



La gestion de l'urgence par l'infirmière coordinatrice en EHPAD

DIPLÔME UNIVERSITAIRE INFIRMIÈRE COORDINATRICE EN EHPAD ET EN
SSIAD

Année Universitaire 2020/2021

Etudiantes : Maylis Marie d'Avigneau, Sandra Cardoso, Séphora Rilos

Directeur de Mémoire : Docteur Arthur Gevart

Remerciements

Nous tenons en premier lieu à remercier notre directeur de mémoire, le docteur Arthur Gevart, pour ses conseils pertinents et sa disponibilité tout au long de l'élaboration du mémoire.

Nous remercions également Alba Silveira qui a dû malheureusement arrêter ce diplôme en cours de formation, mais qui a participé à l'élaboration de ce mémoire.

Ensuite, nous remercions les IDEC et IDE qui ont pris le temps de remplir nos questionnaires d'enquête, ainsi que nos responsables pédagogiques qui ont répondu patiemment à nos questions sur la mise en forme et le contenu du mémoire.

Enfin, nous n'oublions pas nos collègues et familles respectives qui nous ont soutenu pendant cette année de formation.



Acronymes et glossaire

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

DRH : Directeur des ressources humaines

IDEC : Infirmière coordinatrice

GIR : Groupe iso-ressource

IDE : Infirmier diplômé d'état

DLU : Dossier de liaison d'urgence

SAMU : Service d'aide médicale urgente

UGA : Unité gériatrique aiguë

AFGSU : Attestation de formation aux gestes et soins d'urgences

ECG : électrocardiogramme

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

RAMA : Rapport d'activités médicales annuel

AGGIR : Autonomie gérontologie groupe iso-ressource

Pathos : Outil de coupe transversale qui permet d'évaluer les niveaux de soins nécessaires d'une population à un moment donné.

HAS : Haute autorité de santé

AS : Aide - soignante

ARS : Agence régionale de santé

BPCO : Broncho pneumopathie chronique obstructive

ASH : Agent de service hospitalier

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

PCA : Patient controlled analgesia (Analgésie contrôlée par le patient)

Sommaire

I. Introduction	1
II. Contexte : Etat des lieux	2
1- Cas concret	2
2- Observations et expériences	3
3- Questionnement et réflexions	5
III. Les établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes	6
1- Présentation	7
2- Fonctionnement	8
IV- L'urgence	12
1-Définition de l'urgence	12
2-La personne âgée et les services d’urgence hospitaliers	13
3- Les alternatives à l’hospitalisation	15
V- L’IDEC et le management	20
1- Les formations existantes	21
2- Le chariot d’urgence.....	22
3- Le dossier de liaison d’urgence	24
VI- Enquête	26
1- Questionnaire aux IDE et IDEC des EHPAD.....	26
2- Questionnaire aux IDE des services d’urgence.....	30
3- Synthèse.....	31

VII- Conclusion	33
Bibliographie.....	35
Résumé	37
Abstract.....	38
Annexes.....	39

I. INTRODUCTION

Ces dernières années, l'espérance de vie a nettement augmenté. Les progrès de la médecine, le développement de l'hygiène publique ainsi que les nombreuses politiques de santé publique sont des facteurs qui ont contribué à améliorer l'état de santé de la population. Nous vivons donc plus vieux et plus longtemps. Selon l'organisation mondiale de la santé, «entre 2000 et 2050, la proportion de la population mondiale de plus de 60 ans doublera pour passer d'environ 11% à 22%¹». Autrement dit, « le nombre absolu de personnes âgées de 60 ans et plus devrait augmenter pour passer de 605 millions à deux milliards au cours de la même période¹ ». En ce qui concerne la France, «elle devrait compter 22 millions de personnes de 65 ans et plus contre 13 millions aujourd'hui. La part des 65 ans et plus devrait passer de 20% à 29%²». Cette augmentation risque d'impacter largement la démographie du pays. Ces données restent prévisionnelles. Cependant, la prévention et l'anticipation restent de mise afin de se préparer au mieux à ces évolutions.

Le vieillissement de la population a entraîné l'apparition de nouvelles problématiques tant sur le plan sanitaire que social : l'accompagnement de patients ayant des comorbidités, la chronicité des pathologies, la majoration des cas de démences, l'augmentation de la dépendance. A cela s'ajoutent, le maintien à domicile difficile, l'isolement social ou encore l'épuisement des aidants. Face à ces prévisions, le système de santé actuel doit être remodelé, réorganisé afin de pouvoir répondre aux besoins de la population actuelle, mais également pour prévenir du mieux possible les besoins futurs. La perspective de nouveaux enjeux est donc bien réelle et semble mettre au défi l'efficacité du système de santé.

L'organisation au sein des structures sanitaires actuelles ainsi que les équipes soignantes qui gravitent autour des patients doit être repensée et s'adapter à l'évolution des besoins de la population vieillissante. L'État français, avec la concertation "grand âge et autonomie" qui a débuté en 2018, a réveillé les consciences des politiques et des citoyens.

¹ <https://www.who.int/ageing/about/facts/fr/>

² <http://www.observationsociete.fr/ages/vieillissement-2070.html>

Ici, nous nous focaliserons sur deux structures, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les services d'urgence hospitaliers. Nous nous questionnerons sur le lien entre ces structures, la prise en soin de la personne âgée en situation d'urgence avec les risques encourus, ainsi que la coordination en amont de l'urgence dans les EHPAD.

II. LE CONTEXTE : Etat des lieux

En tant qu'infirmières, nous avons toutes été confrontées à des situations d'urgence de différentes natures. En EHPAD, la gestion de l'urgence est assez particulière du fait du statut de la structure. Ce lieu de vie ne possède pas les mêmes ressources qu'un établissement sanitaire, tant sur le plan humain, matériel et organisationnel. Pourtant, il peut se voir confronté à des situations sanitaires complexes, du fait de la population hébergée.

1- Cas concret

Nous sommes en 2015, dans un EHPAD qui se situe en région parisienne, avec une capacité d'accueil de 110 résidents. Un turn-over est présent sur le poste de DRH, d'IDEC, et sur les postes d'aides-soignants. Je suis infirmière, et j'occupe le poste depuis peu.

Ce jour-là, je m'occupe d'une résidente de 78 ans, de GIR 1 avec une démence précoce de type Alzheimer, connue pour être opposante aux soins. Je retrouve la résidente calme, hébétée avec un roulement des yeux gauche-droite. J'essaie de stimuler la patiente, et prend les paramètres vitaux. Ces derniers étaient normaux, dans les normes physiologiques. Je consulte la prescription, à la recherche d'une ligne de prescription conditionnelle. Je cherche ma collègue IDE car je n'ai pas l'entière maîtrise du logiciel, donc impossible pour moi de consulter le DLU, ou de joindre le bon médecin traitant. Je questionne les aides-soignants ayant réalisé les soins de nursing, la résidente avait déjà ce comportement lors de la toilette. Concernant le dossier, il n'était pas complet : les antécédents n'étaient pas mentionnés, et absence de directives anticipées. Finalement, le SAMU a été contacté, et un transfert vers les urgences a été effectué. La résidente est restée hospitalisée pendant quelques semaines en UGA, puis est rentrée à l'EHPAD avec une prescription d'anti-épileptique.

Que nous montre cette situation?

La continuité des soins est ici quasiment impossible. Le manque de connaissance des résidents, associé à la méconnaissance des signes d'aggravations, des transmissions réduites ou encore l'absence de fiche de tâche pour être autonome lors de sa prise de poste sont tout autant de freins à une bonne prise en soin.

Le tutorat des nouveaux employés avec une formation intégrale sur le logiciel n'a pas été réalisé. Tout cela fait partie de la responsabilité, entre autres, de l'IDEC. Cette dernière doit organiser et répondre à l'ensemble de ces manquements afin d'orchestrer au mieux les soins. Les dossiers de soins incomplets, l'absence de consignes claires, le manque d'anticipation et d'organisation nous mènent vers des situations inconfortables et dangereuses pour le résident et les soignants.

2- Observations et expériences

Nos expériences personnelles nous ont permis de lister certaines problématiques émergent de situations d'urgence quotidiennes auxquelles nous avons pu être confrontées.

Au niveau du personnel

En EHPAD, l'infirmière se retrouve souvent en difficulté à cause de l'absence du médecin sur place. En effet, le temps de présence des médecins coordonnateurs est défini dans le décret n°2011-1074 du 2 septembre 2011. Son temps de présence est en «fonction de la totalité des capacités installées des établissements³» ainsi que des conventions signées au préalable avec les organismes gestionnaires. De plus, son droit à la prescription qui était auparavant limité uniquement aux situations dites urgentes a été élargi par le décret n° 2019-714. Ce dernier stipule que « le médecin coordonnateur peut intervenir pour tout acte, incluant l'acte de prescription médicamenteuse, lorsque le médecin traitant ou désigné par le patient ou son remplaçant n'est pas en mesure d'assurer une consultation par intervention dans l'établissement, conseil téléphonique ou téléprescription. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées⁴». Cette dernière réforme donne un cadre un peu plus rassurant pour les soignants.

³ <https://www.legifrance.gouv.fr>

⁴ <https://www.legifrance.gouv.fr>

La difficulté peut également être engendrée par un manque de personnel. En effet, le recours à du personnel non titulaire de l'établissement ou un turn-over important sont de réels problèmes majeurs en EHPAD. Ce personnel vacataire peut ne pas avoir connaissance des logiciels utilisés dans l'établissement, de l'organisation, des antécédents des résidents et de leur état de santé antérieur ainsi que leurs habitudes de vie. Cela peut entraîner des transferts vers les urgences, sans respecter le souhait des résidents et de sa famille.

Avoir du personnel formé, développer les formations d'urgences (autrement dit l'AFGSU qui n'est généralement pas à jour pour le personnel fixe) et le manque de pratique sont des réels problèmes. Cela va mettre en difficulté le professionnel confronté à une urgence. Le stress ainsi que la subjectivité de la notion d'urgence peuvent prendre le dessus. Ce qui peut diminuer considérablement les chances de guérison du résident.

Au niveau organisationnel

Le Larousse définit l'organisation comme «l'action d'organiser, de structurer, d'arranger, d'aménager⁵». Il s'agirait donc de parler du manque de préparation, d'anticipation de situations potentiellement prévisibles, au quotidien. Autrement dit, c'est une mauvaise gestion des risques et l'incapacité à percevoir les besoins des résidents de manière globale. Nous pouvons donc évoquer le problème des dossiers de soins incomplets, ou encore le manque d'anticipation lorsqu'un patient se dégrade. S'agit-il d'une urgence réelle ou d'une fin de vie ?

Le management, tenant une place primordiale dans une organisation efficace, n'est pas épargné. Il est intriquement lié au problème de recrutement et de turn-over du personnel. Ce manque de préparation peut être à l'origine de situations d'urgence potentiellement évitables.

L'évolution de la prise en charge hospitalière met l'accent sur de nouveaux besoins organisationnels. Nous avons pu constater que l'absence d'infirmière la nuit dans certains EHPAD, engendre des difficultés de prise en charge de l'urgence pour les aides-soignantes. L'appréciation de la gravité de la situation ou encore l'évaluation clinique du résident peut-

⁵ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/organisation/56421>

être compliqué pour certains soignants. Ces derniers contactent alors le 15 et le résident est transporté aux urgences pour un bilan.

Au niveau du matériel

Le chariot d'urgence (existant aussi sous forme de sac) est le matériel de prédilection de la situation d'urgence. Sa composition peut varier d'un établissement à un autre.

Il arrive parfois qu'il puisse être incomplet, non suffisamment approvisionné car il n'a pas été révisé à temps. Certains EHPAD ne bénéficient pas de tous les matériels (type bladder scan, ECG ou encore de pousse-seringue électrique). Ces différents matériels permettent d'effectuer des surveillances ou d'améliorer les prises en charge sur place et ainsi éviter un transfert vers les urgences.

3- Réflexions et questionnement

Ces observations sont révélatrices de certains dysfonctionnements du système actuel dans les EHPAD. Dans notre pratique professionnelle, nous avons toutes été confrontées à des situations d'urgence de différentes natures. La chute avec traumatismes, la fausse route alimentaire (liquide ou solide), la détresse respiratoire, la décompensation cardiaque, les crises d'épilepsie ou encore l'œdème aigu du poumon sont des situations fréquemment rencontrées.

Parfois, les situations sont plus complexes et la décision du transfert vers les urgences n'est pas si évidente. La balance bénéfice/risque est à prendre en compte. De plus, on ne peut ignorer les questions de fin de vie et de prise en soin palliative, qui sont intimement liées à la personne âgée. Seulement 1% des résidents sont en réelle fin de vie, c'est-à-dire avec une espérance de vie de moins de 3 mois. Cependant, certains résidents ont un statut de soins palliatifs pour certaines pathologies incurables, tout en étant cliniquement en forme. La mort est donc un sujet inéluctable en EHPAD, ce lieu qui, pour la majorité des résidents, représente leur dernière demeure.

Quel comportement doit-on avoir en situation d'urgence pour ces résidents? Rappelons que la loi Leonetti, du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, interdit

5

l'acharnement thérapeutique ou l'obstination déraisonnable : « L'administration d'actes inutiles, disproportionnés ou se limitant à la survie artificielle du malade⁶».

Plusieurs interrogations se posent alors:

- Comment peut-on prévenir les situations d'urgence relative? Si urgence il y a, comment être le plus efficient dans la prise en soin?
- Quelle organisation peut-on mettre en place pour différencier la situation palliative de l'urgence ? Comment respecter au mieux les volontés des résidents ?
- Comment l'IDEC peut-elle organiser les soins afin de limiter le passage aux urgences et les hospitalisations des résidents ?
- Quelles stratégies peut-on mettre en place pour manager au mieux les urgences au sein de l'EHPAD?

Nous en sommes arrivées à la problématique suivante :

En quoi le rôle de l'IDEC est-il primordial dans la qualité de prise en soin d'une personne âgée lors d'une situation d'urgence en EHPAD ?

III. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Selon les données de l'INSEE, la population est passée de 50,5 millions d'habitants en 1970 à 58.7 millions d'habitants en 2000. Elle devrait atteindre 64 millions d'habitants en 2030. Concernant les personnes âgées, «au 1er janvier 2020, les personnes d'au moins 65 ans représentent 20,5% de la population, contre 20,1% un an auparavant et 19,7% deux auparavant⁷». On constate une nette augmentation de l'espérance de vie des personnes âgées. Le vieillissement entraîne des pathologies ainsi que des complications de la santé qui se multiplient avec le temps.

⁶ <https://soin-palliatif.org/droits/loi-leonetti/>

⁷ <https://www.insee.fr/fr/statistiques>

La personne âgée devient donc polypathologique, ce qui mène à la perte d'autonomie et à la dépendance. Ne pouvant plus rester au domicile, elles ont besoin d'une prise en charge globale 24h/24h. C'est à ce moment-là que les EHPAD révèlent toute leur importance.

1- Présentation

Les EHPAD sont des structures médico-sociales accueillant des personnes âgées fragiles d'au-moins 60 ans en perte d'autonomie, qui ont besoin d'une aide et d'une surveillance constante. L'accueil peut être définitif ou temporaire, sur une courte ou une longue durée. L'objectif de ces établissements est de rompre l'isolement des personnes âgées, en les accompagnant quotidiennement dans la réalisation des gestes de la vie courante, de manière individualisée.

Certaines structures peuvent alors être dotées de secteurs spécifiques, qui tentent de s'approcher au mieux des besoins particuliers des résidents. En effet, la circulaire 2006-195 du 6 juillet 2009 qui s'inscrit dans le plan Alzheimer de 2008 définit les caractéristiques d'accueil et de fonctionnement de ces secteurs.

Parmi ces secteurs, nous comptons :

-l'unité d'hébergement renforcé (UHR) qui est un secteur interne à l'EHPAD. Il accueille des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou ayant des troubles neurodégénératifs apparentés, assez évolués. Ces pathologies créent des troubles du comportement qui sont plus facilement canalisés dans cet environnement. Le service est totalement sécurisé et possède une petite capacité d'accueil. Les résidents sont donc libres de pouvoir déambuler sans restriction, en toute sécurité. Le but étant de gérer au mieux les troubles du comportement tout en prenant le temps de stimuler et conserver le plus longtemps possible l'autonomie et la dépendance des résidents.

-le pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) est un lieu d'accueil de jour qui se situe au sein de l'EHPAD. Il accueille des personnes âgées résidant dans la structure, et présentant des troubles cognitifs modérés. Des activités spécifiques sont proposées de manière individuelle, ou en groupe afin de stimuler et ainsi conserver le meilleur état cognitif possible.

7

-une structure d'accueil de jour peut également être présente dans l'EHPAD ou en dehors de celui-ci. Comme son nom l'indique, il s'agit d'une structure d'accueil pour la journée, qui reçoit des personnes âgées vivant au domicile, ayant des troubles cognitifs plus ou moins avancés. L'accueil de jour leur propose des activités adaptées permettant une stimulation physique, cognitive et sensorielle. Cela permet de rompre l'isolement dont souffrent les personnes âgées et dégage du temps libre pour l'aidant principal, évitant ainsi son épuisement.

Dans les EHPAD, ces différentes unités de vie sont optionnelles. Elles leur apportent une plus-value et permettent de compléter au mieux la prise en charge des personnes âgées résidant soit dans la structure soit aux alentours. La présence de ces services particuliers permet, entre autres, de percevoir l'orientation vers laquelle l'établissement souhaite se diriger voire s'améliorer. L'établissement proposera ainsi un fonctionnement et une offre de soin des plus appropriés.

2- Le fonctionnement

Le fonctionnement de l'EHPAD se base sur le décret n°2016-1164 du 26 août 2016, relatant l'ensemble «des techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes⁸». Ce décret pose un cadre, définit les différents champs d'interventions des établissements et sécurise la prise en soin des résidents.

Associée à cela, la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, garantit des droits aux usagers des établissements médico-sociaux. Elle permet de replacer l'usager au centre du système qui le prend en charge. Pour se faire, différents outils ont été instaurés afin de structurer et d'uniformiser les prises en soin. Les EHPAD ont donc des missions à mettre en œuvre et des devoirs envers les personnes accueillies, et cela dès l'admission.

En effet, l'admission d'une personne âgée ne peut être contrainte. Cette dernière doit, même s'il y a présence de troubles cognitifs, donner son consentement pour être institutionnalisée.

⁸ <https://www.legifrance.gouv.fr>

La loi du 28 décembre 2015, relative à l'adaptation de la société face au vieillissement, impose la recherche systématique du consentement du futur résident. A cela s'ajoute, l'article L311-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles qui réaffirme l'obligation de la recherche du consentement de la personne accueillie, et la compréhension des droits de cette dernière. C'est ainsi que les notions de liberté, d'autonomie et d'individualité chez la personne âgée prennent sens. Cela permet d'éviter de tomber dans des soins déraisonnables sous couvert de bienveillance ou d'un paternalisme mal géré.

Ces principes prennent la forme d'un contrat de séjour. Ce dernier regroupe l'ensemble des prestations et soins proposés, le règlement de fonctionnement, la durée et l'objectif de la prise en soin, et les modalités de financement. Un avenant est ajouté dans les mois qui suivent l'admission, afin de préciser le projet de soin individualisé ainsi que le projet de vie du résident. Ces projets sont réalisés avec le résident, accompagné de sa personne de confiance, et tendent à respecter au mieux ses habitudes, désirs et volontés tout en tenant compte des limites institutionnelles. Ils sont personnalisés et évolutifs dans le temps. Ils sont également gages de qualité et du respect de l'individu.

Tout cela est concrétisé avec l'aide d'une équipe pluridisciplinaire. Tout d'abord, l'équipe de direction se compose du directeur d'établissement, du médecin coordinateur et de l'infirmière référente/coordinatrice. Ce trio a pour seul objectif commun : le bien-être du résident. Chacun œuvre dans son domaine d'expertise afin d'atteindre ce but, en apportant des informations, des solutions.

-Le directeur d'établissement «doit être en capacité de poser, comprendre, analyser et apporter des solutions conformes au projet d'établissement qu'il pilote en tenant compte des contraintes réglementaires et budgétaires⁹». Il est le chef d'orchestre de l'établissement. Cependant, il ne possède pas l'expertise dans tous les domaines, notamment celui de la santé. Il reçoit donc des avis de divers collaborateurs et se doit d'avoir la vision la plus holistique possible afin de rester efficace. Son champ de compétence est réglementé par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, auquel s'est greffé le décret 2007-221 du 19 février 2007.

⁹ <https://www.francecompetences.fr/recherche/rncp/34683/>

Il repose sur 4 grands piliers : la mise en œuvre du projet d'établissement, la gestion des ressources humaines, la gestion financière/budgétaire et le développement avec les institutions et intervenants extérieurs.

-Le médecin coordonnateur a une relation étroite avec le directeur d'établissement. Il est son conseiller, notamment au moment de l'admission des nouveaux résidents. L'offre de soins proposée par la structure doit répondre aux besoins des futurs résidents, malgré son ETP aléatoire selon les établissements. Le médecin coordinateur est le garant des bonnes pratiques gériatriques, qu'il doit partager avec l'équipe soignante, ainsi que ses collaborateurs

externes évoluant au sein de la structure. Il participe alors à la politique de formation de l'équipe, et «contribue à la bonne adaptation des prescriptions aux impératifs gériatriques⁹». Son expertise gérontologique, les observations et remarques de l'équipe soignante sont formalisées dans le dossier médical. Ce travail pluridisciplinaire permet aussi l'écriture du rapport d'activité médical annuel, le RAMA. Afin de compléter ce dernier de manière objective, divers outils comme la grille AGGIR ou encore le PATHOS sont utilisés. Ils permettent d'évaluer l'autonomie et le degré ce qui détermine la prise en charge médicale nécessaire pour le résident. Au niveau collectif, une vision globale du niveau de soins indispensable pour les résidents qui sont atteints de polyopathologies est ainsi possible.

- **L'infirmière référente/coordinatrice** fait partie intégrante de l'équipe de direction. L'absence de référentiel-métier implique que l'IDEC peut avoir des fonctions diverses selon l'établissement dans lequel elle évolue. Cependant, en EHPAD, elle occupe une place stratégique qui lui permet de faire le relai entre les équipes soignantes et la direction. En effet, elle fait remonter la réalité, les problématiques quotidiennes à la direction. A l'inverse, la direction via l'IDEC fait redescendre les décisions, les projets à mettre en œuvre. Elle se positionne comme le manager de proximité. L'IDEC occupe différentes fonctions : celle de manager qui doit avoir de réelles capacités organisationnelles, celle d'un pilote de projet où elle doit encadrer et diriger l'équipe soignante vers un but commun, et celle de soignante avec son expertise d'infirmière évoluant en milieu gériatrique.

⁹ <https://www.anfh.fr/actualites/medecin-coordonnateur-en-ehpad>

Ces différentes casquettes font de l'IDEC une référence pour l'équipe soignante, le trio de direction et pour les familles des résidents.

Au trio, vient se greffer l'équipe soignante qui intervient de manière permanente auprès du résident. Elle se compose des infirmiers, des aides-soignants, des assistants de soins en gérontologie ou encore des accompagnants éducatifs et sociaux. De manière générale, ils réalisent les soins de bien-être et de confort, et des soins plus techniques pour les IDE. Au-delà des soins d'hygiène, ils ont pour objectif d'éveiller, stimuler les personnes âgées.

Pour les aider à atteindre ces objectifs, l'équipe est complétée par les soignants qui interviennent de manière ponctuelle. On y retrouve un psychologue, un kinésithérapeute, un

ergothérapeute, un psychomotricien, ainsi qu'un professeur d'activité physique adaptée. L'ensemble de ces professionnels gravitant autour du résident apportent chacun une expertise dans leur domaine. Différents points de vue sont exploités, et une fois conjugués, permettent d'atteindre une prise en soin de qualité.

Cette prise en soin de qualité est synonyme de prise en charge globale. L'EHPAD n'a pas uniquement une mission de soin. Elle prodigue aussi les prestations dites d'hôtellerie. L'hébergement, la gestion du linge, et la restauration sont des critères à prendre en compte dans le bien-être du résident. Le divertissement est quant à lui pris en charge par l'animateur qui propose des activités non médicales. Celles-ci stimulent les résidents (lecture, jeux de société, sorties, etc.).

En conclusion, l'EHPAD est une structure d'accueil et d'échange social. Un lieu de vie adapté pour répondre au mieux à tous les besoins de la vie quotidienne des personnes âgées isolées ou fragiles, atteintes pour la plupart de polypathologies. Des pathologies qui, inéluctablement, un jour, décompensent. Pour anticiper la prise en charge, qui se veut globale et complète, nous devons donc prévoir l'urgence. Cependant cette structure a ses limites, notamment dans la prise en charge de la phase aiguë, autrement dit les situations d'urgence relative. L'EHPAD doit alors user de stratégies afin de trouver les solutions les plus adaptées pour le résident.

11

IV. L'URGENCE

En situation d'urgence, c'est l'infirmière coordinatrice et le médecin coordonnateur avec l'équipe paramédicale qui se trouvent en première ligne. Chacun des intervenants ont, à différents niveaux, un rôle à jouer et des actions à mettre en place. Nous nous concentrerons principalement sur le rôle que doit jouer l'IDEC dans les situations d'urgence. L'IDEC n'étant pas toujours présente à ce moment-là, elle a un rôle à mener en amont de cette situation. Penser et organiser les prises en soin d'urgence, percevoir les situations à risques, accompagner les équipes paramédicales, réévaluer les prises en charge et les ajuster si nécessaire.

1- Définition de l'urgence

Selon le dictionnaire de l'Académie de médecine, il existe plusieurs types d'urgence :

- **L'«urgence absolue»**, correspondant à une situation de détresse vitale, un risque de mort imminent de la personne. Par exemple, en cas d'oedème aigu pulmonaire, de fausse route avec pneumopathie massive, infarctus, accident vasculaire cérébral, état de mal convulsif. L'appel au SAMU est strictement indispensable, ou un transfert aux urgences si un médecin est déjà présent dans la structure.

- **L'«extrême urgence»** (urgence immédiate) évoluant très vite vers l'urgence absolue. La personne est souvent intransportable. Dans ce cas précis, la personne est prise en charge sur place, le temps que son état de santé soit stabilisé pour un transfert éventuel vers les services d'urgence.

-**L'«urgence relative»** qui est un problème médical sans risque vital immédiat. Nous pouvons la découper en trois parties :

- la “première urgence” : résident en état grave mais ventilation spontanée efficace, patient à transporter allongé.

- la “deuxième urgence” : la conscience conservée, hémorragie stoppée, résident à transporter allongé.

12

- la “troisième urgence” : éclopés, blessures minimes, le résident pouvant être transporté assis.

Le soignant contacte alors immédiatement le médecin traitant afin qu'il adapte la prise en charge, ou applique les protocoles préétablis. Afin de gérer au mieux ces urgences relatives, il est nécessaire de définir à l'avance les risques de décompensation chez le résident présentant des comorbidités. Certaines urgences relatives sont assez courantes en EHPAD : fractures, plaies à suturer et/ou hématome lors de chutes, crises d'épilepsie, suite de fausses routes, etc.

-**L'«urgence potentielle»** nécessitant seulement une surveillance attentive des soignants. Dans ce cas présent, il est indispensable de prévoir en amont le protocole à mettre en place s'il y a

décompensation, de réfléchir au rapport bénéfice/risque du transfert, et de connaître l'avis du résident et son entourage.

Il existe également de “**fausses urgences**”, dues à l'angoisse de l'aide-soignant de nuit, du nouveau soignant, ou encore de la famille. Pour les éliminer, le soignant doit transmettre au médecin des données objectives, et non subjectives : paramètres vitaux, observation de l'état général, douleur, antécédents, etc. Pour cela, il existe une grille de transmissions (cf annexe n°1) où sont mentionnés ces différents critères. Elle canalise ainsi le flux d'informations transmises au service d'urgence, pour se concentrer uniquement sur les données essentielles à la prise en charge de la situation d'urgence.

2- La personne âgée et les services d'urgence hospitaliers

Les hospitalisations des personnes âgées comportent des risques à cause de leurs fragilités physiques, psychiques et/ou socio-économiques. Ces personnes âgées sont plus dépendantes et généralement polyopathologiques. En effet, la population âgée de plus de 75 ans est la population la plus concernée par le recours aux urgences. « 56% d'entre elles sont hospitalisées contre 15% des personnes âgées de 15 à 74 ans¹⁰ ».

¹⁰ [http://dossier_de_liaisonurgence_domicile_dlu_dom_note_de_cadrage\[3533\].pdf](http://dossier_de_liaisonurgence_domicile_dlu_dom_note_de_cadrage[3533].pdf)

Selon la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, les motifs de recours aux urgences chez les plus de 75 ans sont : 25% des traumatismes, 17% de problèmes cardio-vasculaires, 12% des motifs généraux ou divers (altération de l'état général, asthénie, sutures...). La durée du passage aux urgences est également plus longue. « 23% des personnes de plus de 75 ans passent plus de 8 heures aux urgences contre 10% des 15-74 ans . Un passage prolongé aux urgences supérieur à 10 heures augmente le risque de syndrome confusionnel secondaire de plus de 2 fois ¹¹».

Ajoutée à cela, l'hospitalisation prolongée chez la personne âgée peut être un facteur d'aggravation de son état de santé. «L'incidence de la dépendance liée à l'hospitalisation varie entre 30 et 60% chez les personnes âgées de 70 ans et plus (marche, soins d'hygiène) et augmente jusqu'à 50 % chez les sujets âgés de 85 ans et plus ¹²». L'hôpital induit une perte

d'autonomie chez la personne âgée : on peut parler d'une perte d'autonomie iatrogène. «Après une sortie d'hospitalisation, seuls 50% des patients récupèrent leur état fonctionnel de base, 33% dans les 6 mois après leur sortie et 14% en 1 an¹³». On constate également «une augmentation des 3 indicateurs de fragilité : les chutes (+ 5 %), la dénutrition (+ 14 %) et les contentions (+ 23 %)»¹⁴. D'après l'HAS, plus de 30% d'hospitalisations pourraient être évitables. Pourtant, «18,2% des séjours sont suivis d'une ré-hospitalisation à 30 jours à partir de 75 ans ¹⁵».

En résumé, l'avancée en âge implique la multiplicité des pathologies du fait du vieillissement physiologique du corps. Des pathologies aiguës viennent se greffer aux pathologies chroniques. Les passages réguliers vers les services d'urgences engendrent des décompensations, notamment au niveau cognitif. Quant aux hospitalisations prolongées, elles sont également susceptibles d'être délétères, au niveau autonomie pour les personnes âgées. Des fragilités s'installent durablement.

¹¹ [http://dossier_de_liaisonurgence_domicile_dlu_dom_note_de_cadrage\[3533\].pdf](http://dossier_de_liaisonurgence_domicile_dlu_dom_note_de_cadrage[3533].pdf)

¹² https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_atelier_10_hopital_et_personne_agee

¹³ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_atelier_10_hopital_et_personne_agee

¹⁴ Dr LABOURÉE, Florian. Urgences en EHPAD. Hôpital Broca. 15/06/19

¹⁵ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_atelier_10_hopital_et_personne_agee

Les personnes âgées présentent alors des difficultés à récupérer leur état de santé antérieur. Ce schéma itératif peut s'illustrer à travers le modèle du 1 + 2 + 3 du Docteur Jean-Pierre Bouchon (cf annexe n°2), qui met en exergue le syndrome de fragilité. Ce dernier se caractérise par une fréquence répétée d'états aigus dans un contexte de décompensation fonctionnelle physiologique ou de pathologies chroniques. Il provoque donc une diminution progressive de la capacité de réserve des personnes âgées qui peinent à retrouver leur état de santé de base.

Ces constats mettent en lumière différents enjeux : repenser l'organisation hospitalière pour qu'elle puisse s'adapter aux personnes âgées, promouvoir la médecine de proximité pour éviter autant que possible le passage par le service d'urgence. Nous nous sommes interrogées sur les alternatives envisageables pour faire en sorte que ces 30% d'hospitalisations évitables le soient réellement.

3- Les alternatives à l'hospitalisation

Face à cette situation, il a fallu trouver plusieurs moyens afin d'éviter des transferts évitables pour les situations d'urgences relatives, c'est-à-dire en cas d'aggravation progressive de la pathologie, tout en conservant la sécurité et la qualité des soins. Qu'est-il possible de mettre en place?

L'anticipation et l'organisation sont les maîtres-mots des transferts aux urgences évitables. Pour que cela puisse être réalisable, il faut avoir une *bonne connaissance du résident*. Celle-ci passe par un recueil de données dès l'entrée de ce dernier dans l'établissement. Une retranscription des données recueillies sur le dossier informatique est tout aussi importante, elle permet de réaliser le projet de vie individualisé pour le résident. Ce dernier a pour objet la qualité de vie ainsi que le bien-être du résident. Ainsi, un ensemble d'objectifs sont fixés avec le résident, en fonction de ses attentes, ses souhaits, en respectant son histoire de vie, en prenant en compte son parcours de soins et ses antécédents. C'est une démarche transversale qui résulte d'évaluations diverses réalisées par différents professionnels. Toutes les facettes de la personne âgée seront donc prises en considération. De cela émerge des objectifs qui sont validés par le médecin coordonnateur et l'IDEC puis formalisés sous la forme d'un contrat.

15

Il fait l'objet d'un suivi régulier via un soignant référent et d'une réévaluation annuelle.

Tout cela est regroupé dans le dossier de soin qui doit pouvoir illustrer à la perfection l'état de santé passé et actuel, ainsi que les souhaits futurs du résident. Dans les situations d'urgence, savoir si le patient souhaite ou non poursuivre les soins médicaux permet aux soignants de prendre des décisions adaptées, respectant les réelles volontés du résident. Cela peut être retranscrit sous la forme de *directives anticipées*. Ces desideratas doivent être connus de tous et facilement accessibles.

Ajoutons à cela *les discussions pluridisciplinaires*, dont l'IDEC ou le médecin coordonnateur sont les instigateurs. Ces réunions sont nécessaires quand on observe une modification de l'état de santé du patient, lorsque la prise en charge devient complexe. Le projet de soins initial est alors remis à jour, réévalué. Plusieurs corps de métiers sont représentés et donnent leur expertise sur le cas présenté : ergothérapeute, kinésithérapeute, psychomotricien, psychologue, IDE, AS, et idéalement médecin traitant. Suite à cela, une

décision collégiale est prise, et elle permet à l'équipe soignante de se positionner et donner un avis en prenant en compte le patient dans sa globalité. L'opinion de l'équipe est soumise au patient et à sa famille avec pour unique intention de les conseiller. Ces réunions permettent de statuer sur le devenir du patient et ainsi appréhender au mieux les éventuelles décompensations. Les transferts intempestifs vers les services d'urgence sont ainsi encadrés et limités dans le cadre de la prise en charge de la fin de vie.

Face à ces cas complexes, où la prise de décision peut devenir délicate, l'utilisation d'*outils* aidant la prise de décision est possible.

A) La célèbre *grille de questionnement éthique du Dr Renée SEBAG-LANOË*, est une méthode de prise de décision d'intervention médicale composée de 10 questions (cf annexe n°3). Ces questions respectent un contexte éthique et évitent l'acharnement des soins et l'obstination déraisonnable. La balance bénéfice-risque est mise au premier plan et respecte l'avis du patient et de son entourage.

B) La mise en place de *protocoles* est également une méthode efficace tendant à anticiper le plus possible des situations dites problématiques, par leur fréquence ou leur gravité éventuelle. Ils sont élaborés par le médecin coordinateur, conjointement avec l'équipe soignante. L'IDEC veille à ce qu'ils soient connus et accessibles à tous les soignants.

16

Les protocoles donnent la méthode à suivre dans une situation bien précise. Cela permet d'uniformiser les prises en soin. Ils offrent la possibilité d'élargir le champ d'action des soignants dans le respect d'un cadre précis. Ils donnent une certaine autonomie en l'absence de médecins. Cela permet de répertorier les situations d'urgences les plus fréquemment rencontrées et de mettre en place une ligne de conduite afin de gérer au mieux l'évènement.

C) Associé au protocole, la mise en place d'un *document d'aide décisionnelle en situation d'urgence* a été créé par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, aidée des réseaux d'urgence. Ce document se présente sous la forme d'un livret qui permet en fonction de l'urgence et du profil du patient de prendre la décision la plus adaptée. Un logigramme (cf annexe n°4) adapté permet la prise de décision rapide. Il existe également une grille répertoriant l'ensemble des données à transmettre au SAMU (cf annexe n°1). La perte d'information dûe au stress est ainsi en partie évitée, les informations transmises sont claires et totalement objectivées. Ce document peut révéler toute son utilité pour les équipes de nuit, notamment pour les aides-soignants, qui

se retrouvent seuls face aux urgences. L'absence d'infirmière dans certains EHPAD la nuit multiplie les recours non pertinents au transfert vers les urgences hospitalières.

D) Au regard de cette problématique, l'ARS a mis en place un dispositif d'essai entre les EHPAD volontaires, et ceci dans différents départements. Le principe de ce dispositif est la **mutualisation d'une infirmière de nuit** sur plusieurs établissements du même secteur. L'infirmière passe alors dans chaque établissement afin de poursuivre la prise en soins des résidents se trouvant dans une situation fragile, sensible qui nécessitent des soins techniques ou une surveillance un peu plus complexe. L'infirmière peut également être sollicitée pour un avis dans les situations d'urgence relative. Cette astreinte infirmière permet d'une part de répondre à un besoin de manière adaptée, et d'autre part de gérer au mieux les situations imprévues tout en restant efficace. Ce dispositif est l'exemple même de la réussite d'une mutualisation des moyens entre établissements.

E) Ce qui nous amène vers l'importance de la création de **réseaux** et de **partenariats**. Les EHPAD sont des lieux de vie occupés par des personnes âgées dont l'état de santé est de plus en plus précaire. Les limites évoquées précédemment obligent, en quelque sorte, les établissements à mettre en place des collaborations avec des établissements de santé extérieurs afin que la prise en soin soit la plus complète et coordonnée possible.

17

Le but étant de réunir toutes les ressources et les compétences possibles qui pourraient être nécessaires pour le bien-être du résident et de son entourage. Chaque partenaire doit y trouver son intérêt et partager une vision similaire de la prise en charge. Des objectifs clairs, une confiance réciproque, ainsi qu'une bonne communication sont les clés d'un travail d'équipe de qualité.

En ce qui concerne la gestion des urgences relatives, un partenariat avec des centres hospitaliers peut avoir un grand intérêt. En effet, l'hôpital s'est diversifié et propose différents services en interne ou en externe, avec les équipes mobiles. Le passage par les urgences n'est pas une obligation, le médecin traitant peut s'arranger directement avec le médecin hospitalier afin de programmer l'hospitalisation. Le transfert du résident est alors réalisé directement dans le service de soin adapté. L'hospitalisation dite traditionnelle n'est plus l'unique solution. **L'hôpital de jour** permet de bénéficier du plateau technique et d'avis spécialisés sur une ou plusieurs journées. Un bilan est donc réalisé sans hospitalisation et avant l'aggravation de l'état de santé.

Par ailleurs, l'utilisation des nouvelles technologies telles que la *télé médecine* limite les déplacements des résidents en annulant la problématique de la distance. L'accès au médecin, spécialiste ou non, est facilité. Les observations médicales sont données à distance et cela fonctionne tout autant, comme la crise sanitaire nous l'a prouvé récemment.

Les services proposés à l'hôpital peuvent être également extériorisés à la structure et venir à la rencontre des malades. Cela s'illustre par l'intervention de l'*hospitalisation à domicile (HAD)* qui est une forme d'hospitalisation se situant au domicile, donc dans notre cas à l'EHPAD. Le but étant de réduire ou d'éviter une hospitalisation avec hébergement. L'intervention de l'HAD se base principalement sur la réalisation de soins techniques spécifiques, autres que ceux réalisés par les soignants de l'EHPAD. Ces soins se distinguent par leur complexité, leur fréquence et leur durée.

De manière plus spécifique, les *équipes mobiles de gériatrie extra-hospitalière (EMGE)* conseillent et forment les équipes soignantes dans le cadre de situations gériatriques complexes. Elles dispensent une évaluation gériatrique qui vise à adapter le diagnostic et/ou les thérapeutiques. Au-delà de leurs missions d'expertise, l'EMGE a une mission de coordination. Celle-ci tend à développer les partenariats entre les différentes structures et propose la mise en relation entre les différents acteurs sur un même territoire.

18

Associé à cela, l'*équipe mobile de soins palliatifs (EMSP)*, rattachée à un établissement de santé, est constituée d'une équipe pluridisciplinaire ayant pour principale mission de partager et développer la démarche de soins palliative. Les soignants des EMSP n'effectuent pas de soins à proprement parler, mais interviennent auprès des soignants afin de les soutenir, les conseiller sur la prise en soin. Ils effectuent un bilan au lit du malade, mais la responsabilité des soins revient au médecin référent du résident.

Depuis peu, le suivi des pathologies chroniques peut être réalisé par des **professionnels paramédicaux formés**. Créé en 2004, l'intervention d'infirmière d'Action de Santé Libérale en Équipe (ASALE) propose un accompagnement individuel. Il se caractérise en majorité par de l'éducation thérapeutique, des dépistages et un suivi spécifique de certaines pathologies chroniques telles que le diabète, la BPCO, l'insuffisance cardiaque ou encore les démences. Dans le cadre d'un protocole de coopération délivré par l'ARS, l'infirmière intervient en complément de la prise en soin médicale. Ce dispositif permet une intervention plus rapide et

un suivi plus régulier, ce qui permet d'éviter et d'anticiper les décompensations de maladies chroniques.

Dans le même ordre d'idée, depuis 2018 a été mise en place une nouvelle profession: *l'infirmière de pratique avancée*, ou *IPA*. L'IPA a un champ de compétences plus étendu qu'une IDE, dans un domaine bien précis. Cependant, elle ne se substitue pas au médecin mais le complète. Elle a la possibilité d'intervenir dans différents domaines : « l'orientation, l'éducation, la prévention, le dépistage, les actes d'évaluation, les actes techniques ou de surveillance clinique¹⁶ ». Évoluant dans une équipe coordonnée par un médecin, elle accompagne les patients atteints de pathologies chroniques, dont la maladie d'Alzheimer et autres démences. L'IPA s'inscrit donc parfaitement dans la démarche de création de partenariats avec les EHPAD.

Ajoutons aux partenaires, **les réseaux de santé**, qui sont composés d'une équipe pluridisciplinaire sanitaire et sociale. Ils ont pour objectif de « favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge ¹⁷ » lors de situations

¹⁶<https://www.apmsl.fr/page/profession-infirmier-pratique-avancee-ipa/>

¹⁷<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-reseaux-de-sante>

dite complexes. Avec leur expertise dans une pathologie précise, ce sont de réels supports d'informations. Ils apportent une vision, des contacts complémentaires et enrichissent la prise en soin. Ce sont d'authentiques professionnels de proximité qui sont répartis sur l'ensemble du territoire.

Par exemple, le réseau groupement des réseaux yvelines nord (GRYN) qui est un réseau tri-thématique : la cancérologie, la gérontologie et les soins palliatifs. Sollicités par le médecin traitant ou le médecin coordinateur, ces différents acteurs interviennent lors de situations complexes qui nécessitent des avis variés. Ces échanges avec des services spécialisés sont de réels soutiens pour les EHPAD qui n'agissent plus en vase clos, mais s'ouvrent vers l'extérieur. L'usage de ces différents services tend à modifier et améliorer le schéma du parcours de soin, en simplifiant ces étapes. La connaissance de l'existence de ces structures et services est intéressante, et donne toutes ses chances au résident. Il faut garder en vue, l'objectif principal qui est de retarder et d'éviter le plus possible les transferts vers les urgences. Cet objectif ne

peut être atteint que par la mise en place d'un management intégrant au quotidien une démarche qualité dans les soins.

V. L'IDEC ET LE MANAGEMENT

Issu du mot anglais "management", provenant du verbe "to manage" qui signifie "diriger", le management se définit comme un «ensemble des techniques de direction, d'organisation et de gestion de l'entreprise¹⁸». En effet, l'IDEC, se positionnant comme le manager de proximité, doit être en capacité de piloter et orchestrer une équipe soignante. Le mode de management est à adapter aux différents profils des membres de l'équipe. L'objectif est d'accompagner de manière spécifique chaque soignant afin d'amener l'équipe vers le plus haut degré d'autonomie. Pour ce faire, l'IDEC doit mutualiser les moyens humains, matériels et organisationnels afin de garantir aux soignants des conditions de travail optimales. Ces derniers sont à associer aux connaissances, et à l'évolution des méthodes de soins qui sont en perpétuelle évolution.

¹⁷<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-reseaux-de-sante>

¹⁸ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/management/49022>

L'actualisation des connaissances reste primordiale pour fournir aux résidents les meilleurs soins possibles.

L'idée de la formation continue est notifiée dans le décret n°2004-802, stipulant que « pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles ¹⁹».

La formation associée à différents outils est donc mise au service de la gestion des situations d'urgence.

1-Formations existantes

En EHPAD, c'est à l'infirmière coordinatrice de veiller à la formation des soignants. Elle dispose d'un catalogue de formations et d'un budget, validé par la direction de

l'établissement, et peut ainsi former les agents qui le souhaitent. Ces programmes de formation sont assez variés et répondent pour la plupart à un même objectif : améliorer la prise en soin. Ils portent généralement sur les fondamentaux, la culture gériatrique associée aux maladies neurodégénératives du sujet âgé avec les techniques et les soins adaptés, mais aussi sur la nutrition, l'hygiène et la sécurité avec la gestion des situations à risques. Des formations sur l'animation ou le bien-être sont également proposées.

En ce qui concerne les situations d'urgence, le Ministère de la Santé a créé un arrêté le 3 mars 2006 et le 30 décembre 2014 concernant l'Attestation de Formation en Gestes et Soins d'Urgence (AFGSU) pour les personnels des établissements de santé. Cette attestation se divise en 3 niveaux :

-l'AFGSU de niveau 1 : s'adresse à tous les personnels des établissements de santé. En EHPAD, ce niveau concerne les personnels administratifs (secrétaires, RH), les services généraux et techniques (personnel de cuisine, agent d'entretien...), les personnels soignants (ASH). Il se compose de trois modules d'une durée totale de quatorze heures permettant d'acquérir les connaissances théoriques et pratiques dans le cadre de la prise en charge d'une situation d'urgence vitale, potentielle ou collective en attendant l'arrivée de l'équipe médicale. Sa validité est de quatre ans.

¹⁹ Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V : ANNEXE

-l'AFGSU de niveau 2 : s'adresse aux professionnels de santé inscrits dans la quatrième partie du code de la santé publique. En EHPAD, ce niveau concerne le médecin coordonnateur et les médecins traitants intervenants, les infirmières, les aides soignants, les aides médico-psychologiques ainsi que tous les intervenants médicaux ou paramédicaux (masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeute, psychomotricien, diététicienne,...). Il se compose de trois modules d'une durée totale de vingt-et-une heures (niveau 1 compris), permettant d'acquérir les connaissances nécessaires du niveau 1 et y intègre l'utilisation des techniques non invasives en attendant l'arrivée de l'équipe médicale. Sa validité est de quatre ans.

-l'attestation de formation spécialisée aux gestes et soins d'urgence en situation sanitaire exceptionnelle: s'adresse aux professionnels de santé pré-hospitaliers ou hospitaliers. En EHPAD, nous ne sommes pas concernés par ce niveau de formation. Celle-ci est devenue obligatoire pour certaines professions de santé et fait partie du cursus de nombreuses formations

médicales et paramédicales. Mais pour l'heure, aucune obligation légale n'est faite pour le personnel en exercice et ayant obtenu son diplôme avant la création du texte de loi.

De manière informelle et totalement facultative, des simulations d'urgence ou encore des mises en situation peuvent être mises en place dans certains EHPAD sous la forme de jeu de rôle. Par exemple, demander à une ASH de localiser le chariot d'urgence, simuler l'appel au SAMU par une AS ou IDE, ou encore effectuer la manœuvre de Heimlich. Ces exercices effectués régulièrement permettent ainsi de s'entraîner et d'améliorer la coordination entre les différents acteurs, ceux-ci se retrouvant avec un rôle défini à jouer.

Durant ces formations mêlant théorie et pratique, l'appel au SAMU, l'utilisation de matériel d'urgence ainsi que le massage cardiaque sont mis en avant afin que les soignants se familiarisent à nouveau avec les gestes d'urgence.

2- Le chariot d'urgence

Le chariot d'urgence (ou sac ou encore trousse) (cf Annexe n°5) est un équipement destiné à contenir tout le matériel indispensable pour prendre en charge efficacement un patient lors d'une situation critique.

22

A l'heure actuelle, il n'existe aucun texte législatif et réglementaire en matière de chariot, de valise, de sac d'urgence pour les établissements de santé et les structures médico-sociales, bien que dans le cadre des EHPAD, leur présence soit obligatoire. Il existe néanmoins une législation concernant le rôle de l'infirmier en situation d'urgence. En l'absence du médecin, l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant l'intervention médicale, comme le précise le décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique :

-Article R. 4311-9 : « *L'infirmier ou l'infirmière est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment²⁰».*

-Article R4312-29 : « *L'infirmier ou l'infirmière applique et respecte la prescription médicale écrite, datée et signée par le médecin prescripteur, ainsi que les protocoles thérapeutiques et*

de soins d'urgence que celui-ci a déterminés. Il vérifie et respecte la date de péremption et le mode d'emploi des produits ou matériels qu'il utilise²¹».

- Article R4311-14 : *« En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin...²²».*

Article R4311-14 : *« Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient²³ ».*

La gestion de la situation d'urgence est du domaine de compétences de l'infirmière et sous sa responsabilité.

20 <http://legifrance.gouv.fr>

21 <http://legifrance.gouv.fr>

22 <http://legifrance.gouv.fr>

23 <http://legifrance.gouv.fr>

L'IDE veille à ce que toutes les mesures mises en place (entretien, nettoyage et vérification du chariot d'urgence) soient respectées. Son lieu et contenu doit être connu de tous. Son emplacement est invariable et accessible. Il ne doit servir qu'à l'urgence vitale et est scellé.

- Vérification du chariot: Le chariot d'urgence est entretenu selon les normes d'hygiène en milieu médical. Sa vérification et son contenu sont réalisés une fois par mois selon le protocole de l'EHPAD. Chaque utilisation du chariot est suivie d'une nouvelle vérification complète et de la commande du matériel si nécessaire. Il s'agit d'un inventaire, sous forme de check-list qui doit être daté et signé, puis rangé dans un classeur restant sur le chariot d'urgence. L'IDEC organise les vérifications grâce au planning et vérifie qu'elles ont bien été effectuées.

- Composition du chariot: La société française des infirmiers anesthésistes propose une organisation du chariot et de ses tiroirs standardisés «ABC ». C'est un système américain

du Basic Life support (qui est l'ensemble des actions mise en place pour maintenir la respiration et la circulation de la victime et donc de traiter en premier ce qui tue).

Par exemple:

Tiroir 1 A= AIRWAY = Assurer la liberté des voies aériennes
Tiroir 2 B= BREATHING = Rétablir une ventilation efficace
Tiroir 3 C= CIRCULATION = Rétablir une circulation tissulaire
Tiroir 4 D= DRUGS = Drogues de réanimation
Tiroir 5 E= ECG = Contrôler l'activité cardiaque et l'efficacité du MCE
Tiroir 6 (si existant) F=FIBRILLATION = Palier aux troubles de la conduction par le DSA (défibrillateur semi-automatique).

Une fois le patient stabilisé, il faut le transférer vers un centre hospitalier. Ce dernier ne possède pas d'informations sur le patient. Il est donc nécessaire de fournir un document qui regroupe l'intégralité des informations utiles pour la bonne suite de la prise en soins.

3- Le dossier de liaison d'urgence

Le dossier de liaison d'urgence (DLU) permet d'améliorer le transfert d'informations nécessaires à la prise en charge d'un résident par une équipe médicale en EHPAD ou lors

24

d'un transfert en service d'urgences. Il a pour objectif de renforcer la sécurité des informations, la continuité et la qualité des soins lors des situations d'urgence et d'éviter les hospitalisations inappropriées. Une version de ce DLU a été réalisée par l'HAS et l'ANESM.

Le DLU doit être constitué pour chaque résident. Ce dossier doit être accessible à tout moment, par toute personne amenée à gérer une situation d'urgence. Il est remis à l'équipe médicale présente sur place ou le transmet à la personne chargée du transfert du résident, pour le transmettre au service d'accueil des urgences. Ce DLU est créé par le médecin traitant ou coordonnateur, vérifié et mis à jour régulièrement par l'infirmière référente ou l'IDEC, dans l'idéal à chaque modification de l'état de santé du résident.

Il comprend :

-Le document de liaison d'urgence : il indique l'identité du résident, les coordonnées de la personne à prévenir, son médecin traitant, les pathologies, les antécédents médicaux et chirurgicaux, les allergies, les directives anticipées.

Une liste de documents est jointe avec l'attestation de la carte vitale, mutuelle, la grille AGGIR, la dernière ordonnance de traitements, le dernier bilan biologique, le dernier compte-rendu d'hospitalisation par exemple.

-La fiche de liaison d'urgence (cf Annexe n°6) :

- **au recto** : le document de transfert de l'EHPAD vers le service d'urgence : contient les informations en rapport avec la situation d'urgence du jour. Il est rempli par le soignant à ce moment-là.

- **au verso** : le document de transfert du service d'urgence vers l'EHPAD en cas de retour : contient les informations utiles à la continuité des soins. Cette partie est remplie par l'infirmière des urgences après la validation de sortie par le médecin. Il est accompagné d'une copie du dossier des urgences et d'autres documents comme des radiographies, ordonnances...

25

VI- ENQUÊTE

A travers la réalisation de cette enquête, nous avons souhaité faire le point sur la gestion de l'urgence par les IDEC et les IDE en EHPAD. Nous avons donc choisi de réaliser un questionnaire comportant majoritairement des questions courtes et fermées. Certaines questions nécessitaient plus de précision. Nous avons donc proposé la rédaction de réponses courtes. Sur trente-sept établissements démarchés, nous avons recueilli vingt-cinq réponses.

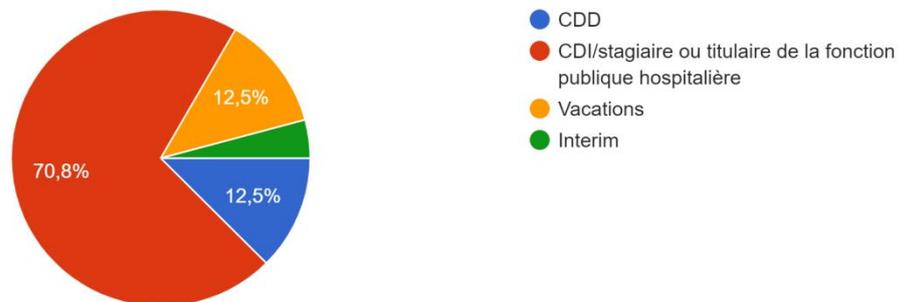
De plus, il nous a semblé utile et complémentaire d'avoir l'avis des professionnels en dehors des EHPAD. Nous avons donc réalisé un second questionnaire à l'attention des IDE des services d'urgence accueillant les résidents. La méthodologie utilisée pour ce questionnaire est identique. Nous avons obtenu dix-neuf questionnaires sur sept services interrogés.

1- Questionnaire adressé aux IDE et IDEC en EHPAD (cf Annexe 7)

75% des personnes interrogées sont IDE, 25% IDEC ou IDER. L'année de diplôme fluctue entre 1992 et 2019, ainsi que la durée de travail dans l'établissement (de 2 mois à 15 ans). 83,3% travaillent dans un EHPAD privé.

Le nombre de résidents varie énormément : de 20 à 200, la majorité se situant à 70, 80 et 110.

3- Quel est votre statut?
24 réponses



26

Ces différences sont une richesse pour notre analyse. En effet, elles permettent d'avoir un échantillon, petit certes, mais varié par leur situation (ancien salarié aguerri, jeune diplômé, nouveau soignant) et par la charge de travail lié au nombre de résidents.

A- les directives anticipées

En grande majorité (75%), les IDE ont répondu non, elles ne sont pas remplies systématiquement dans les semaines suivant l'entrée du résident, ni mises à jour (83,3%) à chaque changement de l'état de santé du résident, ni encore revues annuellement (62,5%).

Néanmoins, 83,3% ont répondu que les directives étaient inscrites dans le logiciel de l'établissement.

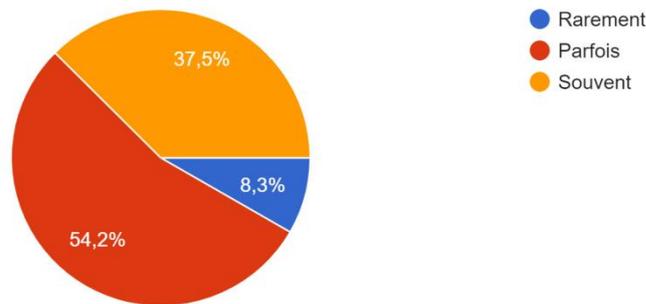
B- Le dossier de liaison d'urgence

75% des IDE remplissent systématiquement le DLU à l'entrée du résident. Mais seules 33,3% l'actualisent à chaque changement d'état de santé et 45,8% le mettent à jour chaque

année. Les logiciels informatiques étant maintenant omniprésents, 87,5% des IDE ont dit que le DLU était inscrit dans le logiciel, et seulement 37,5% dans le dossier papier.

C- L'urgence et les ressentis des soignants

1- Etes-vous confronté à des situations d'urgence:
24 réponses



75% des IDE interrogés se sentent à l'aise lors des situations d'urgence. Quant aux personnes ayant répondu par la négative, elles ont expliqué leur réponse par différentes raisons :

- jeune diplômée, seule sur le terrain
- seule IDE sur la structure : manque de personnel (et en cas de problème, c'est tout

27

l'EHPAD qui attend)

- par rapport à la volonté du patient et la pertinence de la décision (notamment une hospitalisation)
- Manque d'information sur la prise en charge d'urgence (savoir quand il faut agir ou non, le faire assez rapidement et complètement -> réactivité, initiative infirmière).

D- Les protocoles

La majorité (52,2%) des établissements interrogés ont un classeur de protocoles, rangé de façon visible et accessible (66,7%). 43,5% n'ont pas de protocole d'urgence, ce qui expliquerait la difficulté de certains soignants (IDE ou AS) à gérer l'urgence.

La moitié des IDE ne savent pas si le médecin coordonnateur revoit ces protocoles chaque année, et l'autre moitié répond par la négative.

E- La formation

Un peu plus de la moitié (54,2%) des IDE ont leur AFGSU à jour. 75% des IDEC ont la possibilité de proposer le renouvellement aux soignants. Celles qui ne le peuvent pas ont invoqué le manque de budget et de remplacements. 71,4% ne vérifient pas l'actualisation de l'AFGSU des nouveaux soignants, ou des anciens.

54,5% des IDEC peuvent former les soignants de nuit spécifiquement : formation DAE, protocole d'urgence, petite formation en interne sur la gestion de l'urgence (protocole, matériel, etc). Un EHPAD est en train d'étudier une fiche de protocoles pour la prise en charge de l'urgence : appel au 15 avec informations à transmettre.

Dans une autre structure, il existe une astreinte infirmière de l'HAD. Ce partenariat doit être efficace pour rassurer, aider le soignant de nuit, et ainsi éviter les hospitalisations inutiles. Encore une fois, l'IDE de l'HAD ne connaissant pas forcément le résident, il est primordial que le dossier soit à jour. Nous en reparlerons ci-dessous.

F- Le chariot d'urgence

72,7% des IDEC contrôlent la vérification mensuelle du chariot d'urgence, 60% vérifient quotidiennement qu'il soit bien scellé, et 80% après chaque utilisation.

Ce n'est généralement pas un manque dans le chariot qui cause problème lors de la situation

28

d'urgence, mais plutôt "quoi faire?".

G- L'accueil des nouveaux soignants

91,3% des IDE savent si les nouveaux soignants ont accès aux classeurs des protocoles. Mais ils ne sont pas forcément formés au logiciel de l'établissement dès le premier jour (70,8% contre 25%). Pour 83,3%, ils sont mis au courant des situations particulières chez certains résidents, lors des transmissions. Seuls 70,8% des IDE ont pu bénéficier d'une journée (ou plus selon la structure) en doublure avant de prendre leur poste.

H- Les partenariats

A peine la moitié des IDE (45,8%) seulement peut bénéficier de partenariats au sein de leur établissement. 79,2% ont accès à des partenariats sur la prise en charge de la fin de vie (62,5% avec EMSP) et avec l'HAD. Les soins délivrés par l'HAD sont variés : mise en place

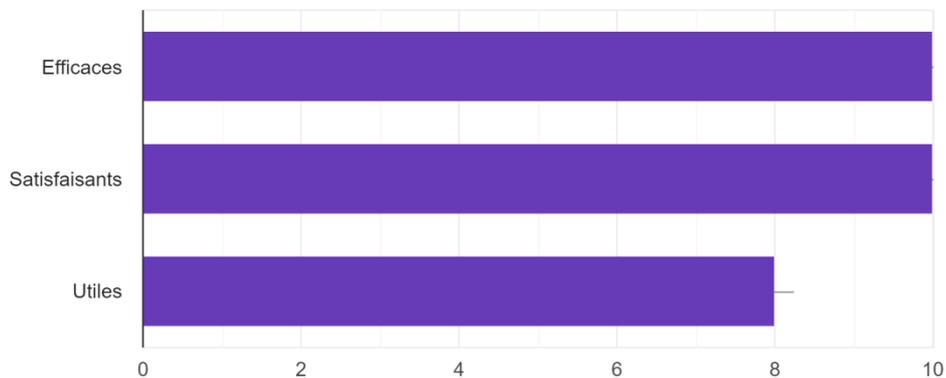
d'un pousse-seringue électrique sur 24h ou PCA (morphine, hypnovel), pansements lourds ou autres soins techniques spécifiques, fin de vies compliquées, cluster important, etc.

45,8% des IDE peuvent faire appel à l'EMG : conseils et évaluations, Covid, familles difficiles, adaptation de traitements, troubles cognitifs compliquant la prise en charge, fin de vie/soins palliatifs.

83,3% des IDE n'ont pas de mutualisation d'IDE de nuit dans leur établissement. La mise en place est sans doute trop récente.

6- Ces différents partenariats vous semblent-ils:

21 réponses



29

Les explications à cette question sont assez variées :

- manque de temps, manque de personnel
- souvent un soutien, mais rarement une aide concrète
- hors HAD, pas de partenariat avec les équipes mobiles car elles ne se déplacent pas sur tous les secteurs d'exercices.

Quant au positif :

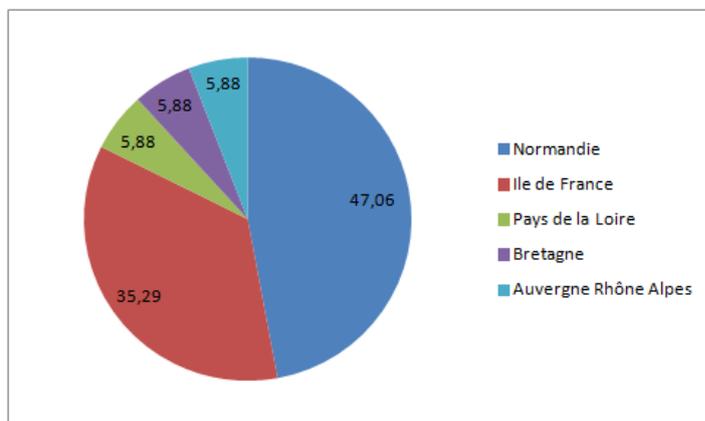
- partenaires disponibles et réactifs
- bonne communication
- permet d'ajuster la prise en soin et d'être plus présent auprès du résident en fin de vie
- de diminuer la charge de travail des IDE
- intéressant pour l'accompagnement et la formation des soignants

- interlocuteur neutre avec les familles
- aide à la décision thérapeutique
- soins palliatifs possibles dans l'établissement donc cela limite les hospitalisations : le résident et sa famille sont satisfaits et apaisés
- appui et conseils aux équipes de l'EHPAD donc le résident est mieux pris en charge.

2- Questionnaire adressé aux IDE des urgences (cf Annexe 8)

Pour ce questionnaire, nous avons eu majoritairement des IDE expérimentés grâce à leur ancienneté dans le service, ce qui permet d'avoir des réponses qualitatives.

Les réponses aux questionnaires viennent de plusieurs régions différentes:



30

A-L'usage du service d'urgence

88,2% des IDE des urgences interrogés disent ne pas être prévenus de l'arrivée d'un résident d'EHPAD dans leur service d'urgence. Cela vient d'un manque de communication : le soignant appelle rarement, pensant que le médecin traitant ou du SAMU le fera. Ceci engendre un manque de confiance et un laissez-aller vis-à-vis des prises en charge à réaliser.

94,1% des IDE pensent que le motif d'admission des résidents de l'EHPAD n'est pas justifié et 82,4% ont vu ce chiffre augmenter. Pour 13% d'entre eux, il s'agit d'un manque de médecin, 11% dû au stress du personnel, 11% à l'absence de l'IDE et 9% à l'absence de matériel dans la structure.

Pour 52,9% des IDE, les résidents viennent aux urgences majoritairement pour des pathologies aiguës, dont 88% pour des traumatismes ou des plaies.

B- Le dossier de liaison d'urgence

52,9% des IDE des urgences interrogés disent que le DLU est transmis selon l'EHPAD concerné (donc pas systématiquement), 41,2% disent qu'il est transmis, 52,9% disent qu'il est incomplet et pour beaucoup non à jour. De plus, 88,2% des IDE des urgences interrogés disent que les directives anticipées ne sont pas renseignées dans ce DLU.

C- Partenariats et devenir du résident

Pour 52,9% des IDE interrogés, il n'existe pas de partenariats avec un EHPAD et 47,1% ne le savent pas. Au sujet du devenir de la personne âgée, selon 88,2% des IDE, le résident retourne en EHPAD. 52,9% hospitalisent la personne âgée en service de gériatrie aiguë, et 5,9% déclarent le décès.

3 - Synthèse

Tout d'abord, nous aurions aimé obtenir beaucoup plus de réponses afin d'avoir une vision sur la situation réelle en France. Nous n'avons sans doute pas démarché assez d'établissements, et nous aurions pu effectuer notre enquête un peu plus tôt dans l'année afin d'avoir la possibilité de relancer les EHPAD et les services d'urgence plusieurs fois.

31

De plus, nous savons pertinemment que les équipes soignantes sont débordées et peu enclines à répondre aux questionnaires. Il aurait également été intéressant d'avoir le ressenti des aides-soignants de nuit lors des situations d'urgence.

Grâce à ces réponses, nous réalisons que le nombre d'hospitalisations évitables s'explique assez facilement. En effet, à notre niveau de soignant, de nombreuses choses sont améliorables assez simplement, une fois le retard rattrapé : remplir le DLU et les directives anticipées à l'entrée du résident, sans oublier de les modifier/vérifier régulièrement, former les nouveaux soignants au logiciel, transmettre clairement les informations sur le résident en fin de vie, faire connaître les protocoles d'urgence. L'informatisation des dossiers médicaux permet aux soignants de retrouver plus aisément les documents indispensables lors d'une urgence : cela évite des erreurs de prise en charge et des hospitalisations abusives.

Pour améliorer la relation des EHPAD avec les services d'urgence, l'IDEC pourrait, lorsqu'elle est présente, appeler le service d'urgence en leur indiquant le mode et le motif d'arrivée d'un résident. Le service sera ainsi prévenu et ne sera pas surpris de l'arrivée du résident. L'IDEC pourra faire une brève présentation du résident (présence de troubles cognitifs, traumatisme, etc.), ce qui facilitera la prise en charge aux urgences. L'AS de nuit et l'IDE pourraient également passer cet appel ou s'assurer que le médecin l'ait fait. Existe-il déjà des réunions entre cadre et médecin des urgences avec les IDEC et MEDEC se situant proximité ? Il serait en effet profitable au résident, mais aussi aux soignants, de "lisser" la prise en charge afin que tous les établissements fassent de la même manière.

Il faut donc mettre l'accent sur la nécessité de créer ou renforcer les partenariats. Cependant, dans certaines régions où la densité démographique est plus faible, il est plus difficile d'en faire profiter à chaque établissement. De plus, il pourrait être mis en place une plateforme digitale commune afin de bénéficier de l'ensemble des informations concernant le résident.

Par ailleurs, l'IDEC doit sensibiliser tous les soignants à l'intérêt du DLU pour la prise en charge efficace des résidents, vérifier son accès dans le logiciel de soins et la mise à jour régulière des informations qu'il contient.

32

Elle peut également s'accompagner du soignant référent pour faire remplir puis actualiser les directives anticipées au résident et sa personne de confiance, dans les jours suivant son entrée. En amont, le médecin coordonnateur peut transmettre le document officiel concernant les directives anticipées afin d'aider la personne âgée à les réaliser plus aisément.

Pour ce qui est de la formation ou d'acquérir du matériel adapté, les établissements sont parfois bloqués par la question du budget. Il revient alors au trio d'user de stratégies pour pouvoir répondre à ce besoin. Pourquoi pas la mutualisation de matériel entre EHPAD de proximité?

VII- CONCLUSION

Cette enquête nous a permis de nous rendre compte des difficultés des IDEC à mettre en avant la problématique que représente la gestion de l'urgence en EHPAD. Pour certains soignants, la réponse est tout simplement le transfert vers les urgences. Comment faire comprendre, à l'équipe soignante, l'impact délétère d'un passage aux urgences pour une personne âgée dont l'état de santé est fragile ? Il est fondamental de sensibiliser les soignants aux alternatives existantes et possible de mettre en place en EHPAD. Il faut également miser sur la prévention et l'anticipation des risques connus. Il s'agit là d'un travail de fond qui nécessitera de l'endurance, et un management efficient. Ce travail collectif est réalisé sur la base d'une relation manager - collaborateur bienveillante, où l'échange et l'écoute active prime. La ritualisation des rencontres favorise l'instauration d'un climat de confiance entre les deux parties.

Certains EHPAD font appel au psychologue de l'établissement pour effectuer une analyse de pratique après une situation d'urgence compliquée. Le professionnel s'entretient avec l'ensemble du personnel soignant et l'IDEC, et décortique la situation problématique en laissant le soin au personnel de s'exprimer librement sur leur vécu et leurs actions. La prise de recul sur la situation permet par la suite de "tirer des leçons" sur cette situation et d'améliorer les pratiques professionnelles. Ces séances confirment l'importance de tenir compte également des ressentis des soignants, et de leur bien-être sur leur lieu de travail. En effet, il existe un manque d'attractivité des métiers du grand âge. Auquel vient s'ajouter la crise sanitaire depuis mars 2020.

33

A-t-elle augmenté la difficulté de recrutement de personnel qualifié? Prendre soin du personnel soignant en lui permettant d'évoluer dans un environnement proposant de bonnes conditions de travail est un objectif à placer au premier plan. Les prévisions démographiques indiquent que le besoin de personnel dans le secteur du service à la personne va nettement augmenter. Que fait-on pour prévenir cela? Le projet de loi "grand âge", annoncé en 2018, a notamment pour objectif de pallier ce manque d'attractivité. De plus, des réformes concernant le fonctionnement de l'EHPAD sont à prévoir. Un nouveau modèle d'EHPAD a été annoncé : plus d'ouvertures sur l'extérieur, plus de liens avec le domicile, plus de partenariats...

Nous avons déjà pu noter quelques évolutions avec la mise en place de certains projets. La création du projet ASSURE (Amélioration des Soins d'URgence en EHPAD), à l'initiative de l'ARS Haut-de-France, a pour objet d'améliorer la prise en charge des résidents pour un

recours juste et optimal des services d'urgence. Pour parfaire ces collaborations, l'apparition massive et l'utilisation des nouvelles technologies est de plus en plus plébiscitée. L'échange sécurisé des données des patients a évolué. Pour ceux qui le souhaitent, le dossier de soins peut être mis sur une plateforme régionale d'échange numérique. En Ile-de-France, elle se nomme *Terr-E santé*. Cette dernière a pour objectif de fluidifier le partage d'informations, ce qui permet une meilleure coordination des soins entre les différents établissements, ou même avec la médecine de ville. Il est accessible par les professionnels du secteur sanitaire et médico-social. La barrière pouvant être présente entre ces deux secteurs et entraver la bonne prise en charge est maintenant limitée. L'objectif étant de décroïsonner le plus possible et atteindre une réelle prise en charge uniforme.

L'existence de ces services tend à rééquilibrer et répondre au problème des déserts médicaux ou encore de la pénurie de médecin de ville. Toutefois, la multiplicité des acteurs peut engendrer le risque de redondance des actes ou encore majorer la perte d'informations médicales. C'est pour cela qu'a été créé le dossier médical partagé (DMP), qui permet de regrouper sur une plateforme informatisée l'ensemble des informations médical du patient : ses antécédents, son traitement, ses pathologies. Pourtant, le DMP n'a pas eu le succès escompté. Il va donc être remplacé début janvier 2022 par une plateforme «Mon espace santé» qui sera plus complète.

Les professionnels du secteur gériatrique attendent beaucoup de ces projets annonçant une révolution dans les prises en soin des personnes âgées. Nous restons donc dans l'expectative d'un texte de loi qui, nous espérons, améliorera le quotidien de tous.

34

BIBLIOGRAPHIE

Sites internet

- <https://www.who.int/ageing/about/facts/fr/>
- <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=urgence>
- <http://www.observationsociete.fr/ages/vieillissement-2070.html>
- <https://www.legifrance.gouv.fr>
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/organisation/56421>
- <https://soin-palliatif.org/droits/loi-leonetti/>

- <https://www.insee.fr/fr/statistiques>
- <https://www.francecompetences.fr/recherche/rncp/34683/>
- <https://www.anfh.fr/actualites/medecin-coordonnateur-en-ehpad>
- <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/les-situations-durgence-en-ehpad>
- https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_atelier_10_hopital_et_personne_agee_14_fev_2018_3_.docx.pdf
- https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2021-04/ARS20_GUIDE_URGENCES_EHPAD_V2.pdf
- <https://www.apmsl.fr/page/profession-infirmier-pratique-avancee-ipa/>
- <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-reseaux-de-sante>
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/management/49022>
- <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/decret-nd-2004-802-du-29-juillet-2004-relatif-aux-parties-iv-et-v-annexe.html>
- <https://ideage-formation.com/>
- https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-07/dlu_doc_liaison_web.pdf
- https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fichedirectivesanticipe_es_10p_exev2.pdf
- <https://www.sesan.fr/services/terr-esante>

35

- https://www.has-sante.fr/jcms/c_1602735/fr/comment-reduire-les-rehospitalisations-evitablesdes-personnes-agees

Mémoires

- Mémoire "Urgences en EHPAD", Dr LABOURÉE Florian, 15/06/2019
- Mémoire collectif, "Protocoles d'urgence dans le cadre de l'expérimentation de renforcement de la présence d'IDE de nuit en EHPAD, Université Paris Descartes, DIU Médecin coordonnateur en EHPAD, 2012-2013.
- Mémoire "Situations d'urgences en EHPAD - Formation du personnel", Dr MOURIESSE David, DIU Médecin coordonnateur en EHPAD, 2012-2013.

Reuves et articles

- DREES, n°1008, mars 2017 : “ les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue”.
DREES, N°1007, mars 2017 : “les personnes âgées aux Urgences : une patientèle au profil particulier”.
- HAS, 15 septembre 2020, “Dossier de Liaison d’Urgence Domicile”.
- HAS, “Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées”.
- HAS, septembre 2020, “Evaluation de la prise en charge des personnes âgées selon le référentiel de certification”
- La revue de Gériatrie, tome 43 : article de Guillaume CHAUVOT et Boris RANCHOU, janvier 2018, “Création d’une fiche de liaison gériatrique d’urgence”.
- ARS Ile-de-France : “IDE et AS en EHPAD : 20 fiches de conduite à tenir en situation d’urgence.”
- RESURCA, “Situations urgentes en EHPAD : conduites à tenir pratiques (17 fiches).”
- SFMU, 5 décembre 2003, 10ème conférence de consensus : “prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux Urgences”.
- <https://sfgg.org/la-sfgg/le-reseau-de-la-sfgg/revues/>
- <https://free-geriatrics.overblog.com/2015/11/bouchon-un-concept-simple-et-genial.html>
- <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2019-04/Dossier%20de%20presse%20ASSURE%20-%20Avril%202019.pdf>

RÉSUMÉ

Le taux d’hospitalisation ne cesse de croître avec l’âge. Un patient hospitalisé sur huit est âgé de 80 ans et plus. Les passages à l’hôpital se répètent et la durée de séjour augmente. L’hébergement en EHPAD doublerait le risque d’être un usager fréquent des urgences. Le rapport de l’atelier “10 Hôpital et personne âgée” dresse un constat peu réjouissant, qui met en lumière des enjeux de santé concernant nos aînés. Depuis quelques années, les autorités de santé ont mis en place des propositions afin d’améliorer les prises en charge des personnes âgées dans un contexte d’urgence. Où en sommes-nous depuis ?

Nous avons décidé d'axer le mémoire de notre diplôme universitaire sur la gestion de l'urgence en EHPAD. La problématique porte sur le rôle que joue l'infirmière coordinatrice dans la qualité des soins proposés à une personne âgée résidant en EHPAD en situation d'urgence. Cette problématique s'est imposée d'elle-même, de part nos expériences et l'état des lieux que nous avons pu réaliser.

Pour y répondre, nous avons réalisé différents rappels concernant le fonctionnement de l'EHPAD, et redéfinit les multiples facettes que peut prendre le terme "urgence". Par la suite, nous avons exposé les diverses options existantes afin d'éviter les hospitalisations. Parallèlement, nous avons réalisé une présentation du management effectué par l'infirmière coordinatrice afin d'agir de manière efficiente dans les situations d'urgence.

Pour valider nos travaux de recherche, nous avons réalisé deux questionnaires, le premier à l'intention des IDE et IDEC d'EHPAD et le second à l'intention des IDE des services hospitaliers d'urgence. Nous avons pu y confirmer les problématiques rencontrées en EHPAD et aux urgences et l'intérêt d'agir en amont sous l'égide de l'infirmière coordinatrice pour que les transferts aux urgences se limitent à la prise en charge de l'urgence vitale.

Enfin, nous avons ouvert des pistes sur d'autres réflexions, d'autres moyens mis en place à l'avenir ou par d'autres régions afin de rendre plus serein l'exercice de tous.

ABSTRACT

The hospitalization rate continues to increase with age. One in eight hospital patients is 80 years of age and over. Hospital visits are repeated and the length of stay increases. Accommodation in an Establishment of accommodation for dependent old persons would double the risk of being a frequent emergency room user. The report of workshop 10 Hospital and the elderly draws up a gloomy observation, which highlights the health issues concerning our seniors. The health authorities have put in place proposals to improve care for the elderly in an emergency context. Where have we been since?

We decided to focus our university degree on the theme of emergency and more particularly on emergency management in Establishment of accommodation for dependent old persons by the coordinating nurse. The issue relates to the role played by the coordinating nurse in the quality of care offered to an elderly person residing in Establishment of accommodation for dependent old persons in an emergency situation. This issue has imposed itself, through our experiences and the state of play that we have been able to carry out.

To answer this, we have made various reminders concerning the functioning of the Establishment of accommodation for dependent old persons, and redefined the many facets that the term emergency can take. We then explained the various options available to avoid hospitalizations. At the same time, we made a presentation of the management carried out by the coordinating nurse in order to act efficiently in emergency situations. To validate our research, we carried out two questionnaires, the first intended for nurses and coordinating nurse of Establishment of accommodation for dependent old persons and the second for emergency nurses.

We were able to confirm the problems encountered in nursing homes and emergencies and the value of acting upstream under the aegis of the coordinating nurse so that emergency transfers are limited to the care of the vital emergency.

We have opened up avenues for other reflections, other means put in place in the future or by other regions in order to make the exercise of everyone more peaceful.

ANNEXES

[Annexe 1 : Fiche de transmissions proposé par l'ARS Auvergne-Rhône-ALPES](#)

[Check list à réaliser avant l'appel au SAMU](#)

Nom et Prénom du Résident :
 Age / date de naissance :
 Situation inattendue ? Oui Non
 Date :
 Heure d'évaluation de la situation :

Check-list de transmission au 15

A compléter auprès du patient pour faciliter la transmission du bilan au 15.

En cas de transfert du résident, une copie de ce document peut être jointe aux documents de liaison d'urgence

Nom EHPAD :
 Téléphone (où le soignant peut être joint) :
 Nom du soignant :

Matif de l'appel :

En situation d'urgence vitale, le recueil ne doit pas retarder l'appel

Détresse Cardio-Respiratoire
Douleur thoracique
 Heure de début :
 Survenue : brutale progressive
 Intensité : légère modérée forte
 Douleur bras Gauche / Droit
 Douleur mâchoire
 Nausées
 Vomissements
Détresse respiratoire
 Toux, crachats
 Crachats de sang
 Essoufflement au repos
 Essoufflement à l'effort
 Survenue : brutale progressive
 Bruits respiratoires :
 Ronflements Sifflements
 Encombrements
 Difficulté à parler
 Cyanose (lèvres ou ongles bleus)
Troubles neurologiques
 Tb. de la conscience
 Agitation
Autres signes
 Sueur
 Pâleur

Chute avec Lésion
Circonstances du traumatisme
 Par maladresse
 Malaise
 De sa hauteur
 Du lit, du fauteuil
 Hauteur élevée, escalier
 Retrouvé(e) dans quelle position ?
 Durée de séjour au sol :
 Perte de connaissance (durée)
 Douleur (localisation)
 Lésion crâne ou visage
 (localisation)
 Plaie
 Hémorragie
 Hématome Nausées
 Vomissements
 Vertiges
 Lésion membre supérieur
 (localisation)
 Plaie
 Hémorragie
 Hématome
 Déformation
 Incapacité à bouger le bras
 Lésion membre inférieur
 (localisation)
 Plaie
 Hémorragie
 Hématome
 Déformation
 Rotation ext. du pied
 Incapacité à bouger la jambe

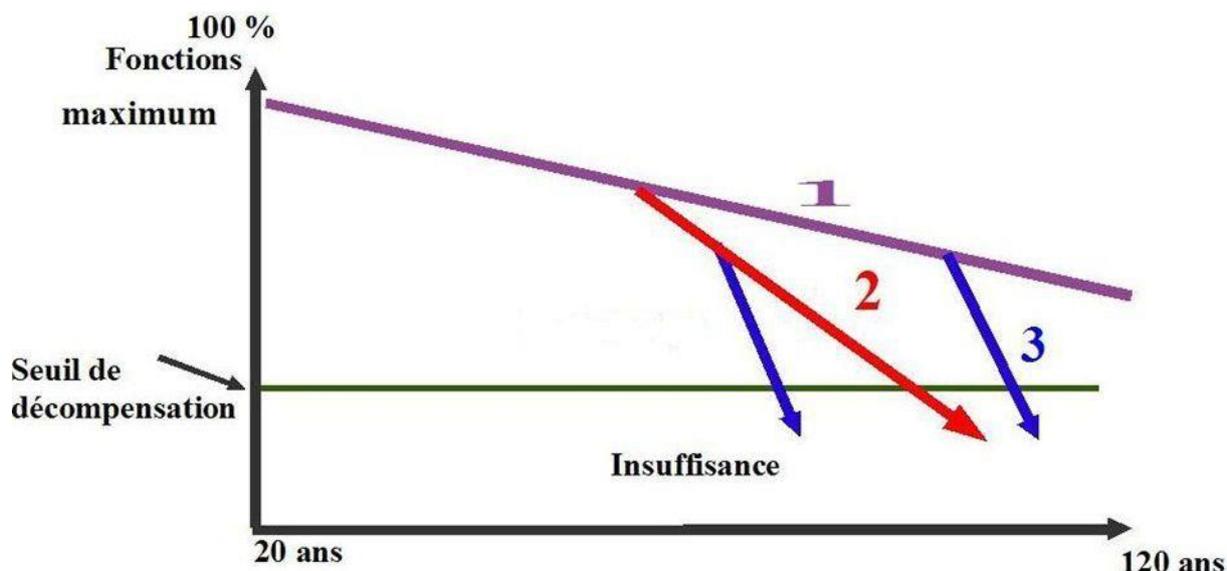
Malaise, AVC, Traumatisme crânien, Mvs anormaux
 Heure de début des signes :
 Perte de connaissance Durée :
 Perte de contact
 Ouvre les yeux spontanément
 Ouvre les yeux à la demande
 Secousses bras et jambes
 Yeux révilés
 Mâchoires serrées
 Perte d'urines
 Agitation
 Réponse verbale aux sollicitations
 Paroles normales/habituelles
 Paroles confuses
 Paroles incompréhensibles
 Serre la main G à la demande
 Serre la main D à la demande :
 Déviation de la bouche
 Pâleur
 Sueur
 Nausée :
 Vomissement
Echelle FAST
 Face : Asymétrie expression faciale ?
 ARM : Tb motricité/sensibilité Mbre ?
 Speech: Anomalie parole ?
 Time : Heure de début des symptômes ?
 Patient mis sur le côté

Douleur abdominale brutale
Signes de gravité spécifiques
 Plusieurs vomissements
 Préciser quantité, aspect, présence de sang rouge ou sombre :
 Date des dernières selles :
 Diarrhée récente
 Sang dans les selles
 Préciser rouge ou sombre :
 Urines rouges ou caillots
 Absence d'urines
 Suspicion de globe vésical
 Ventre dur et ballonné
 Masse inhabituelle (hernie)
 Douleur thoracique associée
Éléments associés
 Gonflement / cicatrice abdominale
 Pâleur extrême
 Teint inhabituel
 Agitation
 Somnolence



Paramètres vitaux et autres informations :
 Puls : ___/min. TA bras droit : ___/___ TA bras gauche : ___/___ T° : ___°C Fréquence respiratoire : ___cycles/min Régulière Irrégulière
 Saturation oxygène : ___% Glycémie capillaire (dextro) : ___g/l EVA : ___/10 EN : ___/10 Algoplus : ___/5
 Niveau de dépendance (Niveau GIR) : ___
 Consignes de limitation des soins : Oui (Joindre une copie des directives anticipées ou décision de limitation/arrêt des thérapeutiques) Non

Source : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/les-situations-durgence-en-ehpad>



La courbe 1 représente les effets du vieillissement sur la fonction : vieillissement cardiaque, vasculaire, rénal, cérébral qui n'aboutirait jamais à lui seul à la décompensation fonctionnelle.

La courbe 2 représente l'effet d'une ou de plusieurs maladies chroniques qui viennent se greffer sur le vieillissement telle qu'une coronaropathie, l'hypertension artérielle, un syndrome démentiel ou l'ostéoporose.... La maladie chronique, si elle évolue, peut conduire au stade d'insuffisance : par exemple une maladie d'Alzheimer compliquée de dénutrition et d'infections, cardiopathie ischémique au stade d'insuffisance cardiaque globale, etc...

La courbe 3 représente le facteur aigu de décompensation ; c'est souvent l'élément sur lequel la médecine a davantage de prise tel qu'un stress aigu, une pathologie iatrogène ou une affection médicale intercurrente : broncho-pneumonie à l'origine d'un œdème pulmonaire aigu, prise d'un alpha-bloquant pour un adénome prostatique à l'origine d'une chute traumatique au lever secondaire à l'aggravation subite d'une hypotension orthostatique chez un patient atteint de diabète compliqué de neuropathie avec dysautonomie, autres effets indésirables médicamenteux, etc...

Source : <https://free-geriatrics.overblog.com/2015/11/bouchon-un-concept-simple-et-genial.html>

Annexe 3 : Grille du Dr Renée Sebag Lanoë

GRILLE DE QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE

**RENÉE SEBAG LANOË « SOIGNER LE GRAND ÂGE »
ED DESCLÉE DE BROUWER. PARIS 1992**

- Quelle est la maladie principale de ce patient ?

- Quel est son degré d'évolution ?

- Quelle est la nature de l'épisode actuel surajouté ?

- Est-il facilement curable ou non?

- Y a-t-il eu répétition récente d'épisodes aigus rapprochés ou une multiplicité d'atteintes diverses ?

- Que dit le malade s'il peut le faire ?

- Qu'exprime-t-il à travers son comportement corporel et sa coopération aux soins ?

- Quelle est la qualité de son confort actuel ?

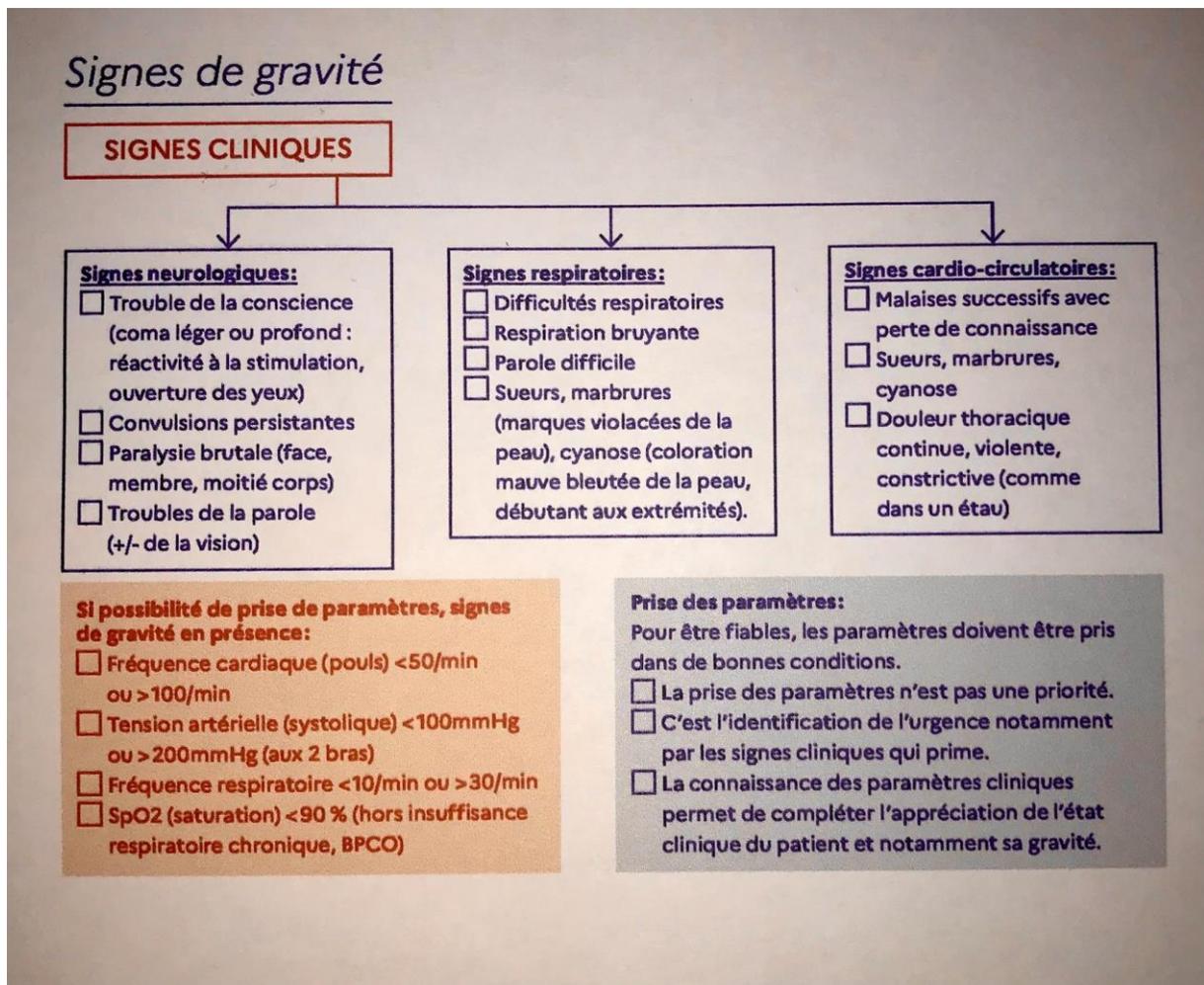
- Qu'en pense la famille ? (Tenir compte de...)

- Qu'en pensent les soignants qui le côtoient le plus souvent ?

Source: <http://www.longuevieetautonomie.fr/sites/default/files/editor/files/Grille%20Sebag%20Lanoe.pdf>

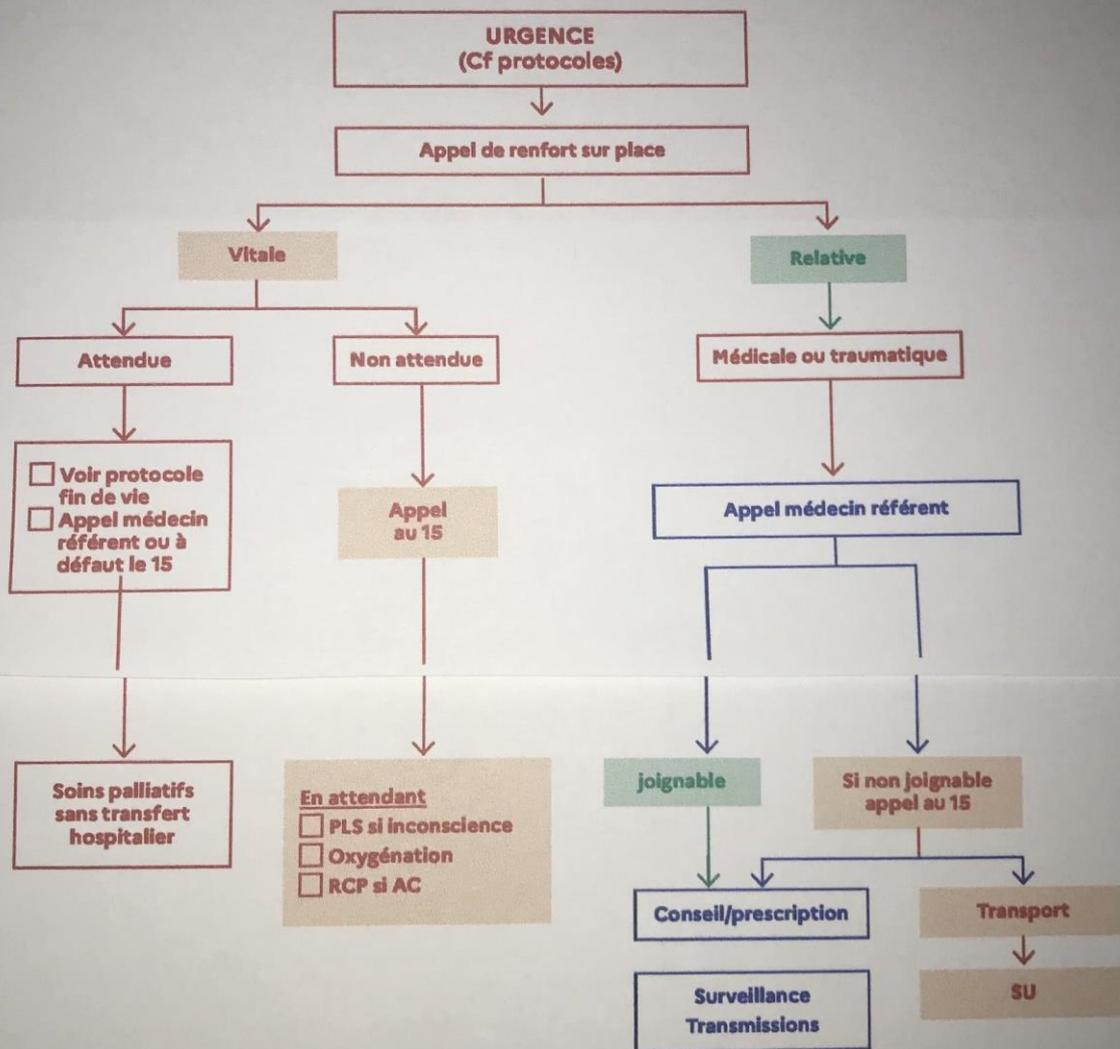
[Annexe n°4 : Fiche d'aide décisionnelle en situation d'urgence](#)

Repérage des signes de gravité

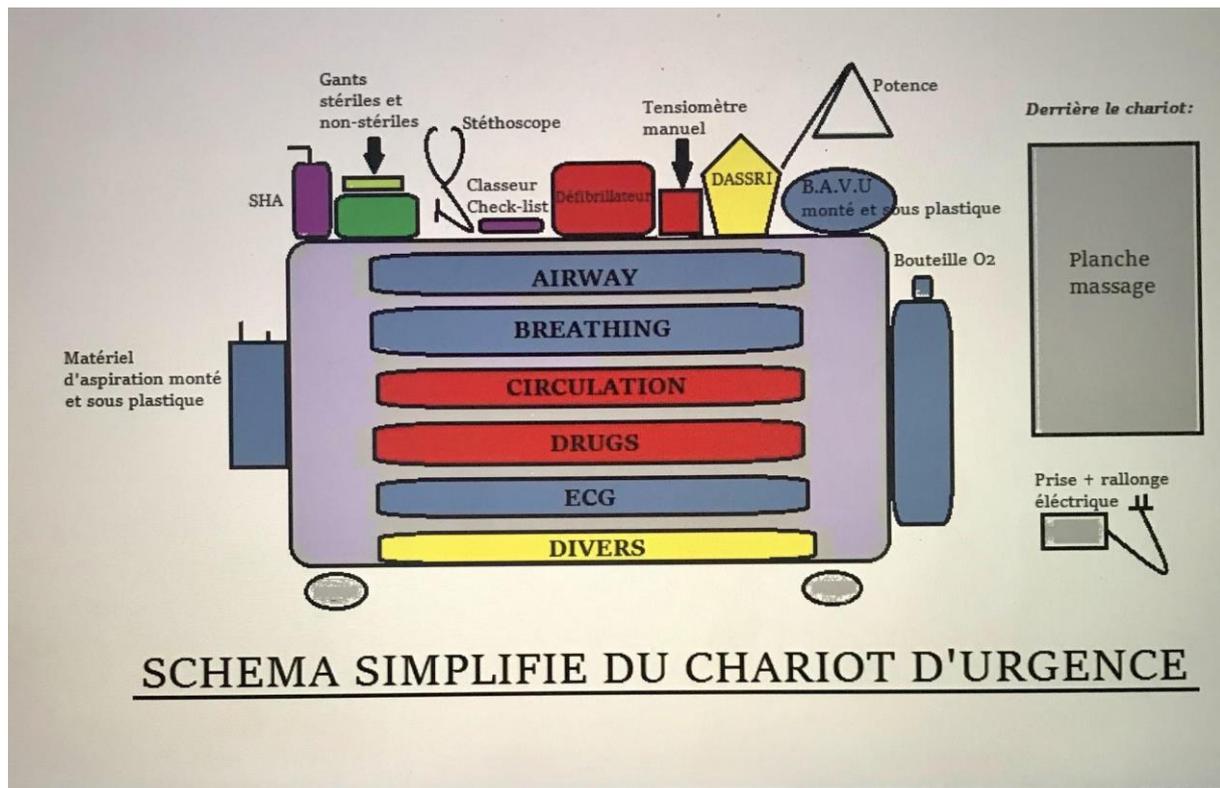


Organisation pour prendre une décision

Comment s'organise une urgence ?



Annexe n°5 : Le chariot d'urgence



Source image : <http://www.entraide-esi-ide.com/pdf/cours/4.3/charioturg.pdf>

Sa composition :

- Défibrillateur semi-automatique (DSA), si possible débrayable en mode manuel ;
- Bouteille d'oxygène à manodétendeur intégré, vérifiée et prête à l'emploi ;
- Médicaments : adrénaline, dérivés nitrés (injectable et spray), atropine, lidocaïne, amiodarone, furosémide, soluté glucosé à 30 %, benzodiazépine injectable, bêta2-adrénergiques (spray et solution pour aérosol), solutés de perfusion conditionnés en poche souple (NaCl à 0,9 %, colloïdes de synthèse) ;
- Matériel de ventilation : canules de Guedel n° 2 et 3, masques faciaux n° 3 à 6, ballon autoremplisseur à valve unidirectionnelle et filtre antibactérien, masques pour aérosol, sondes à oxygène, tuyaux de connexion, masques à haute concentration ;
- Matériel pour accès veineux et injections : seringues de 5 et de 10 ml, jeu d'aiguilles, cathéters courts 14-16-18-20-22 G, perfuseurs avec robinets à 3 voies, compresses stériles, solution antiseptique, garrot, champs adhésifs transparents, adhésif de fixation, gants non stériles, container à aiguilles, lunettes de protection, solution hydro-alcoolique ;

- Matériel d'aspiration : système d'aspiration vérifié et prêt à l'emploi, sondes d'aspiration trachéo-bronchiques, sondes pour aspiration gastrique, seringue de Guyon (50 ml à embout conique), sac à urine non stérile, raccords biconiques ;
- Plan dur pour massage cardiaque

Source : DOTATION MINIMALE DU CHARIOT D'URGENCE (SFAR, 2004)

Annexe n°6 : Fiche de liaison d'urgence de l'HAS

DOCUMENT DE TRANSFERT DE L'EHPAD vers le service des urgences (SU)

Rempli par (nom, prénom, fonction) :

Date/Heure :

Résident

Nom d'usage, prénom.....

Motif de transfert en service des urgences

Constantes du patient

Pouls

Tension artérielle (max/min)

Température

Poids récent

Conscient et éveillé Éveillable Non éveillable

Douleur récente

Localisation.....

Date et heure de la dernière prise du traitement habituel

Date et heure du dernier repas

Personnes informées du transfert au service des urgences

« le 15 »

SU

Médecin traitant

Entourage

Nom :

Commentaires

Liste des prothèses et objets personnels

Lunettes

Prothèses dentaires

haut bas

Prothèses auditives

droite gauche

Autres dispositifs ou objets personnels

Aller (Ehpad)

Retour (SU)

DOCUMENT DE RETOUR DU SERVICE DES URGENCES vers l'Ehpad

Rempli par (nom, prénom, fonction) :

Date/Heure :

Résident

Nom d'usage, prénom.....

Hôpital :

Service :

Tél./Fax :

E-mail :

Médecin du SU qui a validé la sortie :

Nom, prénom :

Fonction :

Tél. :

Personnes prévenues du retour en Ehpad :

Ehpad

Entourage

Nom :

Courrier au médecin traitant

Documents en annexe :

Ordonnances de sortie

Copie du dossier des urgences

Liste des prothèses et objets complétée au verso

Diagnostic ou RPU (résumé du passage aux urgences)

Prescriptions : modification ou arrêt des traitements habituels, examens ou consultations programmés (lieu, date et heure)

Juin 2015

Date de dernière mise à jour :

Résident

Nom d'usage, prénom

Nom de naissance Date de naissance :

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

Contact 24 h/24 h en Ehpad

Tél. :

Référent de l'entourage

Nom, prénom :

Lien de parenté :

Tél. :

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

Protection juridique

Tutelle Curatelle Sauvegarde

Nom du mandataire judiciaire :

Tél. :

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

Pathologies en cours/antécédents personnels/allergies

Soins palliatifs

- En soins palliatifs ⁽²⁾
- Directives anticipées
- Personne de confiance

Nom, tél. :

Lien de parenté :

État psychique

- Peut alerter Orienté Désorienté
- Agité Opposant Risque suicidaire

Handicaps / Déficits

- Visuel Auditif Langage

Gestion des risques

BMR ⁽³⁾

Mois/année

Vaccin tétanos

Vaccin grippe

Vaccin pneumocoque

Déplacement/transferts :

Chute Déambulation Fugue Contention

Autres :

Risque d'escarre

Risque de fausses routes

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

Commentaires

CHECK-LIST des documents annexés au DLU

- Attestation de la carte vitale
- Attestation de mutuelle
- Photocopie de la carte d'identité
- Grille AGGIR (la plus récente)

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

(Au besoin)

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

- Liste des capacités en soins⁽⁴⁾ de l'Ehpad

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

Annexe n°7 :



Questionnaire s'adressant aux IDEC et/ou IDE en EHPAD

Bonjour,

Dans le cadre de notre diplôme universitaire d'Infirmière Coordinatrice/Référente en EHPAD et SSIAD de l'Université Paris Descartes, nous réalisons un mémoire de fin d'études qui a pour thème : LA GESTION DE L'URGENCE EN EHPAD.

Pour pouvoir répondre à nos différentes interrogations, nous avons besoin que vous puissiez répondre à notre questionnaire. Celui-ci est anonyme et ne vous prendra que quelques minutes. Il sera à compléter via la plateforme Google Forms avant le 27 septembre 2021.

Merci d'avance pour votre participation. Dans l'attente de vous lire,

Maylis, Sandra et Sephora (IDE)

A/ Les directives anticipées

1- Sont-elles remplies systématiquement par le résident et sa personne de confiance dans les semaines suivant son entrée?

Oui Non Je ne sais pas

2- Sont-elles mises à jour après chaque changement d'état de santé?

Oui Non Je ne sais pas

3- Sont-elles revues annuellement?

Oui Non Je ne sais pas

4- Sont-elles inscrites dans le logiciel de l'établissement ?

Oui Non Je ne sais pas

B/ Le Dossier de liaison d'urgence (DLU)

1- Le DLU est-il systématiquement rempli à l'entrée du résident?

Oui Non Je ne sais pas

2- Est-il revu après chaque changement d'état de santé?

Oui Non Je ne sais pas

3- Est-il mis à jour chaque année?

Oui Non Je ne sais pas

4- Est-il présent dans le dossier informatique ?

Oui Non Je ne sais pas

5- Est-il présent dans le dossier papier?

Oui Non Je ne sais pas

C/L'urgence et les ressentis des soignants

1- Etes-vous confronté à des situations d'urgence:

Rarement Parfois Souvent

2- Vous sentez-vous à l'aise ?

Oui Non

Si non,pourquoi:.....

3- Avez-vous un protocole pour les situations d'urgence ?

Oui Non Je ne sais pas

D/ Les protocoles

1- Le classeur des protocoles est-il rangé de façon visible et accessible pour tous les soignants?

Oui Non

2- Le médecin coordonnateur les revoit-il chaque année?

Oui Non Je ne sais pas

E/ La formation

1- Votre Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences (AFGSU) est-elle valide (À renouveler tous les 4 ans)?

Oui Non

2- **Pour les IDEC:** Avez-vous les moyens de proposer le renouvellement de l'AFGSU ou autre formation sur les soins d'urgence à vos soignants?

Oui Non

Si non, pourquoi :

3- **Pour les IDEC:** Les soignants de nuit ont-ils une formation ou des outils spécifiques à la prise en charge de l'urgence?

Oui Non

Si oui, lesquels :

4- **Pour les IDEC :** Contrôlez vous, l'actualisation de la formation AFGSU pour les nouveaux soignants?

Oui Non

F/ Le chariot d'urgence

1- **Pour les IDEC:** Contrôlez vous la vérification mensuelle réalisée par les IDE ?

Oui Non

2- Contrôlez-vous quotidiennement qu'il soit bien scellé ?

Oui Non

3- Contrôlez-vous qu'il soit vérifié après chaque utilisation?

Oui Non

G/ L' accueil des nouveaux soignants

1- Les nouveaux soignants ont-ils accès au classeur des protocoles?

Oui Non

2- Sont-ils formés dès le premier jour au logiciel utilisé?

Oui Non Je ne sais pas

3- Sont-ils informés des situations particulières (fin de vie, refus de transfert, etc.) concernant certains résidents?

Oui Non Je ne sais pas

4- Ont-ils la possibilité d'être doublés avant leur prise de poste?

Oui Non

Si oui combien de temps :.....

H/ Les partenariats

1- Avez-vous accès à des partenariats facilitant :

•la prise en soin des urgences : Oui Non Je ne sais pas

•la prise en soin de la fin de vie : Oui Non Je ne sais pas

Si oui, lesquels :

2- Avez- vous recours au service d'hospitalisation à domicile (HAD) en cas de besoin?

Oui Non

Si oui, pour quels types de soins :.....

3- Avez-vous recours à l'équipe mobile gériatrique (EMG) en cas de besoin?

Oui Non

Si oui, pour quels types de soins :.....

4- Avez-vous recours à l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) en cas de besoin?

Oui Non

5- Ces différents partenariats vous semblent-ils: (plusieurs réponses possibles)

•Efficaces : Oui Non

•Satisfaisants : Oui Non

• Utiles : Oui Non

Pourquoi? :.....

6- La nuit, y a-t-il une IDE, même partiellement (mutualisation), dans votre établissement ?

Oui Non

Parlons de vous :

•Vous êtes : IDEC IDE Diplômé depuis :

•En : CDI CDD Vacations Intérim

Stagiaire/titulaire de la fonction publique hospitalière

•Votre EHPAD est-il ? Public Privé

•Combien de résidents y a-t-il dans l'établissement ?.....

•Vous travaillez dans cette structure depuis:

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

Annexe n°8 :



Questionnaire s'adressant aux IDE des urgences

Bonjour,

Dans le cadre de notre diplôme universitaire d'Infirmière Coordinatrice et Référente en EHPAD et SSIAD de l'Université Paris Descartes, nous réalisons un mémoire de fin d'études qui a pour thème : LA GESTION DE L'URGENCE PAR L'IDEC EN EHPAD.

Pour pouvoir répondre à nos différentes interrogations, nous avons besoin que vous puissiez répondre à notre questionnaire concernant les personnes âgées résidant en EHPAD. Celui-ci est anonyme et ne vous prendra que quelques minutes. Il sera à renvoyer via la plateforme Google Forms avant le 27 septembre 2021.

Merci d'avance pour votre participation. Dans l'attente de vous lire,

Maylis, Sandra et Sephora (IDE)

A/ L'usage du service d'urgence

1- Etes-vous prévenu par les EHPAD de l'arrivée d'un de leur résident ?

Oui Non

2- Selon vous, le motif d'admission aux urgences est-il toujours justifié ?

Oui Non

3- S'agit-il de pathologies :

Chroniques Aigues

4- Généralement,quels sont les principaux motifs d'admissions aux urgences pour les personnes âgées résidant en EHPAD ? (Plusieurs réponses possibles)

Traumatismes Troubles hydroélectrolytiques Décompensation

cardio-respiratoire AVC Autres :.....

5- Avez- vous constaté une augmentation des admissions sans réel motif d'urgence provenant des EHPAD ?

Oui Non

6- Selon vous pourquoi :(Plusieurs réponses possibles)

Médecin peu présent Stress du personnel Absence d'IDE

Absence de matériel (bladderscan,etc.) Autres:.....

B/ Le dossier de liaison d'urgence (DLU)

1- Les patients arrivent-ils toujours avec leur Dossier de Liaison d'Urgence (DLU)?

Oui Non EHPAD dépendant Je ne sais pas

2- Est-il complet?

Oui Non

3- Est-il à jour?

Oui Non Je ne sais pas

4- Les informations transmises sont-elles suffisantes pour la prise en charge du patient?

Oui Non

5- Les directives anticipées sont-elles toujours renseignées?

Oui Non

C/ Partenariat et devenir patient

1- Existe-t-il un partenariat entre votre service d'urgence et un EHPAD ?

Oui Non Je ne sais pas

2-Que deviennent **majoritairement** les résidents des EHPAD, une fois passés par les urgences ? (Plusieurs réponses possibles)

Retour EHPAD Transfert UGA Transfert SSR Décès

Parlons de vous

•Depuis combien de temps exercez-vous aux urgences ?

moins de 6 mois Entre 6 mois et 1 an Entre 1 an et plus

•Vous êtes en : CDI CDD Vacances Intérim

Stagiaire/titulaire de la fonction publique hospitalière

• Dans quel département se situe votre service d'urgence?

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION