



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Évaluation qualitative du programme ASSURE « Amélioration des Soins
d'URgence en Ehpad » dans le Nord pas de Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 9 juin 2021 à 18h
au Pôle Formation
par Charles BRICHANT

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Eric WIEL

Madame le Docteur Jan Baran

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Avertissement

**La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les
Thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

Liste des abréviations

ASSURE Amélioration des Services des Soins d'Urgences des Résidents d'Ehpad

EHPAD Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

DREES Direction de la recherche, des études, de l'évaluation des statistiques

HAS Haute Autorité de Santé

ARS Agence Régionale de Santé

CNIL Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

INSEE Institut National de la Statistique et des Études Économiques

DLU Dossier de Liaison aux Urgences

FLU Feuille de Liaison aux urgences

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	6
1) CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE.....	6
2) EHPAD, HOSPITALISATION : LA DECISION ET SES CONSEQUENCES	6
a) Hospitalisations et conséquences.....	6
b) La décision de transfert : une somme de facteurs à prendre en compte.....	7
3) LE PROGRAMME ASSURE AMELIORATION DES SOINS D'URGENCE DES RESIDANTS D'EHPAD	8
MATERIEL ET METHODE	11
1) TYPE D'ETUDE	11
2) CADRE LEGAL	11
3) POPULATION D'ETUDE ET RECRUTEMENT	11
4) REALISATION DES ENTRETIENS, RECUEIL DES DONNEES	12
5) ANALYSE ET CODAGE DES DONNEES.....	13
RESULTATS	13
1) LES PARTICIPANTS	13
2) LES APPORTS DU PROGRAMME ASSURE	15
a) Une confiance et une assurance dans le travail des équipes.....	16
b) Un sentiment de compétences, de maîtrise des situations, d'autonomie et de travail abouti.....	17
c) Une sécurité.....	19
d) Un confort dans le travail	20
e) Une diminution des transferts évitables.....	21
f) Un dialogue Ehpads-urgences face à de nombreuses limites et idées reçues.....	23
g) Des améliorations du Dossier de Liaison des Urgences	27
h) Une remise en question et un intérêt des Directives Anticipées	29
i) Une satisfaction du programme ASSURE	32
3) LIMITES DANS LA MISE EN PLACE DU PROGRAMME ASSURE	34
a) La Covid et ses conséquences	34
b) Le concept « Train the trainer » et ses limites	35
Une incompréhension du projet par le personnel	36
Les problèmes organisationnels et le « Turn Over » des équipes.....	37
c) L'expérience des aides-soignants et infirmiers jugée suffisante.....	39
d) Les protocoles et les programmes déjà en place, la présence d'une infirmière d'astreinte	40
4) SUITE DU PROGRAMME ASSURE	42
5) AMELIORATION DU KIT ASSURE.....	44
a) Une meilleure accessibilité au guide et fiches réflexes.....	44
b) Une simplification en terme, en contenu et en vocabulaire	45
6) AMELIORATIONS DES SOINS D'URGENCES : D'AUTRES PISTES DE TRAVAIL.....	47
a) La place du médecin généraliste	47
b) Les apports du médecin coordinateur	48
c) Les apports des gériatres référents et filières gériatriques	49
d) Renforcer les coopérations : accès aux avis spécialisés, imageries en dehors des hôpitaux	50
e) Renforcer le personnel apport des IDE d'astreinte +/- volantes	51
f) Optimiser le matériel des Ehpad.....	52
DISCUSSION.....	53

1) POINTS FORTS ET LIMITES DE NOTRE ETUDE	53
2) COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE.....	55
a) <i>Les apports du programme ASSURE</i>	55
b) <i>Les difficultés de mises en place des programmes tel qu'ASSURE</i>	56
CONCLUSION	60
BIBLIOGRAPHIE	62
ANNEXES	65
FIGURE 2 : GUIDE ASSURE ET SOMMAIRE	65
FIGURE 3 : FICHE REFLEXE ASSURE TYPE « DOULEURS ABDOMINALES ».....	66
FIGURE 4 : FICHE SIGNES DE GRAVITE ET URGENCES VITALES	67
FIGURE 5 : ILLUSTRATION DE L'OUTIL « CLUEHPAD »	67
TABLEAU 2 : GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF VERSION 1.....	68
TABLEAU 3 : GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF VERSION FINALE.....	71
TABLEAU 4 : TRADUCTION FRANÇAISE ORIGINALE DE LA LISTE DE CONTROLE COREQ	75

INTRODUCTION

1) Contexte démographique

Le vieillissement de la population est un phénomène croissant : la part des individus de 75 ans et plus atteindra 14,6% de la population française en 2040 (1).

Ce vieillissement de la population se traduit par un besoin croissant de structures d'hébergements et d'accompagnements pour les personnes âgées.

Actuellement, selon une étude de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) déjà plus de 8,8% des séniors de 75 ans vivent en institution (2).

L'essentiel de l'offre d'hébergement repose sur les Ehpad (Établissements d'Hébergement des Personnes Âgées Dépendantes) qui représentaient en 2015 (3) 70 % des structures d'hébergement pour personnes âgées.

On dénombrait ainsi en France : 7 573 Ehpad accueillant chaque année plus de 608 000 résidents (1).

2) Ehpad, hospitalisation : la décision et ses conséquences

a) Hospitalisations et conséquences

Cette augmentation du nombre d'individus de plus de 75 ans se traduit également par une sollicitation plus grande des services d'urgence. D'autant plus que, selon une étude de la DREES réalisée en 2007, déjà 11% des patients aux urgences de 75 ans et plus étaient issus des Ehpad (4),

Dans l'étude *PLEIAD (Étude Épidémiologique Descriptive en EHPAD)*(5) notamment, il a été démontré que ces passages itératifs aux urgences ou hospitalisations sont entre-autre responsables d'une majoration de risques de chutes (+ 5%), de dénutritions (+ 14%) et d'utilisations des contentions (+ 23%). En outre, cela pourrait entraîner directement une perte d'autonomie en favorisant le déclin fonctionnel et cognitif.

Ces effets délétères sont d'autant plus problématiques que parmi tous ces passages aux urgences, 19 à 67% d'entre eux sont qualifiés d'hospitalisations évitables par la littérature (6).

De manière plus spécifique à notre région des Hauts de France, où l'on dénombrait environ 40 000 résidents en Ehpad en 2017, une étude prospective multicentrique (7) réalisée dans la région en 2015 a démontré que :

- Les patients institutionnalisés en Ehpad représentaient 3% des entrées des urgences
- Les hospitalisations évitables aux urgences étaient estimées à 26,5% par les urgentistes et davantage d'après les gériatres (30,4%), ce qui correspond globalement à la littérature (8)(9) et comme nous l'avons vu précédemment (6).

b) La décision de transfert : une somme de facteurs à prendre en compte

La décision de transférer aux urgences un résident d'Ehpad est, dans plus de 80 % des cas, une décision sur critères médicaux. L'alerte est donnée par les aides-soignantes ou les infirmières dans plus de 60% des cas (10).

La littérature a recensé bon nombre de facteurs influençant cette décision de transfert (11)(12). Outre la charge de travail, le manque de personnel ou de médecins, le personnel n'est bien souvent pas assez formé pour faire face aux différentes situations d'urgences relatives et les prendre en charge de manière optimale.

A noter que bien d'autres facteurs ont été également cités dans la littérature (13): tels que le défaut de communication, entre les acteurs Ephad et Urgence, mais aussi l'absence de directives anticipées (très souvent soulignée comme cause de transferts évitables des patients d'Ehpad).

3) Le programme ASSURE Amélioration des Soins d'Urgence des Résidents d'Ehpad

C'est sur ce constat : un nombre important de recours aux urgences par les résidents d'Ehpad mais surtout en raison du caractère évitable des transferts, qu'un programme a été développé dans la région Hauts de France. Ce dernier s'intitule « ASSURE » pour « Amélioration des Soins d'URgence en Ehpad ».

ASSURE a été initié fin 2018. Il a été piloté par le Groupement hospitalier Loos/Haubourdin en lien avec l'ARS Hauts de France (14), les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) de Lille et d'Amiens-Picardie, le Collège de médecine d'urgence du Nord-Pas-de-Calais, l'association des médecins coordonnateurs de Picardie ainsi que l'Observatoire Régional des Urgences (ORU).

La diffusion du programme ASSURE était basée en premier lieu sur des sessions de sensibilisation aux soins d'urgences, réalisées initialement par les professeurs de gériatrie et d'urgences du CHU de Lille et Amiens et destinées à des binômes urgentiste/géronte. Dans un 2^{ème} temps, ces binômes urgentiste/géronte formaient à leur tour un groupe directeur/médecin coordonnateur/cadre de santé ou IDEc au cours de sessions regroupant une dizaine d'Ehpad.

L'idée était de développer une sensibilisation du personnel des Ehpad au projet ASSURE selon le modèle « Train the trainer ».

Dans ce modèle, le projet était ainsi d'abord présenté à l'équipe dirigeante de l'Ehpad qui était à son tour, chargée de former et de le diffuser au personnel de son Ehpad.

L'intérêt de ce modèle était d'impliquer davantage les équipes dirigeantes dans la mise en place, le suivi et dans la démarche du projet « ASSURE ».

Au cours de ces sensibilisations, les différents acteurs des Ehpad, des Urgences et de la gériatrie avaient ainsi pu communiquer, discuter et mieux comprendre le fonctionnement de chacun.

Par ailleurs, les professionnels des Ehpad bénéficiaient à l'issue de ces réunions, du kit ASSURE contenant le guide ASSURE avec les fiches d'urgences vitales et les 19 fiches réflexes d'urgences relatives auxquelles le personnel est fréquemment confronté.

On y trouvait en plus, des outils plus pratiques (Dossiers et Fiches de liaison, organisation des urgences, de la filière gériatrique, ainsi qu'un annuaire des différents acteurs de la filière gériatrique correspondant à la région...).

Enfin en complément du guide, le Kit ASSURE comportait un panel d'outils pédagogiques complémentaires (affiches, fiches de retours d'expériences...) et d'autres outils plus ludiques, comme notamment le jeu de cartes « Cluehpad ».

Ce jeu de cartes permet de mettre les soignants dans des situations pratiques et concrètes (un résident d'Ehpad dans lieu défini avec une situation définie). L'objectif est ainsi de former le soignant en situation afin qu'il sache établir la conduite à tenir et la prise en charge adaptée.

La finalité du projet était ainsi d'améliorer la prise en charge des personnes âgées résidant dans un EHPAD : en renforçant le savoir-faire des personnels d'Ehpad, en les confirmant dans leurs compétences afin de prodiguer dans un parcours de soins optimisé et adapté, la bonne prise en charge (médicale ou paramédicale) par la bonne personne (infirmière, médecin traitant, médecin coordonnateur, urgentiste, autre spécialiste hospitalier...) au bon moment (immédiat ou différé) et au sein du lieu le plus adéquat (Ehpad, Urgences ou autre secteur hospitalier).

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer l'impact et le ressenti du programme ASSURE sur le personnel des Ehpad.

MATERIEL ET METHODE

1) Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative avec une analyse inspirée de la phénoménologie, à partir d'entretiens semi-structurés individuels au travers desquels, on s'intéresse au sujet, afin d'analyser et décrire les phénomènes de l'expérience vécue.

2) Cadre légal

Une demande auprès de la Commission Nationale de l'Information et des Libertés de France (CNIL) a été effectuée par le programme ASSURE afin de pouvoir exploiter les données SAMU. Pour notre travail, il n'a pas été réalisé de demande particulière car celui-ci était anonymisé et n'utilisait pas de données patients.

3) Population d'étude et recrutement

L'échantillonnage a été réalisé selon un modèle en variation maximale afin d'identifier et de discriminer les variables pertinentes issues des entretiens.

Les informateurs étaient ainsi recrutés dans chaque classe de variable identifiée et correspondaient ainsi aux personnels des Ehpad du Nord Pas de Calais sensibilisés au programme ASSURE et appartenant aux différents types de structures présentes et représentatives de la région : des Ehpad de fonction publique hospitalière rattachés à un établissement de Santé, des Ehpad publics Territoriaux, des Ehpad de la fonction publique hospitalière autonome, des Ehpad privés non lucratifs, des Ehpad privés Commerciaux.

Ils comprenaient aussi des Urgentistes ayant également été sensibilisés au programme ASSURE.

La taille de l'échantillon n'était pas arrêtée à l'issue du protocole mais déterminée au cours de la réalisation de l'étude afin d'obtenir une suffisance des données, c'est à dire le moment où le recueil de tout nouvel entretien n'apportait plus aucune donnée nouvelle. Cette suffisance a été obtenue à l'issue du 21^e entretien.

Le recrutement était réalisé en premier lieu par un contact téléphonique ou par mail afin de présenter l'étude et l'objectif des entretiens. Le chercheur ne connaissait pas les participants, en dehors d'un urgentiste sélectionné au hasard aux urgences du SAMU de Lille.

4) Réalisation des entretiens, recueil des données

Un consentement oral a été obtenu avant chaque début d'entretien ainsi que pour son enregistrement audio et sa retranscription. Les entretiens étaient de type compréhensif selon les principes de J.C Kaufmann (15). Ils étaient par ailleurs anonymes.

Il n'a pas été réalisé de nouveaux guides d'entretien semi-structurés à destination des urgentistes afin de ne pas modifier l'objectif initial de l'étude ; mais une confrontation des résultats obtenus à l'issue des entretiens du personnel des Ehpad.

5) Analyse et codage des données

Les entretiens étaient directement retranscrits intégralement sur Word® avant d'être analysés avec le logiciel QSR Nvivo® Release 1.3 sous forme de verbatims : les idées pertinentes, les mots et les expressions des participants permettaient de faire émerger des thèmes et des sous-thèmes lors de l'analyse. Ces derniers ont été utilisés afin d'enrichir au fur et à mesure le guide d'entretien pour le rendre plus pertinent et mieux explorer nos objectifs.

Les résultats ont été triangulés par un autre chercheur, afin d'évaluer la pertinence de notre première analyse.

RESULTATS

1) Les participants

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

	Degré de mise en place du programme dans l'Ehpad	Catégorie professionnelle	Sexe	Age	Initiales
Ehpad de fonction publique hospitalière	Partiel	Cadre de Santé	Masculin	36 ans	P1
		Infirmier	Masculin	28 ans	P2

rattachés à un établissement de Santé		Médecin coordinateur	Féminin	53 ans	P3
Ehpad publics Territoriaux	Nul	Médecin coordinateur	Masculin	44 ans	P4
		Infirmier	Masculin	31 ans	P5
		Infirmier	Féminin	27 ans	P6
		Cadre de Santé	Masculin	34 ans	P7
Ehpad publics Territoriaux	Complet	Infirmière coordinatrice	Féminin	52 ans	P8
Ehpad de la fonction publique hospitalière autonome	Partiel	Cadre de santé	Féminin	48 ans	P9
		Médecin coordinatrice	Féminin	51 ans	P10
		Aide-soignante	Féminin	27 ans	P11
Ehpad privés non lucratifs	Complet	Infirmière	Féminin	25 ans	P12
	Partiel	Aide-soignant	Masculin	29 ans	P13
		Aide-soignant	Féminin	28 ans	P14
		Cadre de Santé	Féminin	31 ans	P15

Ehpad privés Commerciaux	Partiel	Directrice Adjointe	Féminin	36 ans	P16
		Aide-soignante	Féminin	20 ans	P17
		Infirmière coordinatrice	Féminin	43 ans	P18
	Complet	Infirmière coordinatrice	Féminin	42 ans	P19
		AMP	Féminin	43 ans	P20
		AMP	Féminin	40 ans	P21
Urgentistes		Urgentiste	Masculin	34 ans	U 1
		Urgentiste	Masculin	>50 ans	U 2

2) Les apports du programme ASSURE

Dans les différents entretiens réalisés, quel que soit le degré de mise en place du programme ASSURE, le personnel des Ehpad a d'abord exprimé un vif intérêt envers le programme.

En effet l'ensemble des professionnels interrogés était animé d'une volonté de bien faire pour leurs résidents, ils traduisaient d'ailleurs très souvent cette idée par une volonté de se former et de s'améliorer.

P15 : « beaucoup de.... De soignants qui sont en demande de ça parce qu'ils se trouvent très souvent démunis, ils ne savent pas quoi faire donc ils veulent bien faire mais la seule chose du coup c'est d'hospitaliser ! »

P21 : « C'était une demande du, du personnel aussi en fait ! En fait, on était un peu, en panique entre guillemets quand il arrivait une urgence ou... C'est pas qu'on ne savait pas comment réagir mais euh... »

Dans les Ehpad ayant mis à profit le guide ASSURE, outre le personnel infirmier, l'apport et le bénéfice du programme ont vraiment été ressentis chez les aides-soignants, notamment ceux qui travaillaient la nuit :

P1 : « les AS de nuit qui sont euh... j'ai envie de dire les interlocuteurs de première intention, puisque c'est là où il y avait, une faille d'accompagnement et qui était pourvoyeur de beaucoup d'hospitalisations via les urgences »

*P8 : « J'ai utilisé ces fiches pour euh... Les aides-soignantes, parce qu'en fait, ils sont seuls en poste le weekend et donc du coup... »
« C'est surtout les aides-soignantes que ça a rassuré ! »*

a) Une confiance et une assurance dans le travail des équipes

Au cours des entretiens, à la question des apports du projet ASSURE, l'idée première exprimée par les soignants, était celle d'une meilleure assurance et d'une meilleure confiance du personnel dans les différentes prises en charge, évaluations et décisions mais aussi dans la réalisation des soins.

P1 : « C'est vrai que le fait de pouvoir rassurer un peu les équipes de nuit en leur donnant des conduites à tenir un petit peu plus claires »

P12 : « Oui plus en confiance et puis comment dire ; euh... Comme je vous disais plus rassurées le fait de savoir qu'ils ont toutes les informations à disposition quoi ! »

Cette confiance et cette assurance dans le travail découlaient selon eux, directement de l'apport du guide et des différentes fiches ASSURE :

P2 : « On a vraiment toutes les données parce que c'est vraiment un fil conducteur, euh... Est-ce que c'est une urgence oui ou non ? Si euh... Qu'est-ce qu'il faut mettre en place ? C'est vraiment un fil conducteur ! On ne loupe rien ! »

P18 : « Elles ont quand même un support qui est euh... Qui est plutôt licite, très simple, qui est vraiment euh voilà... J'ai un cas, comment j'agis ? Quand j'alerte ? »

De plus, cette confiance est présente dans les appels aux SAMU. En effet, grâce aux différentes fiches le personnel soignant réalise une évaluation complète et appliquée ; il peut anticiper les questions des régulateurs du SAMU.

Cela permet, de justifier davantage les raisons de l'appel auprès du centre 15 ainsi que les demandes éventuelles d'hospitalisations aux urgences qui en découlent.

P10 : « Ouais, ouais ! Bah sûr en fait quand ils appellent ils sont sûrs ! »

P1 : « Des bases sur euh... Quelles informations je dois rechercher euh... comment je dois structurer mon appel etc etc... Et puis pouvoir répondre un peu aux questions et démystifier, beaucoup démystifier les choses. »

P8 : « ils savent quoi, ils savent quoi faire, sécuriser, évaluer et j'alerte. Et qu'est-ce que va demander le médecin et donc du coup ce support sert à ça ! »

b) Un sentiment de compétences, de maîtrise des situations, d'autonomie et de travail abouti

La sensibilisation au projet ASSURE, la lecture des fiches réflexes et leurs utilisations dans les situations d'urgence a par ailleurs permis au personnel des Ehpad de conforter leurs connaissances, de valoriser leurs expériences et leurs savoirs.

P2 : « Mais ça conforte notre euh... Notre action, notre fil conducteur, notre logique et tout ça ... De réflexions ! »

P19 : « Enfin d'être confortés dans leur travail et puis les mettre un peu en valeur, enfin... Moi je sais que j'ai une aide-soignante qui, enfin, après avoir eu une situation d'urgence et de l'avoir gérée m'a dit euh : « Waouh ! Enfin ! J'ai su le faire ! » et ça je trouve que c'est euh... Enfin c'est bénéfique en fait ! »

De plus, pour certains Ehpad, la mise en place du programme ASSURE s'est traduite par un élargissement des compétences du personnel soignant : qu'elles soient pratiques ou théoriques.

L'apport du guide ASSURE dans les situations d'urgences permet au personnel aide-soignant de mieux analyser la situation, de déterminer le degré d'urgence en prenant notamment les paramètres vitaux pour ensuite réaliser les premiers gestes et alerter de façon plus adaptée.

Le rôle de premier maillon de la chaîne de soins de l'aide-soignant, dans l'évaluation et la prise en charge des situations, est ainsi renforcé.

P1 : « démystifier un petit peu, de, d'acquérir pour certains des compétences supplémentaires »

P1 : « formaliser ça chez des aides-soignantes qui n'ont pas forcément ce niveau-là habituellement d'accompagnement. Donc plutôt une petite montée en gamme j'ai envie de dire par rapport à ça ! »

P19 : « Euh... Donc on a senti vraiment une, une évolution dans le vocabulaire par rapport aux soignants, et également sur la prise en charge de cette situation d'urgence ! »

Cela s'est ainsi traduit par un gain en autonomie du personnel aide-soignant notamment, en lui permettant d'anticiper les situations et de les prendre en charge, sans dépendre nécessairement d'une évaluation infirmière ou médicale.

P8 : « Je pense que ça a joué plus sur la réactivité de l'équipe ! »

P18 : « Voilà c'était surtout leur donner plus d'autonomie et déranger moins les infirmières. »

P19 : « Ce qui a permis aussi de gérer un peu plus euh... Bah la nuit s'il y a, ils arrivent à savoir si euh, s'il faut une hospitalisation ou s'il faut attendre l'infirmière qui arrive à 7h ! »

c) Une sécurité

A travers ces guides et fiches reflexes, une autre notion a été souvent mise en avant : celle de la sécurité dans le travail et dans la prise en charge du patient.

En effet, le personnel exprimait pouvoir justifier sa prise en charge et ses décisions : il passait d'une évaluation auparavant très empirique, souvent mal définie et non protocolisée à une évaluation standardisée et complète au travers des fiches reflexes ASSURE.

P18 : « Voilà elles se disent bah moi j'ai suivi ça et euh... Tu nous avais dit de faire ça donc on a suivi ce qui était écrit ! Voilà se dédouaner aussi un peu de ce qu'on a fait par rapport aux fiches qu'on a apporté quoi ! »

P18 : « ça leur permet aussi quelque part de se décharger de... »

P2 : « ceux qui sont en astreintes de nuit ça apporte un confort parce que du coup on se sent rassuré, on ne se dit pas on est passé à côté de quelque chose ! Parce qu'on n'a pas l'excuse d'être passé à côté de quelque chose, qu'on a... Tout est écrit ! »

d) Un confort dans le travail

Cet apport de sécurité, d'autonomie associée à la confiance et l'assurance au travail met le personnel dans de meilleures conditions dans son travail ; cela se répercute ainsi directement de manière positive dans un confort de travail au quotidien.

P20 : « Oui bah je pense qu'on flippe moins déjà euh... face à certaines situations, donc oui ça permet quand même de... D'être rassuré ! Bah c'est pas parce qu'il est tombé que c'est si fatal que ça quoi ! »

P20 : « Avant c'était la panique à bord ! Maintenant non ça va, on arrive à voilà : s'il faut aller prendre les paramètres, on prépare tout ce qu'il faut avant d'appeler ! »

P19 : « Une prise en charge qualitative, euh, c'est-à-dire qu'elles connaissent leurs protocoles, euh, et en fonction, ils savent déjà si c'est une situation qui nécessite une hospitalisation ou pas ! »

Par ailleurs, les mises en situation par le jeu « Cluehpad » ont participé à cet apport de confort dans le travail en améliorant directement le vécu des situations d'urgence par une certaine maîtrise, expériences et réflexes dans les prises en charge.

P1 : « on avait beaucoup travaillé sur le jeu de rôles euh... sur la mise en situation, enfin voilà quand je suis face à telle situation est ce que je dois appeler ? Pas appeler ? Qu'est-ce que je dois prendre comme paramètre etc.. »

P21 : « Enfin, on se mémorisait un peu : « Ah oui, la fois dernière on a vu ça avec euh... Avec le jeu de cartes ! ». »

P15 : « Bah ça les rassure quand même parce qu'ils ont des notions et des exemples : on a fait pas mal de situations, de cas concrets enfin de cas concrets : on les a pris, en fait les cartes du terrain pour les évaluer »

A noter que l'ensemble de ces améliorations chez le personnel soignant, s'est également traduit chez les résidents, de manière plus ou moins significative : notamment sur leur vécu de ces situations d'urgences.

P20 : « On est moins paniqué donc forcément, bah ça génère moins de stress aussi pour lui ! »

P19 : « Euh... Alors en fait comme le personnel est formé et rassuré, il y a moins de stress, ça engendre moins de stress chez le résident et ça engendre une prise en charge de qualité ! »

P16 : « Voilà je pense que ça peut, ça peut oui être rassurant pour le résident oui bien sûr ! »

Au-delà de l'impact sur le résident, au travers de certains entretiens, il existe aussi un impact positif dans la communication avec la famille et les proches des résidents.

P20 : « Voilà et du coup bah, l'information elle passe plus facilement ! On ne va pas leur dire bah : qu'on l'a envoyé mais on ne sait pas pourquoi quoi ! »

P10 : « Oui peut-être ! En tout cas, euh... En tout cas, moi je me sens plus sûr de moi, vis-à-vis des correspondants ou des familles... Oui peut-être ! »

e) Une diminution des transferts évitables

Les soignants constataient une diminution du nombre de transferts. Car même si le programme ASSURE n'a pas été mis en place totalement dans tous les établissements ; les premières sensibilisations ont permis d'initier une réflexion dans la plupart des Ehpad sur le caractère évitable de certains transferts et ainsi de revoir certaines prises en charge et certains modes de fonctionnement.

P3 : « Plus pour le fait d'avoir re-réfléchi à la... si je peux dire, à l'accompagnement des équipes, à la gestion des urgences, à l'organisation... »

P13 : « Bah c'est euh... Est-ce qu'on va euh... L'envoyer pour rien et saturer le service des urgences et puis bah aussi pour le résident quoi enfin : est-ce qu'il va passer deux heures à attendre pour rien au final euh... C'est plus ça en fait ! »

L'impact du programme ASSURE a néanmoins été souligné par la réduction des transferts aux urgences et un effet positif sur les transferts évitables.

P2 : « Et ça a permis aussi aux résidents de pas partir toujours forcément toujours aux urgences et de temps en temps les garder et se dire : « Bah voilà ce que l'on peut faire ! » »

P19 : « il y a juste nécessité une surveillance qu'ils ont mises eux même en place euh... Où c'était euh enfin, c'était une chute sans gravité où avant ils auraient je pense appelé les urgences parce que pas de présence infirmière la nuit ! »

P19 : « Il a réduit les transferts aux urgences ! »

A noter que, dans cette volonté, la plupart des Ehpad organisaient déjà fréquemment des réunions de type « Retour d'expérience » pour rediscuter des situations ayant posé des problèmes ou des transferts évitables. Ils n'avaient néanmoins pas eu recours aux grilles de retour d'expérience proposée dans le guide ASSURE, préférant un modèle moins formel, essentiellement en raison des difficultés d'organisations liées à la pandémie de la Covid.

P16 : « Ou du coup on parlait des résidents qui avaient un souci ou des dossiers... enfin voilà des dossiers avec qui il fallait en discuter et ces choses-là : ça se parle à ce moment-là »

P13 : « Bah ouais généralement ce qu'on fait c'est des réunions de soins, on essaie d'en faire une toutes les deux semaines ! Enfin là avec le Covid euh cette année ça était beaucoup perturbé ! »

L'apport de ces réunions de retour d'expérience étant jugé bénéfique pour faire évoluer positivement les pratiques de l'Ehpad.

P13 : « Euh ouais, on peut modifier enfin la façon de prise en charge, enfin beaucoup de choses en fait ! »

P8 : « quand on faisait ce genre de réunions auparavant, réunions d'équipe, on aurait peut-être évité des situations »

f) Un dialogue Ehpad-urgences face à de nombreuses limites et idées reçues

Un autre objectif du projet ASSURE était d'améliorer la coopération entre Ehpad et Urgences afin d'améliorer le dialogue entre ces différents acteurs.

Ainsi, de manière générale, les réunions de sensibilisations initiales animées par un urgentiste et un gériatre ont permis de mettre des mots sur les ressentis de chacun, de verbaliser les difficultés rencontrées par certains Ehpad dans leurs relations avec les urgences.

P3 : « cette histoire que les Ehpad embolisent les urgences la nuit, ce que je peux croire, moi je ne suis pas aux urgences »

P18 : « voilà on avait quand même des, des possibilités d'envoyer nos résidents sans être jugés comme « Voleurs de place » ! »

P9 : « Et le fait qu'il y a quand même une méconnaissance, là aussi bien nous, de leurs professions, qu'eux de la nôtre »

Les retours exprimés à la suite des premières réunions ont été définis comme un très bon point de départ afin d'améliorer ces coopérations.

P1 : « c'était un médecin qui était venu, elle, elle s'est rendue compte bah de nos difficultés et de choses qu'elle ne percevait pas dans son quotidien euh... »

P1 : « il y a eu partage d'expériences ! Donc ça, j'ai trouvé vraiment, vraiment sympa et enrichissant ! »

P18 : « Donc ça fait du bien quand même de pouvoir discuter avec euh... Les professionnels, d'échanger là-dessus euh... »

Les Ehpad ont d'ailleurs conforté cette idée par une réelle volonté de poursuivre ces échanges avec les acteurs des urgences.

P18 : « Le dialogue est un peu... Il est un peu difficile parce qu'on est... on est... On ne se rencontre pas suffisamment je pense donc je pense qu'on ne pas discuter de nos problématiques ! »

P9 : « Peut-être qu'il faudrait plus souvent de réunions comme ça pour que l'on apprenne vraiment à se connaître et travailler ensemble quoi ! »

D'autant plus, que la pandémie de la Covid a mis davantage en exergue certaines difficultés et limites des Ehpad (manque de matériel médical, de personnel, absence de pharmacie dans les Ehpad...) :

P7 : « déjà en temps normal ça reste complexe d'hospitaliser une personne âgée la nuit etc enfin en service d'urgence euh sans accompagnant, mais ça l'est encore plus actuellement. »

P9 : « nous, on n'a pas de pharmacie interne, qu'on n'est pas comme à l'hôpital et qu'on nous renvoie un résident le samedi avec un antibiotique, bah il ne l'aura peut-être pas avant le lundi, c'est pas sûr qu'ils le savent ! »

P13 : « Enfin la nuit, nous on est que deux pour 67 résidents, on n'a pas d'infirmière, il n'y a qu'un seul aide-soignant donc euh bah... C'est vrai qu'il y a des moments, ils ne se rendent pas compte »

P4 : « Je pense qu'il y a une méconnaissance de la part des urgences de ce qu'on peut proposer comme soins dans un Ehpad ! Parce qu'ici, bon vous savez, on a de l'oxygène mais après il y a des médicaments qu'on n'a pas ! »

Malgré ce dialogue, le personnel des Ehpad relatait une frustration parfois face aux réponses des urgentistes lors de leurs appels. L'âge de leurs résidents est souvent ressenti comme un frein aux transferts ou à leur prise en charge. Ce qui est source d'incompréhension par le personnel :

P6 : « ils nous demandent à chaque fois l'âge de nos résidents ; je pense qu'eux, ils ont des critères aussi euh... Mais euh, du coup, des fois on se retrouve un peu démunis vis-à-vis... Ils ne répondent pas forcément de la manière dont on aurait voulu mais euh... »

P18 : « « bah ouais mais elle a 95 ans, il n'y a rien à faire ! » ; il faut quand même qu'on montre qu'on fait quelque chose. »

P13 : « ah quand on voit les équipes qui disent ça ou quoi... Enfin on est un peu dégouté ! Surtout quand on fait notre maximum quoi ! »

Cette frustration était amplifiée dans les situations de fin de vie :

P13 : « Excusez-moi du terme mais « on se casse le cul » tous les jours à faire de notre mieux pour qu'ils aient une fin de vie agréable et décente quoi donc euh... »

P13 : « Et que bah même si elles ont en fin de vie bah... Voilà quoi ! Ça reste des, des humains ! »

P7 : « ça reste quand même je trouve complexe sur des situations de fin de vie ou d'accompagnement de personnes âgées »

Les raisons de cette frustration étaient ensuite justifiées en partie par le personnel d'Ehpad par l'impression d'un défaut de compréhension et de considération par les acteurs des urgences.

P9 : « Et notre personnel soignant, il est... Quand il dit quelque chose en général, il faut le croire ! Et parfois c'est ça qu'ils vivent mal : c'est cette non-reconnaissance ! »

P12 : « Ouais voilà et puis... Ils ne nous croient pas, on n'est pas... Ils ne sentaient pas euh comment dire euh... Comprises »

P11 : « Ouais parce qu'on nous a dit euh... Les, vos appareils ne vont pas euh... Le saturomètre ne va pas, alors qu'il allait très bien : on l'a essayé sur nous enfin ! Donc euh... Ouais je pense qu'ils ne nous prennent peut-être pas au sérieux ou... Je ne sais pas ! »

Les soignants ont exprimé ressentir de l'agacement et parfois de l'énervement chez les urgentistes à cause de ces difficultés de dialogues, de communication et de compréhension ;

P20 : « (soupirs) le 15... Pour nous c'est un peu, enfin ça dépend, enfin quel horaire, ça dépend sur qui on va tomber hein ! On ne va pas dire que tout le monde euh voilà... Après, ils se déplacent forcément quand c'est nécessaire mais des fois « on se prend des cartouches ! ». »

P21 : « « Ouais l'urgentiste euh, il n'a pas été très agréable ! » enfin... Voilà j'ai l'impression que des fois c'est... C'est compliqué en fait le contact ! »

Ces difficultés ont également été relevées par les urgentistes. Pour eux, les soignants ont du mal à verbaliser les raisons de leur appel. Les urgentistes interrogés reconnaissent que l'appel des soignants est souvent justifié car ceux-ci connaissent leurs résidents mais ils n'arrivent pas à traduire médicalement leurs inquiétudes.

U2 : (urgentiste) « Même si nous on a l'impression que, il ne se passe rien, c'est souvent eux qui ont raison clairement !

U2 : (urgentiste) « souvent quand ils appellent c'est qu'il y a quand même quelque chose qui s'est passé ! »

U1 : (urgentiste) « Quand ils appellent c'est souvent un peu la panique, euh... Parfois à juste titre, parfois il y a des gens vraiment en détresse ! »

Pour les urgentistes, l'une des voies d'amélioration de la coopération et de la communication résiderait dans cette faculté du personnel soignant à savoir définir les

raisons de l'appel, l'origine de leur inquiétude, la manière d'exprimer les raisons du changement d'état du résident :

U1 : (urgentiste) « je pense qu'effectivement, il y a une vraie marge de manœuvre là-dessus parce que, en fait, l'impression que j'ai personnellement c'est que : « Oulala ça ne va pas ! » ; tu sais, c'est comme quand on dit : « Ça ne va pas ! » et tu leur demandes « ça veut dire quoi ça ne va pas ? » et ils ne savent pas te dire ! Ça va pas ; ça veut dire ? »

U2 : (urgentiste) « mais parfois on a du mal à comprendre qu'est-ce qui a changé, quel est le critère de gravité du point de vue du personnel qui connaît le patient ! Euh... Eux, ils le connaissent, eux, ils se rendent compte qu'il y a quelque chose mais parfois ils ont du mal à exprimer qu'est-ce qui a changé, histoire que nous, on puisse comprendre la raison de l'appel. »

Cependant, malgré ces difficultés de compréhension, limites et représentations, les soignants exprimaient une grande satisfaction vis-à-vis de l'aide et du travail accompli par les urgences et équipes de SAMU, que ce soit dans la prise en charge de leurs résidents ou lors des différents appels au SAMU.

P8 : « Non mais, ils sont super quoi ! »

P13 : « Honnêtement j'ai jamais vraiment eu de soucis, ça a toujours été plutôt rapide et on donne des bonnes consignes au téléphone de ce qu'il y a à faire donc euh ! Enfin je ne vois pas ce qu'il pourrait améliorer plus encore... »

P5 : « Après bah tout ce qui est médecins SMUR, on peut compter sur eux il y aucun souci ! »

P18 : « Après quand ils sont pris en soin aux urgences, ils sont bien pris en soins »

g) Des améliorations du Dossier de Liaison des Urgences

Les Ehpad interrogés disposaient déjà tous d'un Dossier de liaison et d'un logiciel permettant d'imprimer les Dossiers de Liaisons aux Urgences (DLU). L'apport du

programme ASSURE via les réunions de sensibilisations initiales ainsi que les fiches présentes dans le guide ASSURE, a néanmoins servi d'outil aux Ehpad pour revoir et retravailler ces Dossiers de liaisons aux Urgences.

P16 : « au niveau du DLU on a quand même fait quelques changements ! En fait on a repris celui qu'on avait eu dans le projet, on a repris le nôtre : en fait on a comparé ce qu'on avait ! Donc le nôtre, il y avait quand même pas mal de choses qui étaient déjà dites et on a juste ajouté certaines parties qui étaient dans celui du projet pour le rajouter au nôtre et l'étoffer un petit peu plus en fait ! »

P12 : « Oui ça a permis d'améliorer parce qu'on le faisait mais pas aussi régulièrement et ça a permis même aux soignants : ils ont mieux compris euh... L'intérêt du DLU »

P10 : « Je pense que c'est cette discussion-là, plus que les fiches qui ont permis de nous faire : « Tiens ! Ils ont besoin de ça et voilà ! » »

Les urgentistes bien qu'ayant conforté le rôle de ces documents ont, eux, souligné, l'idée et l'intérêt d'avoir un document plus synthétique et pragmatique à l'image de ceux proposés dans le guide ASSURE.

U1 : (urgentiste) « Euh... ça c'est bien ! Mais ça pourrait être plus euh, allégé quoi ! »

U1 : (urgentiste) « Je pense que ça devrait tenir sur une feuille, peut-être une feuille qu'on voit directement, je ne sais pas d'une autre couleur, une fiche genre je ne sais pas jaune fluo avec mes antécédents, mes traitements, mon autonomie et la personne à appeler ! Et le numéro de téléphone de l'Ehpad ! Parce que parfois on ne les trouve plus sur google ! »

Si la nuance DLU/FLU n'est pas mise en évidence par les interviewés, le problème de la perte des Fiches et Dossiers de Liaisons cristallise un certain agacement des Ehpad dans leur effort de travail et de mise en place de la coopération Ehpad-urgences.

P8 : « Alors par contre ce qui arrive souvent... Et ça, ça m'agace ! Parce que l'équipe est bien formée à l'édition du DLU ; et souvent le DLU se perd ! »

P19 : « Donc on fait un dossier de transferts avec tous les documents, les traitements habituels etc... Systématiquement on a des appels de perte de dossiers euh... »

h) Une remise en question et un intérêt des Directives Anticipées

Tous les Ehpad interrogés ont souligné la difficulté du recueil des Directives anticipées.

Elles ne sont pas obligatoires et complexes à recueillir, surtout lors de l'entrée du résident en Ehpad, qui est déjà pour le patient un moment difficile.

P20 : « Euh c'est difficile hein ! C'est difficile d'arriver, enfin certains oui ; certains c'est plus compliqué hein ! Donc euh, c'est pas évident de parler de la mort ; dès que la personne, elle arrive parler de la mort c'est quand même quelque chose d'assez délicat donc euh... »

P1 : « la difficulté qui est la nôtre et je pense dans toutes les structures médicosociales : c'est cette temporalité, qui l'amène ? quand ? Et puis, ça n'est pas encore ancré dans ces générations-là »

Le fait que bien souvent ces directives nécessitent une personne de confiance ou un proche pour les recueillir et de respecter les volontés du patient parfois incapable de les donner est un autre élément de complexité pour les résidents d'Ehpad.

P1 : « Donc en plus il y a la question du euh... Est-ce qu'ils sont en capacité de, d'établir des directives anticipées euh... Quelles valeurs elles auront ces directives anticipées euh... »

P19 : « Voilà ! Donc c'est toujours à réévaluer en fait et comme c'est un peu révocable à tout moment... Euh c'est assez compliqué surtout quand c'est les personnes de confiance qui n'ont pas pris la décision, enfin qui ont pris la décision »

Certains Ehpad ont ainsi exprimé que malgré la réflexion amenée par la sensibilisation ASSURE, ces directives sont encore recherchées parfois seulement au moment de l'aggravation de l'état de santé du résident.

P14 : « Mais demain, un résident qui va très bien euh... Je sais pas s'il doit être réanimé ou pas ! »

P13 : « Euh... Il me semble que c'est demandé à l'entrée dans l'établissement ou alors quand on sent qu'un résident... Euh... Comment dire... Fait une dégradation de l'état général en fait ! »

On notait cependant une certaine dynamique et une volonté de les recueillir notamment au travers de « projets personnalisés de vie ».

P4 : « on essaye de travailler notamment dans le suivi du résident par le biais du projet personnalisé de ré-évoquer ces histoires de directives anticipées et après aussi au cas par cas quand la situation médicale du résident euh... »

U1 : (urgentiste) « Euh... Ba là je suis, je me faisais justement la réflexion en sortie la fois dernière, il y en a de plus en plus ! Il y en a de plus en plus ! »
« par contre quand je vais dans les Ehpad en SMUR, euh bah... Franchement, les dernières fois j'ai eu pas mal de directives anticipées ! Je pense que ça se généralise un peu plus ! »

P1 : « Ça a juste mis en évidence que : effectivement on, on a une faille là-dessus et qu'il y a quelque chose à faire c'est sûr ! »

La pandémie de la Covid a par ailleurs encouragé les résidents et les proches des résidents à les exprimer.

P10 : « Euh par contre avec le Covid et bah là, là je me suis dit : « C'est pas possible quoi ! ». Il faut tellement réagir vite... Euh, j'ai envoyé un courrier aux familles et je leur ai dit : « Voilà, on est en épidémie, vous avez ce document, vous l'avez peut-être lu ou pas mais relisez le et répondez ! ». Et là beaucoup sont rentrées, beaucoup de fiches sont rentrées ! »

P4 : « Alors pendant la période de Covid euh... On a quand même refait un peu le scan des dossiers notamment pour euh... Prévenir d'éventuelles hospitalisations ! »

Le personnel soignant soulignait aussi l'apport et l'intérêt de ces directives anticipées, comme gage d'une bonne prise en charge dans les situations d'urgences. Elles

permettent un meilleur vécu des situations que ça soit pour le résident comme pour les soignants.

Le personnel soignant comprenait aussi l'intérêt de celles-ci pour les urgentistes et réanimateurs dans leurs décisions et prises en charge.

P4 : « on essaie vraiment d'avoir des directives anticipées claires pour justement éviter parfois un transfert SAMU de nuit qui ne serait pas adéquat. »

P15 : « comme ça quand ils arrivent aux urgences, ils ne sont pas là à se demander si : acharnement ou pas ? Souvent, ils le demandent hein le médecin des urgences ! »

P8 : « C'est le document qui leur appartient et qu'on scanne et vous voyez on l'intègre au... Au dossier transfert ! Euh je pense que ça doit aider le médecin urgentiste ! »

Cet intérêt et cette prise de conscience se traduisaient par la volonté que les directives anticipées apparaissent clairement dans le Dossier de Liaison des Urgences, mais aussi directement à l'ouverture des dossiers patients informatisés, par exemple sous forme d'icônes colorées explicites.

*P14 : « Et ça je pense que c'est un truc qu'il faudrait, un truc tout « con » mais peut être un petit icône dans là où on fait nos transmissions, un truc rapide quoi ! »
« Peut-être des petites vignettes sur les dossiers ! Enfin je ne sais pas : couleur rouge on réanime, bleu non... Enfin je ne sais pas un petit truc mais euh... Un truc rapide quoi ! »*

P9 : « Mais dès qu'on les a, on les intègre dans le DLU ! »

Les professionnels des Ehpad et urgence sont toutefois critiques sur les limites des directives anticipées qui parfois ne concernent que des situations trop spécifiques et peu fréquentes, les rendant parfois complexes à interpréter et à mettre en place.

*U1 : (urgentiste) « Tu vois il ne faut pas non plus avoir le truc trop facile euh ! »
« Si mamie, elle a 75 ans, qu'elle est en bon état général et qu'elle fait un infarct euh, c'est pas parce qu'il y a une directive anticipée qu'il ne faut pas y aller quoi ! »*

P8 : « Et je ne pense pas que ça aide beaucoup : la personne âgée va répondre dessus euh... Pas d'acharnement oui pas d'acharnement mais en même temps euh... Elle est trop vaste la... »

P21 : « C'est assez confus, c'est, c'est assez compliqué en fait ! »

i) Une satisfaction du programme ASSURE

Les Ehpad ont tiré un profit du programme ASSURE et amélioré leur fonctionnement et la prise en charge des résidents. Les ressentis étaient de manière générale positifs et valorisants.

P19 : « Voilà donc moi j'ai un degré de satisfaction qui est, qui est... Qui est très bien enfin... J'ai été satisfaite de pouvoir apporter euh... A mon équipe des choses pour les rassurer, pour les accompagner, euh...J'ai aimé les protocoles enfin... J'ai vraiment aimé »

P21 : « Ce concept, euh... Mais je, enfin, il est super sympa ! Mais après il faut bien l'utiliser parce que justement : ce genre de concept peut nous aider à travailler, travailler, travailler ! D'abord la formation, après ASSURE qui débarque dans nos vies : ça change tout ! »

P16 : « Si si c'est quand même un super projet, franchement on est hyper content »

P18 : « J'ai trouvé que c'était vraiment génial ! Euh... le, le... Comment dire... C'est très simple ! ça touche tout le monde il n'y a pas de choses hyper, euh... hyper complexes ! Il n'y a pas... Le vocabulaire utilisé est vraiment simple euh... Même euh... Enfin voilà, visuellement c'est hyper sympa ! »

P2 : « Non, non je suis très satisfait ! Ça a vraiment aidé, c'est vraiment... Non, non très satisfait ! »

Pour les Ehpad, la meilleure justification du programme était l'utilisation et l'appropriation du guide par les équipes.

P8 : « La preuve c'est que c'est sur leur chariot de soins en même temps que leurs feuilles de route : c'est un classeur qui est bien spécifique hein ! Vous voyez ? Bon il a vécu un peu d'ailleurs ! »

P16 : « Mais non, non c'est un super... Un super projet ! Enfin voilà, le classeur est déjà fait enfin c'est... Il n'y a quoi ! »

P18 : « Vous avez vu nous on a même tout plastifié pour dire que ça soit euh ... »

Le guide ASSURE a été qualifié comme bien conçu, complet pour la pratique quotidienne.

P18 : « Non parce que pour moi, il est... Bien établi, il a été bien réfléchi ! Non parce que... Il y a vraiment tout ! Il y a vraiment tout ! Qu'est-ce que demander de plus ? »

P16 : « Le projet est très bien fait, leurs documents, ils sont franchement super, enfin c'est un super projet ! »

En plus du guide ASSURE, l'apport des jeux de rôles très appréciés, par l'outil

« Cluehpad » a également été très souvent souligné comme bénéfique pour sensibiliser et former le personnel.

P21 : « Nan mais j'ai adoré et en plus pour euh, comment je peux dire ça ? Même pour les aides-soignantes, enfin, il n'y a rien de tel qu'un jeu de rôles pour retenir les choses et bah... Voilà, c'est la pratique ! »

P19 : « Les mises en situation ont apporté vraiment du bénéfice ! »

P1 : « l'histoire du jeu de rôles et compagnie, nous, il nous a énormément servi ! »

Néanmoins certains Ehpad ont un sentiment mitigé concernant le programme ASSURE.

P3 : « Encore une fois ASSURE n'a pas été du tout inutile... peut être... Il n'a peut-être... il n'a certainement pas eu l'impact qu'on pensait.... Pour nous hein ! Sur le fait d'adresser les gens aux urgences ou pas ! Je pense que c'est plus... oui un outil didactique de plus. »

P9 : Bah très mitigé et puis enfin voilà malheureusement pour le projet, il n'est pas arrivé au bon moment ! Je pense qu'on l'aurait vécu d'une autre façon euh... S'il était arrivé euh... Sans le Covid derrière !

3) Limites dans la mise en place du programme ASSURE

Certains Ehpad ont appliqué partiellement le programme ou n'ont pas poursuivi sa mise en place. Ils ont exprimé les raisons et difficultés rencontrées dans la mise en place et la poursuite du projet ASSURE.

a) La Covid et ses conséquences

La première raison évoquée par les Ehpad était la pandémie de la Covid, malgré une sensibilisation débutée il y a plus de deux ans et bien antérieure à l'apparition de cette pandémie.

P16 : « il y a eu le Covid en début d'année et du coup on a laissé euh... On a laissé... On a tout laissé tomber et laissé de côté en fait... »

P7 : « malheureusement la période Covid a fait que... On a la tête dans le guidon sur plein d'autres choses et ça, ça fait partie des choses qui n'ont pas pu être mises en place et moi je le regrette »

La pandémie a bouleversé l'organisation et le fonctionnement des Ehpad par de nouvelles obligations et procédures complexes à mettre en place dans ces établissements. La mise en place et la diffusion du programme au personnel des Ehpad ont pu dans ce cadre être reléguées au second plan.

P18 : « après malheureusement, on a vite été coupé à cause du Covid donc on a eu des priorités »

P9 : « Alors le guide de conduite à tenir, on avait commencé à le... Essayer de se l'approprier, et euh... En fait, on a vite été rattrapé par le Covid et on n'a pas... Ouais on n'a pas été plus longtemps ! »

P15 : « Avec le Covid, malheureusement c'est vrai qu'on ne s'est pas trop attelé sur ça cette année mais on a formé l'ensemble des salariés ! Voilà ! »

b) Le concept « Train the trainer » et ses limites

Le déploiement du programme ASSURE était basé sur le modèle « Train the trainer », le programme était ainsi présenté par l'équipe dirigeante de l'Ehpad aux soignants de l'établissement.

Cette présentation du programme a conquis la majorité des soignants interrogés, qui la qualifiaient comme plus proche, moins intrusive et moins contraignante au fonctionnement de leurs établissements.

P14 : « Bah moi je préfère mon médecin co enfin, on la connaît et si on a des questions je pense qu'on est quand même plus à l'aise ! »

P15 : « Bah moi je pense que c'est bien que ça soit le med co »

Les Ehpad exprimaient aussi l'intérêt et la volonté d'un apport par un formateur extérieur à l'établissement.

P12 : « quand ça vient de nous euh c'est bien... Mais quand ça vient de quelqu'un... Formateur extérieur des fois c'est aussi mieux compris, mieux... Je pense que même les soignants se sentiraient même encore plus impliqués le fait que euh... Qu'il y est des formations euh... »

P9 : « Je pense que ça aurait été mieux que quelqu'un vienne de l'extérieur ! Aussi peut-être bah pour un échange sur le vécu des urgences et le vécu en Ehpad, le personnel aurait été plus impliqué... »

De plus, la diffusion du projet ASSURE basée sur ce modèle « Train the trainer » s'est heurtée à deux obstacles dans la mise en place du projet ASSURE, sa bonne présentation et sa pérennité.

Une incompréhension du projet par le personnel,

La présentation du programme ASSURE par le trinôme au personnel des Ehpad n'a parfois pas été optimale. Il a parfois été confondu, assimilé ou réduit à l'AFGSU (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence) par le personnel.

P5 : « Nan ! On n'a pas de fiche protocole, après bah je vous dis avec euh, la formation « AFGSU » bah on sait et puis on apprend au fur et à mesure des appels ».

P16 : « Voilà elles savent gérer l'urgence »

P10 : « Oui, on a nos protocoles, conduites à tenir, les urgences vitales en gros ! »

P4 : « nos équipes, elles sont déjà pas mal formées aux problèmes d'urgence »

Le personnel n'a parfois pas saisi les objectifs et outils du programme ASSURE. Il n'a parfois, pas eu ou pris connaissance du guide et il le découvrait pendant les entretiens.

P5 : Il n'a pas été mis en place chez nous mais euh... Je vois vu que... Vu les papiers, vu les... ça c'est pas mal !

P11 : « Bah peut être mais euh en tout cas moi ça ne me dit rien du tout ça ! »

P7 : « Non c'est pas mal hein ! (Visualisation du livret ASSURE) »

Cela était par ailleurs illustré, par certains professionnels qui réclamaient des outils comme ceux présents dans le guide ASSURE et ses différentes fiches.

P14 : « par exemple des cas concrets euh : nous expliquer bah euh : tel résident, a tel symptôme enfin voilà... Euh enfin voilà revoir un petit peu ce qu'il faudrait faire avant d'appeler le 15 ! »

P20 : Bah dans telle situation : il faut faire ça !

Ce défaut de présentation de la part du trinôme a même parfois paradoxalement généré un effet contraire aux objectifs du projet avec une impression de stigmatisation de certains aides-soignants et infirmiers. Ils perçoivent le projet ASSURE comme une nécessité imposée par leurs lacunes dans la prise en charge de leurs résidents.

P9 : « Bah je pense que c'est peut-être dans la manière dans laquelle ça a été développé, dans la manière dont ça a été présenté qu'il y a eu une réticence par rapport aux équipes parce que ça a quand même été présenté parce que les urgences étaient engorgées et euh... Pourquoi, pourquoi que les Ehpad quoi ? Je pense qu'il n'y a pas que nous qui engorgions les urgences ! On est peut-être ceux qui engorgeons moins les urgences ? »

P9 : Ouais ! Je pense qu'il y a vraiment eu un manque de pédagogie dans la... Dans la présentation du projet....

Les problèmes organisationnels et le « Turn Over » des équipes

Outre des incompréhensions, le mode de fonctionnement et l'organisation des Ehpad ont parfois constitué une autre limite à la diffusion selon le modèle « Train the trainer ».

En effet, certains Ehpad ont justifié les difficultés de mise en place et de pérennité du projet en raison de la rotation trop importante du personnel touchant les équipes sensibilisées initialement, mais également et surtout le personnel soignant.

Le personnel sensibilisé initialement n'étant plus dans l'établissement au moment des entretiens (départ, changement de poste ou d'établissement...) la diffusion et l'utilisation du programme n'étaient pas poursuivies.

P18 : « Le gros souci que nous on a en Ehpad c'est le... Le « Turn Over » au niveau des équipes. »

P18 : « Donc du coup quand on a fait une formation, la sur la formation qui avait été faite, je ne sais peut-être quinze jours, trois semaines après la formation euh... Sur les dix personnes présentes, je pense qu'il m'en reste deux ! »

P7 : « Et puis on n'arrive pas à trouver des équipes fixes de nuit, le « Turn over » en Ehpad de, des personnels est quand même très important donc euh je pense que pour le coup euh... »

Le modèle « Train the trainer » a tendance à s'essouffler. La diffusion et la sensibilisation aux nouveaux arrivants nécessitent l'organisation de nouvelles sessions de formations, souvent jugées comme difficiles à mettre en place compte-tenu du contexte sanitaire.

P18 : « Moi ma seule difficulté c'est pouvoir organiser justement des réunions de façon régulière euh... Pour rebriefer les filles à chaque fois sur euh... Sur euh ce qu'il faut faire sur voilà ! »

P18 : « ça prend du temps parce qu'il faut pouvoir toucher tous les soignants et c'est pas évident mais... Et puis comme il y a un grand « Turn Over » c'est ça en fait le gros point noir : qu'il faut toujours venir faire une piqûre de rappel mais... Moi je ne suis pas formatrice donc j'avoue ça m'est très compliqué pour moi... »

Ceci était illustré dans un entretien par un cadre de santé arrivé récemment et n'ayant pas été sensibilisé au projet ASSURE,

P7 : « Euh... Alors moi, venant d'arriver il y a deux mois et demi maintenant sur l'établissement, j'ai peu de recul sur la mise en place de ça hein ! C'est vraiment quelque chose sur lequel j'avoue pas m'être encore penché donc euh... Voilà c'est euh... ça fait partie des projets de l'établissement et sur lesquels on va travailler sur les prochains mois ! »

P5 : « on a arrêté bon avec le changement de direction machin... »

Cela était d'autant plus difficile que le médecin coordinateur, ou les directeurs ayant participé aux réunions initiales devaient suppléer temporairement ces postes défaillants.

P4 : « je fais déjà tout le boulot de base du médecin coordinateur à savoir les visites de préadmission, les rapports à l'ARS euh... rapports avec la direction etc... Donc c'est pas évident de mettre en place des projets... »

c) L'expérience des aides-soignants et infirmiers jugée suffisante

En dehors de la pandémie de Covid et de certains obstacles face au modèle « Train the trainer », la méconnaissance du programme et de ses objectifs s'est parfois alliée à l'impression d'une expérience jugée suffisante de la part du personnel soignant dans ses prises en charge.

Cette notion a été évoquée à plusieurs reprises comme justification à la non-utilisation des fiches réflexes et mises en situation : le personnel se sentait déjà suffisamment armé de par son ancienneté et son vécu pour faire face aux différentes situations.

P14 : « Ouais voilà ! J'avais pas besoin de feuilleter et pour moi il y a des signes qui font que bah... On hospitalise et puis c'est tout quoi ! »

P5 : « Bah moi ça fait 8 ans que je suis là ! Bon bah on apprend sur le tas hein ! Moi je suis sorti de diplôme, j'ai travaillé tout de suite ici ça fait 8 ans que je suis là j'ai pas bougé »

P18 : « Quand il y a un appel SAMU, les filles de nuit généralement ne se trompent pas c'est que la personne reste hospitalisée. »

Par ailleurs, un certain « contentement » a été exprimé : le personnel ne percevait pas le bénéfice direct dans son travail ainsi que les répercussions positives sur les résidents et dans leurs prises en charge. Sans ce programme ASSURE, ils n'avaient pour certains,

jamais rencontré de difficultés dans les différentes situations d'urgence : en s'appuyant sur les systèmes, habitudes et fonctionnements déjà jugés suffisants :

P6 : « Moui enfin pour l'instant on a quand même réussi à toujours gérer dans le bon sens ! On n'a jamais eu vraiment de gros soucis ! Donc euh... Ouais je pense et puis avec l'habitude on sait maintenant comment est-ce qu'on doit faire et... ça va tout seul ! »

P2 : « De toute façon globalement on a un taux de recours aux urgences qui est globalement assez faible ! »

P5 : Nan ! On n'a pas de fiche protocole, après bah je vous dis avec euh la formation « AFGSU » bah on sait et puis on apprend au fur et à mesure des appels.

d) Les protocoles et les programmes déjà en place, la présence d'une infirmière d'astreinte

Enfin une dernière limite était mise en avant : certains Ehpad ont justifié le non-déploiement du programme ASSURE par la présence de protocoles déjà existants dans l'établissement et similaires à ceux du guide ASSURE.

P4 : « Non, bah on a nos protocoles qui étaient préexistants, mais pas directement en lien avec ce projet là... »

P5 : « On a des fiches euh... Mais c'est pas des fiches techniques, c'est euh... des diagnostics infirmiers et tout ça donc euh... C'est pas encore la même chose ! Protocole, on a des protocoles tout ce qui est hyperthermie, euh... le protocole de base hyperthermie, diarrhée, constipation... On a ! »

P3 : « il y a eu des protocoles, les protocoles ont été diffusés, mais en plus on avait nos protocoles à nous, donc ça été un peu compliqué... enfin d'ajuster ! Bon évidemment, ils n'étaient pas contradictoires hein mais euh... heureusement ! (Rires) Mais bon on avait déjà les nôtres donc euh... »

D'autres bénéficiaient déjà de la présence d'une infirmière d'astreinte et répondant à ces problématiques. Certains Ehpad disposaient par ailleurs en plus d'une astreinte médicale.

P4 : « Pour éviter les hospitalisations... par cette histoire de euh... d'infirmière de, d'astreinte de nuit qui existe depuis euh... très longtemps ! »

*P3 : « on a quand même nous, nous on a la chance d'avoir, et le weekend on a la chance d'avoir un médecin de garde de l'hôpital qui intervient à l'E(établissement). »
« C'est biaisé on va dire par le fait qu'il y est euh... un médecin de garde ici hein ! Donc normalement ils doivent appeler le médecin de garde »*

P2 : « Souvent si on a les urgences c'est la journée mais du coup on n'utilise pas ASSURE quoi... On travaille avec le médecin qui décide d'hospitaliser »

Certains utilisaient des programmes déjà éprouvés et efficaces, comme des télé services telle que la plateforme « Médiligne » par exemple.

P11 : « Ouais ! Ouais ! Euh après euh... ça va on a quand même la ligne « Médiligne », donc euh, ça, ça nous aide quand même euh beaucoup ! Oui, oui, ça nous rassure et euh... Quelquefois même, on nous dit que c'est pas nécessaire d'envoyer à l'hôpital ; alors que peut-être nous, on les aurait envoyés directement ! »

P9 : « Enfin quand il n'y a pas d'urgence vitale , ils appellent en priorité « Médiligne » et je vous dis bah avant le médecin se déplaçait avec « Médiligne » maintenant, parfois ils envoient une ambulance ! »

Enfin, l'appel au SAMU était décrit comme une alternative de choix : facile, rapide et efficace.

P10 : « En fait pour les équipes c'est le 15 hein ! Parce que quand ils appellent, c'est qu'il y a plus de médecin, plus d'infirmière...(Rires) Donc eux ils appellent le 15 et je trouve que c'est très bien ! Ouais ouais ! »

P14 : « C'est ce que je vous disais c'est que... Si je pense que c'est nécessaire d'hospitaliser : je vais appeler le 15 et je vais demander un avis médical ! Et généralement bah... voilà j'ai pris les paramètres avant et puis c'est eux qui vont dire si on hospitalise ou pas ! Voilà ! »

4) Suite du programme ASSURE

La grande majorité du personnel des Ehpad, même n'ayant pas mis totalement ou partiellement en place le programme, a paradoxalement souhaité pouvoir continuer à travailler et bénéficier du projet ASSURE, afin de présenter à nouveau le programme et ses objectifs au personnel des Ehpad, d'effectuer des rappels et de bénéficier de nouvelles fiches reflexes et améliorations.

P13 : « la pique de rappel une fois par an euh ça pourrait être bien et euh... Mais ouais, ça peut prendre un peu de temps mais après euh ... »

P20 : « Remettre à jour voilà ! Remettre à jour les pratiques parce que les pratiques, elles changent hein ! Avec le temps euh... Ce qui est dit aujourd'hui, ça ne sera pas le temps demain ! Donc euh... Et là face, là il y a l'épidémie du Covid donc il faut peut-être l'inclure aussi euh »

A cette volonté de bénéficier d'un retour plutôt individualisé, a été associée l'idée de réaliser de nouvelles réunions incluant un ensemble d'Ehpad comme lors des premières sensibilisations, afin que chacun puisse discuter des pratiques et de la façon dont le programme a été mis en place. Cela permettrait, selon eux, de valoriser les Ehpad de chacun.

P15 : « Ouais ça serait faire un rappel ça serait sympa ! Ouais ça serait sympa ouais de faire un rappel et puis d'échanger avec nos collègues ! »

P16 : « Mais c'est vrai que le fait d'être en tout petit groupe c'était aussi plus sympa parce que ça a vraiment interagi entre les personnes de savoir comment les gens ont fait dans leur établissement et comparer un peu ce qu'il se fait ! Oui c'est pas mal ! »

L'intérêt d'une formation ASSURE chez les nouveaux diplômés a également été très souvent émis notamment pour pallier les difficultés du « roulement » des équipes. Cela permettrait ainsi de libérer ce temps de formations au personnel des Ehpad.

P2 : « Je pense qu'il faut sensibiliser sur les nouveaux, mais aussi former parce que euh »

P9 : « Mouais l'idée peut être d'une espèce de petite formation pour le nouveau personnel ça serait, ça serait pas mal ! »

P5 : « Mais euh, c'est vrai que ça si... ça c'est bien ça, ça peut être bien ! Pour nous ! Pour les stagiaires qui sont là aussi avec nous »

D'autant plus, que le niveau de formation des aides-soignants a parfois été jugé trop insuffisant à la sortie de leur formation, pour assurer la gestion de toutes ces situations d'urgence.

P20 : « Quand on arrive au début, on a l'impression d'être lâché voilà dans l'inconnu ! Parce que la pratique et la théorie : ça n'a rien à voir ! »

P11 : « (Soupirs) Bah non pas vraiment, on s'attend pas, on s'attend pas à ça ! Après je ne sais pas j'ai travaillé qu'en Ehpad, donc je ne sais pas les autres services comment ça se passe mais euh... Non c'est... On ne s'attend pas à ça ! »

U1 (urgentiste) : « Moi je pense qu'ils ont, je pense que les... Ils ne sont pas assez formés à... Ils ne sont pas assez formés à entre guillemets à l'urgence et ils sont plus dans l'urgence ressentie ! »

A noter néanmoins que dans les entretiens, un médecin n'a pas souhaité poursuivre la mise en place du programme ou bénéficier de rappels. Il estimait que son personnel était suffisamment qualifié dans la prise en charge des urgences vitales et relatives et donc que ces formations n'étaient pas prioritaires.

P10 : « Euh... Non je ne pense pas ! (Soupirs) Je ne pense pas que ça veuille le coup d'alourdir... Disons, il y a beaucoup de formations en Ehpad sur la maltraitance, la prise

en charge, sur les troubles cognitifs... ça c'est quand même sans doute dans la hiérarchie des formations, l'urgence euh... C'est pas la priorité, c'est pas ... C'est pas le stress le plus important ni la conduite à tenir la plus importante ! C'est vraiment du quotidien hein souvent ! »

5) Amélioration du Kit ASSURE

a) Une meilleure accessibilité au guide et fiches réflexes

Les Ehpad ayant réussi à mettre en place le guide ASSURE ont illustré sa mise en place en le rendant accessible aux soignants : soit en le mettant à disposition directement sur les chariots de soins, soit en le plaçant dans des lieux bien définis et facilement accessibles :

P8 : « La preuve c'est que c'est sur leur chariot de soins en même temps que leurs feuilles de route : c'est un classeur qui est bien spécifique hein ! »

P19 : « Tous nos protocoles sont dans le classeur de protocoles ! Euh, sont mis en soins d'urgence, en complémentarité avec les nôtres, euh... Ils sont également mis dans un classeur qui est consultable tout le temps qui est au rez-de-chaussée »

La présentation du guide pouvait être modifiée : le guide était ainsi souvent plastifié, les fiches réflexes étaient individualisées et intégrées dans un classeur afin selon le personnel interrogé, d'avoir une utilisation plus facile et plus pérenne dans le temps.

P8 : « Donc ça c'est à leur disposition vous voyez ! J'ai, j'ai plastifié en fait, j'ai rien réinventé, j'ai utilisé vos fiches ! »

P12 : « On a voulu mettre en place le cahier d'urgence du coup euh... pour les détacher quoi plus... Je sais pas... »

Cependant, le format « A4 » et l'accessibilité au guide sont apparus comme des freins à son utilisation plus fréquente.

Une proposition d'une version de poche plus ou moins abrégée a été faite, pouvant orienter vers la page reflexe correspondante afin de pouvoir remplir et compléter les informations nécessaires à la prise en charge.

P19 : « Après euh... Après je verrais plus par rapport aux fiches euh... Des petits carnets que les soignants, alors après formation, puissent mettre dans la poche eu... Et pas descendre chercher une feuille ! »

P20 : « Enfin, voilà on a un sacré bazar écrit euh... Face à une situation, je pense qu'on n'a pas forcément le temps d'aller voir ce qu'il se passe et même quand il y a une situation d'urgence en tant normal bah... Avec le travail et tout ça, bah on ne peut pas s'asseoir et voilà ! Et feuilleter... »

Face à cette idée, l'apport d'une application mobile a été avancée. Néanmoins celle-ci s'est heurtée dans les entretiens à l'interdiction des téléphones portables dans certaines structures.

P14 : « Bah oui mais vous voyez alors les applications c'est bien mais nous : enfin surtout en ce moment, on n'a pas le droit à notre téléphone portable ! »

P19 : « Voilà alors la difficulté, c'est que vous avez des établissements dont le nôtre où le téléphone portable est interdit ! »

b) Une simplification en terme, en contenu et en vocabulaire

Dans les Ehpad n'ayant que peu déployé et utilisé le guide, la raison principale était liée à une mauvaise première impression des soignants. Celle-ci a pu être liée à sa présentation

à l'équipe : le kit ASSURE était perçu comme trop complexe, trop riche dans les informations, trop spécifique dans certaines prises en charge...

P14 : Je pense c'est le même je trouve : il y a beaucoup de papiers paperasses, et du coup bah... Je trouve qu'il y a trop d'informations et... On sait pas trop... Enfin je sais pas : un problème cardiaque ça va être cette feuille-là, un je sais pas : s'il y a un gonflement, un œdème, ça va être une autre page enfin... Je trouve que plus simple ça serait peut-être mieux en fait !

P2 : « Après s'il y a trop d'informations, l'information tue l'information ! Donc euh... on risque d'être perdu à force de rajouter des informations ! »

P16 : « Alors après il y a beaucoup de fiches, je pense qu'il faut faire aussi un tri de ce que nous on retrouve peut-être le plus souvent »

L'idée d'un guide de poche synthétique ne présentant que les critères de gravité de façon moins spécifiques à chaque situation, comme la « fiche signes de gravité généraux » a été proposée.

L'objectif d'après les soignants serait ainsi de bien différencier l'urgence immédiate de l'urgence relative pour ensuite s'orienter soit sur l'appel au centre 15 ou soit sur les fiches réflexes du guide.

P20 : « Donc euh... ça serait bien d'avoir juste un petit résumé ici et passer directement à qu'est-ce qu'il faut faire, qu'est-ce qu'il faut pas faire ! »

P19 : « Voilà vraiment des petits carnets de poche, qu'ils puissent avoir dans la poche, un peu plastifiés enfin, pour que ça tienne un peu plus longtemps euh... Où ils pourraient bah voilà : il y a ça bah... signes de gravité, signes de gravité et euh... Moui, je verrais plus ça ! »

P16 : « pour éviter qu'il y ait trop de choses à lire, de pages à tourner pour que le moment venu ça puisse être sorti rapidement et être un vrai pense-bête tout de suite en fait ! »

Un dernier point d'amélioration en lien avec l'accessibilité au plus grand nombre a parfois été souligné par les médecins coordinateurs et cadres de santé : c'est celui concernant les termes médicaux utilisés dans le guide et dans la prise en charge de certaines urgences.

P15 : Mais un aide-soignant qui se penche dessus : ça peut, peut-être, être un peu compliqué ouais !

P1 : Après c'est vrai que peut être, la simplification des termes parce qu'en fait euh...

Les idées d'améliorations de la gestion des situations d'urgences vitales et relatives ont été davantage exprimées sur les coopérations entre les différents acteurs.

6) Améliorations des soins d'urgences : d'autres pistes de travail

a) La place du médecin généraliste

La diminution de la démographie médicale en ville se traduit et se ressent également dans les Ehpad :

U2 (urgentiste) : (Soupirs) Oh... C'est un peu compliqué, mais c'est valable pas uniquement pour les Ehpad ! Il faut dire que l'accessibilité du médecin traitant, devient de plus en plus pauvre en général !

U1 (urgentiste) : « Donc, je pense qu'il faut qu'ils aient plus de support, de soutien médical ! Étant donné qu'on est sur des trucs qui sont, où il y a des médecins sur place euh... »

Dans les entretiens réalisés, la disponibilité du médecin généraliste dans les Ehpad a ainsi souvent été décrite comme un frein à la bonne gestion des situations d'urgences relatives et parfois comme une perte de chance pour les résidents.

U1 (urgentiste) : C'est compliqué : régulièrement les soignants nous appellent pour nous dire : « J'ai appelé le médecin traitant, il a dit de faire le 15 ! ». Voilà, il est venu le voir ? « Non ! ».

P1 : « Moi je trouve que parfois, il peut y avoir une perte de chance ! »

P18 : « malheureusement un médecin traitant, il ne peut pas forcément se déplacer au moment où l'on le souhaiterait. »

P5 : « Souvent c'est eux qui nous disent : bah nan t'envoie aux urgences ou... Je passerai plus tard mais c'est très, c'est rare, c'est rare qui passent euh... Donc on envoie par sécurité aux urgences un peu plus facilement ! »

b) Les apports du médecin coordinateur

Les médecins coordinateurs ont ainsi été décrits comme une alternative afin de pallier ces carences dans les différentes situations d'urgence ; leur présence était décrite comme un véritable atout dans ces situations et au quotidien.

P8 : « Alors quand c'est mon médecin co, quand mon médecin co est là, elle gère ! »

P15 : « Donc le fait d'avoir un med co présent tous les jours à mi temps : elle est là à mi temps, en demi-journée mais c'est vraiment...C'est vraiment on va dire un luxe ! »

P6 : « par exemple, c'est déjà arrivé que des fois on n'arrive pas à joindre le médecin traitant ; on appelle du coup le médecin de l'établissement qui répond présent ! »

Cette volonté d'être plus présent et de pouvoir intervenir davantage pour améliorer et anticiper toutes ces situations a par ailleurs été reprise par les médecins coordinateurs, illustrant notamment les bons résultats d'une présence renforcée pendant la pandémie de la Covid.

P10 (médecin coordinateur) : « Moi je suis en retrait hein, j'ai pas le droit ! Mais là pendant le Covid j'avais le droit donc euh.. . J'ai trouvé ça vachement bien ! (Rires) »

P9 : « Non elle est là à 40%, alors je pense que c'est aussi pour ça pendant le Covid, on a eu beaucoup moins d'hospitalisations parce que la présence était beaucoup plus... »

c) Les apports des gériatres référents et filières gériatriques

Dans les entretiens, les efforts de toute la filière gériatrique, de disponibilités et d'accès pour les patients ont été soulignés par les équipes soignantes.

P10 : « Après, on a déjà une bonne coopération puisqu'on a un numéro de téléphone de gériatre référent d'urgence aux heures ouvrables. Mais au moins c'est déjà ça ! »

P19 : « Euh... Bah, déjà les euh.... Au niveau des médecins référents, enfin la possibilité de les faire rentrer directement dans les services et pas les faire passer par les soins d'urgences, par le service des urgences pardon ! Euh, je pense que c'est quelque chose de positif ! »

Le rôle et l'aide des gériatres ont ainsi été confortés comme une nécessité pour améliorer et surtout anticiper les différentes situations d'urgences.

U1 (urgentiste) : « je pense qu'il faudrait qu'on ait des, dans un monde idéal il faudrait, il faut envoyer des gens sur place ! Des équipes mobiles de gériatrie ! »

P8 : « Donc on a besoin de l'avis de gériatres quoi parce que, parce qu'on ne sait pas ! »

P4 : « ce qu'il serait bien, ça serait de peut-être d'avoir un genre de référent gériatrique avec qui on pourrait discuter de certains dossiers : soit pour mettre en place des... ou faire juste un aller-retour pour une évaluation »

D'autant plus que selon le personnel soignant et les médecins coordinateurs, la moyenne d'âge des résidents d'Ehpad augmente, de même que le nombre de comorbidités ou de fragilités rendant cet apport nécessaire et indispensable.

P4 : « le profil des patients admis est quand même de plus en plus lourd ; moi j'ai une expérience sur six ans euh... Maintenant on a quand même des gens qui arrivent en Ehpad de plus en plus tard avec des durées de séjour aussi qui se raccourcissent nécessairement »

d) Renforcer les coopérations : accès aux avis spécialisés, imageries en dehors des hôpitaux

Une des autres pistes avancées pour améliorer des soins d'urgence lors des entretiens, a été celle de disposer de « plateaux techniques » indépendants des urgences, permettant un simple accès à certains examens d'urgence (radiographies...), avis ou gestes médicaux (sutures...).

P8 : « On sait surveiller un trauma crânien ! On veut juste une suture quoi ! Et c'est là où parfois faire passer une personne âgée 8h aux urgences alors qu'on demande juste une suture... »

P15 : « comme je vous dis : on n'hésite pas et ça permet du coup de lever le doute et quand il y a fracture : de la radio, ils envoient à l'hôpital de toute façon ! Et quand il n'y en a pas ils reviennent et on est rassuré et la famille aussi ! »

L'ensemble de ces « plateaux techniques » permettraient ainsi d'améliorer la prise en charge des résidents sans avoir à recourir systématiquement aux urgences.

U1 (urgentiste) : « Il manque un truc ! Moi c'est ce que je pense ! Je pense qu'il manque un truc intermédiaire ! Les urgences c'est trop gros ! Les urgences, ça devrait être le dernier, l'ultime recours en fait ! »

P18 : « Voilà ! Quand... Un peu comme en pédiatrie : vous arrivez aux Urgences, c'est euh...C'est une personne âgée euh... Il va directement dans un service à part ! Ça déjà je pense que ça serait vraiment quelque chose d'extraordinaire »

Dans cette même logique, l'idée de disposer pour les Ehpad, de contacts et avis spécialisés, à l'image du référent gériatrique, a été soulignée comme possible piste d'amélioration dans la prise en charge des résidents et permettre d'éviter les passages aux urgences.

P8 : « C'est pareil que mon point de suture en fait ! Ce qu'on a besoin c'est d'un avis radiologue et après on n'a pas demandé une hospi, on veut juste un avis pour savoir nous les soignants »

P8 : « parce que j'ai réussi à trouver le chirurgien qui m'a dit bon vous me l'envoyez lundi à 5h ! Et ça c'est le top pour tout le monde : que ça soit pour le soignant, que ça soit pour le résident, même le médecin je pense ! »

P8 : « on essaye vraiment de réduire le circuit et de passer par notre réseau de consultations euh... de spécialistes quoi ! »

e) Renforcer le personnel apport des IDE d'astreinte +/- volantes

Le personnel soignant souhaitait une présence infirmière de nuit ou dans une moindre mesure d'une infirmière d'astreinte par téléphone.

P2 : « Déjà un infirmier de nuit dans... au sein des Ehpad, ça permettrait de, de... mieux améliorer la prise en charge des urgences »

P15 : « Mais l'idéal ça serait d'avoir une infirmière de nuit mais bon... »

P14 : « Peut-être pas toute la nuit mais ou bien vous savez : les infirmières tournantes ou si on a un problème : on appelle l'infirmière »

Cela corrobore ainsi le rôle que peut avoir le programme ASSURE auprès des aides-soignants pour suppléer cette présence non systématique dans les Ehpad.

f) Optimiser le matériel des Ehpad

Les urgentistes ont relevé que l'amélioration de la gestion des situations d'urgence passait également par une amélioration du matériel dont disposent les Ehpad.

U1 (urgentiste) : « c'est-à-dire que peut-être un déjà du bon matos ! Tu vois, du matos dernier cri, tu n'en as pas besoin de dix, tu en as besoin de, un ou deux ! »

P8 : « Comment j'utilise un tensiomètre parce qu'elles sont aides-soignantes, donc j'ai acheté un certain type de matériel, un tensiomètre électrique euh un thermomètre frontal »

L'idée de disposer de tablettes numériques lors des appels Samu était émise afin de pouvoir bénéficier au moment de l'appel d'informations sur l'état du patient en temps réel.

U2 (urgentiste) : « Quand elle nous appelle, elle n'est pas auprès du patient, elle est dans le bureau pour sortir le fichier pour nous donner les antécédents ; or moi ce qui m'intéresse en premier lieu, c'est : l'état du patient au moment où l'on m'appelle ! »

U2 (urgentiste) : « Pour moi, l'important c'est de connaître l'état du patient en priorité et arriver aux antécédents et aux traitements secondairement. »

DISCUSSION

1) Points forts et limites de notre étude

La validité de ce travail de recherche s'est basée sur les critères de la COnsolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ) (16) ainsi : 27 critères sur 32 ont été respectés.

Le 6^{ème} n'a pas été validé en raison du lien professionnel du chercheur avec un des urgentistes, les 13^{ème} et 20^{ème} critères n'ont pu être déterminés en l'absence d'utilisation de carnet de bord ou de cahier de terrain dès le début du travail méthodologique. Les 23^{ème} et 28^{ème} critères n'ont pu être respectés en raison essentiellement de la disponibilité des personnes interrogées.

Les Ehpad ont tous été sélectionnés au hasard, à partir de leur réponse déclarative sur la mise en place du projet ASSURE : en ayant tous répondu comme « mis en place le programme ASSURE ».

Au cours des entretiens, malgré leurs réponses un Ehpad sur huit n'avait pas du tout mis en place le programme, quatre avaient commencé à le développer ou développé partiellement ; seuls trois Ehpad avaient complètement mis en place le programme.

Cela est donc peut-être un premier biais à notre travail, le degré réel de mise en place du programme dans les Ehpad n'étaient pas total, certaines réponses ou opinions sont parfois basées sur une simple première impression.

La deuxième limite est peut-être le manque de personnel aide-soignant, notamment de nuit. Il n'a pas pu être représenté suffisamment dans notre étude car le rythme de travail et les sollicitations pour pouvoir réaliser des entretiens dans les structures de nuit ont été vaines.

Cela aurait pu néanmoins, conforter davantage l'impact positif du programme ASSURE aux vues des recueils déjà effectués sur les équipes de jour et de week-end.

La troisième limite est le lien professionnel existant entre le chercheur et l'un des urgentistes. Cependant, il n'existait pas de biais de désirabilité du fait que l'entretien était réalisé à partir d'un guide semi-structuré qui laissaient l'urgentiste confronter librement son avis sur les réponses données par les personnels d'Ehpad.

Enfin, une dernière limite à notre étude est peut-être liée à la sélection des Ehpad : en effet, certains Ehpad recrutés ont expliqué bénéficier déjà d'un système d'astreinte infirmière voire médicale, cela a peut-être réduit l'apport du programme ASSURE ou modifié la perception de celui-ci.

2) Comparaison avec la littérature

a) Les apports du programme ASSURE

L'apport positif du programme ASSURE a été souligné à de nombreuses reprises, en permettant au personnel d'être rassuré et conforté dans ses prises en charge.

La validité de notre travail sur les apports bénéfiques d'un projet de soutien et de formation du personnel soignant dans les Ehpad est conforté dans la littérature.

En effet, des programmes similaires ont déjà été initiés en France: le programme RESURCA du Réseau des Urgences Champagne-Ardenne (17), ou le projet RESUVAL (18) en Auvergne/ Rhône Alpes. Ces programmes, basés sur des objectifs et outils similaires à ASSURE, ont ainsi déjà validé le bénéfice d'une sensibilisation et l'utilisation de guides pour les soignants en EHPAD en réduisant le nombre de transferts évitables et en améliorant la prise en charge des résidents.

Comme dans ces travaux, une évaluation quantitative de l'impact du projet ASSURE sur le nombre de passages aux urgences sera réalisée avec l'Observatoire Régional des Urgences complètera cette évaluation.

A l'étranger aussi, le programme « INTERACT » (Interventions to Reduce Acute Care Transfers) a été mis en place. Comme le projet ASSURE, il visait à réduire le nombre d'hospitalisations évitables(19). Ce programme a ainsi été initié dans 32 maisons de soins

infirmiers versus, 33 maisons de contrôles et a permis une réduction de 11,2% de toutes les hospitalisations confondues et de 18,9% des hospitalisations évitables. Plus le programme était appliqué et suivi, plus l'effet sur la réduction des hospitalisations était important.

b) Les difficultés de mises en place des programmes tel qu'ASSURE

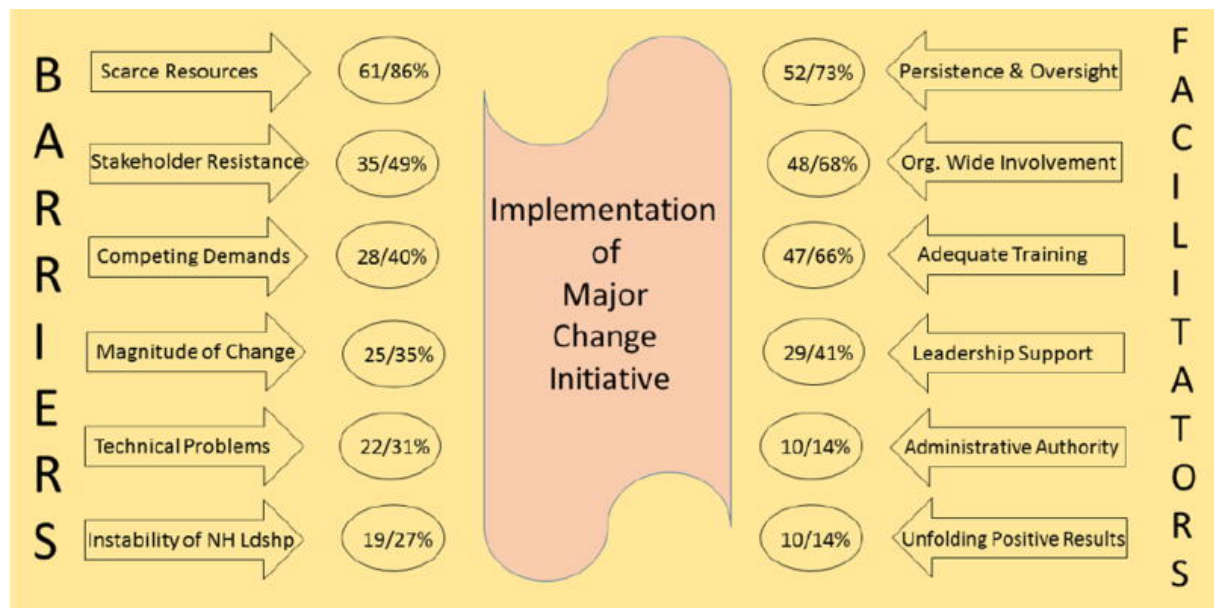
Le programme INTERACT comme le programme ASSURE, s'est heurté a des limites dans sa mise en place et son développement (20). En effet, le changement de paradigme prend du temps, avec bien souvent la résistance du personnel à celui-ci

Ce travail qualitatif (20) a ainsi mis en évidence des difficultés superposables à celles rencontrées dans la mise en place du projet ASSURE.

Ainsi pour INTERACT comme pour ASSURE, le roulement du personnel et l'instabilité du « leadership » constituaient une des premières difficultés à la mise en place d'un tel programme, d'autant plus que ce « roulement » comme pour ASSURE nécessite du temps pour reproduire les formations.

D'autres difficultés ont également été illustrées avec INTERACT comme des demandes de programmes concurrents ; cela était également une des limites rencontrées dans notre étude.

Figure 1 : Illustration des barrières et facilité à la mise en place du programme INTERACT



Néanmoins, l'analyse du projet INTERACT décrit aussi un certain nombre d'outils « facilitateurs » au déploiement du projet : comme pour le programme ASSURE et sa diffusion par le modèle « Train the trainer » ; le soutien par les équipes dirigeantes à INTERACT et la participation de tout l'établissement à la mise en place du programme a néanmoins favorisé et facilité la diffusion du projet.

Par ailleurs, comme pour le projet ASSURE, on y conforte l'intérêt de cibler le nouveau personnel en ajoutant notamment une sensibilisation à ces programmes dans leur formation. Car cela permet de favoriser une mise en place progressive et continue sur une approche lente et régulière.

Enfin, le dernier outil décrit comme « facilitateur » de développement du programme est d'encourager les établissements en diffusant les résultats positifs de la mise en place du programme, en l'illustrant avec des chiffres réguliers afin de permettre d'accroître la motivation du personnel et la poursuite de la mise en œuvre du programme. C'est peut-être une des pistes vers laquelle le projet ASSURE pourrait s'appuyer.

c) Les autres pistes de travail

Au cours des entretiens plusieurs idées ont été avancées afin de compléter le programme ASSURE :

L'accès direct à des avis spécialisés ou à des examens médicaux sans dépendre des services d'urgence a été souligné comme une possible solution pour améliorer la gestion des urgences en Ehpad et surtout les prévenir.

Un projet du Gérotopôle de Toulouse (21) a illustré l'efficacité de cette idée à travers un programme améliorant les possibilités d'hospitalisations programmées par un hôpital de jour réactif pour les Ehpad. L'objectif était de pouvoir bénéficier d'avis médicaux spécialisés ainsi que de tout le plateau technique hospitalier sans passer par les urgences. Le délai d'hospitalisation en cas d'urgence était ainsi estimé à 2,7 jours.

L'autre piste avancée, concernait la place des médecins dans les Ehpad : en améliorant le soutien médical par les médecins des structures notamment (disponibilité, formation) ; cette piste était également citée dans la littérature (22) ;

L'idée d'un meilleur soutien médical par une présence plus importante du gériatre a également été illustré dans la littérature (23) comme bénéfique : des visites régulières de gériatre dans les foyers de résidents de personnes âgées permettaient sur une période de 6 mois une réduction d'environ 11% de l'utilisation des urgences.

Enfin une dernière voie d'amélioration à développer serait peut-être la mise en place d'un guide de poche à l'image des nombreux guides proposés dans le commerce. Cela pourrait être assez facilement réalisable et permettrait de faciliter et pérenniser l'utilisation du projet ASSURE.

CONCLUSION

Le programme ASSURE répond à une vraie volonté du personnel soignant de se conforter dans ses compétences, de progresser dans ses pratiques et prises en charges pour améliorer la qualité de soins de leurs résidents

Les entretiens réalisés ont mis en évidence un apport non négligeable de confort, d'assurance, de sécurité, d'autonomie dans le travail pour tout le personnel mais surtout pour les aides-soignants.

Par le guide et les fiches protocoles, il répond aux préoccupations et aux inquiétudes du personnel soignant dans les situations où il se retrouve parfois trop eseuilé.

Le guide ASSURE et sa présentation ont été très appréciés, peu d'idée de modifications ont été émises en dehors d'une vulgarisation de certains termes.

Un intérêt a cependant été souligné par le personnel soignant de disposer d'un format de poche permettant surtout de bénéficier d'un arbre décisionnel immédiat en fonction des signes de gravité généraux, à l'image de la « fiche signe de gravités généraux » pouvant ensuite orienter vers la page correspondante du guide en cas d'urgence plus relative et une fois l'urgence vitale écartée.

Les réunions de sensibilisation, elles, ont également eu un réel impact et ont été louées et appréciées par le personnel soignant comme étant un vrai point de départ à une meilleure coopération entre ces différents acteurs, point essentiel à une coordination filière gériatrique-urgence robuste.

Le programme ASSURE apporte ainsi une réponse à une recherche de diminution des transferts évitables et à une amélioration des soins d'urgence dans les Ehpad. Il apparaît comme une première base permettant un dialogue et d'envisager l'essor de nouvelles interventions (télémédecine...)

Les entretiens réalisés dans les Ehpad ayant peu mis en place le programme ont mis en évidence l'impact de la pandémie du Covid dans les Ehpad et des difficultés inhérentes au fonctionnement des Ehpad.

Néanmoins, en raison du bénéfice ressenti par les Ehpad ayant mis en place le programme, un travail de relance des Ehpad réfractaires apparaît plus qu'utile et nécessaire. En utilisant par exemple des flyers pour communiquer des chiffres de l'efficacité d'ASSURE ou illustrer son impact par des verbatims symboliques recueillis lors des entretiens.

L'orientation du programme ASSURE vers les instituts de formation aides-soignants et infirmiers permettra par ailleurs, une meilleure diffusion ainsi que de poser des jalons du projet ASSURE, et de donner davantage de moyens au nouveau personnel des Ehpad.

Bibliographie

1. Dominique Libault R. Rapport concertation « Grand âge et autonomie ». mars 2019;228.
2. 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050 - Insee Première - 1767 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949>
3. Marianne Muller. L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/l-accueil-des-personnes-agees-en-etablissement-entre-progression-et>
4. Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-personnes-agees-aux-urgences-une-patientele-au-profil>
5. Rolland Y, Andrieu S, Hein C, Vellas B. Rates of admissions and discharges of nursing home residents in France: Results of the pleid study. *Rev Geriatr*. 2012;37(7):543-8.
6. Graverholt B, Forsetlund L, Jamtvedt G. Reducing hospital admissions from nursing homes: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 24 janv 2014;14(1):36.
7. RémontWiel E, Gosselin P, Wiel-Fournier V, Maisonneuve A, Remont L, Mauriauourt P, et al PL. Recours aux Urgences des patients provenant d'établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes : en- quête régionale multicentrique dans le Nord-Pas-de-Calais. *Rev Geriatr* 2018 43 71-80. :49.
8. Saliba D, Kington R, Buchanan J, Bell R, Wang M, Lee M, et al. Appropriateness of the Decision to Transfer Nursing Facility Residents to the Hospital. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48(2):154-63.
9. Gruneir A, Bell CM, Bronskill SE, Schull M, Anderson GM, Rochon PA. Frequency and pattern of emergency department visits by long-term care residents - A population-based study. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(3):510-7.
10. Fur-Musquer ÉL, Delamarre-Damier F, Decker L de, Strat AL, Lebatard A, Manigold V, et al. Modalités d'hospitalisations en urgence des sujets âgés hébergés en établissements pour personnes âgées dépendantes. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 déc 2011;9(4):409-15.

11. Arendts G, Popescu A, Howting D, Quine S, Howard K. 'They never talked to me about...': Perspectives on aged care resident transfer to emergency departments. *Australas J Ageing*. juin 2015;34(2):95-102.
12. Trahan LM, Spiers JA, Cummings GG. Decisions to Transfer Nursing Home Residents to Emergency Departments: A Scoping Review of Contributing Factors and Staff Perspectives. *J Am Med Dir Assoc*. 01 2016;17(11):994-1005.
13. Arendts G, Reibel T, Codde J, Frankel J. Can transfers from residential aged care facilities to the emergency department be avoided through improved primary care services? Data from qualitative interviews. *Australas J Ageing*. juin 2010;29(2):61-5.
14. Séverine LABOUE¹, Camille BONNEAUX², Benjamin THOMAS², Marguerite-Marie DEFEVRE³, Alain-Éric DUBART⁴, Patrick MAURIAUCOURT⁵, Christine AMMIRATI⁶, Frédéric BLOCH⁷, François PUISIEUX⁸, Éric WIEL⁹. The ASSURE project: Improving emergency care in nursing homes An awareness campaign to serve players in the geriatric and emergency network in the Hauts-de-France region. *Rev Gériatrie* Tome 43 No 10. déc 2018;
15. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif - 4e éd. Armand Colin; 2016. 96 p.
16. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev*. janv 2015;15(157):50-4.
17. Guide-EHPAD-Urgences-mars-2017.pdf [Internet]. [cité 22 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.est-rescue.fr/wp-content/uploads/2018/10/Guide-EHPAD-Urgences-mars-2017.pdf>
18. Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU Poster RESUVAL [Internet]. Disponible sur: https://www.sfm.org/fr/bus/media/med_id/2914/fic_id/4782
19. Huckfeldt PJ, Kane RL, Yang Z, Engstrom G, Tappen R, Rojido C, et al. Degree of Implementation of the Interventions to Reduce Acute Care Transfers (INTERACT) Quality Improvement Program Associated with Number of Hospitalizations. *J Am Geriatr Soc*. 2018;66(9):1830-7.
20. Tappen RM, Wolf DG, Rahemi Z, Engstrom G, Rojido C, Shutes JM, et al. Barriers and Facilitators to Implementing a Change Initiative in Long-Term Care Using the INTERACT® Quality Improvement Program. *Health Care Manag*. sept 2017;36(3):219-30.
21. Laffon de Mazières C, Romain M, Hermabessière S, Abellan G, Gerard S, Castex A, et al. An Innovative Day Hospital Dedicated to Nursing Home Resident: A Descriptive Study of 1306 Residents Referred by their Physicians. *J Nutr Health Aging*. 2018;22(9):1138-43.
22. Codde J, Frankel J, Arendts G, Babich P. Quantification of the proportion of

transfers from residential aged care facilities to the emergency department that could be avoided through improved primary care services. *Australas J Ageing*. 2010;29(4):167-71.

23. D'Arcy LP, Stearns SC, Domino ME, Hanson LC, Weinberger M. Is geriatric care associated with less emergency department use? *J Am Geriatr Soc*. janv 2013;61(1):4-11.

Annexes

Figure 2 : Guide ASSURE et sommaire



Figure 3 : Fiche réflexe ASSURE type « Douleurs abdominales »





FICHES CONDUITE À TENIR
FICHE 12

DOULEURS ABDOMINALES

CLARIFIER LE CONTEXTE

=> Les antécédents du résident

☐ Antécédents et traitements associés

.....

=> Signes cliniques

☐ Nausées ? Vomissements ? *(Cf. Fiche N° 15 : Vomissements)*

☐ Présence d'une constipation ou d'une diarrhée ? *(Cf. Fiche N° 13 : Arrêt prolongé des selles, Cf. Fiche N° 14 : Diarrhées aiguës)*

☐ Signes urinaires : Recherche d'un globe (difficulté à uriner, présence d'une masse abdominale ou d'une infection ? (urine fréquente et/ou douloureuse). *(Cf. Fiche N° 16 : Peu ou pas d'urines)*

☐ Localisation et évaluation de la douleur :

.....

REPÉRER LES SIGNES DE GRAVITÉ SPECIFIQUES

☐ Aspect de l'abdomen : ventre dur et ballonné ?
Masse inhabituelle (hernie, etc.)*

☐ Selles sanglantes rouges ou très noires

☐ Troubles du comportement associés

QUE FAIRE ?



Je sécurise

- 1 Je rassure le résident.
- 2 Je prends les constantes.
- 3 Si vomissements, je laisse à jeun.



J'évalue et j'agis

- 4 J'administre un antalgique et/ou antispasmodique en cas de douleur récidivante (si prescription anticipée)*.
- 5 Je recherche la présence de signes de gravité.

J'alerte

Signes de gravité

- ➔ J'appelle le médecin si présent sur site.
- ➔ Sinon, j'appelle le SAMU/Centre 15.
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.

Pas de signes de gravité

- ➔ Je surveille l'évolution.
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.

* en violet = rôle IDE

ASSURE - Amélioration des soins d'urgence en EHPAD

Figure 4 : Fiche signes de gravité et urgences vitales

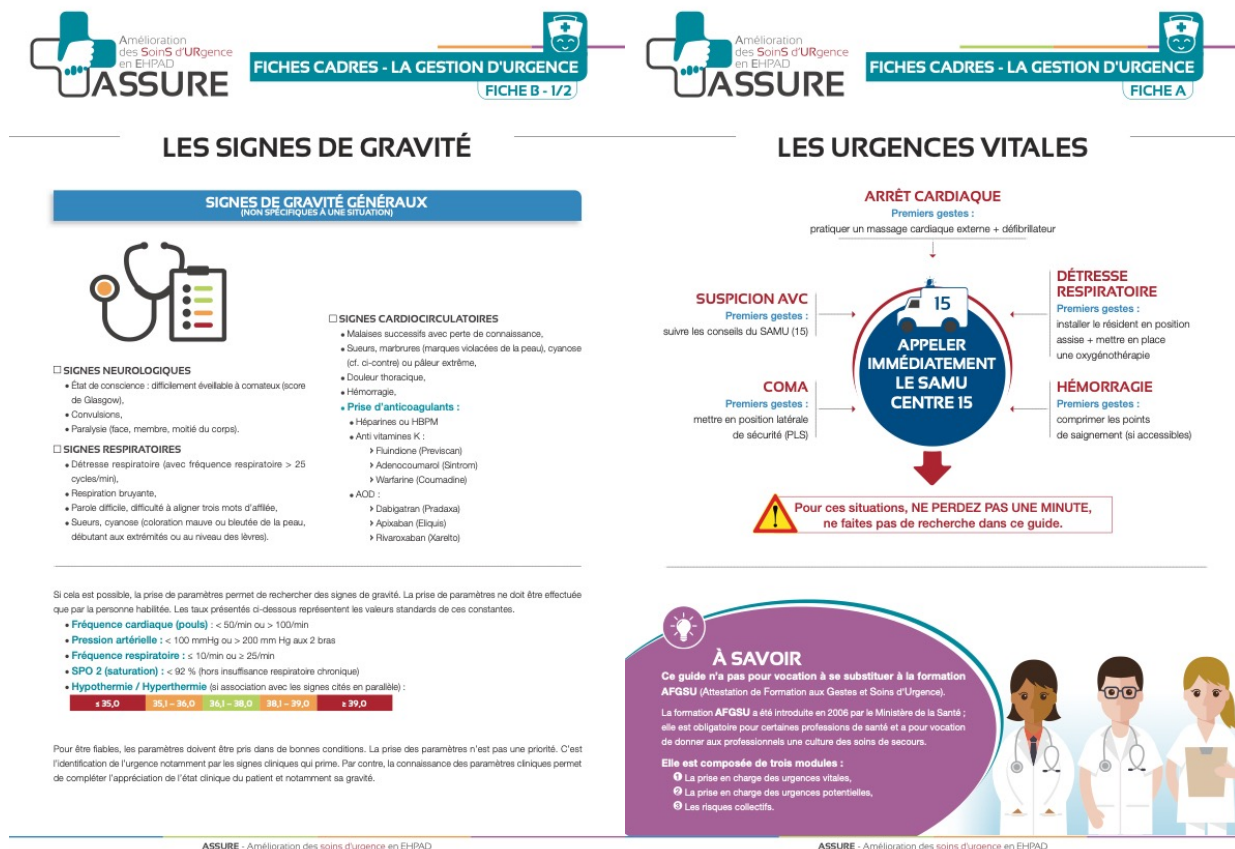


Figure 5 : Illustration de l'outil « Cluehpad »



Tableau 2 : Guide d'entretien semi-directif version 1



Guide d'entretien semi-directif (Version 1)

Nom de l'EHPAD :

.....

Commune :

.....

Fonction des répondants :

.....

.....

Nombre de professionnels sensibilisés :

.....

Date de la session ASSURE :

.....

Date de passation de l'entretien :

.....

Question de départ :

0. Sur une échelle de 0 à 10 à quel degré avez-vous mis en place le programme ASSURE ?

Thèmes	Questions	Thèmes à relancer
Impact d'ASSURE sur les pratiques	0. Diriez-vous que la sensibilisation ASSURE a permis de faire évoluer les pratiques dans votre établissement ? Oui/non ? (Ne pas présager positif/négatif).	Aisance de l'équipe dans la gestion de l'urgence ; maîtrise des CAT ; amélioration des capacités d'analyse ; capacité de l'équipe à temporiser ; amélioration des transmissions (avec le SAMU / les MT / en équipe) ; apports différenciés selon jour/nuit ; changements organisationnels ; revue des protocoles Confiance en soi de l'équipe ? répercussions positives au-delà de la

	1. Quelles mesures ou modification de pratique avez-vous mises en place de manière concrète ? De quelle manière ? Si oui, pouvez-vous me les détailler ?	<i>thématique ASSURE ? (notamment sur la communication / la technique, etc)</i> Vécu des résidents et famille face aux nouvelles prises en charge
	2. Par exemple pourriez-vous évoquer comment était gérée une situation d'urgence avant la sensibilisation ASSURE et de quelle manière elle est gérée actuellement ? (exemple concret du dernier appel SAMU par exemple) 3. Quelles améliorations au niveau du confort de travail des professionnels avez-vous pu voir apparaître 4. Quelles améliorations au niveau de la prise en charge des résidents avez-vous pu voir apparaître ? 5. Sur la thématique du respect des choix du résident, quelles améliorations avez-vous pu remarquer dans le cadre d'une situation urgente depuis la mise en place d'ASSURE ? 6. Pourriez-vous me dire de quels moyens et comment vous échangez autour de la thématique des urgences dans votre établissement ? Quels moyens disposez-vous ? 7. Le programme ASSURE a-t-il été un apport pendant cette épidémie de COVID dans la	<i>Différence avant/après ; gain de temps ; recours plus approprié à l'hospitalisation ; mise en place d'actions correctives suite à ASSURE</i> <i>Réassurance des salariés, diminution de l'anxiété dans la gestion de l'urgence ; meilleure confiance en soi / dans la communication avec les partenaires ?</i> <i>Directives anticipées</i> <i>Des outils de transmission ou d'analyse ? des temps dédiés ? des temps informels ? des RETEX ? Réunion morbid mortalité Réunion de Service Rythme</i> <i>Gain en autonomie Réflexes de prise en charge et surveillance</i>

	gestion de certaines situations aigues en raison de la diminution des transferts et des possibilités de recours médicaux ?	
Les coopérations sur le territoire	8. Sur le plan des coopérations avec les Services d'Urgences ASSURE a-t-il engendré des changements ? Sont-ce des changements positifs / négatifs ?	<i>Coordination avec le SAMU / les urgences / la filière gériatrique / les médecins traitants Image et difficultés rencontrés par les uns et les autres Utilisation optimisée des documents de liaison (DLU, FLU, DA, ...), plus d'échanges avec les urgences/filière gériatrique Meilleure communication ? meilleure prise en soin des PA ? meilleure satisfaction des PA en retour d'hospitalisation ?</i>
Questions de sortie	9. Selon vous, quels outils ou actions pourraient permettre une amélioration de la prise en charge des situations urgentes en EHPAD ?	
	10. Quelles seraient vos suggestions d'amélioration pour le kit ASSURE ?	<i>Outils complémentaires, optimisation de certains outils, suggestions de présentation alternatives</i>
	11. Souhaitez-vous continuer à sensibiliser les professionnels ? Si, oui focus sur les nouveaux embauchés. Souhait d'aller plus loin dans la démarche ? Comment ?	<i>Modalités de diffusion aux nouveaux arrivants ; inscription des sessions ASSURE dans la durée (piqûres de rappel) Suivi des indicateurs sur le long terme ; inscription d'ASSURE dans la démarche d'amélioration continue ;</i>
	12. Donner une note globale sur la satisfaction du projet entre 0 et 10 13. Pour quelles raisons quelles remarques complémentaires ?	

Autres Questions focus Fondation de France

Tableau 3 : Guide d'entretien semi-directif version finale



Guide d'entretien semi-directif (Version finale)

Nom de l'EHPAD :

Commune :

Fonction des répondants :

Nombre de professionnels sensibilisés :

Date de la session ASSURE :

Date de passation de l'entretien :

Question de départ :

0. Selon vous, à quel degré avez-vous mis en place le programme ASSURE ?

Thèmes	Questions	Thèmes à relancer
Impact d'ASSURE sur les pratiques	1. Quelles mesures ou modifications de pratiques avez-vous mises en place de manière concrète ? 2. Comment ces mesures ont permis de faire évoluer les pratiques dans votre établissement ?	Aisance de l'équipe dans la gestion de l'urgence ; maîtrise des CAT; amélioration des capacités d'analyse ; capacité de l'équipe à temporiser ; amélioration des transmissions (avec le SAMU / les MT / en équipe) ; apports différenciés selon jour/nuit ; changements

	De quelle manière ? Si oui, pouvez-vous me les détailler ? ASSURE a-t-il permis d'éviter des transferts aux urgences ?	organisationnels ; revue des protocoles <i>Confiance en soi de l'équipe ? répercussions positives au-delà de la thématique ASSURE ? (Notamment sur la communication / la technique, etc)</i> Vécu des résidents et famille face aux nouvelles prises en charge
	3. Pourriez-vous évoquer par exemple comment était gérée une situation d'urgence avant la sensibilisation ASSURE et de quelle manière elle est gérée actuellement ? (Exemple concret du dernier appel SAMU par exemple) Comment vous gérer une situation inconnue d'urgence ? 4. Quelles améliorations au niveau du confort de travail des professionnels avez-vous pu voir apparaître ? 5. Quelles améliorations au niveau de la prise en charge des résidents avez-vous pu voir apparaître ? 6. Sur la thématique du respect des choix du résident, quelles améliorations avez-vous pu remarquer dans le cadre d'une situation urgente depuis la mise en place d'ASSURE ?	<i>Différence avant/après ; gain de temps ; recours plus approprié à l'hospitalisation ; mise en place d'actions correctives suite à ASSURE</i> <i>Réassurance des salariés, diminution de l'anxiété dans la gestion de l'urgence ; meilleure confiance en soi / dans la communication avec les partenaires ?</i> <i>Directives anticipées</i>

	7. Leur absence gêne t'elle votre prise en charge dans les situations d'urgences ? 8. Pourriez-vous me dire de quels moyens et comment vous échangez autour de la thématique des urgences dans votre établissement ? Quels moyens disposez-vous ? 9. Quel a été l'impact du programme ASSURE dans cette épidémie de COVID : dans la gestion de certaines situations aiguës en raison de la diminution des transferts et des possibilités de recours médicaux ?	<i>Des outils de transmission ou d'analyse ? des temps dédiés ? des temps informels ? des RETEX ? Réunion morbimortalité Réunion de Service Rythme</i> <i>Gain en autonomie Réflexes de prise en charge et surveillance</i>
Les coopérations sur le territoire	10. Sur le plan des coopérations avec les Services d'Urgences ASSURE quels changements ASSURE a-t-il initié ? 11. Que pensez-vous de la place du médecin traitant, gériatre, coordinateur dans la prise en charge des urgences	<i>Coordination avec le SAMU / les urgences / la filière gériatrique / les médecins traitants</i> <i>Image et difficultés rencontrés par les uns et les autres</i> <i>Utilisation optimisée des documents de liaison (DLU, FLU, DA, ...), plus d'échanges avec les urgences/filière gériatrique</i> <i>Meilleure communication ? meilleure prise en soin des PA ? meilleure satisfaction des PA en retour d'hospitalisation ?</i>
Questions de sortie	12. Selon vous, de manière générale, quels outils ou actions pourraient permettre une amélioration de la prise en charge des situations urgentes en EHPAD ?	

	13. Quelles seraient vos suggestions d'amélioration pour le kit ASSURE ?	<i>Outils complémentaires, optimisation de certains outils, suggestions de présentation alternatives</i>
	14. Comment continuer à sensibiliser les professionnels ? Focus sur les nouveaux embauchés. Souhait d'aller plus loin dans la démarche ? Comment ?	<i>Modalités de diffusion aux nouveaux arrivants ; inscription des sessions ASSURE dans la durée (piqûres de rappel) Suivi des indicateurs sur le long terme ; inscription d'ASSURE dans la démarche d'amélioration continue ;</i>
	15. Quel est votre degré de satisfaction du programme ASSURE 16. Pour quelles raisons ? 17. ASSURE prend-il trop de temps à mettre en place ?	

Autres Questions focus Fondation de France

Tableau 4 : Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Charles Brichant	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ?
2. Validation du 3ème cycle des études médicales	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?
3. Interne, puis médecin remplaçant	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4. Homme	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5. Initiation à la recherche qualitative	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6. Oui pour un des urgentiste	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7. Thème et objectifs de la recherche	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8. Etudiant en médecine effectuant une étude pour sa thèse d'exercice.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9. Entretiens individuels compréhensifs et analyse inspirée par la phénoménologie	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10. Echantillonnage au hasard dans les Ehpad ayant déclaré comme « ayant mis en place le programme ASSURE »	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11. Téléphone et email	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>

12. 23	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13. Plusieurs refus, faute de temps à consacrer à l'étude ou défaut de mise en place du programme ASSURE	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14. Ehpad (bureaux ou salles d'activités)	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15. Résidents des Ehpad lors des entretiens dans les salles d'activités	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16. Sexe, âge, classe professionnelle, type d'établissement, degré de mise en place	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple données démographiques dates
Recueil des données		
17. Oui, absence de test préalable.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18. Non	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19. Audio	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20. Non	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
21. 15 minutes en moyenne	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
22. Oui (suffisance des données atteinte)	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23. Non	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24. Deux	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25. Non	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?

26. Déterminés à partir des données	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27. Nvivo 11.4	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28. Non	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29. Oui	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30. Oui	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31. Oui	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32. Oui	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*. janv 2015;15(157):50-4.

Disponible sur <https://www.em-consulte.com/showarticlefile/949716/main.pdf>

AUTEUR : Nom : Brichant Date de soutenance : Mercredi 9 Juin 2021 Titre de la thèse : Évaluation qualitative du programme ASSURE « Amélioration des Soins d'URgence en Ehpad » dans le Nord pas de Calais Thèse - Médecine - Lille « 2021 » Cadre de classement : Médecine générale DES + spécialité : Médecine générale Mots-clés : ASSURE, Ehpad, Urgences	Prénom : Charles
Résumé : Contexte : Avec le vieillissement de la population, le nombre de passage aux urgences des personnes âgées et des résidents des Ehpad est de plus en plus grand. Les études réalisées précédemment ont montré que ces passages étaient souvent délétères d'autant plus que jusqu'à 30% des passages sont évitables. C'est dans ce contexte qu'a été initié dans les hauts de France le projet ASSURE afin de sensibiliser les professionnels d'Ehpad pour améliorer et optimiser la gestion des urgences dans les Ehpad. Objectifs : Évaluer l'impact et les ressentis du projet ASSURE sur les personnels des Ehpad sensibilisés. Méthode : Étude qualitative avec analyse inspirée de la phénoménologie. Entretiens individuels compréhensifs des personnels des Ehpad dans le département du Pas-de-Calais. La suffisance des données a été obtenue après l'analyse de 23 entretiens, codés et triangulés avec l'aide du logiciel QSR Nvivo® 1.4. Résultats : Les sensibilisations au projet ASSURE ont permis de rassurer, sécuriser et conforter le personnel dans ses prises en charge et décisions de transfert. Il permet par les 19 différentes fiches réflexes une fois l'urgence vitale écartée de réaliser une surveillance, des premiers soins de qualité et ainsi de réduire les transferts évitables aux urgences. L'apport des sessions de sensibilisation a permis de créer un dialogue bénéfique entre urgences et Ehpad. La diffusion du projet ASSURE a cependant été limitée dans certains Ehpad par la pandémie de Covid mais aussi parfois par un défaut de compréhension du projet et de ses objectifs chez le personnel soignant. Conclusion : Le projet ASSURE, par ses résultats dans les Ehpad apparaît comme une bonne base à une amélioration des soins d'urgences dans les Ehpad. En améliorant la prise en charge des résidents, en recréant un dialogue entre les acteurs des urgences et des Ehpad, il ouvre la voie à de nouvelles pistes de travail et d'outils pour encore améliorer la gestion des situations d'urgence dans les Ehpad.	
Composition du Jury : Président : Monsieur le Professeur Puisieux Assesseeurs : Monsieur le Professeur Wiel, Monsieur le Docteur Jan Baran Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Matthieu Calafiore	

