

## Amélioration des pratiques de soins aux urgences par les EMG

Blandine LAQUET, Annie GROMIER, Pascal COUTURIER

D'après les communications de E. Dugaret (CHU Bordeaux), B. Laquet (CHU Grenoble), M. Floccia (CHU Bordeaux)

L'accueil des PA aux urgences est fréquent et les plus de 75 ans représentent 14% des passages aux urgences Saint André du CHU de Bordeaux et au CHU de Grenoble. Les équipes mobiles interviennent régulièrement sur ces secteurs de soins pour évaluer et orienter les patients. L'amélioration de la qualité de la prise en charge aux urgences dépend de la collaboration entre urgentistes et gériatres et notamment entre les équipes soignantes. Les patients accueillis aux urgences sont généralement en perte fonctionnelle et en situation d'immobilisation aiguë liée soit à la maladie, soit aux conditions de prise en charge (séjour prolongé sur un brancard, attente de prise en charge, sédation...). Parmi les complications liées à l'immobilisation, l'escarre est une comorbidité souvent induite et liée à l'absence de prévention efficace. Chez les patients âgés le risque est présent dès l'entrée à l'hôpital, et la responsabilité de la prévention incombe aux équipes de soins par le repérage des patients à risques et la mise en œuvre de protocole de soins adaptés.

Ainsi, à Bordeaux, une étude a été réalisée sur 15 jours pour déterminer l'incidence des escarres et les facteurs de risque de la survenue des escarres aux urgences. Tous les patients inclus dans l'étude ont été examinés à l'admission et à la sortie des urgences à la recherche d'escarre (stade 1 inclus) sur tous les points d'appui. Sur les 602 patients retenus, 165 étaient âgés de plus de 75 ans (27,4%). L'incidence des escarres stade 1 était de 4,9% à la sortie tous âges confondus mais de 12,2% pour les patients âgés de plus de 75 ans. Les facteurs de risque de survenue d'escarres étaient l'âge, la durée du séjour aux urgences, le score de Charlson, le nombre moyen de médicaments par jour et l'immobilité sur un brancard. Cette étude montre l'augmentation de l'incidence des escarres durant le séjour aux

urgences et la nécessité d'actions de prévention active durant cette période particulièrement à risque. Ce travail est essentiel pour mettre en œuvre une démarche d'amélioration de la qualité des soins de prévention.

L'expérience de Grenoble illustre bien cette démarche dans la durée avec une réduction du nombre d'escarres rencontrés lors de l'évaluation initiale aux urgences sur une durée de 6 ans. Ce travail a comptabilisé les patients porteurs d'escarre de stade 1 et plus évalués aux urgences de courte durée ainsi que le nombre de patients installés sur un support de prévention. Ainsi, en 2005, 36,8% des patients étaient porteurs d'escarre et 6% avaient des supports anti escarre, en 2007, 22,5% des patients étaient porteurs d'escarre et 26,4% avaient des supports anti escarre et en 2011, 18,1% de patients étaient porteurs d'escarres et avaient 96% des supports anti escarre (Figure 1 page 766). Un accompagnement de la démarche qualité a pu se faire dans le cadre des missions d'éducation et de formation, sans se substituer à la démarche de soins propre des équipes soignantes. Parmi les améliorations des pratiques aux urgences, il a été noté en particulier la mobilisation au fauteuil, l'utilisation de déambulateur, la mise en place de chaise garde-robe, la présence d'une aide au repas des personnes dépendantes quotidiennes.

Parmi les facteurs limitants de l'action éducative et d'accompagnement des équipes mobiles, on retrouve le turnover des soignants impliquant une éducation quotidienne, les modalités d'échanges et de transmission essentiellement orales avec les équipes et le peu d'usage des recommandations écrites. La mise en place d'une infirmière référente escarre n'a pu cependant être effective.

**Auteur correspondant : Professeur Pascal Couturier, Clinique Universitaire de Médecine Gériatrique, Pôle pluridisciplinaire de Médecine, Hôpital Albert Michallon, 38043 Grenoble Cedex 09 ; France.  
E-mail: UniMobGerontologie@chu-grenoble.fr**

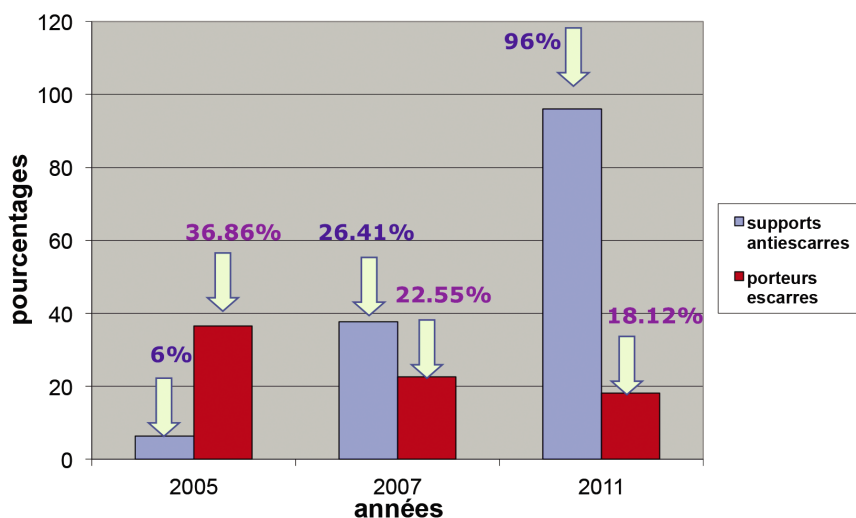


Figure 1 : Evolution de la fréquence des escarres et de l'utilisation des supports.

Figure 1: Frequency of pressure sores and use of preventive mattress.

L'accompagnement des soignants par les infirmières de l'UMG a permis une meilleure sensibilisation au repérage des patients à risque d'escarres et une plus large utilisation des supports adaptés avec une réduction significative du nombre de patients avec escarres sur la période 2005-2011.

Au-delà de l'escarre, cette problématique de la qualité du soin aux urgences et notamment dans les unités d'UHCD prend tout son sens et soulève un problème éthique lorsque ces secteurs accueillent des patients très dépendants, y compris des patients en fin de vie. En effet, malgré le développement des soins à domicile et des soins palliatifs 75 à 85% des Français décèdent à l'hôpital alors que dans les années quatre-vingt-dix, ils ne représentaient que 58%. Les urgences sont également mises à contribution pour la prise en charge de

ces situations. Ainsi, en 1 an, entre le 1<sup>er</sup> février 2008 et le 31 janvier 2009, le CHU de Bordeaux a recensé 51 décès survenus aux urgences. Seuls 14% des décès n'étaient pas attendus. La moyenne d'âge était de 83,8 ans, 65% des patients venaient du domicile (dont 31% des patients isolés) et 35% d'une EHPAD, 15% des patients étaient déjà grabataires avant l'hospitalisation alors que 83% des patients d'EHPAD présentaient une réelle perte d'autonomie par rapport à l'état antérieur. Pour ces populations, Le temps passé aux urgences avant le décès était en moyenne de 22,8 heures (0,21 à 66 heures)...

Cette réalité invite également à une réflexion institutionnelle et notamment avec les comités éthiques afin d'améliorer les conditions de l'accueil et du soin de ces patients très fragiles. ■