériatrie

Interne : j'ai fait plusieurs stages d'externe en gériatrie et là c'est mon premier stage d'interne au urgences.

EIPA : ça marche, durée d'exercices aux urgences

Interne : bah six mois

EIPA : ça marche donc (euh), au sein des urgences vous accueillez des personnes âgées dans le service de manière générale, quelles sont les problématiques des soins auxquels vous êtes confrontés par rapport à la population gériatrique en général.

Interne : Donc les pathologies en général des personnes gériatriques.

EIPA : oui c'est ça.

Interne : (euh) Ben moi, la pathologie que j'ai le plus vu chez les personnes âgées c'est des problématiques de chutes, notamment que ce soit des chutes mécaniques ou des chutes syncopales, épileptiques, (euh) après il y a beaucoup de maintien à domicile difficile. (Euh) Après tous les problèmes aigus chez les personnes avec les syndromes confusionnels, les épines irritatives.

(Euh) ouais c'est les principales pathologies.

Et puis aussi les altération de l'état général

EIPA : Ça marche, Quelles difficultés de prise en soin particulière rencontrez vous pour cette population ?

Interne : Par rapport aux soins même ou ... ?

EIPA : Par rapport au soins-même ou par rapport à la population, ce qui vous pose problème enfin la problématique les problématiques.

Interne : (euh), enfin Personnellement (rire), après les problèmes que je rencontre avec les personnes âgées, c'est que c'est souvent des dossiers bien complets, difficiles, avec beaucoup d'antécédents, beaucoup de traitements donc il y a tout le côté aussi où il faut essayer de récupérer un petit peu tout ça avec les appels au médecin généraliste pour les ordonnances notamment, (euh) ensuite (euh) les problèmes de communication avec les personnes âgées qui ont des troubles cognitifs, (***hochement de tête, validation***), ici enfin des fois c'est difficile de de communiquer correctement que les personnes expriment leur leur douleur leur enfin voilà un petit peu un petit peu tout ça.

EIPA : ça marche et donc pouvez-vous me raconter une situation complexe que vous avez vécu et en quoi elle était complexe, un souvenir ou une une situation qui vous a vraiment mis en difficulté.

Interne : Ben après, bah ça faisait du coup (euh) aujourd'hui (rire) donc on va faire connaissance , une personne âgée qui vient (euh) parce que elle a chuté à la maison et que sur le plan de biologie il y a rien de très particulier, sur le plan de traumatisme y a rien de particulier non plus, mais on voit que y a pas d'aide suffisantes à la maison notamment sa chambre qui est au premier étage elle m'explique qu'elle doit monter les escaliers plusieurs fois par jour que c'est la fatigue ça induit un risque de chute important (***hochement de tête, validation***) et souvent c'est des personnes qui refusent l'hospitalisation, même si des fois ils en ont besoin pour pour une courte durée ou pour mettre les aides en place et du coup toujours et ça m'est arrivé plusieurs fois le fait de devoir convaincre quelqu'un de rester en hospitalisation, c'est souvent chez les personnes âgées que j'ai une réticence, par rapport à plein de facteurs environnementaux chez eux, des fois par rapport à leurs animaux, leur famille ou même le fait de rester en hospitalisation, c'est souvent quelque chose bah c'est plus un refus d'hospitalisation que je rencontre chez les personnes âgées et qui

met souvent en difficulté même avec les familles des fois qui refusent eux-mêmes que que la personne reste.

(silence)

EIPA : et du coup dans votre prise en soins, qu'est-ce qui vous a enfin qu'est ce qui pour vous s'est bien passé et qu'est ce qui s'est mal passé enfin ce qui vous a mis en difficulté.

Qu'est ce qui pour vous s'est bien passé, était efficient.

Interne : Bah du coup on a pris en charge le le problème aigu aux urgences donc tout ça s'est bien passé le problème s'est résolu il y a des thérapeutiques qui ont été mises en place il y a des solutions temporaires qui ont été trouvées pour le retour à domicile donc tout ça c'est ce qui s'est bien passé dans cette charge.

Mais dans ce qui s'est mal passé c'est du coup le fait que la prise en charge n'avait pas été optimale (***hochement de tête, validation***) et que du coup ça n'a pas été jusqu'au bout, que le risque de chute est toujours là et qu'il n'a pas pu être remis à zéro totalement si on peut dire et que les aides ne sont pas suffisantes et ont pas pu être instaurées comme elle l'aurait dû.

(Silence)

EIPA : Et (euh) est-ce que vous avez une idée de ce qui aurait pu être mis en place pour finaliser cette prise en charge ?

Interne : Bah du coup généralement dans ces cas-là ce que je fais bah j'appelle le médecin généraliste pour que lui ai conscience de la situation et qu'il puisse repasser souvent dans les 24 à 48 h chez la personne pour vérifier que tout aille bien dans ces cas-là. C'est-ce que d'ailleurs j'ai fait ce matin avec le médecin généraliste, où j'ai demandé une consultation dans les 48 h pour réévaluer la le patient avec les indications de nos consultations, et renvoyé aux urgences si ça ne va pas et voilà mais c'est c'est vrai qu'il n'y a pas, il n'y a pas beaucoup de d'autres solutions ou alors je ne les connais pas mais oui.

(Silence)

EIPA : Avez-vous d'autres remarques où commentaires sur la prise en soins la personne âgée de manière générale.

Interne : bah pas particulièrement après je sais qu'ici, sur Seclin il y a ouais, l'équipe mobile de gériatrie qui aide beaucoup (rire) et qui permet des fois de de desmagouiller des situations un petit peu compliqué ça c'est ça c'est un bon point et et voilà.

EIPA : Quelle est votre vision de l'équipe mobile gériatrique ?

Interne : Ah Ben super bien franchement, fin c'est c'est une grande aide je trouve.

EIPA : Pour vous quelle est la plus-value de l'équipe mobile ?

Interne : Ben la plus-value c'est que bah l'équipe mobile gériatrique, ils ont une autre vision différente des urgentistes, enfin quand par exemple aux urgences on voit un petit peu les pathologies aiguës, on voit on essaye de soigner ce qu'on peut soigner là sur le moment aux urgences alors que l'équipe mobile de gériatrie ils ont plus une vision globale de la personne avec (euh) avec un petit peu son environnement, ses aides en place, son mode de vie, ils arrivent à mieux évaluer avec un recul un petit peu plus important que nous je trouve et du coup il y cible vraiment les les bons points.

EIPA : d'accord ça marche et dernière question, que connaissez-vous de la pratique avancée infirmière ?

Interne : Bah ça je ne connais pas trop je sais que c'est assez récent et que c'est pour permettre peut-être des gestes en plus, ou peut-être une prise en charge supplémentaire qu'infirmier classique.

Fin de discussion autour de la pratique avancée en Off.

Entretien n°2 (M1)

EIPA : Donc est ce que je peux vous demander déjà votre âge ?

Médecin : Cinquante ans

EIPA : Votre Sexe ?

Médecin : Masculin

EIPA : Votre fonction ?

Médecin : Médecin, xxxxxxxx

EIPA : Votre expérience en gériatrie ?

Médecin : J'ai pas d'expérience en gériatrie, j'ai l'expérience du terrain de patients gériatriques aux urgences, pour moi en parler je n'ai pas je n'ai jamais travaillé en gériatrie.

EIPA : Ça marche, (euh) durée d'exercice aux urgences ?

Médecin : 22 ans

EIPA : Donc vous accueillez les personnes âgées dans votre service quelles sont les problématiques de soins auxquelles vous êtes confrontés habituellement ?

Médecin : Sur la population générique en particulier

EIPA : Oui

Médecin : (Euh) c'est plutôt des contraintes qui sont souvent médico-sociales et puis aussi on a des problématiques mais ça c'est comme tout le monde d'aval on doit hospitaliser des patients.

L'aval est souvent (Euh) difficile il y a aussi un truc c'est que notre expertise parfois n'est pas celle d'un gériatre et on peut peut-être hospitaliser à tort ces patients qui ne nécessitent pas forcément après une expertise gériatrique.

Et il y a aussi un truc c'est que j'aimerais bien qu'il y ait plus d'entente entre les médecins traitants, avec nous éventuellement, mais surtout avec les gériatres pour prévoir pour anticiper des hospitalisations.

EIPA : Et vous trouvez que c'est un manque dans la prise en soin générale des personnes âgées ?

Médecin : Oui.

EIPA : La coordination hôpital-ville.

Médecin : (Euh) les consultations non programmées et oui effectivement ça plombe le dossier.

EIPA : Et quelles sont les difficultés de prise en soin rencontrées chez ces personnes âgées ?

Médecin : Alors, les difficultés de prise en soin de prise en charge à cause des ... souvent elles ont une méconnaissance de leur propre dossier où elles ne sont pas en capacité de nous le donner
(Hochement de tête, validation)

Souvent aussi ses patients là sont multisites, enfin ils font un peu de nomadisme et parfois on a du mal à faire une synthèse, quand il y en a sur les documents qui nous sont adressés par les EHPAD. On avait mis au point enfin on avait essayé de mettre au point, ce qu'on appelle la le DLU, le dossier, le DSU ... non.

EIPA : Le DLU, c'est le dossier de liaison d'urgence.

Médecin : Voilà et Ben ce DLU malgré le travail qui avait été fait avec le, par le réseau Assur. Je le voit pas ce DLU, oui je vois encore des gros pavés, photocopie de 52 pages qui certes est intéressant si on a 1h, mais pas très écolo et là ce qu'on voudrait c'est un DLU.

EIPA : Si j'ai bien compris vous aviez fait la démarche sur les EHPAD qui dépendent de l'hôpital de Seclin.

Médecin : Oui on avait fait une démarche avec le Docteur X sur effectivement les EHPAD qui dépendaient

EIPA : Oui

Médecin : Mais aussi les EHPAD partenaires.

EIPA : D'accord.

Médecin : Alors je vous avoue que (Euh) il y avait il y avait eu peu de candidats ou d'EHPAD partenaires qui étaient venus lors de la formation qu'ont proposée.

Surtout les EHPAD qui dépendaient de nous surtout qu'avec le dossier ASSUR la priorisation des urgences est améliorée.

EIPA : (Euh) Pouvez-vous me raconter une situation complexe qui vous vient à l'esprit ou un type de prise en charge qui vous met en difficulté ?

Médecin : (Euh) Un type de prise en charge classique, je vais vous faire un exemple vendredi 18h adresser pour altération de l'état général (Euh)

Un patient qui a les troubles cognitifs (Euh) qui est seul à domicile qui n'a jamais vraiment été évalués sur le plan (Euh) médical social psychologique avant nous et qui arrive effectivement le vendredi soir quand il y a du monde aux urgences en sachant que on va avoir du mal à le mettre au bon endroit et que il y aura de l'inertie sur le week-end c'est classique, (silence)

Poly Pathos pas d'évaluation préalable et qui débarque (Euh) qui sait pas pourquoi il est là et je pense que effectivement c'est compliqué et ça va être compliqué pour nous.

EIPA : Ça marche et du coup dans ce genre de situation, qu'est-ce que vous enfin qu'est-ce que vous trouvez positif dans votre prise en charge ?

Médecin : Alors ce que je trouve positif dans la prise en charge c'est que grâce au travail qu'on fait quand même en lien avec les gériatres (hochement de tête, validation), oui notamment en lien avec l'équipe mobile de gériatrie et il nous donne quand même quelques clés.

En faite on fait un copier coller un peu de ce que ce qu'il font, ce qu'on doit faire, leur interrogatoire ou avec la famille aussi on le fait on commence effectivement à avoir des reflex, là c'est la fréquentation qui le veut une culture un peu gériatrique, donc effectivement c'est au contact des gériatre qu'on apprend à faire, bien sûr de la gériatrie et idéalement moi j'ai des idées pour la gériatrie.

EIPA : Si j'ai bien compris, vous trouvez que le fait d'avoir une équipe mobile ou une transposition d'expertise gériatrique aux urgences acculture le personnel des urgences.

Médecin : oui je pense, mieux c'est dans l'air du temps mais moi j'aimerais mettre ça en place parce que je voudrais qu'il y ait effectivement un gériatre aux urgences (hochement de tête validation)

Je ne sais plus comment on appelle ça mais il y a des acronymes encore à la française. je peux vous donner si ça vous intéresse pour votre mémoire.

EIPA : oui, merci.

Médecin : Alors attention j'ai pas dit que le gériatre aux urgences allait voir tous les patients, non je dis que sur des spécificités tout à fait ciblées gériatrique.

On ferait tout au moins le premier jet et par exemple une problématique de maintien à domicile difficile donc on veut son expertise lui il doit terminer.

EIPA : D'accord.

Médecin : C'est pas lui qui va être en premier niveau pour traiter une pyélonéphrite, c'est pas ça que je veux dire c'est sur les spécificités, sur les trucs spécifiques j'aimerais bien qu'il y ait effectivement un gériatre qui soit là.

EIPA : Ca marche.

Afin de compléter ma question initiale, dans ce genre de situation la fameuse situation de vendredi soir qu'est ce que vous trouvez (Euh) négatif dans la prise en charge de manière générale.

Médecin : Ce qui est négatif c'est souvent ces situations qui au préalable pourrait être géré en évitant que cette personne n'arrive aux urgences, une personne âgée qui va être perdu on va majorer un peu peut être ses problématiques cognitives alors qu'effectivement si on avait anticipé effectivement une hospit où voir une HDJ, voir une consultation ça serait pareil et c'est pas codifié ça perturbe encore plus les personnes ça c'est sûr.

EIPA : Si je comprend bien certaines prises en charge mériteraient d'être organisées via les hospitalisations programmées ?

Médecin : Nous on les voit pas les hospitalisations programmées, nous on voit plutôt ce qui ne va pas, les personnes qui ne sont pas programmées donc on se dit bah ces gens là typiquement il faut les programmer.

Le grand classique aussi un autre exemple c'est quelqu'un qui a une anémie chronique et qui vient et qui voilà qui est adressé en disant après la prise de sang je vous l'adresse.

Il est transfusé de façon chronique, il ne présente pas de signes aigus de mauvaise tolérance ça, ça doit être anticipé (***hochement de tête, validation***) travailler en liaison avec le gériatre surtout qu'ici à Seclin qui a un service gériatrique bien organisé il y a un gériatre disponible tous les jours.

EIPA : Oui

Médecin : La solution est déjà présente, mais elle n'est pas exploitée, elle n'est pas faite, à mon avis c'est un manque d'habitude de la part des médecins traitant, voilà quand on fait des rencontres ville- hôpital des messages sont passés d'un côté comme de l'autre mais c'est souvent les plus vertueux qui viennent dans ce genre de réunion.

EIPA : Oui tout à fait et donc selon vous quelles mesures pourraient améliorer cette prise en charge ?

Médecin : Moi je dis effectivement une formation, peut-être une meilleure entente ville hôpital

EIPA : Oui

Médecin : (Euh) Le médecin référent gériatrique il est présent en tout cas sur notre structure, nous quand on est effectivement, chose qu'on fait mais peut être des formations au coup par coup sur des thématiques particulières avec nos gériatres, bilan de chute la personne âgée, confusion, CRP isolé que faire ce genre de chose et puis effectivement l'anticipation des hospitalisations pour médecins traitant sur des pathologies qui sont qui ne relèvent pas forcément.

EIPA : D'accord.

Médecin : Qu'on laisse éventuellement traîner et qui finissent par arriver aux urgences. (Silence)

EIPA : (Euh) vous avez évoqué l'équipe mobile gériatrique précédemment, quelle vision avez-vous de celle-ci au sein des urgences ?

Médecin : Très bonne, vous prêchez un convaincue.

EIPA : Quelle plus-value identifier vous à cette expertise ?

Médecin : (Euh)(Silence) retour au domicile si c'est possible, c'est souvent la volonté des patients donc ça l'équipe mobile de gériatrie le permet avec mise en place rapide.

Donc l'équipe mobile de gériatrie, je tiens à préciser que c'est un médecin, une infirmière et une assistante sociale qui seront aussi très importantes dans ce dans ce trio donc ça c'est génial pour les retours possibles que nous on estime possible qui sont bien sûr validées par l'équipe mobile.

Et l'équipe mobile qui se met comment dire en 4 pour permettre ça, ça c'est un premier point après le gros avantage de l'équipe mobile c'est nous quand on ne sait pas trancher (***hochement de tête, validation***)

C'est limite oui mais alors nous on a toujours la pression des places d'avales, donc on veut commencer à vouloir les sortir, j'exagère peut être eux ils sont quand même un caractère tranché il faut hospitaliser, pas hospitalier et aussi un élément très important c'est un élément facilitateur c'est quand l'équipe mobile de gériatrie a une problématique il faut hospitaliser il parle directement à son collègue ou bien des fois aussi ce qui nous aide ils peuvent faire dans notre cas une entrée directe au SSR.

EIPA : Oui.

Médecin : Ils se parlent entre eux, entre gériatres ou rééducateur donc ça par exemple aussi un truc que je fais, j'aime bien que quand je fais venir l'équipe mobile de gériatrie et que le médecin gériatre me dit je pense qu'il peut repartir cette personne peut repartir j'aime bien dire bah écoute toi t'es gériatre discute avec ton collègue gériatre à l'EHPAD pour pouvoir avec le médecin coordonnateur pouvoir parler entre vous avec des termes appropriés j'aime bien faire ça aussi.

EIPA : Ça marche.

Médecin : voilà c'est pour moi c'est une plus-value énorme, l'extension de l'équipe mobile gériatrique ça serait le fameux UPOG, ça serait ça serait une sorte d'EMG à mon avis, avec un poste, comme ça quelqu'un a poste et en plus on travaille bien avec les gens qu'on travaille souvent avec (***hochement de tête, validation***).

C'est-à-dire que nous on s'entend tous très bien avec les gériatres mais c'est vrai que si c'est un ou une gériatre qui vient et c'est toujours la même on va créer des réflexes c'est des habitudes de travail, c'est sûr qu'on est on y est gagnant je pense tout le monde est gagnant.

EIPA : Dernière question que connaissiez-vous de la pratique avancée infirmière ?

Médecin : alors je connais je commence à m'y intéresser parce que je suis en train de travailler justement sur un module d'enseignement sur les prescriptions anticipées des radios (***hochement de tête, validation***) par l'IPA.

EIPA : D'accord

Médecin : Je dois prendre en collaboration avec mes collègues urgentistes radiologues proposer un module d'enseignement pour le mois de juin via l'ARS donc je connais un petit peu le principe.

EIPA : Ça marche et vous avez pour projet de former des IPA ?

Médecin : alors moi attention je trouve que l'IPA c'est très bien c'est une évolution de carrière pas de problème.

C'est en plus c'est quand même assez riche et lourds, dans le bon sens du terme c'est une bonne évolution alors je suis confronté moi à des problématiques moi de service parce que une fois que quelqu'un est formé IPA, il ne peut plus de redevenir entre guillemets simples infirmier oui il faut

qu'on le sorte de l'effectif moi ça me brûle parce que je vais devoir retrouver et reformer des infirmières, mais ça c'est en tant que gestionnaire d'équipe.

Par exemple si je mets une IPA à l'accueil il faudra que je trouve d'autres IPA pour pouvoir réussir à rendre pérenne la permanence d'IPA. C'est 2 ans, pour rendre la chose pérenne il faut en former 2,8 minimum c'est sans compter les vacances, c'est une très bonne chose au niveau individuel c'est encore compliqué à mettre en place parce que nous on galère un peu avec le personnel on n'en trouve pas, on essaie de les former, on essaie de bien les former si on peut si en plus après on doit recréer une ligne.

Je pense que c'est l'évolution on va s'y mettre mais actuellement effectivement donc moi je voudrais en fait le process que je suis en train de mettre en place pour les pratiques avancée (**hochement de tête, validation**) je m'inspirais de ce travail pour moi pour faire des prescriptions anticipées sur protocole, protocolisé et donc je serais éventuellement prêt je ne serais plus oublier de faire des protocoles, nous on fait on fait certains protocoles déjà en avec nos infirmières sur les prescriptions biologiques et douleur thoracique elles savent qu'elle doit faire donc ça c'est des protocoles qui ont été faits qui sont validées qui sont revus, effectivement l'IPA aura cette liberté de prescription il pourra s'affranchir de ce genre de protection que c'est ça serait dans sa formation.

EIPA : Parce que le protocole dépend du médecin et l'IPA elle, dépend d'elle-même.

Médecin : voilà c'est ça.

EIPA : Est-ce que vous avez d'autres questions commentaires.

Médecin : Non.

Fin de discussion autour de la pratique avancée en Off.

Entretien n°3 (I2)

EIPA : Donc est ce que je peux vous demander votre âge.

IDE : 45 ans.

EIPA : Votre sexe ?

IDE : Féminin.

EIPA : Votre fonction.

IDE : Infirmière.

EIPA : votre expérience en gériatrie ?

IDE : En gériatrie, alors j'ai travaillé quand je travaillais sur l'hôpital de xxxxx en court séjour gériatrique, on va dire ouais une bonne année.

J'ai fait aussi (Euh) ce qu'on appelle du moyen séjour gériatrique pendant 5 à 6 ans pas ici à Tourcoing ici sur Seclin j'ai fait 5 à 6 ans de SSR, voilà le parcours en gériatrie que j'ai.

EIPA : Et votre durée d'exercice aux urgences ?

IDE : 3 ans.

EIPA : 3 ans d'accord,

Donc vous accueillez des personnes âgées dans votre service, quelles sont les problématiques de soins auxquelles vous êtes confrontés habituellement par rapport à la population gériatrique ?

IDE : Le temps, le matériel parce que quand ils sont déments on n'a rien, on n'a rien en matériel pour, je ne dis pas les contentionner, c'est un grand mot contentionner mais pour dire qu'ils aient plus ou moins ouais un enfin peut pas dire si on peut dire ça un confort (***hochement de tête, validation***) ouais mais comme ici on pourra pas avoir, je l'avais déjà dit juste des fauteuils avec tablette pour dire qu'il soit assis avec une tablette et qu'on n'est pas obligé de ... parce que s'ils sont trop agités, on les attache (***hochement de tête, validation***), ce n'est pas la solution.

EIPA : Si je reformule, vous parlez de moyens de sécurisation plus adaptés ?

IDE : Plus juste même, que l'on aurait juste un box avec après ça fait un peu pas barbare mais quand je travaillais en gériatrie, après je veux juste les sortes de demi portes (***hochement de tête, validation***).

Les barrières de porte comme au court séjour voilà, ça fait un peu on peut dire box à chevaux mais juste ça pour dire qu'il puisse avoir une pièce où mais il reste en secteur fermé tout en ayant une vue sur l'extérieur voilà parce que les attachés c'est pas la solution (*hochement de tête*) Alors après plus tu les attaches et plus ils partent soit dans leur démente et ils sont complètement perturbés ou soit après il faut leur faire des soins qui sont ... parce que quand on doit faire une BU et qu'il ne pisse pas dans l'heure c'est quoi ? Sondé, voilà ce que j'ai déjà dit moi j'appelle ça du viol cautionner voilà, "moi j'en ai besoin" bah non c'est pas une urgence mais bon c'est tout après c'est une manière de voir les choses hein voilà.

EIPA : Si j'ai compris vous identifier plutôt la problématique sur les troubles du comportement.

IDE : Ou même après bah déjà la majorité des gens âgés il y en a quand même une paire qu'on accueille ici c'est aussi le souci principal, un des soucis principaux ici je pense.

Puis après ouais on a pas le temps et puis après il y en a ils n'ont pas envie non plus, ils n'ont pas la patience, ils n'ont pas l'envie, après c'est une question de voir, de philosophie de voir les choses c'est toujours la même chose.

EIPA : Quelles difficultés de prise en soin identifiez-vous, des choses qui vous marquent auprès de la population gériatrique aux urgences ? (Silence)

IDE : Ouais c'est quand ils sont déments, c'est ça qui me perturbe aussi, ils sont déments et quand on est étiqueté dément et qu'on déambule, on doit les attacher moi c'est ça qui me pas traumatise, ce n'est pas vrai c'est moi qui m'intéresse, je m'interpelle tout le temps je ne vois pas pourquoi en étant dément on n'a pas le droit de déambuler dans un endroit et ce n'est pas adapté, ici en fait pas du tout.

EIPA : Pouvez-vous me raconter une situation complexe qui vous a marqué ou un type de prise en soins complexe qui vous marque ?

IDE : complexe.

EIPA : oui.

IDE : Non je ne dirais pas complexe j'irai juste, ce n'est pas complet mais juste quelqu'un qui vient enfin une dame âgée qui vient se faire soigner et qui (euh) fait un petit bruit répétitif,

EIPA : Des écholalies ?

IDE : Voilà et pour moi c'est pas compliqué à prendre en charge par ce que c'est tout moi je relativise je me dis qu'elle est comme ça c'est ses troubles du comportement et tout et moi ce qui me choque c'est que le médecin il dit moi je la supporte pas, qu'elle cris et Ben il va avoir un petit peu d'Hypnovel, comme ça, ça va elle va se taire et ça, ça me perturbe parce que c'est ce qui est fait il faut dire la vérité ça se passe comme ça dans le chaos général qu'on est en train de vivre bah la solution c'est ça hein mais c'est pas la solution, chez les gens dément et tout ça, c'est pas la solution.

Si quand ils sont trop agités et qui peuvent se blesser, je suis d'accord on peut mettre de l'Hypnovel et truc machin, mais ce n'est pas la solution en systématique, la solution là ça ne gêne pas la dame ça gêne qui ? Le médical ou le paramédical, voilà.

Ça, ça m'embête comme situation, si je me dis ça peut être mes parents ça peut être n'importe qui et est ce qu'il ferait la même chose bah on ne voudrait pas en tout cas.

EIPA : Dans ce genre de situation qu'imaginez-vous comme ...

IDE : En solution ?

EIPA : Oui

IDE : il faut changer les mentalités, c'est les mentalités qu'il faut changer, moi quand ici j'ai dit on a des soucis avec la prise en charge on m'a dit de monter un dossier.

Ouais bah c'est bien, c'est bien bravo alors que il n'y a pas besoin de monter un dossier pour récupérer un fauteuil tablette (*hochement de tête, validation*)

Après je dis pas c'est pas la solution miracle mais bon c'est comme les soignants qui disent Ah bah on a lavé on a lavé mamie ou papi et qui les claque devant la télé alors que c'est prouvé que la télé c'est pas très très bon non plus, mais les mentalités sont dures à changer donc c'est compliqué hein mais ça c'est déjà chez les paramédicaux, alors les autres n'en parlons pas.

(*Silence*)

EIPA : Avez-vous d'autres remarques ou commentaires, par rapport à la prise en soin des personnes âgées aux urgences ?

IDE : non moi c'est ça qui me choque le plus (*Silence*)

Et encore j'en oublie certainement, j'en oublie certainement mais ce n'est pas adapté de façon il faudrait des urgences plus adaptées.

EIPA : Si je comprends bien, en termes d'infrastructure.

IDE : et ouais si on voulait, il faudrait des urgences que gériatrique, mais bon dans ces cas-là ici à Seclin, dans ces cas-là il aurait du mal à fonctionner les urgences normales c'est comme ça dans toutes les urgences.

EIPA : Et que connaissez-vous de la pratique avancée infirmière ?

IDE : Rien, non pas grand-chose, je ne m'y suis jamais trop intéressé mais après tu ne peux pas faire ça dans tous les domaines hein.

Fin de discussion autour de la pratique avancée en Off.

Entretien n°4 (I1)

EIPA : Donc je vais déjà vous demander votre âge ?

IDE : Alors j'ai 26 ans.

EIPA : Votre sexe ?

IDE : Masculin

EIPA : Votre fonction ?

IDE : Infirmier

EIPA : votre expérience en gériatrie ?

IDE : j'ai fait 6 mois en tant qu'aide-soignant en USLD à xxxxx et 6 mois en tant qu'infirmier en USLD et ensuite je suis passé aux urgences.

EIPA : D'accord.

IDE : Donc ça fait 2 ans et demi aux urgences.

EIPA : Donc vous accueillez des personnes âgées dans votre service et à quelle problématique vous êtes confrontés par rapport à cette population au sein des urgences.

IDE : Les personnes âgées sont un sujet très vaste ici, souvent ce qui revient c'est plus au niveau de la communication pour les patients qui sont Alzheimer ou qui ont des démences à ce moment-là pour communiquer c'est un peu plus compliqué, c'est sûr aux urgences malheureusement on privilégie l'aspect plutôt technique.

C'est vrai qu'on a moins de temps, on prend moins de temps avec les patients donc ça on bâcle un petit peu.

Et quand il y a des défauts de communication, ça je pense qu'on cherche pas forcément aller plus loin et on s'arrête "Ah bah tant pis" je peux donc poser un cathéter et je vais pas forcément lui expliquer je fais ça ça ça ça ça et basta. Après je vais écrire mes soins c'est terminé quoi et c'est vrai que c'est rare enfin j'essaie de le faire, où on explique tout je pense surtout que pour les patients qui sont déments qui viennent aux urgences, je pense qu'ils se sentent un petit peu plus agressé (***hochement de tête, validation***), ils comprennent pas forcément ce qui se passe, je pense que c'est compliqué pour eux d'avoir tous ces soins sans savoir sans comprendre. Ça c'est plus pour les patients déments après les autres problèmes avec les personnes âgées (Euh) (***Silence***)

On est moins, on n'est pas trop disponible, c'est vrai que c'est des personnes qui demandent un peu plus d'attention, qui demandent plus d'aides pour aller aux toilettes etc...

Et aux urgences c'est banal, mais c'est des personnes âgées souvent qui marche à la maison et nous on se retrouve à leur donner l'urinal ou le bassin, parce qu'on n'a pas forcément le temps de les emmener aux toilettes et c'est basique mais bon moi perso je préfère aller au toilette et je sais qu'à leur place je préférerais aussi aller au toilette, ils se retrouvent avec un bassin ou urinal et nous le font comprendre et c'est vrai que nous nos consignes c'est bah pas de levé on sait jamais et donc un gain de temps pour nous et un inconfort pour eux.

Moi je sais que quand un patient demande pour aller aux toilettes je vais toujours voir le médecin ou l'interne pour savoir s'il peut aller aux toilettes et souvent c'est vraiment, c'est "met lui le bassin" et je pense que ça peut prendre moins du temps où ça c'est plus une question de sécurité, mais si on se pose vraiment la question questions, je pense qu'ils peuvent être accompagnés ... d'autres problèmes ... *(Silence)*

Moins de pudeur je pense par rapport aux jeunes personnes. Une jeune demoiselle je sais pas 18 ans je serais beaucoup plus gêné je vais prendre beaucoup de précautions je vais mettre une alèse sur sa poitrine je vais prendre le temps avant, et c'est vrai que pour les personnes âgées on a je trouve un peu cette distance de l'âge, je pense qu'on hop tout de suite on enlève la blouse on fait l'ECG et Basta.

Et ça c'est vrai que même moi aussi j'avoue je le fais de temps en temps mais ouais on fait moins attention à la pudeur on a toujours la porte mais dans le box entre nous et le patient il y a un peu moins de pudeur avec les personnes âgées.

EIPA : si je comprends bien vous prenez moins de distance moins de précautions.

IDE : Oui, oui c'est parce qu'il y a une porte que la pudeur s'arrête là, enfin nous soignants on n'est pas censé voir toute l'intimité du patient surtout quand il n'est pas conscient du problème quoi. Donc ouais un peu moins de pudeur avec les patients.

C'est ouais les habitudes de vie, c'est des personnes qui ont l'habitude d'avoir si, d'avoir ça et c'est vrai qu'aux urgences on ne peut pas trop forcément leur apporter par manque de temps, manque d'espace, ou ils sont là pour une demie heure dans le box mais ouais on peut, peut-être pas tout le temps mettre à disposition comme ils le souhaitent, ça c'est un truc propre aux

urgences donc c'est dommage mais c'est vrai qu'on ne prend pas trop en compte leur avis et leurs habitudes de vie parce que, ouais c'est du rapide ça peut être en lien avec un défaut de personnel et ça peut rentrer en compte dans le sens où on a plus de temps lorsque l'on est plus nombreux ça c'est sûr.

EIPA : Avez-vous en tête une situation complexe que vous pouvez me décrire ou un type de situation complexe ?

IDE : c'est souvent les patients déments j'essaie de leur expliquer par exemple la pose de cathéter et malheureusement on lui explique, on lui pose une première fois, on leur pose leurs prescriptions, ils sont à jeun par exemple donc forcément obligé de mettre les prescriptions en IV. S'il arrache leur perfusion plusieurs fois, malheureusement on est obligé de mettre des liens et souvent on passe principalement par une contention physique avant une contention chimique. C'est pas top pour eux et franchement c'est pas du tout top pour nous non plus. Malheureusement les gens déments, ils ont rien demandé et nous on se retrouve à attacher, c'est vrai que bon c'est pas top.

Ce n'est pas un endroit forcément adapté pour eux les urgences, quand ils sont en UVA ou UCC ils se déplacent, ils sont tranquilles on fait en fonction des patients.

Mais ici malheureusement on ne peut pas faire en fonction des patients. Parce que c'est vrai je vais être un peu cru, mon petit papi qui se balade tout nu avec 3-4 personnes à côté ça la fout mal quoi, bah on est obligé de l'attacher et le contentionner c'est pas top.

EIPA : Dans ce genre de situation qu'est-ce que vous trouvez positif dans votre prise en charge ?

IDE : Ce que je trouve positif dans ma prise en charge.

Bah c'est qu'elle ait ses prescriptions déjà, mais sans ça, moi perso je retiens surtout le négatif, un échec de prise en charge.

Qu'on soit obligé d'attacher, oui passer les prescriptions pour son bien et ouais si on arrivait je pense à leur faire comprendre, c'est compliqué, c'est utopique mais je pense ça se passerait mieux et malheureusement c'est pas le cas.

EIPA : A quel dispositif ou manière de faire, pensez-vous afin d'améliorer votre prise en charge de la personne âgée ? (Silence)

IDE : (Euh) Une formation, une formation spécifiques c'est comme pour tout cardio, neuro ... je pense faut savoir les prendre faut être formé, je pense déjà à une formation justement avoir des outils qu'on ai a notre disposition des outils professionnel, pas forcément technique mais au moins des connaissances, des compétences en plus parce que c'est une typologie de patients qui est spécifique.

Ensuite de la place je pense surtout à des boxes un peu plus, pas forcément mis à l'écart car on as besoin de garder un œil sur certaines patients, mais voilà au moins d'avoir un box où on sait qu'on va les laisser on veut pas les mettre dans le couloir où ils vont pas forcément entre guillemets déranger, ben quand ils sont attachés bah ils peuvent parler un peu plus fort, voir hurler, donc quand je dis un box c'est pas pour les isoler, pas pour que personne les entendent ou qu'on les oublie mais pour eux au moins sont un peu plus tranquille.

EIPA : Si je comprends bien, vous pensez à un box adapté aux personnes âgées plus adaptées à leurs besoins.

IDE : Ça ne serait pas possible de le faire, mais ça serait bien ça serait très bien.

EIPA : Est-ce que vous avez d'autres remarques ou d'autres questions par rapport à la prise en charge de la personne âgée aux urgences ? (Silence)

IDE : (Euh) Après, la prise en charge de la douleur, je pense qu'ils sont en train d'y penser un petit peu, on en voit quand même pas mal en ce moment c'est la prise en charge de la douleur pour tous les patients qui sont en soins palliatifs, je pense qu'on n'a pas le réflexe de mettre surtout pour les fins de vie, morphine et Hypnovel en fait c'est terminé c'est une fin de vie, c'est les urgences il mourir, on le met au lit porte, ils vont s'en occuper.

EIPA : Si je comprends bien, vous avez remarqué que les soins de confort sont insuffisants ?

IDE : Alors tout ce qui est coté soignants, effleurage, mise à disposition, bien installé franchement ça je pense qu'on n'a vraiment pas de souci.

Quand c'est comme ça on les met au lit portes et là il y a un infirmier, donc on a beaucoup plus de temps on peut plus les choyer, on a moins de patients aussi donc c'est quand même vachement

agréable mais avant ça bah ouais ils sont ici, puis qui sont transférées on s'en occupe mais avant ça, bah ouais c'est pas grand-chose quoi, ils sont pas tous confortables aux urgences.

EIPA : vous trouvez que ce n'est pas un automatisme de prendre en charge le confort, la douleur ?

IDE : Si la douleur aux urgences mais on voit beaucoup de patients qui sont en fin de vie, ils sont pas forcément confortables, il y a pas le réflexe directement de les soulager. La prise en charge de la douleur en général aux urgences parce que c'est quand même le but c'est de soulager, C'est pas le confort la priorité des urgentistes, et malheureusement je pense ça colle un petit peu avec le profil des urgences ou les idées qu'on a avec les urgences quoi. (Silence)

Le temps d'attente aussi j'ai pas parlé de ça, mais les brancards par exemple, ça c'est d'autres situations même par exemple on a une petite mamie là ça fait 6h qu'elle attend sur son brancard on sait qu'elle va monter depuis 4h00, les étages attendent encore, après ils ont leur problème dans les étages ça c'est sûr, ils attendent encore 4h00 là ils se retrouvent être 8h, 10h00 sur un brancard, c'est pas super confortable quoi et ça ouais les brancard pour les personnes âgées c'est un enfer ici ils se plaignent tous qu'ils ont mal au dos, mal aux reins.

EIPA : Si j'ai bien compris ce genre de situation engendre des difficultés de prise en charge ?

IDE : Oui parce qu'ils se plaignent, ils se plaignent mais on est les premiers intervenants auprès d'eux, donc ils se plaignent à nous.

Nous on va le rapporter au médecin mais ça pour les infirmiers qui sont en première ligne c'est pas agréable quand on se prend les reproches des patients alors c'est pas forcément notre faute pour les monter, parfois on se prend les remarques des médecins en mode bah non bah il va monter.

EIPA : Ça marche

IDE : Mais ouais tout ce qui est brancard pour les personnes âgées, c'est le temps d'attente aux urgences compliqué.

Bon après, il faut attendre le bilan c'est 2h, s'il y a un scanner etc bon on attend encore 1h on sait qu'ils sont là pour 3 à 4h, plus après s'ils sont susceptibles de monter ils sont là pour 6h 7h00 sur un brancard .. 8h.

La dénutrition aussi je sais c'est très important, par exemple pour dans les étages pour une prise en charge précoce de la dénutrition, c'est pas un bilan d'urgence albu, préalbu, on fait pas systématiquement aux urgences et pour moi aussi c'est par exemple quelqu'un qui vient pour une fracture du Col ou autres ont, souvent on aime bien avoir un bilan de dénutrition avant le bloc quoi c'est déjà arrivé d'effectuer une renutrition et après le bloc de continuer ça on le fait pas, je sais qu'un protocole est en train d'être mis en place avec les diètes mais il faut que ça vienne des diètes, c'est pas la priorité mais si on peut avoir ça, je pense que ce serait bien.

EIPA : c'est une amélioration des pratiques de manière générale.

IDE : je pense que pour l'instant je ne vois pas d'autres choses.

EIPA : Et que connaissez-vous de la pratique avancée infirmière ?

IDE : Pas grand chose non, j'en ai entendu parler c'était à la sortie de mes études ils ont commencé à mettre ça en place je dis juste que c'est une sorte de super infirmiers qui va pouvoir aider le médecin sur des prescriptions, un peu alléger le travail du médecin, entre guillemets je sais pas mais en gros ça sera bien super infirmier avec un apport de connaissances donc spécifique je sais pas s'il y a des par exemple s'il y a un infirmier en pratique avancée aux urgences ou je sais pas ça encore été mis en place mais c'est spécifique.

Fin de discussion autour de la pratique avancée en Off.

Entretien n°5 (A1)

EIPA : je vais vous demander votre âge, votre sexe, votre fonction, votre expérience en gériatrie, la durée d'exercice aux urgences ?

AS : Bah moi j'ai 29 ans donc je suis assistant social ça fait ça fera 3 ans en septembre que je suis assistante sociale sur Seclin.

Donc on va dire expérience dans le milieu médical ça fera 3 ans avant j'étais avec des enfants déficient intellectuels donc c'est pas du tout dans la gériatrie et puis après le service des urgences, je suis actuellement en remplacement.

EIPA : Dans le service des urgences on accueille des personnes âgées et pour vous quelles sont les problématiques de soins auxquelles vous êtes confrontés enfin de manière générale, en lien avec votre intervention et le service de soins ?

AS : Ça peut être chute, troubles cognitifs, le maintien à domicile impossible, aidant épuisé.

Souvent ces chutes quand même, beaucoup incurie quand même beaucoup aussi, absence d'aide à domicile, patients dépendants souvent c'est ça en fait au niveau du motif d'interpellation avec les troubles cognitifs souvent aux urgences qui vont avec.

C'est souvent ça au niveau du motif d'interpellation on va dire.

EIPA : Ça marche. (Silence)

AS : C'est sûr que si on parle après du contexte de travail, c'est sûr qu'à l'urgence ce qui est compliqué bah c'est qu'on a pas pu s'entretenir avec la personne, que bah c'est dans l'urgence c'est toujours en rapidité, c'est le jour même, donc il faut tout lâcher pour ce service-là, nous c'est vrai que les paramédicaux, on n'est pas sur la même temporalité au niveau du social, c'est vrai que nous pour mettre en place des aides, bah c'est un peu plus long, il y a d'autres démarches à faire et ça prend plus de temps.

Les services extérieurs n'ont pas forcément la même temporalité que nous, donc ils sont pas forcément aussi réactifs que nous, ils ont besoin eux aussi d'une ressource humaine qui ne sont pas forcément, en plus en ce moment avec le COVID c'est très compliqué avec les arrêts etc...

Les infirmiers libéraux j'en parle pas non plus, ils sont débordés donc en fait à l'heure actuelle,

enfin avant c'était un peu plus simple, à l'heure actuelle ça devient très compliqué parce que derrière en fait, bah toute la machinerie derrière elle a du mal à suivre.

EIPA : Quelles difficultés de prise en charge vous rencontrez vous auprès de cette population quand vous intervenez, qu'est-ce qui vous pose problème, qu'est ce qui vous met en difficulté ?

AS : Je dirais quand il y a des troubles cognitifs et qui a pas d'aidants, ou qu'il y'a personne, un isolement familial.

Ça c'est compliqué, parce que du coup on a personne sur qui se rattache, si la personne a des troubles cognitifs, et du coup c'est très compliqué de discuter avec elle ou alors elle est complètement incohérent et du coup quand c'est ça, Ben généralement, c'est soit on arrive à faire un retour parce qu'il y a derrière de la famille ou des voisins ou quelque chose s'il y a rien du tout, Ben soit on essaie de négocier une hospitalisation et pouvoir y voir plus clair après pour gagner un petit peu de temps. Sauf qu'en fait à l'heure actuelle il n'y a pas de temps social dans les EHPAD, donc en fait Ben nous on prend sur notre temps sur les autres services pour intervenir pour ces patients qui sont hébergement temporaire en ehpad chez nous par exemple.

Et du coup ça veut dire mise sous tutelle etc... Avec le temps que ça peut prendre au niveau du juge, donc les 2 à 3 mois d'attente donc le temps d'avoir un tuteur qui est nommé, parce qu'on a rarement un tuteur qui est nommé en urgence, donc effectivement voilà on n'est pas du tout sur la même temporalité sur nous nos démarches et sur l'hôpital où ça doit aller plus vite et en fait le reste derrière, bah que ce soit les aides à domicile ou alors le côté judiciaire ça prend plus de temps.

EIPA : Si je comprends bien, le manque de temps et de personnes présentes auprès du patient peut engendrer une hospitalisation pour maintien à domicile difficile ?

AS : Oui, le risque ça serait imaginons à une personne on va dire Alzheimer qui rentre à la maison même s'il met en place des aides et qui a personne autour, bah ça veut dire que il y a personne qui peut vraiment fermé la porte, ils peuvent sortir se retrouver dans la rue, voilà ça pourrait arriver à des situations comme ça ou Ben effectivement la personne elle peut être autonome physiquement, mais du fait de ses troubles bah elle chute elle sera pas capable d'appeler à l'aide, donc elle peut rester au sol et puis si il y personne qui y va comment savoir

qu'elle est au sol et du coup bah station au sol, sur une personne âgée bah on sait ce que ça peut impliquer.

Ou alors ça peut aller plus loin quoi ou alors elle se nourrit pas parce que nous en fait au niveau des passages ce qu'on peut avoir au maximum c'est trop passage par jour, un passage matin, un passage midi, un passage soir, grosso modo, c'est-à-dire en dehors de ces passages là, il y a rien, la personne est toute seule donc est ce que la personne est capable de rester encore toute seule chez elle ou avec ses aides là au maximum, ou c'est pas du tout possible à ce moment-là on est sûr de l'EHPAD et à ce moment-là Ben c'est maintien chez nous soit on MCO et après en SSR pour faire les mesures de protection judiciaire, pour qu'après elle rejoignent l'EHPAD quoi.

EIPA : Est-ce que vous pouvez me raconter par exemple une situation complexe vécue et en quoi elle était complexe pour vous, si vous avez un exemple ?

AS : J'ai eu une patiente qui est arrivé aux urgences pour incurie, bah justement isolement alors qu'elle avait 2 enfants mais qui sont pas dans la région, troubles cognitifs, elle est montée en service, elle est montée en gériatrie cette dame, en court-séjour gériatrique.

Ses troubles ont commencé à se développer de pire en pire, on a évalué la situation.

Le logement dans un état pas possible avec des excréments de chien etc.... partout un début de diogène quand même mine de rien, avec juste un portage de repas en faite à domicile, pas de mesure de protection judiciaire, pas d'infirmière, pas d'aides à domicile enfin juste le portage des repas avec la mairie.

Au final cette dame a été en hébergement temporaire en EHPAD avec le nouveau dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation en urgence avec l'accord de l'ARS, pour une prise en charge du coût des frais d'hébergement donc et en EHPAD à l'heure actuelle et du coup bah ce qui a été fait, c'est mis sous protection judiciaire, contact des enfants qui voulaient pas dépenser un sou entre guillemets hein, pour faire simple j'ai dû aller au domicile ce qui est très rare pour évaluer un peu le domicile pour récupérer des documents administratif, parce que là elle était arrivé ici sans rien sans carte d'identité, sans carte de sécu, sans papier, sans rien du tout et puis incapable de dire où sont rangé ses papiers vu ses troubles.

Donc là la mesure de protection judiciaire est parti, on est dans l'attente du coup maintenant du juge des tutelles soit nommé je me demande quand même la nomination d'un mandataire en

urgence au vu de la situation, pour que l'admission en EHPAD puisse être possible mais là du coup elle est chez nous cette dame et on est en attente d'une admission en EHPAD, derrière on a quand même fait aussi une sauvegarde de justice parce que les enfants avaient envisagé de venir au domicile pour récupérer des affaires pour Madame, mais au final c'était davantage pour récupérer les affaires pour eux, avec potentiellement mise en danger et spoliation, donc du coup sauvegarde de justice aussi pour dire que à telle date bah du coup les troubles de Madame sont avérés, qu'il y a une possible mise en danger donc voilà quand même important, la nomination de mandataire vraiment spécial ou d'un tuteur si le juge vient enfin viens voir Madame parce que là mais pas possible de se déplacer au tribunal donc ça sera le juge qui viendra voir ici à l'EHPAD. Et après bah dès qu'il y a un tuteur, ça sera admission en EHPAD derrière. Madame se plaît en EHPAD et c'est son projet et est d'accord pour ça. Voilà un petit peu le genre de situation un peu complexe qu'on peut avoir.

EIPA : Dans ce genre de situation qu'est-ce que vous trouvez positive, dans la prise en charge de la personne âgée ?

AS : Pour le positif je le cherche hein.

Le positif entre guillemets parce que nous on fait l'effort d'intervenir alors que Madame a été très vite mise en EHPAD normalement je suis pas censée intervenir en EHPAD. J'ai pas de temps donc entre guillemets pour elle pour cette dame, c'est qu'elle a la chance qu'on a continué à intervenir parce que voilà on va au-delà en fait de notre intervention parce que il n'y a pas de temps social qui est budgétisé sur les EHPAD. Ça m'a pris énormément de temps quand même cette situation sachant que c'est toujours pas terminé au final, après est-ce que est ce qui serait bien effectivement c'est un peu plus de temps social.

EIPA : D'après vous qu'est ce qui pourrait être mis en place comme mesures pour améliorer votre prise en soins des personnes âgées aux urgences ?

AS : En fait on est souvent appelé à ... un patient peut arriver à 3h du matin, nous on peut être appelé dans l'après-midi par exemple sachant que nous ben les services publics 16h 16h30 voilà, ça devient compliqué de les avoir au téléphone, donc au plus tôt on est appelé, au mieux c'est, en fait j'ai envie de dire après effectivement, si dès l'entrée d'avoir toutes les infos, d'avoir un numéro de sécu, que ce soit vraiment à jour, carte d'identité, les contacts des enfants, son adresse

du patient, parce que parfois c'est pas la bonne adresse ou parfois on n'a pas les bons numéros de téléphone et quand on a un patient avec des troubles cognitifs.

Ben il faut qu'on se rapproche sur la famille il faut pas qu'on n'a pas les coordonnées que c'est catastrophique donc nous ça veut dire que on n'a pas le nécessaire, qu'on appelle les communes enfin ça, rajouté aux interventions et du temps, parce qu'en fait on perds du temps sur le prise en soins, on se rend peut être pas compte mais en fait bah avoir d'autres personnes au téléphone de service public, Ben c'est très long parce qu'on tourne, on a plusieurs personnes au téléphone pour simplifier. Ne serait-ce que ce matin sur la personne que j'ai vu, bah j'ai pris la matinée de 9h jusqu'à 10h30-11h. Ça, ça m'a pris 2h donc en fait plutôt on est appelé au milieu c'est parce qu'en fait les services après ferment et du coup bah nous on arrive à 16h 16h30, et on se dit ben qu'est ce qu'on fait.

Ca je pense que c'est ça dans un premier temps c'est ça d'être appelé le plus vite possible, dès qu'ils ont décelé les choses et d'avoir toutes les informations administratives le plus clair possible. ***(Hochement de tête, validation)***

Après c'est bien, nous ce qui est très bien aussi aux urgences c'est souvent qu'il y a l'équipe de gériatrie qui intervient, au moins on est en binômes et voilà ça permet d'avoir un compte rendu plus gériatrique et nous social.

On travaille très bien dès que l'EMG intervient en urgence, on est interpellé de toute façon c'est systématique.

EIPA : Concernant l'EMG que vous venez de citer, pour vous quelle est la plus-value de celle-ci dans la prise en soin des personnes âgées et dans votre prise en charge sociale par rapport à cette population ?

AS : Ben déjà au moins ils sont gériatriques, ouais c'est ça, ça permet d'avoir un tour complet du patient enfin d'avoir beaucoup d'éléments déjà d'avoir déjà pas mal d'éléments en fait quand l'EMG passe, on est vraiment complémentaire parce qu'effectivement nous on va être plus bah sur le social les interactions du patient, comment ça se passe à domicile quand on met en place comment ça se passe avec la famille ou les personnes proches.

Et eux ils vont avoir un autre versant même si nous on voit un peu la qualité, autonomie aussi parce qu'on en a besoin pour le retour à domicile, eux ils vont vraiment l'évaluer on va être

certain de l'autonomie du patient et ils vont évaluer les troubles cognitifs et ils vont parfois parce que l'EMG contact très régulièrement la famille, quand il y a des contacts famille, ils vont poser d'autres questions, qu'on saura pas bien sûr le traitement, les antécédents médicaux, enfin nous posons ces questions-là, on n'est pas du tout amené à pouvoir gérer ces choses-là, donc c'est vraiment complémentaire dans l'intervention avec la nôtre que ce soit les urgences ou d'autres services.

EIPA : Si j'ai bien compris, ça rejoint ce que vous disiez sur l'amélioration et les mesures à mettre en place sur l'anamnèse complète, si celle-ci est complète et bien fournie vous avez plus de facilité à intervenir par la suite.

AS : Effectivement mais c'est pareil pour l'EMG quand ils n'ont pas tous les documents administratifs, ils sont en difficulté, aussi pareil pour appeler la famille etc... quand vous avez un patient type Alzheimer et que bah vous appeler famille sauf que le numéro est faux, bien voilà c'est le patient qui va donner le bon numéro, donc après c'est recherché et ça prend du temps et qu'on est appelé à 15h voilà.

Mais oui effectivement le travail aux urgences quand il y a l'EMG, c'est plus qualitatif parce qu'on a plus d'éléments et puis c'est beaucoup plus enfin bon travail vraiment on va dire complémentaires et c'est un travail de qualité, oui tout totalement, ils sont tout à fait investis au niveau de leur travail et du coup c'est vraiment appréciable de travailler avec eux. (Silence)

EIPA : Avez-vous d'autres remarques où questions sur la prise en soins des personnages aux urgences ?

AS : Je ne pense pas après, je pense que ça s'est vraiment dégradé avec le COVID, c'est pareil quand on a une personne âgée qui vient aux urgences et qui ne peut pas être accompagnée parce qu'elle est toute seule.

Imaginons avec des débuts de troubles cognitifs ou des pertes de mémoire, bah avec les angoisses que ça peut apporter derrière et les difficultés quoi donc je pense que c'est ça.

EIPA : Une dernière question c'est, qu'est-ce que vous connaissez de la pratique avancée infirmière ?

AS : Rien.

Entretien n°6 (A2)

EIPA : je vais te demander ton âge.

AS : 47 ans

EIPA : ton sexe ?

AS : Féminin.

EIPA : Ta fonction ?

AS : Assistante sociale.

EIPA : ton expérience en gériatrie ?

AS : Je n'ai pas d'expérience spécifique en gériatrie, puisque je n'ai jamais travaillé ni en SSR ni en court séjour gériatrique la seule expérience que j'ai c'est mon activité précédente au sein de la Carsat puisque on avait une mission auprès des personnes âgées dépendantes et bah quand je suis interpellé au niveau des urgences pour la prise en charge des personnes âgées.

Voilà mais pas de pas d'expérience particulière dans un service de gériatrie.

EIPA : Ça marche, la durée d'exercice aux urgences ?

AS : je suis arrivé en mai 2014 ça marche.

EIPA : Les urgences accueillent des personnes âgées dans leur service, pour toi quelles sont les problématiques de ce type de population ?

AS : Souvent, ils arrivent dans des situations de plus en plus dégradé physiquement, avec aussi un problème de maintien au domicile qui est lié ou au nombre d'heures insuffisantes et dispensée par les dispositifs comme l'APA ou quand il y a de l'APA ou une simple aide-ménagère financée par la caisse de retraite avec des intervenants aussi en tout cas moi je trouve extérieur qui joue pas le jeu non plus hein, comme le médecin, l'infirmière libérale, je pense que ça c'est eux nos premiers interlocuteurs du domicile qui sont censés quand même voir un peu la dégradation et souvent ils arrivent aux urgences sur la dernière limite.

Donc c'est ça qui est compliqué avec effectivement des plans d'aide qui ne sont pas adaptés au niveau du domicile.

En règle générale ils arrivent avec un plan d'aide basique avec ce qu'on observe la de plus en plus souvent maintenant, et ce qui nous met en difficulté c'est un plan d'aide APA, qui ne comprend uniquement que des heures de ménage.

Le problème c'est que lorsqu'ils sont hospitalisés et on ne peut pas faire de demande d'APA d'urgence puisque comme on leur a lancé un plan d'aide initial uniquement avec des heures de ménage on est obligé de passer par une procédure de d'aggravation classique qui va mettre 2 mois alors que la logique, enfin l'APA c'est bien de l'aide à la personne, donc de l'aide à la toilette, habillage, préparation des repas et en fait l'APA perd tout son sens, puisque pour mettre 2h30 de ménage par semaine, on fait une demande d'aide-ménagère classique auprès de la caisse de retraite et du coup après en cas d'hospitalisation on peut faire une APA d'urgence.

En fait, ils viennent nous couper l'herbe sous le pied.

EIPA : Ça marche.

AS : donc en fait il y a quand même une, il y a quand même une utilisation du dispositif APA qui n'est pas logique et qui n'est pas bonne pour moi.

EIPA : Si j'ai bien compris lorsqu'ils n'ont que des heures de ménage APA par exemple, quand il retourne à domicile en sortant des urgences pendant 2 mois ils sont un peu dans un état précaire de retour à domicile.

AS : Voilà alors sauf que effectivement voilà du coup on va travailler différemment, on va interpeller le SSIAD pour prendre en charge au moins la toilette du matin et éventuellement la toilette du soir, ou alors on va travailler avec les infirmiers libéraux, qui vont accepter effectivement d'intervenir pour la prise en charge de la toilette, habillage, dispensation des médicaments, mais s'il y a des besoins supplémentaires notamment pour l'aide à la préparation des repas.

Bah on se retrouve coincé alors, hormis l'autofinancement si les personnes ont la possibilité d'autofinancer, mais Denain on est quand même sur un secteur très précaire avec premières communes bénéficiaires des minimas sociaux, pour l'autofinancement c'est hyper compliqué.

EIPA : Ça marche.

Pourrais-tu me décrire une situation complexe typique où vraiment quelque chose de concret en tête qui t'a mis en difficulté, où complexe de la manière de prise en charge.

AS : Alors après on a quand même la chance à Denain, d'être sur un petit centre hospitalier avec encore un fonctionnement qui reste assez familial entre guillemets et on va toujours trouver une place en hospitalisation.

Que ce soit sur le court séjour gériatrique ou sur un service de médecine, c'est ce qui va me laisser le temps en fait de prendre en charge et de d'adapter les aides, soit pour un retour à domicile, soit pour une convalescence dans l'attente effectivement de la majoration des aides.

C'est vrai que je ne suis jamais en difficulté par rapport à une prise en charge aux urgences parce que (Euh) les médecins urgentistes ne laisseront pas repartir si ils savent que y a pas de majoration possible là en sortant des urgences.

Donc je suis pas vraiment difficulté par rapport à une prise en charge située, il nous arrive aussi de temps en temps bah d'appeler alors ça ne se fait pas normalement, mais on va garder en fait la patiente une nuit en UHCD et pour qu'elle puisse passer sur un dispositif classique et de là on peut faire une demande de convalescence trajectoire, mais du coup on va téléphoner avant sur les établissements de convalescence, pour essayer de trouver une place en convalescence sans passer par une hospitalisation avec une DMS à 8, 10 jours (hochement de tête, validation), voilà elle partira de l'UHCD sur la convalescence, donc ça, ça nous arrive de temps en temps en fait quand on n'a pas de place sur les services de médecine.

Mais du coup non on n'est pas, je pense que c'est aussi la taille de l'hôpital qui fait ça, oui c'est aussi je pense la vision des médecins urgentistes sur la gériatrie qui fait qu'effectivement, ils ne vont jamais laisser repartir une personne si on ne peut pas majorer les aides en sortie des urgences.

EIPA : ça marche,

Si je comprends bien, si vous êtes sur des problèmes sociaux, qui ne peuvent être réglés sur le temps du passage aux urgences, vous temporiser avec une hospitalisation qui parfois est pas ...

AS : Pas forcément justifiée alors souvent effectivement, c'est des patients qui vont avoir 75 ans et plus et qu'on mettra en court séjour gériatrique comme ça ça permettra de bilanté

complètement, le bilan de chute, bilan mémoire etc ce qui quand même sur un public à partir de 75 ans se justifie.

Moins de 75 ans ça passera sur un service de médecine notamment la médecine A, parce que au niveau Bilan biologique, il va y avoir beaucoup de choses qui vont être à rééquilibrer.

EIPA : Ça marche.

AS : Donc voilà ils partiront sur des Hospit qui seront pas forcément des Hospit longues, mais qui nous permettront de travailler plus tranquillement sur la majoration des aides.

EIPA : Concernant la prise en charge des patients gériatriques aux urgences, pour toi qu'est ce qui se passe bien et qu'est ce qui se passe bien moins bien dans ton expérience.

AS : Bah je te dis ce qui se passe bien c'est bah déjà qui nous interpelle, qu'ils interpellent l'assistante sociale quand ils sentent que effectivement le patient va être en difficulté sur un retour à domicile et qu'on ait entendu aussi par les équipes.

Donc équipe médecin urgentiste et équipe aussi de médecin au court séjour, parce que c'est vrai que ça nous arrive aussi nous directement d'aller voir en disant non mais on peut pas laisser rentrer la dame.

Voilà il y a même si c'est peu il y a, même un motif d'hospit sur ton service est ce que tu peux le prendre, donc ça c'est vrai que ça c'est quand même facilitateur de la prise en charge.

Après des situations où ils vont rentrer au domicile bah au travail avec les partenaires de secteur dans la limite de ce qu'ils peuvent prendre en charge.

EIPA : Ça marche d'après vous quelles peuvent être les mesures possibles à mettre en place pour améliorer la prise en soin de ses patients aux urgences ?

AS : Alors c'est vrai que bah nous on va voir, moi en tant que assistante sociale je vais m'intéresser uniquement à la prise en charge sociale, je vais pas surtout sur un passage aux urgences, je vais pas forcément avoir un entretien long avec la famille, je vais pas forcément m'intéresser à l'adaptation du logement on va évoquer le matériel médical pour savoir ce qui est présent mais on va pas forcément aller au-delà.

Pareil pour les médicaments la prise en charge thérapeutique moi tout ça c'est des questions que je vais pas forcément poser. Je pense qu'effectivement une équipe plus étoffée ou un aspect plus médical, ou paramédicales sur la prise en charge ça serait complémentaire, après les médecins

urgentiste font leur boulot médecins et les infirmières les aides-soignantes s'intéressent uniquement aux motifs d'entrée oui et vont pas forcément beaucoup questionnés sur bah comment ça se passe à la maison.

EIPA : Donc si je comprends bien, pour toi il manque un maillon de sur l'autonomie.

AS : Voilà voir un petit peu effectivement comment ça se passe à la maison, plus effectué sur l'adaptabilité du logement, sur le matériel médical, sur la les médicaments sur ce versant parce que sur un passage aux urgences surtout que y a pas d'assistance social aux urgences 24h sur 24 que l'assistante sociale qui intervient c'est un service parmi tous les autres services.

Bah effectivement on peut pas passer une journée ou une demi-journée sur une prise en charge, donc en fait on va nous aller à l'essentiel mise en place d'aide.

EIPA : Finalement ton intervention est transversale, tu n'as pas un poste fixe aux urgences.

AS : Absolument pas non non non.

EIPA : As-tu d'autres remarques ou commentaires sur la prise en soin ?

AS : Bah je pense quand même que l'hôpital de Denain a tendance à se développer beaucoup versant prise en charge gériatrique, il y a quand même beaucoup de alors, il y a les équipes mobiles, il y a des extensions qui sont prévues à l'hôpital, on a quand même le nécessaire on a quand même l'USLD, 2 ehpad, un court séjour gériatrique, on a une population vieillissante donc effectivement on sent bien que l'hôpital de Denain, va peut être se développer davantage sur le versant prise en charge gériatrique des patients et qu'effectivement à ce moment-là bah il faudra certainement étoffer les équipes et par rapport au domaine de compétence.

Pour vraiment avoir une prise en charge globale de la personne âgée sur l'ensemble des des vecteurs que ce soit diététicienne, les prises en charge kiné, avec des des des adaptations certainement par rapport au logement, ergo je pense que tout ça ça fait que effectivement on peut avancer sereinement et se projeter sur un retour au domicile qui se passera sans problème quoi.

EIPA : Que connais-tu de la pratique avancée infirmière ?

AS : rien, rien du tout ça ne me parle même pas.

Fin de discussion autour de la pratique avancée en Off.

Entretien n°7 (I4)

EIPA : je vais déjà vous demander votre âge ?

IDE : 33 ans

EIPA : votre sexe ?

IDE : Femme.

EIPA : Votre fonction ?

IDE : Je suis infirmière.

EIPA : Votre expérience en gériatrie ?

IDE : (Euh) aucune, hormis mes stage d'école

EIPA : Ça marche, votre durée d'exercice aux urgences ?

IDE : Ça fait 10 ans, 10 ans et demi

EIPA : Ici aux urgences vous accueillez des personnes âgées, quelles sont selon vous les problématiques de soins auxquelles vous êtes le plus confronté ?

IDE : Alors là on parle que de l'urgence pas de l'UHCD ?

EIPA : Les 2

IDE : Les 2, alors les problématiques alors quand ils arrivent c'est un petit peu connaître pour le pourquoi de leur arrivée donc quand on a la famille c'est assez, enfin on a quelques informations, quand ils sont tous seuls c'est un petit peu compliqué pour peu qu'ils soient non communicants ou dément, c'est ça devient très compliqué.

Ensuite c'est connaître donc les antécédents, les traitements alors ça c'est une catastrophe c'est compliqué c'est compliqué.

EIPA : Ça marche, y a-t-il d'autres problématiques qui sont récurrentes à part les troubles de la communication ?

IDE : Par apport à l'arrivée ouais et après les autres, la grosse problématique d'urgence c'est le temps d'attente d'accord donc pour des personnes âgées, même qui ne sont pas forcément démentes ça peut du coup les agiter un petit peu, donc nous on a en moyenne c'est à peu près 6h 6h le passage aux urgences, temps d'avoir des PCR, les scanners, les machins donc temps d'attente est très très long et pour les personnes âgées c'est trop, beaucoup trop long.

EIPA : Ça marche, quelles difficultés de prise en soin rencontrez-vous avec cette population des types de pathologie ou des types de de problématiques qui vous posent problème ?

IDE : (Euh) Ce que j'ai dit, fin c'est à peu près ce que j'ai déjà dit, ouais connaître enfin c'est un petit peu compliqué tout ce qui est connaître tout ça, maintenant au niveau des soins bah des fois c'est expliquer ce qu'on va faire et comprennent pas forcément l'utilité.

La prise de sang, ils comprennent pas forcément l'utilité donc bah expliquer, mais nous aux urgences ça va vite, donc bon on explique une fois, 2 fois, puis après bah j'ai besoin de la faire quand même la prise de sang.

Donc voilà c'est un peu tout ça hein, puis après leur expliquer le parcours d'après donc ils ont attendu 6h, leur expliquer qu'ils sont hospitalisés c'est quand un autre problème.

EIPA : Ça marche

Pouvez-vous me décrire, un exemple de situations complexes que vous avez vécu avec une personne âgée ?

IDE : Ben complexe on en a plus ou moins tous les jours, moi dans mes, la dernière fois ouais bah c'était une dame démente on devait hospitalisé je ne sais plus pourquoi, franchement je ne saurais plus vous dire pourquoi et bon bah chaque soir qu'on vous lui faire à chaque fois était agressive donc on était à plusieurs, donc un qui tenait le bras, l'autre qui piquait, un qui devait surveiller les jambes donc pour elle c'est pas terrible l'approche, pour nous ça fait c'est pareil on est à 3 sur la dame c'est quand même pas terrible et donc ça c'est un petit peu compliqué.

Maintenant je sais pourquoi il devait être hospitalisé mais bon elle hurlait à la prise de sang, à la tension, à tout donc ...

EIPA : Si j'ai bien compris, ce qui vous a semblé complexe c'est les troubles du comportement ouais qui fait que vous n'avez pas eu des soins optimaux.

IDE : Puis on arrive du coup en force sur une petite dame âgée, c'est pas équitable on va dire.

EIPA : Dans ce type de prise en soin qu'est ce que vous trouvez positif dans ce que vous faites ici par exemple dans la prise en soins des patients âgés ?

IDE : Nous au sein des urgences ?

EIPA : Oui.

IDE : Bah donc on les soignent, on les soignent quand même de façon correcte, on on essaie quand même d'avoir un petit peu de communication et on est quand même pas un service conventionnel on essaie quand même de, communiquer un petit peu, de leur parler un petit peu, d'expliquer (euh) ensuite tous les soins de nursing on est quand même, on est toujours bienveillant par rapport à tous les soins de nursing, tout ce qui est rougeur tout ça ici.

EIPA : Concernant la prise en soins des personnes âgées, qu'est ce qui pour vous se passe moins bien ? Qu'est ce qui vous fait penser que ça se passe moins bien par exemple ?

IDE : Bah c'est que nous faut toujours tout faire vite en fait, c'est ça moi je trouve même les emmener aux toilettes, faut aller vite quand même.

Faut faut on doit toujours tout faire vite et et même si on garde quand même un petit peu de communication relationnelle, on peut pas s'asseoir parler plus longuement quoi

EIPA : Ça marche.

D'après vous quelles seraient les mesures par exemple qui pourraient améliorer la prise en soins des personnes âgées de manière générale ?

IDE : On reste toujours dans les urgences, bah pour moi ça serait de réduire les temps de le temps d'attente aux urgences.

Plus vite il serait dans leur chambre plus vite ils auraient leurs toilettes dédiées à leur chambre, enfin leur chambre, leur lit nous c'est des brancards, c'est pas des lits non plus, donc c'est des c'est quand même plus dur que un lit.

Je pense qu'ils sont pas bien dessus souvent ils sont pas très épais donc moi je pense que de réduire un petit peu le temps d'attente aux urgences ça pourrait être pas mal.

EIPA : Si je reprends, vous parlez de l'infrastructure, celle-ci est-elle adaptée aux personnes âgées ?

IDE : Nous pas du tout, pas du tout, nous on a 4 box de consultations urgences donc en fait dans cette zone-ci, parce qu'on est divisé en 3 secteurs, donc là dans la zone médicaux chir on a 4 box plus 2 déchocage, sachant que on fait à peu près 40-50 entrée là sur la journée, avec peu de salle donc en fait après on a une salle enfin, une salle d'attente, une Agora donc en fait c'est une comme un local séparé par des rideaux.

Donc bon on peut attendre, sauf que bah de là il voit des gens, des gens passés, sont pas dans une salle donc bien souvent qu'ils veulent pas rester tout seul non plus dans la salle.

Mais je pense que c'est c'est en, ça engendre beaucoup d'anxiété quoi.

Il y a pas vraiment un cadre aux urgences d'une chambre pose, je pense qu'ils doivent voir beaucoup de monde passé et ça doit augmenter l'anxiété ça engendre de l'angoisse.

EIPA : Ça marche.

Avez-vous d'autres remarques où commentaires sur la prise en soins des patients âgés aux urgences ?

IDE : Non,

EIPA : et que connaissez-vous de la pratique avancée infirmière ?

IDE : J'en entends parler bon je connais pas énormément vu que nous aux urgences on ne sait pas dans le décret.

Fin de discussion autour de la pratique avancée en Off.

Entretien n°8 (I3)

EIPA : Je vais déjà vous demander votre âge ?

IDE : 32 ans

EIPA : Votre fonction ?

IDE : Infirmière.

EIPA : Votre expérience en gériatrie ?

IDE : 0

EIPA : Votre durée d'exercice aux urgences ?

IDE : Ça fait ça fait 10 ans au mois de septembre.

EIPA : Ça marche.

Donc ici aux urgences et à l'UHCD vous accueillez des personnes âgées, quelles sont les problématiques de soins auxquelles vous êtes confrontés par rapport à la population de personnes âgées ?

IDE : (Euh) Bah c'est surtout les patients déments, on doit les gérer machin etc ...

On n'a pas forcément les surveillances, enfin on a les contentions tout ça, mais bon après c'est difficile aussi d'être à côté d'eux, parce que nous on gère aussi les autres urgences donc franchement on n'a pas forcément beaucoup de temps à leur accorder quoi.

Donc c'est des fois compliquées. (Silence)

EIPA : Pouvez-vous me décrire d'autres difficultés de prise en soin que la démence ? Qui vous met en difficulté ?

IDE : (Euh) Non pas forcément, parce que finalement ouais c'est sûr, qu'entre leur donner à manger, enfin tout ça ça prend un peu plus de temps, avec que ce soit les déments ou les autres personnes âgées c'est vrai que c'est un peu plus compliqué, dans le sens où quand t'as vraiment beaucoup de travail après je pense que même dans les services autres c'est pareil.

Mais mais nous ouais, un peu plus compliqué.

EIPA : d'accord.

Pouvez-vous me raconter une situation de soins complexes qui vous vient pour une personne âgée ?

IDE : Je vais revenir toujours aux gens qui dément, qui déambule dans le dans les services et que enfin dans le service c'est qu'on est obligé de remettre à chaque fois à côté, enfin le brancard qu'on est obligé d'aller chaque fois, puis des fois ça arrive il y a des risques de chute donc forcément des fois on en retrouve des patients ont chuté, parce qu'on a pas entendu sonner tout de suite, parce qu'on veut leur laisser je veux pas faire tout de suite bien ça et en fait.

Aussi ce que j'ai encore pu rencontrer je sais pas mais aussi au niveau des soins enfin je veux dire les choses tout ça, enfin il faut souvent on a pas forcément non plus le temps quoi donc c'est du temps aussi qu'ils demandent je pense que je trouve que ça demande beaucoup de temps les personnes âgées.

Et que nous on n'a pas forcément le temps de leur en apporter.

EIPA : Si comprend bien, au urgence il y a un manque de temps pour être au chevet du patient ?

IDE : Ouais ouais c'est ça ouais beaucoup c'est ça même si on essaie de le faire quand même au maximum, mais après c'est vrai que c'est quoi ça reste compliqué quoi, ils ont besoin aussi des fois qu'ils sont beaucoup en demande, qui sont stressés tout ça même le rassurer bon on le fait quoi mais après on a pas forcément bon le temps de rester et trop longtemps quoi.

EIPA : Tout à l'heure vous parliez de contention et matériel, estimez-vous que l'infrastructure soit adaptée à la population âgée ?

IDE : ça dépend ça dépend, après nous on a tout quand même ton matos enfin on a quand même une contention physique tout ça pour pour les pour les attacher et on a on a quand même les barrières, mais bon après des fois ça restait difficiles, quand même ils arrivent malgré tout, je sais pas, c'est toujours pas agréables quand une personne âgée donc après malheureusement des fois on a pas forcément le choix.

Mais si on a toujours bah on est quand même je trouve adapté après les urgences peut être pas parce que si quand ils sont déments des fois ils peuvent se barrer. C'est vrai qu'ils s'en vont et qu'on les voit pas, parce qu'on est occupé avec d'autres personnes donc du coup ils s'en vont et

des fois il retrouve enfin il trouve pas, on les retrouve dans les autres services on n'a pas de secteur fermé non plus et donc du coup nous c'est un peu compliqué après je pense que en gériatrie tout ça il y a plus de être un peu plus de ouais, l'infrastructure est un peu plus adapté que nous ici quoi, bon après ça va heureusement ils sont que de passage quoi c'est ça aussi l'avantage.

EIPA : Vous parliez de prise en soins chronophage, pouvez-vous m'en dire plus ?

IDE : Ben des fois on a pas toute les infos, donc donc on est obligé d'appeler les familles pour savoir un petit peu et les circonstances parce que eux, ils savent pas non plus trop des fois nous nous donner, mais bon des fois on essaie de se enfin se voir avec les familles en général on essaie de se débrouiller avec la famille, les amis, les aides qui a à la maison, en essayant de savoir plus par téléphone quand on se renseigne au maximum.

EIPA : Concernant la prise en soins des personnes âgées, que trouvez-vous positif dans celle-ci.

IDE : Bah positif (Euh) on va essayer de les rassurer et au maximum de ce qu'on peut avec le peu de temps qu'on a.

Et après c'est prendre soin quand même d'eux au maximum après voilà.

EIPA : Ça marche.

A contrario qu'est ce qui qu'est ce que vous trouvez négatif dans la prise en soins des personnes âgées qui pourrait potentiellement être amélioré ?

IDE : un peu plus de temps-là comme je dis un peu plus de temps alors elle va mettre à disposition quoi, plus le temps d'être avec eux, leur expliquer, qu'ils sont moins stressés parce que des fois nous courons, on est sur le 220 et puis on n'a pas forcément le temps et donc du coup on les envoie un peu chier enfin c'est malheureux à dire mais c'est comme ça que ça se passe. Et après qu'il reste aussi sur des brancards je sais pas combien de temps, on essaie de faire au maximum pour les prendre en charge au maximum pour monter quoi.

EIPA : Ça marche.

D'après vous quelles peuvent être les mesures possibles à mettre en place pour améliorer la prise en soins des personnes âgées ?

IDE : je saurais pas dire je saurais pas dire, parce que en plus moi j'ai jamais travaillé vraiment en gériatrie le temps après je sais pas.

EIPA : qu'auriez-vous en tant que soignant besoin pour mieux les prendre en charge par exemple ?

IDE : Bah franchement je sais pas, parce que après on fait tout ce qu'il faut quand même pour eux donc personnellement on as pas chose de supplémentaire.

EIPA : avez-vous d'autres commentaires où remarques sur la prise en soins des personnes âgées ?

IDE : Non

EIPA : Que connaissez-vous de la pratique avancée infirmière ?

IDE : C'est quoi cette question, c'est ce que que ce que je connais ouais bah c'est quoi ?

C'est vous pouvez faire un peu plus de choses un peu plus prendre un peu plus de décision de de par rapport un peu plus dépassé par rapport à nous nos compétences en tant qu'infirmière de base donc je pense que c'est un peu comme les médecins en fait, prescrire un peu plus de choses tout ça à peu près ouais.

Fin de discussion autour de la pratique avancée en Off.

Entretien n°9 (M3)

EIPA : Je vais déjà vous demander votre âge ?

Médecin : 57

EIPA : votre sexe ?

Médecin : masculin

EIPA : Votre fonction ?

Médecin : médecin

EIPA : Votre expérience en gériatrie ?

Médecin : Celle des urgences depuis plus de 20 ans.

EIPA : Ça marche.

Durée d'exercice aux urgences ?

Médecin : Depuis 20 ans

EIPA : Ça marche,

Donc vous accueillez des personnes âgées dans votre service, quelles sont les problématiques auxquelles vous êtes le plus confronté ?

Médecin : Bah c'est le comment, en fait les consultations multiples, on sait pas vraiment pourquoi ils viennent, on n'a pas toujours les traitements et ils sont un peu lâchés comme ça souvent sans trop de, de renseignements par les familles (euh) c'est vraiment les, nous notre problématique qu'on a aux urgences, en soit c'est ça quoi.

Et puis c'est surtout aussi pour enfin il y a des services moi je viens de xxxxx ou tu avait les gériatres qui descendait systématiquement, c'est ce qu'il appelle l'équipe mobile de gériatrie qui descendait. Ici on ne les voit jamais jamais jamais j'en ai jamais vu un voilà.

EIPA : Y a-t-il des difficultés de prise en soins spécifiques par rapport à des problématiques spécifiques de la personne âgée ?

Médecin : Bah le temps qu'on a à leur consacrer quoi, c'est des soins lourds pour les pour les examiner faudrait être plusieurs pour les bouger doucement etc...

Des fois on glisse un stétho en dessous comme ça parce que pour les asseoir ça va leur faire très mal il faudrait être 3, il faudrait prendre 10 min pour le faire doucement et en fait donc on le fait pas l'examen il est un peu sous-optimale ou un peu traumatisant entre guillemets.

C'est-à-dire même si on fait pas bourrins, c'est pas forcément agréable pour eux.

EIPA : avez-vous un exemple de situation complexe qui vous vient à l'esprit de personnes âgées qui viennent en urgence ?

Médecin : Après ont as aussi le le le le le problème des des trucs qui sont pas gérés en aval, soit en ville, soit par des services, ou en fait on a des personnes âgées qui nous arrivent sur comme un cheveu sur la soupe à 22h, quand il y a plus rien de disponible, pour un truc qui traîne depuis 3 semaines, ou des altérations aigu de l'état général aigu depuis 6 mois avec une nécessité de convalescence sururgente alors que il y a déjà 2 moi ils avaient mis le feu chez eux, ils avaient voilà et on a beaucoup de médecins qui font pas grand-chose en ville hein enfin ce qu'on voit parce qu'en fait je pense qu'il y a plein de gens qui sont bien gérés ces gens-là on les voit pas passer parce que les médecins font bien leur travail, on les voit pas arriver ces gens-là.

Il y en a plein qui nous arrivent pour placement y a rien en fait tu vois les gens ça fait ils sont venus y a 6 mois il faisait des choses à répétition des machins on a absolument rien fait ils ont pas de lit médicalisé, y a pas un kiné qui les aident à garder le peu de marche qu'il faisait etc...

Et il nous arrive pour une altération brutale de l'état général, qui n'est pas du tout brutale en fait et jamais aux heures ouvrable,

Et du coup ils arrivent dans une situation ou on fait rien pour eux de plus, voilà on va juste les mettre dans un service de gériatrie ça marche et donc du coup mettre en place des aides qui aurait pu être mise doucement avant que qu'il perde trop d'autonomie, où on arrive à un stade de toute façon ils pourront plus rester chez eux.

EIPA : Si je comprends bien vous évoquez la coordination hôpital-ville ?

Médecin : Exactement après je sais pas trop si il y a entrée direct, ont est pas au courant en fait, mais ça serait peut-être bah direct de la ville sans que ça passe par les urgences parce que il y a toujours pareil, y a le le la personne qui a une gastro entérinite qui s'alimente plus etc...

Il faut sûrement qu'elle passe par les urgences, quand c'est le médecin qui appelle en disant bah vous savez elle tombe de plus en plus ça devient compliqué, elle perd la tête, je pense que ça

devient compliqué à ce qu'elle reste à la maison, ces gens-là ils devraient rentrer, ça devrait être une d'entrée programmer, pas forcément le jour même puisque c'est pas aigu si vous voulez, si si le médecin appelle le lundi et qu'on les fait rentrer le vendredi directement dans un lit de gériatrie c'est très bien, il faudra peut être leur faire un bilan mais il est pas urgent ouais bah ces gens-là. Il y a des médecins généralistes qui appellent en disant j'ai essayé de faire une entrée direct en gériatrie il y a rien d'urgent il y a absolument rien à faire ou la prise de sang je l'ai faite hier pour m'assurer qu'il y avait rien de aigu, mais le gériatre a réservé la place ou machin mais on nous a dit que ça passait par les urgences systématique, donc les gens les gens ils arrivent 90 ans ils ont rien à foutre au urgences et ils se retrouvent sur un brancard comme des cons pendant 6h avec des bip bip et des finalement être complètement encore plus perdus que s'ils étaient rentrés de chez eux à une hospitalisation programmée c'est bah ça c'est beaucoup d'hôpitaux, c'était un peu pareil à xxxxx. Faire accepter au gériatre une entrée directe, c'est impossible.

Parfois ils nous disent qu'il faut penser aux, Il faut penser au patient que c'est dans le but de, mon but c'est qu'il ne passe pas 6h sur un brancard.

EIPA : Si j'ai bien compris, ce sont des situations qui manquent de coordination à domicile qui arrivent aux urgences ou c'est juste une plaque tournante.

Médecin : il doivent passer administrativement par ici, alors qu'il y'a rien d'administratif. ça c'est personne d'autre qui veut s'en occuper ce soir, et ces gens-là ils sont pas bien oui ils sont pas à l'aise ils sont pas confortables voilà.

EIPA : Ca marche.

Que trouvez-vous positif concernant la prise en soins de la personne âgée aux urgences ?

(Silence)

Médecin : On a souvent des places en gériatrie, je ne sais pas, c'est facile d'hospitaliser quelqu'un ici.

EIPA : Que trouvez- vous négatif dans votre prise en charge ?

Médecin : Les sédations à dose pédiatrique, oui qui sont mises en place parfois dans des services. Ca m'embête quoi, il y a des gens enfin ou alors le manque de encore dans le service de gériatrie mais ça c'est un peu dans tous les services pour les le manque de directives anticipées ou de ou de voilà qui qui sont faites demandez aux gens ou aux familles machin. Et que ce soit mis, on

voit même certains gériatres qui je suis des gens qui sont grabataires à 90 ans marche qui marquent suppléance de toute défaillance par tout moyen possible, c'est-à-dire qu'il y a des gens qui ne parlent plus qui mangent plus qui sont comme ça et c'est marqué suppléance de toute défaillance, c'est-à-dire que s'ils font insuffisance rénale aiguë faut qu'on les dialyse, s'ils font un choc faut qu'on les mette sous Amines etc qu'est-ce qui est juste un truc pour se couvrir entre guillemets mais qui est complètement merdique parce qu'avec la loi qui est sorti il ne demande pas de s'acharner sur des gens comme.

Ça ça peut ça peut mettre être opposable d'aller dialyser une dame de 95 ans qui a pas marcher ni parler depuis 10 ans, mais c'est marqué dans les dossiers et en fait ça c'est pas très grave mais ça nous met un peu en porte-à-faux, c'est-à-dire que c'est pas parce que c'est marqué ça que on va le faire, mais on a emmerdé parce que nous on appelle la famille en disant vous savez enfin c'est ça va aboutir à rien quoi c'est quoi c'est voilà.

Mais dans les dans des dossiers c'est marqué des trucs qui nous mettent en porte-à-faux par contre c'est rarement marqué en cas d'aggravation soins de confort etc... ça arrive de temps en temps ce soit marqué mais c'est très rare et ça dépend du médecin qui s'est occupé du oui oui qui s'est occupé du patient et c'est vrai que c'est pas quelque chose qui est habituel et quasiment tous les services pour les maladies graves mais à partir du moment où c'est des gens âgés qui arrive avec plein de pathologies machin où on sait qu'ils sont un peu sur la corde de ça devrait être systématique, ça évite des réflexions et puis des annonces à la famille un peu brutale, en disant bah on nous avait dit qu'elle allait bien finalement, non elle allait pas bien elle avait un pouls quoi c'est tout voilà.

EIPA : Ça marche,

D'après vous quelles peuvent être les mesures pour améliorer la prise en soin des personnes âgées aux urgences ?

Médecin : Les gériatres sont hyper disponibles au téléphone ça c'est hyper facile de mettre des gens, on galèrent jamais avec ça on les a c'est sympa c'est facile on sait faire monter.

Mais avec le le flux de personnes âgées ici, il descendrait même sans nous appeler en sachant en il y a des cardio qui descendent en disant il y a de la cardio pour nous, il y a beaucoup moins de cardio que de gériatrie bah on voit jamais un gériatre qui descend, c'est exceptionnel ou alors

c'est pour nous demander quelque chose mais c'est exceptionnel qui descendent en disant il y a des gens bah écoute nous c'est calme fait la montée je vais la voir là-haut ça ça n'existe jamais jamais jamais jamais donc ça ce serait très bien.

EIPA : En résumé finalement pour vous, ce serait bien que l'expertise gériatrique soit transposée aux urgences.

Médecin : ah ben oui, ce soit vraiment une équipe de de de l'histoire de équipe mobile de gériatrie qui vient ou même qui descendent à l'UHCD parce qu'on a des gens qu'on garde en UHCD pour des machins qui descendent le matin et qui écoute je je veux pas le prendre mais je vais me mettre en relation avec le avec son médecin traitant machin on lui fait un bilan d'autonomie dans une semaine ou on l'admet dans le service parce que.

C'est que ces trucs là on a pas en fait c'est,

EIPA : En termes de d'hospitalisation vous disiez que vous aviez la facilité d'hospitaliser, qu'il vous manquait des maillons à domicile pour que tout se passe bien. Sur certains dossiers vous avez plutôt tendance à les hospitaliser facilement par manque de moyens en ville ?

Médecin : C'est pas c'est rien mettre en aigu quoi pire encore une fois les gens ils n'arrivent pas pour une altération de l'état général à 10h00 du matin c'est je sais pas pourquoi, est ce que c'est des familles qui se disent qui envoient leurs personnes âgées entre guillemets à juste titre c'est un truc un peu bâtarde, mais les envoyer à 10h00 à 10h du soir ils vont pas passer 4h dans un brancard si tu les envoies dans le flux à 10h00 du matin, alors il risque de passer pour AEG qui va bien constante machin et si c'est le bordel partout, il risque de passer longtemps peut être que les gens disent bah on ira aux urgences un peu plus le soir parce que ça va plus vite alors mais du coup ils arrivent le soir, qu'est ce que t'as rien, t'as le médecin traitant tu peux pas l'appeler parce que il y a 10h du soir.

Donc qu'est ce qui est en place t'en sais rien les familles sont pas toujours au courant hop ton court séjour gériatrique on réévaluera son autonomie demain.

Au contraire voilà ce qu'il est pas et c'est peut être que ces gens-là serait arrivé à 10h on aurait dit bah attendez on va appeler la fille finalement il y a un enfant qui habite à côté est ce qu'il peut pas venir habiter avec elle et se relayer pendant une semaine le temps de mettre des trucs en place et en fait ces gens-là pourront peut-être, pourrait rentrer peut être mais c'est comme pour tous les

dossiers de médecine c'est plus facile de gérer à 10h du matin que le samedi à midi ou que le ou que le lundi à 22h, beaucoup des entrées qui arrive à cette heure-là alors qu'il s'est rien passé, si la personne âgée elle se pète la gueule à vingt-et-une heures normales qu'elle arrive le soir c'est un truc suraigu qui après qui a précipité l'hospitalisation mais quand c'est vraiment elle mange plus depuis un mois elle se laisse aller etc et Bing ça arrive à 23h tu dis c'est impossible quoi, c'est pas possible c'est à cette heure-là ta personne qui répond tu t'es compliqué après on a aussi, ça c'est les personnes de ville chez eux.

Il y en a toutes les trucs ehpad où on n'a pas de transmission en fait les seules transmissions qu'on a c'est sur la feuille pompier ou de l'ambulancier ouais bah on nous a dit que elle était tombée qu'elle mange plus depuis, c'est quand même alors ils te mettent toutes les trucs en disant que tu as bien mangé quand la veille etc mais le motif de pourquoi il arrive aux urgences souvent s'il se passe un truc voilà les urgences mais tu sais même pas pourquoi ça serait super simple de dire qu'elle est tombée où elle ne mobilise plus sa hanche depuis ce soir est-ce qu'elle s'est cassé, pour l'interrogation c'est juste un petit mot comme ça et ça on l'a jamais. On retrouve le dossier de liaison d'urgence à ça on va toujours toujours même pour les, on a même on a même les constantes de la journée etc

Mais le motif oui de pourquoi ils arrivent aux urgences ce jour-là tu l'as moins d'une fois sur 4 donc du coup vous avez tout le truc avec le GIR la photo que machin que la veille elle a vu un médecin qui lui a mis un antibiotique prescription augmentin, ECBU réaliser à récupérer dans 2 jours etc mais hop ils arrivent d'un coup tu sais mais aujourd'hui pourquoi il arrive je n'en sais rien. il suffirait juste qu'ils rajoutent un petit mot transfert aux urgences ce soir pour chez ouais et ça c'est souvent c'est dit aux pompiers ou aux ambulanciers mais on l'a pas dans la transmission.

EIPA : Finalement l'outil existe mais est mal utilisé selon vous ?

Médecin : Oui, parce que c'est enfin la personne la plus apte à nous dire pourquoi il l'envoie, c'est la personne qui est avec eux, pas les pompier on m'a appelé en disant bon dit qu'elle serait tombée que je sais pas quoi oui c'est sa transmission on les a par-là quoi c'est vachement important parce que questionner quelqu'un qui a 40 ans ce job parfois difficile, mais quand t'as une une mamie qui est GIR 1 et démente etc c'est hyper compliqué quoi hyper compliqué

EIPA : Avez-vous d'autres remarques où commentaires sur la prise en soins de la personne âgée ?

Médecin : Non

EIPA : Que connaissez-vous de la pratique avancée infirmière ?

Médecin : Rien sur ça.

Entretien n°10 (M4)

EIPA : Je vais déjà vous demander votre âge ?

Médecin : 35 ans.

EIPA : Votre fonction ?

Médecin : je suis médecin urgentiste.

EIPA : Votre expérience en gériatrie ?

Médecin : Je n'ai jamais passé dans le service de gériatrie.

EIPA : Durée d'exercice aux urgences ?

Médecin : 7 ans je pense

EIPA : Au sein du service des urgences vous accueillez les personnes âgées quels sont pour vous les problématiques de soins auxquelles vous êtes confrontés le plus souvent avec la personne âgée ?

Médecin : C'est une voilà, surtout la perte d'autonomie en fait et qu'on a après ils ont des pathologies qui sont diverses, ça c'est des pathos chroniques avec du diabète et dégénératives ça mais c'est surtout la perte d'autonomie, après ce qui nous pose problème, c'est pas forcément la question les personnes âgées c'est qu'elle reste beaucoup trop longtemps aux urgences par faute de place d'aval.

EIPA : La question était: qu'est ce qui vous pose problème dans la prise en soins de la personne ?

Médecin : Ça la perte d'autonomie et le fait que du coup on ne peut pas les renvoyer au domicile. Bah finalement autour de la pathologie la prise en charge gériatrique.

EIPA : Ça marche.

Pouvez-vous me décrire par exemple un type de situation complexe qui vous met régulièrement en difficulté, un type de prise en soins complexe ?

Médecin : Typiquement c'est le patient qui fait qui a une problématique, c'est pas si complexe puisqu'il faut l'hospitaliser, il a une problématique aiguë et il ne peut pas retourner au domicile donc on l'hospitalise.

Non je trouve que les situations les plus complexes, finalement les situations donc je vais encore dire la perte d'autonomie, chez les patients qui sont envoyés pour un problème qui est plus social maintien à domicile, en fait ça c'est ça c'est compliqué parce que dans les services, il y a pas de services qui en veulent, gériatrie bien les prendre mais il y reste quand même relativement réticent.

Et nous d'ici aux urgences on peut pas envoyer au SSR assez rapidement, et ce sont des gens qui finalement sortent au bout de quelques temps soit CSG soit même de SSR et souvent derrière il y a un refus de ça il y a un refus d'institutionnalisation de la part de la famille tout ça et donc il finalement ils reviennent et c'est une boucle sans fin ça c'est un peu ce qui me gêne le plus.

Après les autres situations c'est gérer c'est pas des situations complexes il y a beaucoup de situations en fin de vie mais en soi c'est pas complexe quoi.

Voilà les situations aiguë on sait gérer aussi ensuite plus quand ils viennent pour un truc chronique, c'est pas vraiment adapté les urgences.

EIPA : Si j'ai bien compris, pour vous il y a des difficultés de coordination en aval ?

Médecin : Je pense que ça, ça relève de l'expertise du médecin traitant de se mettre en lien avec les services de SSR ou de le temps de de mettre en place un placement ou un truc comme ça.

Mais souvent ils attendent et puis il trouve une petite pathologie machin aiguë il nous l'envoie et voilà.

EIPA : Ça marche.

Pour vous qui y a-t-il de positif dans la prise en charge de la personne âgée aux urgences ?

Médecin : Ce qui est positif c'est que bah on leur rend service on les soulage, la douleur on soulage voilà on les traite.

Maintenant franchement il y reste vraiment beaucoup trop longtemps hein enfin bref, je vais pas là il y a peu, j'ai une gériatre qui en EHPAD nous envoie un patient où elle a fait tout le bilan, elle l'envoie aux urgences pour avoir un avis gastro ou encore onco.

Ce n'est pas adapté en fait en plus on envoie ici alors qu'à ce moment-là il y avait pas de gastro il suffisait finalement, il a tout fait il suffisait d'appeler juste le gastro et en fait il l'aurait vu en consultation. Une histoire de cancer du pancréas une découverte sur un ictère mais elle n'était pas

en souffrance, juste ictérique. Je pense que le passage aux urgences pour ce genre de patient est délétère en fait.

Alors des fois on a des patients qui arrivent là pathologie est criante, Il pourrait presque monter tout de suite en arrivant et puis à la limite faire le bilan là-haut parce que je sais que de toute façon il va tout le monde sauf que bien souvent il n'y a pas de place le matin le matin en fait et les confrères faut le dire refuse une entrée quasi direct

EIPA : Il y a donc toujours un laps de temps où il reste positionné aux urgences ?

Médecin : Même pour un TC ou une chute on voit que il marche pas on fait les radios il monte, là-haut je suis d'accord pour faire un bilan voir s'il y a pas une épine irritative tout ça mais est-ce que c'est vraiment urgent de faire ça, alors qu'on sait qu'on va le garder il serait dans un lit, ce serait pas mieux pour lui ? Est ce que ça diminuerais pas finalement la DMS puisque on sait quand il reste parfois 8 heures sur un brancard après les mettre debout c'est pas toujours facile, enfin problème c'est qu'on sait ce qu'il faut faire.

EIPA : Selon vous quels seraient les moyens à mettre en place pour améliorer ça ?

Médecin : Les places d'aval où ou alors c'est pas si facile mais c'est de me permettre un pôle ambulatoire, mais nous des urgences on est quand même assez mauvais pour mettre en place une HAD des choses comme ça, ça prend du temps on peut pas le faire dans le flux enfin on devrait être plus nombreuses bref

Ou un équipe mobile de gériatrie, à xxxxx ça se passait bien d'ailleurs c'est vrai il y avait une équipe mobile qui était très présente aux urgences, pas forcément le gériatre mais avec une infirmière très bien et qui levait beaucoup de situations comme ça.

Et les gens vu qu'elle avait beaucoup de contacts aussi avec les SSR et trucs comme ça, les gens restaient quand même peut être moins longtemps c'est vrai.

C'est vrai ca c'est des solutions qui sont assez moins binaires que on hospitalise, on n'hospitalise pas. Peut-être de les revoir en consultation 2-3 jours après il y a plein de choses qu'on peut imaginer c'est vrai.

EIPA : Avez-vous d'autres remarques ou commentaires sur la prise en soins de la personne âgée aux urgences ?

Médecin : Ça serait bien d'avoir des fauteuil les fauteuils ouais mais le problème c'est qu'on le fait pas trop parce que ils ont tendance du coup à se lever tout seul, risque de chute tout ça mais des fois c'est mieux quand même dans des fauteuils que sur des brancards. Les fauteuils tablettes c'est vrai qu'aux urgences ça pourrait peut-être être sympa.

Pour les, c'est pour être, parce que après on remarque un truc c'est que la personne âgée des fois parce que la voir sur un brancard, on se dit elle ne rentrera jamais chez elle et puis après on l'habille, on la met debout, et ouais.

Mais là par exemple moi j'étais à l'UHCD, une dame qu'on as gardait finalement 24h pour un TC, au matin je vais la voir, impossible de la levé, elle tient pas Debout, retropulsion c'est une dame qui avait pas plein de pathologies tout ça, c'est dommage en fait elle a perdu 24h ils aurais essayé de la mettre debout lors de son passage aux urgences avant de la mettre, elle serait monter dans un service approprié peut être plus vite en SSR peut être je sais pas après, (Silence) si l'équipe mobile gériatrique déjà en jour ou qui passent le matin rien que pour les problématiques en UHCD, souvent on a 2-3 ou on se pose un petit peu la question une évaluation gériatrique pourrais faire qui rentrerait avec ouais peut être une consultations rapprochées ou des choses comme ça, le problème c'est qu'il faut aussi des médecins en ville qui sont sensibiliser à tout ça et le problème c'est que on leur crache souvent dessus mais la réalité c'est aussi d'aborder aussi, que faire des visites en pratique quand tu fais plein de visites tu reçois un courrier de la Secu, donc parce que pour eux une visite c'est une consultation plus chère, donc voilà donc ils sont un peu braqué là-dessus, c'est pour ça il ne veulent plus en faire, les jeunes veulent plus en faire.

EIPA : Quel serait pour vous la plus-value d'une équipe mobile gériatrique aux urgences par exemple ?

Médecin : Une évaluation gériatrique premièrement c'est-à-dire, c'est une évaluation plus fine que ce qu'on fait, ce qu'on a l'habitude de faire aussi, de l'autonomie tout ça, une expertise sur le retour au domicile ça c'est vraiment ce qui ressortait à xxxxx genre à xxxxx l'équipe mobile de gériatrie faisait pas mal de retours que nous ont aurais gardé, vraiment après ils ont une vraie

expertise. Et pourtant il y a pas forcément de médecins qui descend elle peut se mettre en relation il y en a un parfois mais mais pas tout le temps.

Et puis ça permet de mettre en place un suivi qu'on est incapable de mettre en place aux urgences. Voilà après euh, après aussi la recherche de place nous on aimerait bien après je sais que c'est pas vraiment le travail de l'équipe mobile de gériatrie mais mais elle le fait un petit peu xxxxx elle le fait quand elle le peut.

C'est surtout qu'elle connaît un peu le, au bout d'un moment elle connaît le l'environnement mais surtout extérieur à l'hôpital que nous on connaît un petit peu moins et elle a des relations, disons qu'au bout d'un moment c'est plus facile pour elle d'appeler je sais pas si tu connais xxxx, ils s'appellent très facilement, t'as des places ils se font confiance.

EIPA : Ensuite, que connaissez vous de la pratique avancée infirmière ?

Médecin : Oh pas grand-chose.

Pour revenir juste à celle-là d'avant quand même donc pour nous ça nous ferait gagner du temps médical pour nous, ça ferait gagner du temps donc du coup aussi à la personne âgée et serait pris en charge au mieux, on serait plus efficace.

Alors la pratique avancée, pas grand-chose voilà on sait qu'initialement ce que je sais c'est que c'était pour le suivi des pathologies chroniques, que plus ou moins stables et c'était pour ben dépister quand se déstabilise en fait et quand il faut peut-être un avis plus spécialisé voilà et ça permettrait de décharger le travail du médecin notamment en ville.

Je sais qu'ils en parlent aux urgences mais j'ai l'impression que le moment c'est plus une adaptation qu'ils veulent faire liés au manque.

Je pense que c'était le plus adapté pour le suivi du diabète, peut être en gériatrie, j'avais pas entendu parler je sais pas trop mais je pense que ça pourrait être aussi bien adapté de par le rapport qu'on a avec.

A xxxxx là l'équipe gériatrique, l'infirmière elle a une vraie expertise gériatrique que nous nous avons pas quoi franchement donc les oui on peut imaginer même passer les voir au domicile ça serait intéressant ça permettrait peut-être de d'éviter de laisser pour une situation jusqu'à la chute qui reviendrait.

Fin de discussion autour de la pratique avancée en Off

Abstract

Introduction: The French population is ageing and this trend will increase over the next ten years. Elderly people are major consumers of care, particularly in the emergency department, which is in the front line of this demography. Some institutions do not have geriatric expertise in the emergency department.

What are the perceptions of emergency department staff regarding the care of the geriatric population? What are the specific needs of these personnel? What are their perceptions of improvement?

Method: This is a qualitative, prospective, multicenter descriptive study. The collection of feelings was done by semi-directed interviews.

Results: The results of the ten interviews highlighted six themes:

- Alteration of the somatic, psychological and social dimensions.
- Coordination around the elderly subject.
- Geriatric acculturation.
- The particularities of the geriatric population.
- The state of geriatrics in the emergency department.
- Structural and organizational subtleties of the emergency department.

Conclusion: This study seems to support the following hypotheses

- Older individuals have more needs;
- Emergency department caregivers report difficulties with this population;
- Emergency departments with a geriatric presence show improved care and a positive impact, and caregivers without a geriatric presence express their needs in terms of geriatric expertise.
- There is a congruence between the needs of the elderly and the caregivers for the specialized skills of the APN.

An unanticipated problem was addressed: structural and organizational difficulties.

This study made it possible to evaluate the feelings of the nursing staff practicing in the emergency department, concerning their needs and objectives in relation to geriatric expertise, as well as the improvement of professional practices. It also highlighted the concordance of these needs with the competences of the APN.

Key words: Elderly, geriatrics, emergency, advanced practice nurse, care pathway, geriatric expertise

AUTEUR : LEWANDOWSKI Remy

Date de soutenance : Jeudi 30 Juin 2022

Titre du mémoire : Prise en soins et suivi du sujet âgé au sein d'un service d'urgence : Les besoins en expertise gériatrique.

Mots-clés libres : personne âgée, gériatrie, urgences, infirmier(e) en pratique avancée, parcours de soins, expertise gériatrique.

Résumé

Introduction : La population française connaît un vieillissement qui s'accroîtra ces dix prochaines années. Les sujets âgés sont de grands consommateurs de soins, notamment le recours aux urgences, qui sont en première ligne face à cette démographie. Certains établissements ne possèdent pas d'expertise gériatrique aux urgences. Quelles sont les perceptions du personnel soignant exerçant dans un service d'urgences, concernant la prise en soins de la population gériatrique ? Quels sont les besoins spécifiques de ce personnel ? Quelles sont leurs perceptions d'amélioration ?

Méthode : Il s'agit d'une recherche descriptive qualitative, prospective et multicentrique. Le recueil du ressenti s'est fait par entretiens semi dirigés.

Résultats : Les résultats des dix entretiens ont mis en lumière six thématiques :

- Altération des dimensions somatiques, psychologiques et sociales.
- Coordination autour du sujet âgé.
- L'acculturation gériatrique.
- Les particularités de la population gériatrique.
- L'état des lieux de la gériatrie aux urgences.
- Subtilités structurelles et organisationnelles des urgences.

Conclusion : Cette étude semble appuyer les hypothèses suivante :

- les sujets âgés ont davantage de besoins;
- les soignants des services d'urgences mettent en évidence des difficultés face à cette population;
- les urgences ayant une présence gériatrique, traduisent une prise en soins améliorée et un impact positif, et les soignants sans présence gériatrique expriment leurs besoins en termes d'expertise gériatrique.
- Il existe une concordance entre les besoins de la personne âgée et des soignants face aux compétences spécialisées de l'IPA.

Une problématique non anticipée a été abordée, les difficultés structurelles et organisationnelles.

Cette étude a permis d'évaluer le ressenti du personnel soignant exerçant aux urgences, concernant leurs besoins et objectifs face à l'expertise gériatrique, ainsi que l'amélioration des pratiques professionnelles. Elle a mis en avant également la concordance de ces besoins avec les compétences des IPA.

Mots clés : Personnes âgées, gériatrie, urgences, infirmier(e) en pratique avancée, parcours de soins, expertise gériatrique

Directeur de mémoire : Madame la Docteur Clementine THERME