

domicile

Améliorer la transmission avec le médecin traitant

■ Les infirmiers libéraux, en binôme avec le médecin traitant, assurent l'essentiel de la prise en charge à domicile et des soins de premier recours des personnes âgées ■ Ils sont ainsi les mieux placés pour prévenir et dépister les facteurs de risque de décompensation chez leur patient âgé fragilisé ■ Une étude pilote vise à évaluer les retombées d'un outil sur la qualité de la transmission avec le médecin traitant et de la prise en charge globale.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – infirmier libéral master ; maintien à domicile ; personne âgée ; premier recours ; prise en charge globale ; référent ; transmission

PASCAL LAMBERT

Infirmier libéral clinicien spécialisé de pratique avancée en gérontologie (ILPAG), membre du collège des soignants de la SFGG

c/o SFGG, 60 rue des Cherchevets, 92150 Suresnes, France

Improving transmission with the general practitioner. Private practice nurses, in partnership with the general practitioner, provide the majority of home care and primary care of elderly people. They are therefore best placed to prevent and detect decompensation risk factors in their frail elderly patients. A pilot study aims to assess the impact of a tool on the quality of transmission of information with the general practitioner and of the global care management.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – ageing at home; elderly person; global care management; master private practice nurse; primary care; primary caregiver, transmission

La revue de la littérature atteste de la diffusion limitée du concept de fragilité et de la faible utilisation de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) [1], particulièrement dans les soins de ville [2], alors qu'elles permettent d'optimiser la prise en charge gérontologique [3,4,5].

La profession d'infirmier diplômé d'État libéral (Idel), exception française dont l'exercice réel est souvent méconnu des milieux institutionnels [6], présente plusieurs avantages pour optimiser la prise en charge à domicile des aînés. Par sa proximité, sa maîtrise du terrain et la régularité de ses visites dans une relation à long terme, il est en mesure de collecter toutes les informations nécessaires et indispensables au maintien à domicile, d'alerter les autres professionnels et l'entourage en cas de risques de décompensation, de provoquer de concert des actions correctrices et/ou de prévention rapides de nature à éviter les hospitalisations en urgence.

■ **Lors de deux stages effectués au sein d'un service gériatrique en court séjour en 2011 et 2012**, plusieurs situations d'hospitalisation en urgence se sont révélées évitables. Les motifs les plus fréquents ont pu être répertoriés. Sur les 31 patients hospitalisés, il ressortait que :

- 100 % provenaient de leur domicile ;

- 87 % étaient passés aux urgences (donc 13 % ne sont pas passés par les urgences) ;
- 71 % étaient hospitalisés pour altération de l'état général et/ou pour chute ;
- 73 % d'entre eux bénéficiaient déjà du passage d'une infirmière libérale à domicile avant leur hospitalisation.

■ **Dans ces conditions, la présence régulière d'un Idel** aux côtés des patients âgés à risque apparaît comme un moyen de prévention des hospitalisations en urgence. Toutefois, sur le terrain, la qualité des transmissions entre Idel et médecins traitants, et donc la prise en charge globale de la personne âgée, sont affectées par :

- une transmission orale sans traçabilité, susceptible de rendre visibles les nombreuses actions initiées sur le terrain par les Idel dans la prise en charge des patients en soins de premier recours ;
- des dossiers de soins infirmiers (complet ou non) qui sont, en tout état de cause, peu consultés par le médecin traitant ;
- l'absence de données objectives et standardisées qui puissent être partagées entre eux ;
- l'absence de dossier patient commun entre le médecin traitant et l'infirmier libéral malgré l'existence de la démarche de soins infirmiers qui pourrait lui servir de base [7].

Adresse e-mail :
pascallambert.ilpag@gmail.com
(P. Lambert).

RÉFÉRENCES

- [1] Belmin J (dir.). *Gériatrie*. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2^e édition; 2009.
- [2] Blanchet E. Utilisation des tests et échelles à visée gériatrique en consultation de médecine générale : Intérêts et obstacles ; Enquête auprès de 84 médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. Thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine de l'université de Nancy, mars 2011.
- [3] Boongird C., Thamakaisorn S., Krairit O. Impact of a geriatric assessment clinic on organizational interventions in primary health-care facilities at a university hospital. *Geriatr Gerontol Int*. 2011;11:204-210.
- [4] Peppersack T. College of Geriatrics and the Belgian Society for Gerontology and Geriatrics. Minimum geriatric screening tools to detect common geriatric problems. *J Nutr Health Aging*. 2008;12(5):348-52.
- [5] Rosted E, Wagner L, Hendriksen C, et al. Geriatric nursing assessment and intervention in an emergency department : a pilot study. *International Journal of Older People Nursing*. 2012; 141-151.
- [6] Vilbrod A, Douguet F. Le métier d'infirmière libérale, tomes 1 et 2. DREES, Études & Documents 2006;58.
- [7] Article R. 161-45 du Code de la Sécurité Sociale Convention Nationale des Infirmiers : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-santé/infirmiers/exercer-au-quotidien/la-demarche-de-soins-infirmiers/demarche-de-soins-infirmiers-mode-d-8217-emploi.php>
- [8] Sergi G, De Rui M, Sarti S, et al. Polypharmacy in the elderly : can comprehensive geriatric assessment reduce inappropriate medication use ? *Drugs Aging*. 2011;28(7):509-518.
- [9] Clerc P, Le Breton J, Mousques J, et al. Les enjeux du traitement médicamenteux des patients atteints de polyopathologies : Résultats de l'étude expérimentale Polychrome. *Questions d'économie de la santé*. 2010;156.
- [10] Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA-SF) : a practice tool for identification of nutritional status, the journal

■ Depuis 2002, dans le cadre conventionnel, l'infirmier a l'obligation de mettre en place la démarche de soins infirmiers (DSI), dès lors

qu'elle est prescrite par le médecin traitant. Celle-ci consiste à remplir 14 items pour aboutir à 5 diagnostics infirmiers principaux.

Le résumé de cette démarche est transmis à la Caisse primaire d'Assurance maladie (pour rémunération selon cotation des actes de soins infirmiers relevant du rôle propre infirmier) et au médecin traitant (pour observation-validation) ; ce protocole étant destiné à alimenter un plan de soins infirmiers individualisé. Or, il ressort des divergences entre ces deux évaluations car elles ne reposent pas sur les mêmes items ; ce qui entraîne des incompréhensions mutuelles inévitables.

De ce double constat, est née en 2012 une étude portant sur la transposition au domicile d'une évaluation gériatrique standardisée simplifiée (EGSS). Elle vise à améliorer la qualité de la transmission écrite entre le médecin traitant et l'Idel grâce à un partage de données objectives et à optimiser la prise en charge globale du patient âgé et d'éviter, entre autres, son hospitalisation en urgence.

MÉTHODOLOGIE

Pour constituer cette EGSS, nécessairement simplifiée pour pouvoir être utilisée à domicile par des Idel au plus tôt dans la prise en charge, il a été choisi d'indiquer le nombre de médicaments pour traiter l'iatrogénie [8,9] ainsi que les grilles validées suivantes :

- sur la nutrition : le *Mini Nutritional Assessment* (MNA) [10] ;
- sur l'autonomie : l'échelle d'activités instrumentales de la vie courante (IADL) [11] ;
- sur l'humeur : le *Mini Geriatric Depression Scale* – GDS abrégée [12] ;
- sur la locomotion : le test unipodal et le test *Get up and go* [13,14].

Cette étude pilote descriptive transversale est assortie d'un questionnaire de satisfaction propre à chacune des trois populations constituant ce panel (Idel, médecins traitants et patients) pour recueillir leur avis quant à l'apport de l'utilisation de cette proposition d'EGSS dans l'amélioration de la prise en charge et du maintien à domicile (*tableau 1*). Un courrier a été adressé aux Idel pour expliquer le but de l'expérimentation, les consignes sur le remplissage des différentes grilles et la conduite à tenir quant à son utilisation.

RÉSULTATS

Au total, l'étude a duré trois mois, et son panel était de 12 Idel, 34 médecins traitants et 61 patients. Ont répondu à leur questionnaire de satisfaction respectif 12 Idel, 17 médecins traitants et 50 patients (*tableau 1*).

Parmi les 50 patients qui ont répondu, seuls 4 avaient déjà bénéficié d'une EGSS avant cette étude et pour 28 patients, il y a eu des changements positifs dans leur prise en charge (*tableau 2*).

Discussion

■ Les résultats sont positifs et encourageants.

Sur des patients régulièrement suivis par leurs Idel, cette EGSS a amélioré la qualité de la transmission avec le médecin. Le patient a pu bénéficier d'une meilleure écoute, d'une meilleure prise en charge médico-sociale et voir des troubles décelés puis traités. Potentiellement, l'EGSS déployée à domicile sur des patients régulièrement suivis est efficace dans le cadre d'une action préventive placée en amont de l'hospitalisation.

■ Cette étude ambitieuse, trop courte et réalisée avec très peu de moyens, aurait nécessité

un accompagnement plus soutenu auprès des Idel participantes en termes de formation à l'utilisation et à l'analyse de cette EGSS. Par ailleurs, la particularité et la complexité de l'exercice libéral (pour lequel toute participation à ce type d'étude a lieu sur le temps de repos ou allonge la durée du temps de travail) est obstacle à l'implication spontanée et bénévole des professionnels, pourtant indispensable pour rendre visible leur travail sur le terrain. Ceci explique aussi ce panel modeste. Le point positif est qu'il s'agit de la première étude faite sur :

- le binôme infirmier libéral/médecin traitant en prévention, dépistage et suivi ;
- la proposition d'un dossier patient partagé opérationnel ;
- l'utilisation de la démarche de l'EGSS, à titre préventif et avant toute hospitalisation.

Les résultats de cette étude pourront notamment servir à une recherche longitudinale future.

CONCLUSION

Par ses compétences nouvelles et complémentaires [15,16,17,18], et sur la base de l'article 70 de la loi sur le financement de la sécurité sociale pour 2012, l'infirmier libéral en pratiques avancées avancées en gériatrie (IIPag) peut initier et

Travailler en collaboration

TABLEAU 1. Avis des professionnels.

Nombre de réponses	Infirmières libérales : 12/12		Médecins traitants : 17/34	
	oui	non	oui	non
1 Connaissance de l'EGSS avant étude	4	8	0	17
2 Amélioration de la prise en charge	11	1	15	2
3 Amélioration de la transmission	8	4	17	0
4 Intégration de l'EGSS dans sa pratique	5	7	Pas concernés	

TABLEAU 2. Avis des patients.

Comment ces changements vous apparaissent-ils ? Vos commentaires	
Plus d'écoute	9
Intégration	7
Positif sur la nutrition	4
Locomotion kiné	4
Meilleure coordination des intervenants	4
Amélioration de l'autonomie	2
Hospitalisation programmée	2
Meilleure prise en compte par le médecin traitant du dossier de soins infirmiers	2
Oui, s'il y a un réel suivi à long terme	1
Je ne sais pas, l'infirmier n'a pas l'air de vouloir changer sa pratique	1

mettre en place des solutions innovantes pouvant contribuer à l'amélioration de la prise en charge gérontologique. Dans le cadre précis de cette étude, il lui appartient de promouvoir la diffusion et l'utilisation de cette EGSS au sein des pratiques professionnelles ambulatoires pour mettre en place toutes ses veilles et alertes. En cas de détection de signes de fragilité pouvant compromettre l'autonomie et le maintien à domicile de la personne, la réalisation d'une consultation en EGS plus poussée peut servir de base à la mise en place d'actions correctives et préventives, si nécessaire de concert avec le médecin traitant, le gériatre ou tout autre spécialiste.

Dans le cadre de cette mission, et face à l'explosion de la demande aggravée par la pénurie médicale, il peut, dans le respect de la graduation de l'offre de soins, en amont de la filière gériatrique, agir comme filtre et adresser le patient âgé aux acteurs du deuxième recours. Il peut jouer un rôle moteur dans le bien vieillir [19] et le maintien de l'autonomie [20] en développant, au titre de la prévention, du dépistage et du suivi des risques de fragilisation, un droit propre pour des

consultations et des prescriptions, au sein de réseaux gériatriques ou de pôles de santé de soins de premier recours. Il peut servir d'interface entre la ville et l'hôpital [21] : ainsi, en centralisant, synthétisant et transmettant les données du patient au sein d'un dossier commun partagé par les différents acteurs chargés de sa prise en charge sanitaire et sociale, l'Ilpag peut coordonner leurs actions et assurer la fluidité du parcours de soins et le suivi opérationnel du plan de soins individualisé du patient âgé. Enfin, il peut initier des protocoles validés et agir comme formateur pour sensibiliser les soignants et les acteurs du maintien à domicile aux spécificités de la prise en charge gérontologique.

Autant de pistes d'action données aux différents partenaires institutionnels pour relever le défi de la préservation de notre système de protection sociale. ■

RÉFÉRENCES

- of nutrition, health and aging. 2009;13(9):782-83.
- [11] Lawton M, Brody EM. Assessment of older people : self maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9:179-86.
- [12] Sheikh JL, Yesavage JA. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of shorter version. In Brinck L. Clinical gérontologie : a guide to assessment and intervention. Binghamton:Howarth Press;1986. p. 165-173.
- [13] Tinetti ME, Speechley M. Prevention of fall among the elderly. N. Eng. J. Med. 1989;320(16):1055-9.
- [14] Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. Journal of the American Geriatrics Society. 1991;39(2):142-8.
- [15] Association des infirmières et infirmiers du Canada. Mémoire sur les infirmières praticiennes spécialisées : un rôle à propulser, une intégration à accélérer. 23 avril 2009;54 p.
- [16] Pulcini J, Jelic M, Gul R, et al. An International Survey on Advanced Practice Nursing: Education, Practice, and Regulation. Journal of Nursing Scholarship. 2010;42:31-39.
- [17] Henart L, Berland Y, Cadet D. Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer. janvier 2011. 52 p.
- [18] Centre d'analyse stratégique, Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? Les coopérations entre professionnels de santé. Note d'analyse n°254 ; Déc 2011. 12 p.
- [19] Franco A. Vivre Chez soi. Rapport à Mme Nora Berra, Secrétaire d'État en charge des Aînés. Juin 2010, 95 p.
- [20] Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Assurance maladie et perte d'autonomie, 23 juin 2011, 186 p
- [21] Fournier P. La collaboration ville-hôpital, de la filière au réseau gérontologique : éviter une hospitalisation non justifiée ou réussir une sortie difficile. Gérontologie et société. 2002;100:131-147.

RÉFÉRENCES

Déclaration d'intérêts
L'auteur déclare ne pas
avoir de conflits d'intérêts
en relation avec cet article.