Année 2018/2019 N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

SENCE Morgane

Née le 30/09/1991 à Paris XIV (75)

Patients en situation de handicap : comment améliorer la prise en charge aux urgences d'Orléans ?

Présentée et soutenue publiquement le 24 avril 2019 devant un jury composé de :

Président du Jury :
Professeur Saïd LARIBI, Médecine d'urgence, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :
Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie, Faculté de Médecine – Tours
Professeur Patrick VOURC'H, Biochimie et Biologie Moléculaire Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse : Docteur Rémi Leclerc, Médecine Générale - Tours

Titre : Patients en situation de handicap : comment améliorer la prise en charge aux urgences d'Orléans ?

Résumé

INTRODUCTION. Les patients en situation de handicap (PSH) représentent 8% des patients aux urgences, or deux tiers de ces patients sont insatisfaits de leur prise en charge aux urgences. L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux de la prise en charge des PSH aux urgences d'Orléans afin de proposer des outils d'amélioration. **MATERIEL ET METHODES**. Il s'agissait d'une étude qualitative par focus group. Vingt personnes ont participé à l'étude en participant à une discussion interactive, retranscrite, puis analysée. **RESULTATS.** L'âge moyen était de 32ans, 95 % travaillaient au sein du service. Les participants aux focus group s'accordaient tous concernant un manque de temps et de moyens adaptés pour la prise en charge de ces patients. Les participants étaient amenés à proposer des idées pour créer un chariot dédié. Nous avons pu sélectionner plusieurs points semblant indispensables à améliorer pour offrir une meilleure qualité de soins aux PSH : la communication, le confort, les soins adaptés, l'alerte, le divertissement et l'alimentation. **DISCUSSION**. Un sac dédié mis à disposition du patient et de ses accompagnants avec des outils adaptés, la création d'une filière spécifique aux urgences, une fiche d'information, et la traçabilité par étiquetage des dossiers, et des formations dédiées seraient des pistes d'amélioration possible. Cette étude lance de nouvelles perspectives de travail concernant les PSH aux urgences d'Orléans.

Mots clés : Handicap, urgences, sac dédié, communication, confort, filière handicap

Title : Patients with disabilities : how improve the emergency care in Orlean's emergency ?

Abstract :

INTRODUCTION. Patients with disabilities (PSH) represent 8% of patients in the emergency room, and two thirds of these patients are dissatisfied with their care in emergencies. The objective of this study was to make an inventory of the care of PSH on Orleans's emergency to offer tools for improvement. **MATERIAL AND METHODS**. This was a qualitative study by focus group. Twenty people participated in the study by participating in an interactive discussion, transcribed and analyzed. **RESULTS.** The average age was 32 years, 95% worked in the service department. Focus group participants all agreed that there was a lack of time and ressources for caring for these patients. Participants were asked to come up with ideas for creating a dedicated cart. We have been able to select several points that seem essential to improve to provide a better quality of care for PSH: communication, comfort, adapted care, alertness, entertainment and food. **DISCUSSION.** A dedicated bag made available to the patient and his companions with adapted tools, the creation of a specific sector to the emergencies, a fact sheet, and the tracability by labeling of the files, and dedicated trainings would be tracks of possible improvement. This study launches new perspectives of work concerning the PSH in emergency of Orléans.

Key words : Handicap, emergencies, dedicated bag, communication, comfort, handicap sector

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESSEURS
Pr Denis ANGOULVANT, Pédagogie
Pr Mathias BUCHLER, Relations internationales
Pr Hubert LARDY, Moyens – relations avec l'Université
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine générale
Pr François MAILLOT, Formation Médicale Continue
Pr Patrick VOURC'H, Recherche

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Fanny BOBLETER

****

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr André GOUAZE - 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND –
1994-2004 Pr Dominique
PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES
Pr Daniel ALISON
Pr Philippe ARBEILLE
Pr Catherine BARTHELEMY
Pr Christian BONNARD
Pr Philippe BOUGNOUX
Pr Alain CHANTEPIE
Pr Pierre COSNAY
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr Alain GOUDEAU
Pr Noël HUTEN
Pr Olivier LE FLOCH
Pr Yvon LEBRANCHU
Pr Elisabeth LECA
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Pr Gérard LORETTE
Pr Roland QUENTIN
Pr Alain ROBIER
Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P.BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET - J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTRE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINE – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – J.C. ROLLAND – D. ROYERE - A.
SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian ..... Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis ..... Cardiologie
AUPART Michel ..... Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique ..... Cardiologie
BALLON Nicolas ..... Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle ..... Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe ..... Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora ..... Pharmacologie clinique
BERNARD Anne ..... Cardiologie
BERNARD Louis ..... Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle .... Biologie cellulaire
BLASCO Hélène ..... Biochimie et biologie moléculaire
BODY Gilles ..... Gynécologie et obstétrique
BONNET-BRILHAULT Frédérique ..... Physiologie
BRILHAULT Jean ..... Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent ..... Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck ..... Urologie
BUCHLER Matthias ..... Néphrologie
CALAIS Gilles ..... Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent ..... Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques ..... Parasitologie, mycologie
COLOMBAT Philippe ..... Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe ..... Neurologie
COTTIER Jean-Philippe ..... Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand ..... Neurologie
DEQUIN Pierre-François..... Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume..... Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe ..... Anatomie
DIOT Patrice ..... Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague ..... Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri ..... Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal ..... Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam ..... Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan ..... Réanimation

FAUCHIER Laurent ..... Cardiologie
FAVARD Luc ..... Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand ..... Gériatrie
FOUQUET Bernard ..... Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick ..... Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle ..... Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine ..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOGA Dominique ..... Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUPILLE Philippe ..... Rhumatologie
GRUEL Yves ..... Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice ..... Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge ..... Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel ..... Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier ..... Urologie
HALIMI Jean-Michel ..... Thérapeutique
HANKARD Régis..... Pédiatrie
HERAULT Olivier ..... Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis ..... Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe .....Biologie cellulaire
LABARTHE François.....Pédiatrie
LAFFON Marc ..... Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert ..... Chirurgie infantile
LARIBI Saïd ..... Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique ..... Bactériologie-virologie
LAURE Boris ..... Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry ..... Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel ..... Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude ..... Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent ..... Dermato-vénéréologie
MAILLOT François ..... Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain ..... Pneumologie
MARRET Henri ..... Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel ..... Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent ..... Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain ..... Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa ..... Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis ..... Rhumatologie
ODENT Thierry ..... Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi ..... Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna ..... Gynécologie-obstétrique
PAGES Jean-Christophe ..... Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric ..... Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique ..... Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck ..... Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean ..... Ophtalmologie
PLANTIER Laurent ..... Physiologie
REMERAND Francis ..... Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe ..... Biologie cellulaire

ROSSET Philippe ..... Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel ..... Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline ..... Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem ..... Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab ..... Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria ..... Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre ..... Pédiatrie
TOUTAIN Annick ..... Génétique
VAILLANT Loïc ..... Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane ..... Anatomie
VOURC'H Patrick ..... Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé ..... Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien .....Soins palliatifs
POTIER Alain .....Médecine Générale
ROBERT Jean ..... Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David ..... Physiologie
BARBIER Louise..... Chirurgie digestive
BERHOUET Julien ..... Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERTRAND Philippe ..... Biostat., informatique médical et technologies de communication
BRUNAULT Paul ..... Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès ..... Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas ..... Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie ..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane ..... Biophysique et médecine nucléaire
FAVRAIS Géraldine ..... Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie ..... Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe ..... Néphrologie
GOUILLEUX Valérie..... Immunologie
GUILLON Antoine ..... Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie ..... Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille ..... Immunologie
IVANES Fabrice ..... Physiologie

LE GUELLEC Chantal ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine ..... Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste ..... Radiologie pédiatrique
PIVER Éric ..... Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille ..... Médecine légale
ROUMY Jérôme ..... Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte ..... Néphrologie
TERNANT David ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess ..... Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia ..... Neurosciences
BOREL Stéphanie ..... Orthophonie
DIBAO-DINA Clarisse ..... Médecine Générale
MONJAUZE Cécile ..... Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald..... Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile ..... Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

RUIZ Christophe ..... Médecine Générale
SAMKO Boris ..... Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache ..... Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie ..... Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves ..... Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe ..... Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice ..... Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric ..... Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253

LE PAPE Alain ..... Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric ..... Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259 PAGET Christophe ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha ..... Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100 WARDAK Claire ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire ..... Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie ..... Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle ..... Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle ..... Praticien Hospitalier

MAJZOUB Samuel..... Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice ..... Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

Au Pr Saïd Laribi, merci d'avoir accepté de présider cette thèse et de m'avoir offert l'opportunité de mener à bien mon projet d'urgentiste.

Au Dr Rémi Leclerc, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse malgré les obstacles rencontrés, de m'avoir aidé dans cette étape de ma vie professionnelle.

Aux Professeurs Camus et Vourc'h, merci d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse et soyez assurés de toute ma reconnaissance.

A ma mère Catherine, pour son soutien sans faille tout au long de mes études, sa confiance et son amour inconditionnel, je t'aime.

A mon amour Thomas, toujours à mes côtés pour m'aider à avancer dans les meilleurs et les pires moments, pour sa confiance en moi, je t'aime.

A ma famille : ma sœur Aurélie, Serge, mes grands-parents votre présence aura été indispensable, je vous aime.

A ma nièce et filleule Chloé, bienvenue dans la famille, je t'aime.

A mes amis de toujours pour avoir réussi à me supporter depuis si longtemps, votre aide à été précieuse. Merci Evan, Joris, Lucie, Mathias et Solène, je vous aime.

A Chloé et Laetitia, pour ces études difficiles que l'on a vécues ensembles, nos moments de répits toutes les trois et cette belle amitié qui ne fait que commencer.

Au Dr Olivier Giovanetti, pour avoir eu confiance en moi et m'avoir soutenu tout au long de mon internat.

Au Dr Charlotte Gallazzini, pour avoir été une aide précieuse à l'élaboration de cette thèse, votre engagement est une source d'inspiration.

Au Dr Anne Malet, merci de m'accueillir à bras ouverts au sein de votre service des urgences d'Orléans.

A mes co-internes et futures collègues Agathe, Aurélien, Kiki, Khris et Marion pour tous ces covoiturage et ces cours de DESC passés ensemble qui nous auront bien fait rire.

A mes co-internes : Amir, Jonathan sans qui ce semestre à Chartres n'aurait pas eu la même saveur, spéciale dédicace à « La Petite Venise ».

A mes co-internes : Aline, Audrey, Elisabeth, Manon, Marion et Paul pour ce magnifique dernier semestre passé à vos côtés, sachez que votre bonne humeur m'as permis de tenir le coup ces 6 derniers mois.

A tout le personnel du SAU d'Orléans pour leur participation de près ou de loin à ce travail.

Tables des matières

1- Introduction
2- Matériel et méthodes
3- Résultats
    a. Caractéristiques de la population
    b. Prise en charge de la personne en situation de handicap
        i. Eléments manquants au dossier
        ii. Entourage
            1. Avantages
            2. Inconvénients
        iii. Prise en charge
        iv. Chariot dédié
            1. Communication
            2. Confort
            3. Soins
            4. Alerte
            5. Divertissement
            6. Alimentation
            7. Environnement
            8. Modalités d'application
            9. En pratique
4- Discussion
    a. Limites de l'étude
    b. Population
    c. Amélioration de la communication concernant les personnes en situation de handicap
        i. Travail en amont
        ii. Travail au SAU
        iii. Personnel du SAU
    d. Amélioration de la communication avec le patient
        i. Les aidants
        ii. Les pictogrammes
        iii. L'alerte
    e. Amélioration du confort du patient
        i. Etat des lieux
        ii. Travail au SAU
        iii. Environnement
        iv. Alimentation
    f. Un sac dédié
5- Conclusion
6- Annexes
7- Sources

1- Introduction

Depuis février 2017, grâce à l'association Handifaction (1), les patients en situation de handicap (PSH) peuvent remplir un questionnaire de satisfaction sur leur prise en charge concernant les situations ayant nécessité des soins médicaux ; les résultats sont publiés en ligne.
Nous nous sommes plus particulièrement intéressés aux chiffres concernant les passages dans les services d'urgences entre le 11/11/2018 et le 31/12/2018 : 2651 personnes en situation de handicap ont répondu au questionnaire en ligne. 62,4% ont nécessité un passage en SAU, l'attente moyenne était de 4heures et 47 minutes.
Quasiment 2 personnes sur 3 interrogées se sont dit insatisfaites de leur prise en charge au sein du Service d'Accueil des Urgences (SAU). Parmi les insatisfaits concernant la prise en charge au SAU : 78,4% ont eu le sentiment de ne pas être soignés et 69,7% ont eu le sentiment que l'on ne tenait pas compte de leur douleur. (Annexe 1)
Ces résultats montrent à quel point la situation concernant la prise en charge des patients en situation de handicap est alarmante d'autant plus que l'on sait qu'ils sont des patients fragiles à risque de complications graves avec un taux de morbi-mortalité élevé.

Or, une loi a pourtant été votée il y a quatorze ans afin d'améliorer la qualité de vie des patients en situation de handicap : la loi du 11 février 2005, dite loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Elle traite de cinq grandes lignes dont : le droit à la compensation, l'accessibilité, la scolarité, l'emploi et les maisons départementales des personnes handicapées. (2)

L'accessibilité aux soins tant à s'améliorer mais il reste encore de nombreuses attentes concernant les soins d'urgences. Afin d'améliorer les prestations de soins dans les services d'urgences prodigués aux patients handicapés, en avril 2016 l'association Handidactique en lien avec l'équipe des urgences de Chartres, l'ARS et des patients en situation de handicap ont créé une charte « Unis pour l'accès à la santé des personnes en situation de handicap » intitulée la charte Romain Jacob. Il y est traité plusieurs grands cadres tels que : anticiper et fluidifier le parcours de soins, améliorer l'accueil et les soins, faciliter l'hospitalisation d'aval si nécessaire … (3)

Dans les suites de la création de cette charte, l'équipe des urgences de Chartres a créé un chariot de soins dédié à la prise en charge des patients en situation de handicap. Malgré l'enthousiasme suscité à sa création il est malheureusement aujourd'hui peu utilisé et l'initiative se solde par un échec. (4)

L'objectif de cette étude qualitative était d'évaluer et d'améliorer la prise en charge des PSH nécessitant un passage au SAU d'Orléans. Nous avons, à partir d'entretiens collectifs déterminé les lacunes de notre service et comment nous pourrions améliorer la prise en charge de ces patients notamment par le biais de la création d'un chariot dédié en s'appuyant sur le modèle des urgences de Chartres tout en l'adaptant au SAU d'Orléans.

2- Matériel et méthodes

Il s'agissait d'une étude qualitative en entretiens collectifs ou « focus group » réalisée dans le Loiret. La méthode par entretiens collectifs ou focus group (FG) a été choisie afin d'étudier la variété des perceptions et d'opinions sur le sujet. Le choix de cette méthode permet d'obtenir une dynamique de groupe afin de faire émerger de nouvelles idées. Les participants étaient encouragés à discuter entre eux pour échanger et commenter leurs expériences et leurs points de vue.

Les participants aux focus group étaient sélectionnés sur la base du volontariat.

Au fil de discussions concernant mon projet de thèse certains personnels des urgences se sont montrés intéressés pour participer aux focus group. Quand je disposais d'un nombre suffisant de participants, une date était fixée.

L'auteure de la thèse occupait le rôle d'animateur et de modérateur du groupe de discussion. Le directeur de thèse a assisté aux deux premiers focus group en qualité d'observateur.

Le consentement de chaque participant a été recueilli au début de chaque focus group par le biais d'un formulaire écrit (Annexe 2). L'animateur précisait à chaque entretien que le focus group était enregistré mais que leur anonymat serait préservé et que l'enregistrement vocal ne serait utilisé uniquement que pour la retranscription. L'anonymisation des données a été effectuée à chaque retranscription, en effet chaque intervenant est matérialisé dans les verbatims par l'initiale de son prénom, et lorsqu'un prénom a été entendu dans l'enregistrement audio il a également été retranscrit par son initiale.

Les focus group ont été poursuivis jusqu'à la saturation des idées.

Un guide d'entretien (Annexe 3) contenant une trame de questions afin de maintenir la thématique du focus group dans la bonne direction avait au préalable été rédigé. Les questions étaient ouvertes et neutres, elles concernaient dans un premier temps la prise en charge actuelle des patients en situation de handicap au SAU, puis dans un second temps le listing du chariot de Chartres était remis à chaque participant afin de débattre sur la possibilité de créer un chariot adapté au SAU d'Orléans.

Les entretiens ont été enregistrés via un dictaphone OLYMPUS puis retranscrits dans leur intégralité.

Les participants étaient principalement du personnel médical et paramédical du SAU, à l'exception d'une participante.

Nous avons réalisé 4 focus group au sein de la salle de réunion des urgences d'Orléans. Les entretiens ont duré entre 35 minutes et 1h15 selon les groupes. Chaque groupe était composé de 4 à 5 participants, tous personnels du SAU à l'exception d'une participante dentiste dans le deuxième focus group. A la fin de chaque séance une synthèse était réalisée afin de vérifier l'accord des participants avec ce qui avait été dit.

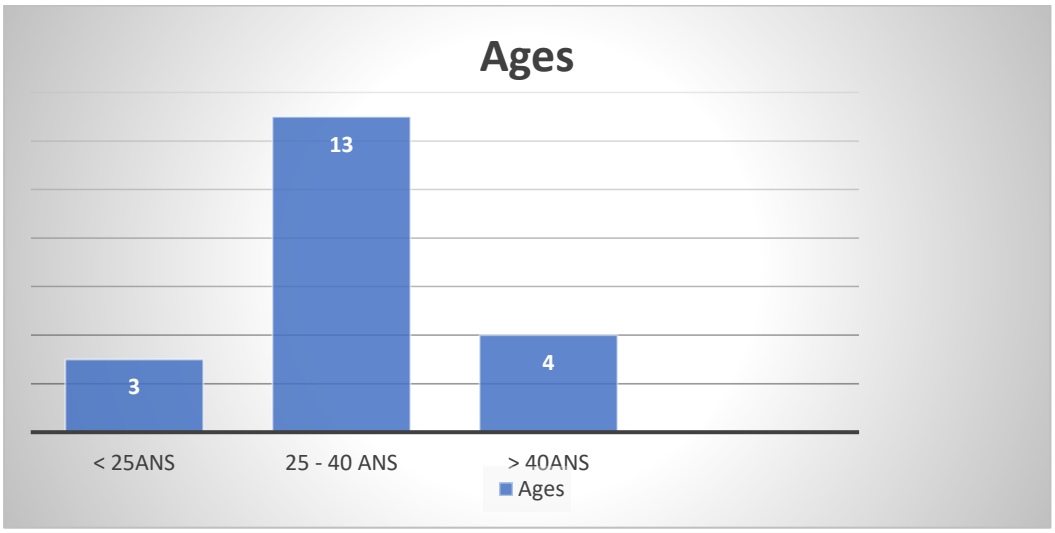
3- Résultats

a. Caractéristiques de la population :

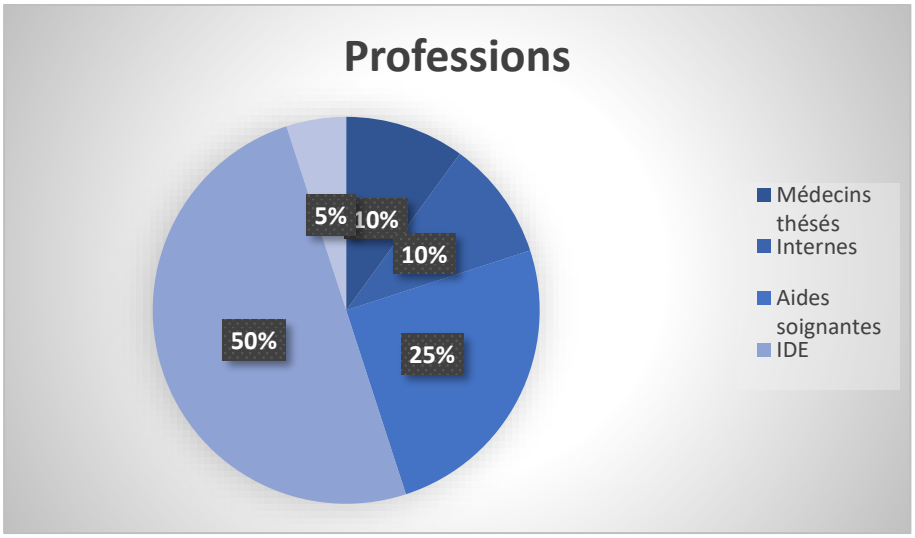
Les participants aux focus groupes étaient à 75% des femmes : 16 femmes versus 4 hommes. Cet échantillon est représentatif de la population travaillant au SAU.

La moyenne d'âges était de 32 ans (graphique 1).

Les participants étaient à 75% du personnel paramédical du SAU : infirmiers et aides-soignantes. Les autres participants étaient 2 médecins thésés du service dont la chef de service, 2 internes en stage au SAU et une dentiste (graphique 2).



Graphique 1 : répartition des âges des participants au focus groupe



Graphique 2 : Répartition des professions des participants

Participant	Sexe	Age	Profession	Expérience aux urgences	Expérience personnelle
S.	F	45	AS	20 ans	
M.	F	22	AS	2 ans	
V.	F	35	IDE	12 ans	
A.	M	26	IDE	3 ans	
O.	M	47	Médecin urgentiste	25 ans	
C.	F	28	Interne	6 mois	Non
A.	F	33	IDE	10 ans	Non
Ch.	F	43	Dentiste	Aucune	Non
Chr.	M	28	Interne urgentiste	1 an	Non
A.	F	59	Médecin urgentiste	35 ans	Non
O.	F	23	AS	1 an et demi	Oui, père handicapé
J.	F	29	IDE	2 ans et demi	Oui, oncle trisomique
M.	F	23	IDE	3 ans	Oui, voisine avec handicap mental
C.	F	26	AS	2 ans	Non
P.	F	26	IDE	1 an	Non
P.	F	27	AS	2 ans et demi	Non
F.	F	37	IDE	2 ans et demi	Non
M.	F	29	IDE	7 ans	Oui, grand père et beau-père handicapés
A.	F	30	IDE	9 mois	Oui, sourd et muet dans l'entourage
J.	M	25	IDE	1 an et demi	Non

Tableau 1 : Population des participants aux FG

Légende : FG N°1 – FG N°2 – FG N°3 – FG N°4

b. Prise en charge de la personne en situation de handicap

i. Eléments manquants au dossier

Dans chacun des groupes la première réponse fût « l'état de base ». La précision de cette notion nous amenait à dégager une notion principale : la différence entre l'état clinique habituel du patient et son état actuel.

Intervenant A. FG n°3 : « Leur état de base, et le delta par rapport à leur état du jour. »

La deuxième notion manquante était principalement l'autonomie du patient, s'il nécessitait des aides à domicile et ses capacités de communication, notion bien codifiée lorsque l'on reçoit des patients âgés institutionnalisés en EPHAD mais peu transmise pour des patients polyhandicapés institutionnalisés ou à domicile.

Intervenant J. FG n°3 : « On a des patients qui arrivent qui ne nous parlent pas du tout et on ne sait pas si à la maison ils sont déjà comme ça ou si c'est dû à quelque chose qui fait qu'ils se sont dégradés. »

Intervenant J. FG N°4 : « il y a certaines structures qui font des bilans d'autonomie sur la personne qui sont actualisés assez régulièrement, et je trouve cela un peu dommage que des fois on ne récupère pas ce dossier dans la partie médicale »

Certains groupes ont proposé des solutions pour remédier à ces difficultés, notamment la mise en place de fiches recueillant les données sur l'autonomie et l'état clinique habituel du patient, à faire remplir à l'accueil par les accompagnants s'ils sont présents.
Un autre groupe a également proposé de mettre en place une fiche du même type à remplir par la structure d'accueil du patient en cas d'institutionnalisation. Elle serait alors jointe au dossier médical en cas de nécessité de transfert aux urgences.

Intervenant P. FG N°3 : « Est-ce qu'on pourrait pas mettre en place une petite feuille à l'accueil pour que l'AS donne à la famille, si jamais il arrive qu'ils ne peuvent pas rester, remplir un minimum d'information peut-être que ça pourrait aider derrière. »

ii. Entourage

1. Avantages

Les accompagnants ont unanimement été décrit comme une aide précieuse pour une prise en charge optimale du patient handicapé. Ils apportent premièrement tous les éléments manquants au dossier sur l'état clinique habituel du patient et son autonomie.
Ils sont décrits comme indispensable pour l'aide à la description du comportement habituel et de la communication non verbale, une réassurance pour le patient qui sort de son environnement habituel.

Intervenant J. FG N°4 : « C'est ça qui est intéressant, c'est qu'ils le connaissent beaucoup mieux que nous et des fois il y a des personnes, enfin pour reprendre son exemple, qui vont avoir des moments d'agitation qui pour nous peuvent être perçus comme de l'agressivité, sauf qu'eux savent en fait que c'est une détresse du patient et au final il n'y a aucune agressivité derrière et ils arrivent à trouver les mots, ou la façon de le toucher »

Intervenant A. FG N°4 : « Expliquer déjà le soin une première fois à l'entourage afin que le patient ressente la confiance de leur aidant habituel, c'est une sorte d'alliance thérapeutique, si la famille est en confiance avec nous il l'aura aussi »

Les accompagnants ont parfois été également décrit comme une aide à la prise en charge technique. En effet les familles au domicile ayant l'habitude de donner les repas ou de mettre un bassin semblent précieuses en termes de gain de temps pour les équipes bien qu'elles soient conscientes que cela dépasse leurs rôles.

Intervenants A. et V. FG N°1 : « A : Mine de rien s'ils sont là ils peuvent quand même l'aider alors que nous on aura peut-être moins le temps de l'aider.
V : Après on se cache aussi un peu derrière ça quand même. »

Ils ont également un rôle de réassurance des équipes soignantes, tout le monde étant rassuré de savoir qu'un accompagnant est présent au côté du patient car il arrive parfois qu'il passe plusieurs heures sans voir de soignants dans son box.

Intervenant J. FG N°4 : « Je suis d'accord avec toi, mais des fois c'est quand même cool de se dire « et bien de toute façon dans ce box là je sais qu'il y a la famille qui est là, elle viendra me voir s'il y a besoin » des fois c'est confortable. »

2. Inconvénients

Les inconvénients identifiés ont été de plusieurs types. Dans un groupe il a été décrit des accompagnants peu investis et connaissant peu le patient n'étant pas d'une grande aide à la prise en charge du patient.
L'autre inconvénient majeur cité par tous est parfois la présence d'une surprotection de la part des familles, pouvant être un facteur de stress supplémentaire pour le patient et entrainer des difficultés pour les équipes soignantes à garder leur rôle de soignants devant l'intrusion de la famille.

Intervenant S. FG N°1 : « C'est vrai qu'ils peuvent être très envahissants aussi. »
Intervenant J. FG N°3 : « Il faut effectivement que ce soit bien expliqué parce qu'après ils peuvent être très prenants, très demandeurs derrière sur les examens, les résultats. »
Intervenant P. FG N°4 : « Au niveau des soins, à un moment il faut que le patient ait confiance en nous, et s'ils sont trop présents tu ne lies pas une relation avec lui, donc ça peut être freinant. »

iii. Prise en charge

Pour la plupart des participants la prise en charge d'un patient en situation de handicap est jugée différente à celle d'un patient lambda, principalement concernant le relationnel et de temps de prise en charge mais similaire en termes de technique.
Le fait de venir à l'hôpital peut engendrer un stress et des troubles du comportement difficilement gérables aux urgences.

Intervenant M. FG N°1 : « C'est un patient où il va falloir qu'on leur explique ce qu'on va leur faire, qu'on les rassure avant de leur faire les soins donc ça va prendre plus de temps qu'un patient qui nous dit « et bah allez-y piquer moi ! » tu leur fais leur ECG et puis basta »

Intervenant C. FG N°2 : « Mettre à disposition une présentation du déroulement de la PEC aux urgences, expliquer le temps d'attente, avoir des photos de l'équipe afin de déterminer qui fait quoi. C'est toujours important de bien prendre le temps de se présenter, car ils voient beaucoup de monde et ils ne savent pas très bien qui fait quoi et du coup ils sont paumés. »

Intervenant J. FG N°4 : « Moi je pense que de toute façon notre prise en charge de base on est obligé de s'adapter à chaque patient, donc techniquement on va s'occuper de ce patient comme d'un autre. »

Du point de vue médical, la prise en charge est souvent décrite comme plus rapide devant les difficultés à surmonter les problèmes de communication, les médecins ont tendance à se concentrer sur les examens complémentaires et un examen clinique rapide.

Intervenant O. FG N°1 : « on prendra moins le temps d'expliquer, ou on sait que l'interrogatoire au niveau médical il va être quasi nul […] Enfin en tout cas moi ça m'arrive il faut être honnête, on doit surtout banaliser certains signes en le mettant dans le package de « il était déjà comme ça avant » et à leur défaut. »

Les difficultés évoquées par les participants sont principalement les difficultés liées à l'environnement. En effet les urgences sont un lieu anxiogène pour les patients, notamment pour les patients présentant un handicap mental, ils sont plus à risque de majorer des troubles du comportement déjà pré existant.

Intervenant C. FG N°2 : « Il y a un fort risque de troubles du comportement dans ces situations surtout si le patient n'a pas pu prendre son traitement, s'il a dû sauter un repas … On ne connait pas dans son dossier ses peurs et ses habitudes. »

iv. Chariot dédié

1. Communication

De nombreuses propositions pour pallier les difficultés de communication ont été proposées. La communication non verbale ayant été au premier plan des discussions notamment par le biais de l'acquisition d'une ardoise avec feutres Velleda mentionnée dans les quatre FG, ou par un apprentissage des bases de la langue des signes par le biais de formation du personnel. L'objectif étant de former le plus grand nombre de personnes avec quelques signes de bases et la connaissance de l'alphabet afin de pouvoir épeler certains mots.
La communication non verbale au centre de toutes les discussions a abouti dans chaque groupe à l'idée d'utilisation de planches de pictogrammes permettant au patient de communiquer par le biais d'images.

Intervenant C. FG N°2 : « Les pictogrammes c'est la partie obligatoire, pour communiquer. Des planches de pictos avec : j'ai mal / j'ai pas mal, je suis content, je suis triste, j'ai très peur, je veux aller aux toilettes, j'ai faim, j'ai soif, je suis fatigué… »

Les pictogrammes permettent au patient d'exprimer des émotions simples, certaines personnes dans les FG ont également vu l'opportunité pour le patient de communiquer sur un symptôme ou la douleur ou pour le soignant d'expliquer un soin.

Intervenant M. FG N°3 : « Un corps humain, le patiente montrent où il a mal dessus. »
Intervenant C. FG N°3 : « Sinon par exemple une feuille avec un dessin une seringue quand vous devez piquer »
Intervenant J. FG N°4 : « Un abécédaire. Il y a l'alphabet qui est écrit sur une planche, le patient met son doigt sur chaque lettre et il arrive comme ça à sortir quelques mots. Il y a décrit ci-dessus oui, non, certains mots simples. Comme ça tu peux au moins communiquer. Manger, boire, douleur. »

Dans le second FG, une participante a expliqué que lorsqu'elle se trouvait face à des personnes malentendantes il lui était arrivé de mettre son stéthoscope dans les oreilles du patient afin de parler dans le pavillon et donc d'utiliser le stéthoscope comme amplificateur sonore.

Dans le troisième FG, une participante avait travaillé en pédiatrie et à partager son expérience d'avoir réalisé des vidéos explicatives pour les soins compliqués notamment une ponction lombaire. L'idée a été très bien accueillie par les autres membres du groupe.

Intervenante P. FG N°3 : « On s'était filmé, et on expliquait le soin et en même temps on faisait le soin sur un enfant. Et du coup quand les enfants venaient aux urgences et qu'on devait faire un de ces gestes on leur montrait la vidéo sur une tablette qu'on avait qui était sous clé dans le service, et ça dédramatisait la situation. »

2. Confort

Les participants se sont accordés pour dire que notre matériel était peu adapté à des PSH, notamment des brancards jugés trop haut augmentant le risque de chute. De plus les patients sont souvent retrouvés la tête dans les barrières ou les jambes, d'où a émergé l'idée de protèges barrières.
L'absence de fauteuil obligeant les patients à attendre allongés sur un brancard semblait à risque de majorer des positions vicieuses, douloureuses, ou augmenter le risque d'apparition d'escarres.

Intervenant O. FG N°3 : « Oui ce serait bien qu'on ait un fauteuil coquille, un fauteuil comme en gériatrie ».
Intervenant 2. FG N°1 : « Peut-être un brancard spécialisé, avec un matelas plus renforcé, un peu plus large. »

L'installation des patients sur les brancards semble compliquée pour tous. L'intérêt d'une formation par un ergothérapeute a été souligné dans le premier FG mais c'est principalement l'acquisition de coussins de positionnement qui était unanimement un point indispensable dans la prise en charge des PSH. Dans chaque groupe a été mentionné à plusieurs reprises la nécessité d'avoir des coussins ergonomiques, des coussins gels mais également la difficulté financière à les obtenir.

Intervenante P. FG N°3 : « Moi je voudrais insister sur les coussins, parce que franchement dans les brancards ils sont souvent la tête dans les barrières ou les jambes… »

Intervenant C. FG N°2 : « Ou alors faire de la prévention pour que le patient qui doit venir aux urgences viennent avec son coussin »

Le manque de confort est souvent mal vécu par le personnel du SAU qui doit développer des techniques secondaires pour essayer d'améliorer les positions des patients. En effet le manque de couvertures et d'oreillers se fait cruellement sentir.

Intervenante O. FG N°3 : « Mais même ici aux urgences, on est en crise d'oreillers. Alors faire des oreillers de fortune avec des draps roulés, ça va 5 minutes. »

Le confort n'est pas seulement représenté par l'installation du patient. Dans le deuxième FG nous avons parlé du problème de la soif, les patients n'étant souvent pas autorisé à boire avant d'avoir vu le médecin. Il a également été évoqué l'angoisse et le stress généré par le bruit pouvant être améliorer par l'utilisation d'un casque anti-bruit.

Intervenante C. FG N°2 : « Il y en a beaucoup qui ont la bouche extrêmement sèche, surtout quand ils ont attendus longtemps, et en fait rien que de leur humidifier la bouche ils ont un énorme confort en plus et des fois ça change complétement leur prononciation. Par le biais de sprays ou de petits bâtonnets type Aquasial. »

Le manque de matériel adapté dans les locaux a également été évoqué : notamment l'absence de barres dans les toilettes ou l'absence de fenêtres dans certains boxs.

Intervenante C. FG N°3 : « Et c'est difficile dans le secteur deux sans fenêtre ! Même pour nous déjà imaginez de passer une journée sans avoir la notion du temps, savoir s'il fait jour, s'il fait nuit, et d'être couché à attendre qu'il se passe quelque chose. »

3. Soins

Dans les discussions autour des soins des patients handicapés a été évoqué l'intérêt d'effectuer des prises de sang systématique. Si celle-ci est jugée indispensable il semblerait judicieux de l'effectuer dans de bonnes conditions, l'utilisation de patch anesthésiant locaux type EMLA© ou de gaz type KALINOX© semble être une idée intéressante.

Intervenante V. FG N°1 : « Un chariot de soins avec du Kalinox. Parce que on leur fait des prises de sang vraiment on pourrait prendre notre temps, mettre de l'Emla, on prend pas tout ce temps-là, en fait on arrive on les agresse d'emblée avec nos prises de sang et je pense qu'il comprenne pas forcément. »

D'autres matériels absents du service du SAU d'Orléans mais présents dans le chariot de Chartres ont été retenu notamment les sondes urinaires (utiles à mettre à disposition pour les patients paraplégiques effectuant des auto-sondages), les poches de colostomie, ou les soins de trachéotomie.

Intervenant J. FG N°3 : « Il y a du manque de matériel aussi, moi je pense toujours à ceux qui ont des trachéo, et les soins de trachéo ici c'est compliqué. Par exemple si on veut mettre de l'oxygène sur la trachéo on n'a même pas l'adaptateur, il faut aller en réanimation le chercher car nous ici on ne l'a pas. »

Concernant les soins nous avons également discuté des soins de confort : notamment l'utilisation de lotion pour les massages anti-escarres ou les pansements de sacrum type Aquacel© qui actuellement sont rangés à un seul endroit dans notre service, souvent loin et peu pratique à aller chercher.

L'idée du chariot mis à disposition dans le box d'un patient a également fait soulever le fait de ne rien mettre en termes de médicaments ou d'aiguilles dans ce chariot afin de n'avoir aucun élément qui pourrait être dangereux.

4. Alerte

Les soignants semblaient tous concernés par le manque de matériel adapté pour des PSH pour donner l'alerte en cas de besoin. En effet les sonnettes à disposition dans nos box sont mobiles, à risque de tomber au sol et de ne pas être retrouvées par le patient.
Il a été discuté plusieurs solutions concernant la sonnette : système de babyphone, système de présence verte, une sonnette qui puisse se fixer sur les barrières du brancard afin qu'elle ne chute pas au sol et soit toujours au même endroit pour le patient, une sonnette avec une symbolisation du bouton d'alerte en relief pour les patients malvoyants comme sur les télécommandes.

Intervenant J. FG N°4 : « Une sonnette ! Une sonnette adaptée. Un truc tout bête, avec quelque chose en relief, pour qu'il puisse sentir que c'est là le bouton d'urgence. Ça, ça me semblerait pertinent. Et tu peux la mettre dans ton chariot, en avoir une ou deux et l'adapter en fonction des besoins. »

Pour les patients dans l'incapacité de comprendre l'utilisation d'une sonnette, certains groupes ont évoqués l'idée d'avoir un box ouvert avec visualisation complète de l'intérieur, mais cela fait débat sur le manque d'intimité au sein d'un service d'urgence.

5. Divertissement

La mise à disposition de moyen de divertissement semble être un bon moyen pour limiter le stress et l'angoisse de l'attente et faciliter l'acceptation de l'attente aux urgences pouvant parfois être très longue.
Plusieurs moyens peu coûteux ont été évoqués par les participants : une radio avec lecteur CD, l'acquisition de livres ou de magazines, l'impression de coloriages ou de mots croisés à distribuer.
Chaque groupe avait également parler de la télévision mais l'application semble trop compliquée au sein du SAU en termes de travaux et de coût.

Intervenant C. FG N°3 : « : Mais il faudrait quand même un petit tiroir ou un petit compartiment avec des mots croisés, si on a des patients autistes des crayons de couleur, des coloriages. Sinon on n'y arrivera jamais, enfin moi je m'en suis occupée de deux, pas aux urgences mais quand je travaillais avant, et sinon on n'arrivera jamais à les occuper. »

6. Alimentation

Les difficultés motrices de certains patients nous font réaliser l'absence d'ustensiles adaptés pour la prise des repas.

FG N°4 : « J : Des couverts adaptés déjà, enfin des ustensiles adaptés.
P : Une fourchette en angle droit
F : Un tapis anti dérapant
J : Des verres becs
P : Et puis ça peut l'adapter aux barquettes de l'hôpital.
A : On a des ergothérapeutes sur l'hôpital qui pourrait nous montrer ce qu'on pourrait proposer. »

Un focus group a également discuter de l'absence de matériel en cas de patients bénéficiant d'alimentation entérale ou parentérale, notamment le manque de pompe ou de seringues, et la difficulté d'obtenir des poches de nutrition.

7. Environnement

Le dernier point soulevé est l'environnement dans lequel évolue le patient handicapé aux urgences. En effet le lieu est peu propice à la réassurance et au calme.
Plusieurs groupes ont évoqué la possibilité d'avoir un box dédié à ces patients avec création d'une pièce rassurante au calme, avec des fenêtres et des décorations afin de diminuer le stress des urgences.

FG N°3 : « Moi : En fait tu voudras une pièce plus rassurante que nos box lambda.
M : Je me dis après ça ferait comme de la pédiatrie, où il y a des dessins…
Moi : Donc là ça voudrait dire plutôt avoir un box dédié dans la filière. »

Intervenant V. FG N°1 : « On n'a pas non plus tout le temps des handicapés, on les utilise quand même tout le temps nos boxs donc si c'est une pièce dédiée ça risque d'être compliqué. »

8. Modalités d'application du chariot

Le premier groupe est parti sur l'idée d'un chariot rangé à un endroit qui serait sorti uniquement lors de la nécessité d'utilisation, scellé pour ne pas être dépouillé en quelques temps.

FG N°1 : « V : Un chariot rangé qu'on sortirait quand on en a besoin.
M : Il peut être rangé dans la salle plan blanc, qu'il soit rangé et qu'on le prenne quand on en a besoin, comme le chariot d'isolement.
S et A : Je pense aussi. »

Le deuxième groupe a quant à lui imaginé quelque chose de très mobile pouvant être utilisé à tout moment par le patient, notamment lorsqu'il part en examen à l'extérieur des urgences sous la forme d'un sac à mettre à disposition dès l'accueil.

FG n°2 : « A : je verrais quelque chose qui pourrait se promener, se balader en fonction des besoins.
C : Plus un sac à dos qu'un chariot en fait.
C : Ça serait plus facilement transportable, il y a assez de chariot dans les urgences.
A : Quitte à avoir un sac qui puissent suivre le patient en examen aussi. »

Le troisième groupe a proposé une idée différente sous la forme d'une armoire fixe à un endroit précis dans laquelle il y aurait des tiroirs étiquetés communication, confort, divertissement etc… et des kits prêts d'utilisation à donner au patient et à ses accompagnants. L'idée d'un sac est réfutée car jugée trop petit pour contenir tout ce dont on avait discuté.

FG N°3 : « P : Oui et puis on peut donner le tiroir, on peut très bien sortir le tiroir de « loisir » depuis le poser dans la chambre. Ça évite de mettre tout notre matériel médical dedans.
Moi : C'est une bonne idée, on l'avait jamais évoqué. Donc on imagine un tiroir pour les loisirs, un tiroir pour les soins, un tiroir pour la communication
A : Et puis plusieurs kits !

J : Oui A. tu penses à plusieurs kits comme au SMUR ? Il y aurait plusieurs kits dans le tiroir, tu le prends et tu peux l'utiliser et le refaire à la fin. Ce qui servirait s'il y a plusieurs patients en même temps de pouvoir utiliser le kit. »

Quant au quatrième groupe, ils adoptent plutôt l'idée d'une armoire fixe plutôt qu'un chariot roulant mais sans la forme de kits car ils sont jugés non adaptés à chaque patient. L'avantage de quelque chose de fixe serait l'absence de perte.

FG n°4 : « J : Après le problème des kits c'est qu'ils ne sont pas forcément adaptés à tous les besoins, c'est pour ça que je trouve intéressant le concept de différents tiroirs et toi tu pioches et tu t'adaptes au besoin de ton patient, tu crées ton propre kit patient. »

9. En pratique

L'idée d'une détection par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) est émise par plusieurs participants. C'est en effet elle qui est la première à recevoir le patient, un système d'étiquetage sur le dossier est envisagé afin d'obtenir une signalétique permettant à chaque intervenant dans la filière de la prise en charge de se dire que ce patient pour tirer des bénéfices liés à l'utilisation du chariot. Le binôme de soins IDE/AS du secteur de soin est identifié comme le plus à même de détecter et de proposer ce chariot.

Intervenant V. FG N°1 : « Après il faut quand même que ce soit la personne dans le secteur qui tique, parce que à l'accueil on aura beau coller des trucs si après ça suit pas avec la personne qui va le prendre en charge. »

FG N°1 : « M : Quand on présente le dossier au médecin on pourrait suggérer l'idée d'utiliser le chariot.
V et A : Ah non... Tu te concertes dans le secteur, sans avoir besoin du médecin. »

D'un point de vue pratique, il serait intéressant selon plusieurs participants personnels du SAU d'avoir des référents afin de gérer le matériel, les péremptions, d'être garant de l'intégrité et de la bonne utilisation du matériel.
La vérification du matériel, sa bonne intégrité et le rempotage pourrait être inclus dans le tour de contrôle du matériel par les équipes.

Tout le monde s'accorde sur le bénéfice d'un tel chariot au sein des urgences. Les limites soulevées sont le manque de temps et le désintérêt de certaines personnes au sein des équipes du SAU.

Intervenant J. FG N°4 : « Après pour être honnête, je ne pense pas qu'on s'en servirait tout temps, en fonction du flux, mais il y a des fois où on peut se le permettre. Et vu la mentalité de l'équipe, je pense que ce chariot serait bien utilisé »

Intervenant A. FG N°2 : « Nos limites vont vite être atteintes en termes de surcharge du service. Et je ne suis pas sûre que tous les collègues iront faire cet effort-là. »

4- Discussion

a. Limites de l'étude

L'objectif de l'étude étant une description des faits actuels et une proposition de travail sur la prise en charge du PSH, la forme qualitative semblait la plus adaptée à notre étude. Nous l'avons réalisé en utilisant la méthode de FG, le but étant de faire émerger de nouvelles idées grâce à une trame de questions ouvertes.
La méthode du FG permet de privilégier l'échange entre chaque participant et de créer une dynamique de discussion, en effet chaque participant a quelque chose de différents à apporter au sein d'un groupe. Chaque groupe contenant entre 4 et 6 participants, chacun bénéficiait d'un temps de parole équivalent permettant d'exposer ces idées, toutefois, les temps de paroles n'ont pas été chronométrés. A l'écoute des enregistrements vocaux nous avons pu remarquer que dans certains groupes il existait des leaders d'opinions et des personnes participant moins à la discussion. Nous ne savons pas si cela était lié à un désintérêt ou bien à une timidité de parler devant le groupe.

b. Population

La population de notre étude comportait 75% de femmes, la moyenne d'âge était de 32ans. Au SAU 85% des 81 IDE, 87% des 46 AS et 58% des 24 médecins sont des femmes.
Nous avons pu effectuer 4 FG avec au total 20 participants, cela peut sembler peu dans une structure où il y a près de 150 personnel médical et paramédical mais c'est en fait déjà une prouesse de réussir à réunir autant de personnes au sein d'un service d'urgence.
Cela prouve la grande qualité d'investissement du personnel du SAU qui malgré la surcharge de travail et le manque de personnel réussit à se sentir concerné et à vouloir faire avancer la prise en charge des PSH.
L'étude présentait un biais de sélection concernant la population car nous avons réuni des participants qui étaient quasiment exclusivement des membres du personnel médical et paramédical des urgences. Les idées peuvent sembler limitées par une population peu hétérogène sur le thème du PSH mais dans le cadre de cette étude cela peut être considéré comme une force, les participants étant des personnes de terrain connaissant parfaitement les locaux et les propositions adaptables au service.
De plus, le mode de recrutement se faisant sur la base du volontariat, il existe un biais de recrutement évident, les personnes les plus concernées par le sujet se présentant à ce type de réunion. Nous pouvons également nous poser la question de l'homogénéité des groupes dans la mesure où les personnes les plus impliquées par le sujet se sont plutôt inscrits sur les premières dates de FG.
Nous avons regretté l'absence de participants aux FG des autres corps de métier des urgences tels que les assistantes sociales ou les secrétaires, et celle des membres du domaine associatif ces derniers ayant été contacté par email ou téléphone présentait une surcharge de travail ne leur permettant pas d'assister aux FG.
Plusieurs participants des FG étant déjà impliqué directement personnellement ou professionnellement par ce sujet ou s'étant renseigné de manière active cela a pu combler partiellement le manque de leur présence.

c. Amélioration de la communication concernant les personnes en situation de handicap

Nous avons constaté en analysant les verbatims qu'il existait un manque de transmission des informations concernant la PSH. Il existe donc un réel travail à effectuer sur ce point afin d'améliorer la prise en charge de la PSH. En effet l'absence trop fréquente des données concernant l'autonomie, le mode de communication et le niveau de compréhension de chaque patient est un frein à une prise en charge optimale. Les PSH provenant de foyer ont un dossier médical de liaison, mais parfois, dans le stress ou l'urgence ce dossier est oublié, ce qui est à mettre en comparaison au temps d'attente moyen des patients aux urgences. Selon une étude de l'ARS réalisée en 2018, le temps d'attente moyen des patients aux urgences adultes en Ile de France est de 86 minutes pour le premier quartile, 161 pour le deuxième et 284 minutes pour le troisième quartile. (5)

i. Travail en amont

L'anticipation de la venue de ce type de patients au SAU semble indispensable.
Dans l'ensemble de la filière d'urgence il semblerait utile lors d'une régulation médicale via le centre d'appel du SAMU, d'accentuer sur la nécessité de la transmission du dossier médical, mais également du dossier comportemental et du bilan de capacités de chaque PSH. Les dossiers des patients institutionnalisés comportent fréquemment ce genre de données mais elles ne sont malheureusement pas toujours transmises lors du transfert du patient aux urgences, les informations médicales jugées plus utiles. Là encore, le manque de temps en régulation du SAMU et la surcharge d'appel ne permettent pas de récupérer ces données. La centralisation des données médicales, et le dossier médical partagé ouvert aux médecins urgentistes pourraient être une piste envisagée.

Il est aujourd'hui possible par le biais de plusieurs outils d'anticiper et de préparer la venue d'une PSH à l'hôpital. Cette méthode est déjà utilisée par l'unité de soins dentaires de l'hôpital d'Orléans, spécifiques aux PSH. Le personnel de l'unité de soins dentaires a en effet facilité la venue des PSH dans leur unité de soins par le biais de création de clips vidéos permettant une visite virtuelle des locaux à vide et des photos de chaque membre de l'équipe. La visite virtuelle permet au patient de se projeter et de diminuer l'anxiété liée à l'inconnu lors de son arrivée à l'hôpital.
Nous pourrions envisager de façon similaire une visite virtuelle du SAU qui serait disponible en ligne sur le site de l'hôpital. Nous pourrions également avec l'aide d'une équipe de personnes motivées, réaliser des clips vidéos expliquant les actes simples courants des urgences (prise de sang, une radiographie…). Ce type de système étant déjà utilisé en pédiatrie, nous savons qu'il a fait ses preuves dans la dédramatisation du soin.

ii. Travail au SAU

A l'arrivée aux urgences les soignants se trouvent souvent seul face à un patient ayant des capacités de communication diminuées sans savoir son état d'autonomie antérieure.
Il semble évident de devoir intégrer les accompagnants dans la prise en charge de ses patients.

Nous voudrions créer une fiche d'information de l'autonomie et de la dépendance du patient à remplir par l'accompagnant ou le patient lui-même s'il est en capacité, qui serait transmise à l'accueil et intégrer par la suite au dossier médical. L'implication des aidants est primordiale concernant la création de cette fiche.
Cela permettrait à chaque acteur dans la filière de soins d'avoir les informations manquantes concernant l'état d'autonomie et de communication antérieure à l'état actuel en situation d'urgence de la PSH.
Dans le système de soins suisse, une telle fiche est déjà disponible en ligne sur le site des Hôpitaux Universitaires de Genève (Annexe N°5)
En 2016, une étude avait déjà été réalisée concernant la prise en charge des patients âgés de plus de 75 ans au SAU d'Orléans, elle avait abouti à la mise en place à l'accueil des urgences d'une fiche d'informations concernant l'autonomie et la dépendance du patient. Nous voudrions aujourd'hui créer une fiche d'information similaire adaptée aux PSH. (6)

Cibler le patient fragile en situation de handicap dès son arrivée permettrait à chacun de mettre en œuvre les outils adéquats à disposition, cela pourrait passer par un système d'étiquette colorée à coller sur le dossier médical dès l'accueil par l'IAO. Il existe déjà un certain nombre de code couleur au SAU nous proposons pour la fiche d'informations et l'étiquette la couleur verte.

iii. Personnel du SAU

Plusieurs participants ont mentionné leur désir de pouvoir réaliser des formations concernant la langue des signes. Il existe aujourd'hui un partenariat de l'hôpital d'Orléans avec une formatrice privée financée par le CHRO : 7000 euros la formation accessible à 8 participants sur une durée d'un mois avec des séances plusieurs fois par semaine adaptée aux besoins de chaque service, il existe notamment un module « urgences/réanimation ».
Nous pourrions envisager la présence de quelques personnels référents au sein de l'équipe des urgences, cela permettrait de faciliter la communication et de créer un climat de confiance avec les patients qui se sentirait mieux écouté et faciliterai leur prise en charge.
Il existe aussi pour le personnel paramédical infirmiers des formations à type de diplôme universitaire sur le handicap, au même titre que certains infirmiers sont référents pharmacie ou hygiène, nous pourrions mettre en place des équipes référentes handicap ayant un D.U sur le handicap.

d. Amélioration de la communication avec le patient

i. Aidant

L'aidant est au centre de la communication avec la PSH ayant des capacités de communication réduite. Partageant le quotidien de ce patient, il est à même de décrypter un langage verbal et non verbal propre au patient que les soignants sont dans l'incapacité d'interpréter.
Nous soulignons donc la présence indispensable des aidants pour faciliter une prise en charge optimale de la PSH, ceci est encore plus valable dans un contexte d'urgence où le temps est compté et où le personnel ne peut se concentrer sur un patient en difficulté de communication.

ii. Les pictogrammes

L'utilisation d'un langage iconique est de plus en plus répandue chez les personnes ayant des difficultés de communication verbale, notamment dans les foyers de vie ou par des professionnels de santé. L'APHP a déjà développé un kit de communication adapté aux PSH (7) (annexe n°6), l'unité de soins dentaires de l'hôpital d'Orléans accueille des PSH en soins spécifiques utilise ce même système de pictogrammes adaptés aux soins dentaires.
Les pictogrammes peuvent représenter des objets, des actes, des symptômes et permettent au patient de communiquer sur de nombreux sujets.
Une planche adaptée est en création pour être proposée aux urgences sur la base de kit de communication développé par l'APHP nous voudrions y intégrer un abécédaire ainsi que les grandes notions nécessaires à la prise en charge aux urgences c'est-à-dire des planches de pictogrammes concernant : les symptômes, le soin, les émotions etc…
Ces pictogrammes pourraient aussi être utilisés au sein des urgences pour l'orientation des patients, imager chaque endroit tel que : les toilettes, la radiologie, le poste de soins IDE etc...

iii. L'alerte

Les patients ayant des capacités de communication altérées sont à risque aux urgences de ne pas être vus pendant plusieurs heures, se pose alors la question de l'alerte en cas de besoin. Nous avons vu par le biais des résultats plusieurs propositions concernant les sonnettes : proposition de pics en reliefs sur le bouton d'appel et attache de sonnette sur la barrière du brancard.
Nous nous sentons tous concernés par le manque de temps et les faits divers récents ont malheureusement montré que le décès d'un patient déjà examiné en attente d'hospitalisation au sein des urgences n'est pas impossible. La création d'un box vitré avec visibilité sur les patients fragiles a fait débat concernant l'intimité mais nous pensons que la protection du patient est plus importante et que ce système permettrait d'avoir un œil constant sur le patient fragile et non pas une fois toutes les 4h lors des tours para médicaux.

e. Amélioration du confort du patient

i. Etat des lieux

Une étude canadienne de 2009 a montré que le risque d'évènements médicaux indésirables augmentait de 3% à chaque heure passée au sein d'un service d'urgence (8). L'objectif est donc de réduire ce taux d'évènements indésirables et cela passe en priorité par le confort du patient.
Nous pensons qu'en travaillant avec le personnel paramédical de l'hôpital, les kinésithérapeutes et ergothérapeutes nous pourrions améliorer l'environnement des PSH afin de prévenir le risque de chute, limiter les risques liés aux positions vicieuses et lutter contre la désorientation.
En effet les FG ont permis de déterminer plusieurs points semblant indispensables à améliorer notamment en termes de confort : l'attente allongée sur des brancards peu adaptés aux patients avec une mobilité limitée. Les risques liés à l'alitement sont nombreux et réels notamment à court terme (9) : apparitions d'escarres, manifestations thrombo-emboliques, troubles hydro électrolytiques, compressions nerveuses, confusion aiguë.

L'installation au fauteuil une fois les examens médicaux et paramédicaux terminés au SAU permettrait une mobilisation, un changement de positions et la limitation des complications de décubitus.

ii. Travail au SAU

Nous pourrions imaginer la mise en place d'un travail de reverticalisation précoce avec l'aide de kinésithérapeutes au sein du service. Certains pourraient contester en rétorquant que ce n'est pas le travail des urgences, certes mais malheureusement aujourd'hui dans le contexte actuel un patient peut rester jusqu'à 48heures au sein de notre SAU d'Orléans et les conséquences physiques peuvent être dramatiques.
Pour les patients dans l'incapacité totale de se mobiliser nous proposons l'acquisition par le service de coussins de positionnement ergonomique et de fauteuils adaptés. Les coussins de positionnement de type microbilles sont du matériel médical, leur efficacité dans la prévention des troubles musculo squelettiques et cutanés a été prouvés à plusieurs reprises. Ils sont déjà utilisés au sein de nombreux services accueillant des patients à mobilité réduite nécessitant des alitements prolongés tels que : la réanimation, la neurologie ou encore la gériatrie. Ils permettent de limiter l'appui de certaines zones à risque comme le sacrum ou les talons, ou encore d'améliorer le confort d'un patient qui souffre de positions vicieuses pouvant être douloureuses.
L'acquisition de protection pour les barrières de brancard permettrait aux patients de ne pas se blesser contre celles-ci.
Le constat est le même pour les fauteuils, la valeur ajoutée à notre service serait majeure en termes de confort physique et moral pour le patient.
Nous ne pouvons que constater les limites de ce projet concernant le coût ; chaque coussin coûtant une centaine d'euros (prix variant selon la taille), il faudrait un budget conséquent au service pour se fournir de suffisamment de matériel. En effet nous ne pouvons décemment pas penser acquérir un tel matériel qui ne serait utilisé que pour les PSH alors que les personnes âgées représentent 32% des patients aux urgences adultes tout compris à Orléans (6).

iii. Environnement

En 2019, les acteurs de santé des métiers de l'urgence sont conscients qu'il est nécessaire d'associer des techniques alternatives à la médecine pour améliorer la prise en charge des patients et notamment celles des PSH.
Nous mentionnerons la méthode Snoezelen basée sur des stimulations sensorielles douces et simples grâce à des jeux de lumières, de musique ; cette méthode est censée soulager les états de tension et de pression et de provoquer ainsi une sensation de plaisir. Une méta analyse de 2015 a recensé les 36 études ayant été effectué auprès d'enfants, d'adolescents et d'adultes présentant une déficience intellectuelle (10).

Les conclusions de l'étude sont prometteuses et font état de bienfaits thérapeutiques majeurs sur les capacités de communication, la réduction de l'angoisse des personnes et l'amélioration des troubles du comportement. Dans l'utopie ce type d'environnement sécurisant et apaisant semblerait idéal, il n'est cependant pas décemment envisageable dans un service d'urgence.

En revanche, nous pourrions dans un premier temps proposer une pièce dédiée aux PSH avec une décoration murale et un fond sonore musical. Cela nous semble plus accessible au SAU, la musique permet une diminution des symptômes d'angoisse et des troubles du comportement liés au stress engendré par la venue au SAU.

iv. Alimentation

La lutte contre la dénutrition et la déshydratation doit être une priorité. Il n'est pas exceptionnel de trouver aux urgences une personne dépendante, en incapacité d'alerter, n'ayant pas bu ni manger depuis plusieurs heures, parfois jusqu'à une demi-journée.
Ces patients en effet plus fragiles que les autres sont malheureusement victimes de leur dépendance et du manque de temps du personnel.
Afin de pallier ces situations il semblerait judicieux de mettre à dispositions des moyens d'hydratation et d'alimentation adaptée.
Nous avons pensé sur ce point également à un travail de concertation avec les ergothérapeutes afin de proposer des outils adaptés aux PSH : notamment l'acquisition de tapis anti dérapant afin d'éviter la chute des barquettes alimentaire ou des verres de la table, des fourchettes a angles droit permettant de se poser sur les rebords des barquettes, et principalement l'utilisation de verres becs dit « canards » ou de verres avec paille. En effet le patient ne pouvant pas utiliser ses membres supérieurs pourraient accéder seul à l'eau grâce à un système de paille situé proche de son visage.
Dans cette partie concernant l'alimentation et l'hydratation nous noteront une fois de plus l'intérêt majeur des aidants. Ils sont en effet les seuls à même d'alerter le personnel en cas d'absence de moyens d'hydratation ou d'alimentation à disposition, ils peuvent également être sollicités pour aider à la prise alimentaire ou à la prise d'eau en cas de manque de temps du personnel.

f. Un sac dédié

Nous avons au fil des FG reçu de nombreuses propositions concernant la mise en place d'un outil dédié à la prise en charge des PSH.
L'idée de départ était un chariot comme il avait été réalisé à Chartres. En revanche, les urgences d'Orléans présentant une organisation différente de celle de Chartres, la plupart de ce que l'on trouve dans le chariot de Chartres est déjà présent dans chacun de nos boxs de prise en charge des patients, dans des armoires. Il ne nous semblait donc pas judicieux de créer des doublons. Au fil de la création de notre outil nous nous sommes accordés sur l'importance d'améliorer le confort, la communication ou encore l'alimentation…
Nous pensons que ce que nous voulons créer à un objectif de prise en charge complètement différent de celui de Chartres et que c'est pour cela qu'il va fonctionner. L'innovation et la facilité d'utilisation de notre outil font sa force et c'est pourquoi nous avons la conviction qu'il sera utilisé à bon escient.
Nous avons retenue l'idée d'un sac. En effet, l'avantage de sa grande mobilité nous a semblé très intéressante et rend son utilisation facile.

Nous voudrions compartimenter le sac de plusieurs kits :

- Communication : un abécédaire, des planches de pictogrammes dédiés à la prise en charge médicale et para médicale avec une échelle de douleur adaptée, une ardoise avec feutre Velleda
- Confort : casque anti-bruit, bâtonnets humidificateurs pour la sécheresse buccale
- Alimentation : fourchette a angle droit, eau gélifiée, verres becs
- Alerte : adaptateur de sonnette à clipser sur les brancards, sonnette avec pics matérialisant le bouton d'alerte
- Divertissement : une petite radio, des mots croisés, des coloriages et crayons de couleur, des magazines
- Soins : patch d'EMLA, huile de massage anti-escarres, soins de stomie (poche de colostomie, adaptateur à oxygène pour les trachéostomies)

Les objets les plus volumineux serait stockés dans une armoire sous clés :

- Oreillers
- Coussins ergonomiques
- Protège barrières

Nous avons élaboré un protocole de prise en charge adapté au fonctionnement de nos urgences et surtout reproductible par tout le personnel.

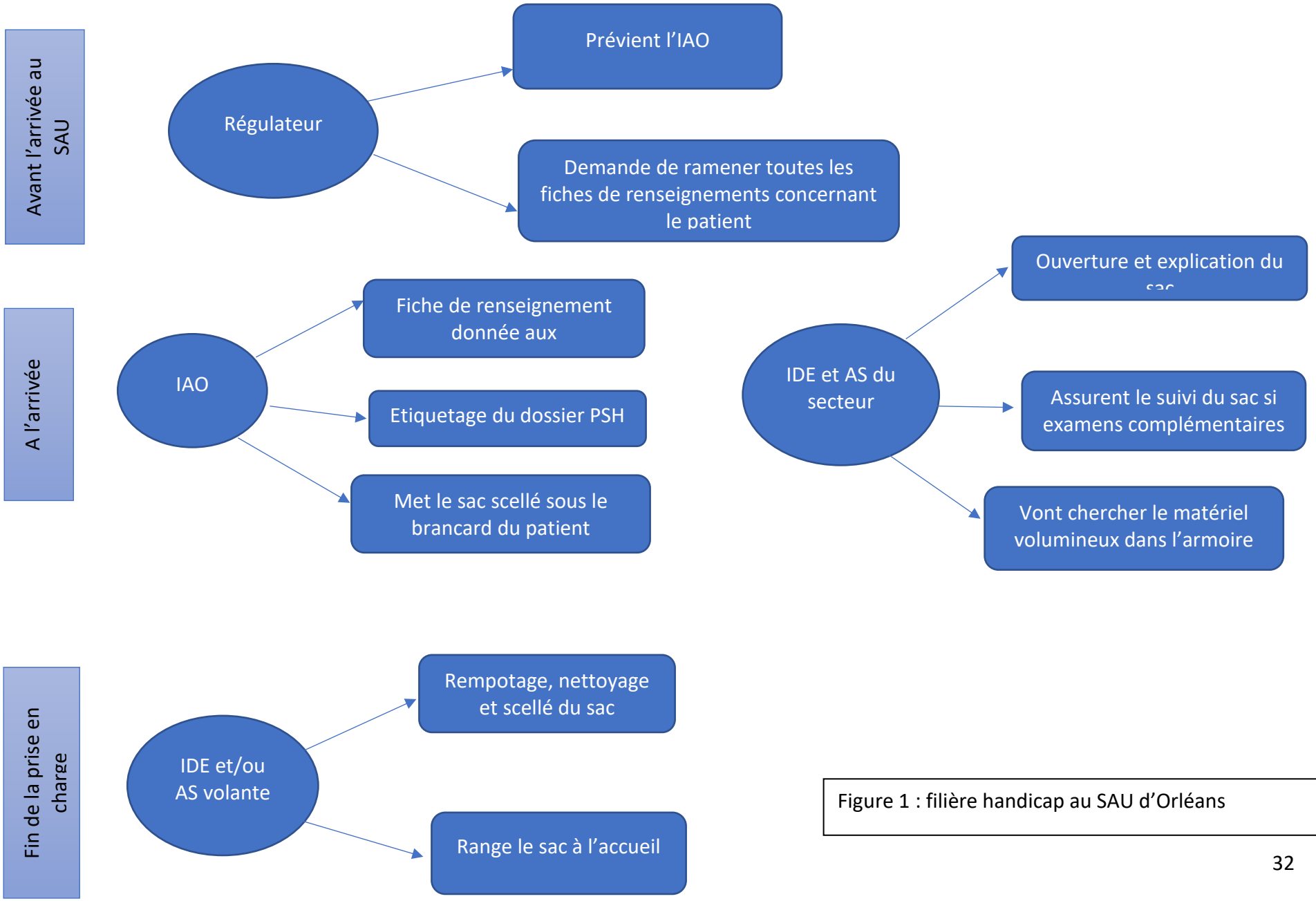


Figure 1 : filière handicap au SAU d'Orléans

5- Conclusion

Nous avons au fil de cette étude repérer les points à améliorer pour offrir une meilleure qualité de soins aux PSH nécessitant un passage au sein du SAU d'Orléans. Les FG ont été riches d'idées et nous avons grâce à la participation du personnel des urgences réussi a élaboré une filière PSH adaptée aux urgences d'Orléans.
L'étude offre de nouvelles perspectives de recherche qui pourraient faire l'objet d'un mémoire sur le retour d'expérience sur la mise en place du sac dédié et de l'ensemble de la filière concernant les PSH.

6- Sources

(1) Site internet : https://www.handifaction.fr/

(2) HAS : Audition publique : accès aux soins des personnes en situation de handicap. Octobre 2008. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/synthese_ap_acces_soins_personnes_handicap_23102008.pdf

(3) https://www.handidactique.org/charte-romain-jacob/

(4) REVUE Eric. Exemple de terrain : prise en charge du patient handicapé aux urgences. Mai 2017. https://www.slideshare.net/EricRevue/prise-en-charge-du-patient-handicap-aux-urgences

(5) Comité Régional d'Expert. Activité des services d'urgences en Ile-de-France 2016. ARS. https://www.iledefrance.ars.sante.fr/activite-des-services-durgence-ile-de-france-rapports-annuels

(6) LECLERC Rémi. Profil gériatrique des patients de 75 ans et plus présents à la relève de 8h30 (ayant passé au moins une nuit aux urgences) dans le service des urgences d'Orléans. 54 pages. Thèse de Médecine Générale. Tours. 2016

(7) RENAUX Nadège. Communication médecin-patient : un kit de communication aux urgences. Revue Hospitalière de France. N° 515. Mars/Avril 2007. N° 515, p. 68-69.

(8) Ackroyd-Stolarz S, Read Guernsey J, MacKinnon NJ, et al. The association between a prolonged stay in the emergency department and adverse events in older patients admitted to hospital : a retrospective cohort study. *BMJ Quality and Safety*. Juin 2011. Disponible sur : https://www.researchgate.net

(9) Dr P. SANCHO. Prévention et traitement des complications liées à l'alitement prolongé du polytraumatisé. https://studylibfr.com/doc/772536/pr%C3%A9vention-des-complications-li%C3%A9es-%C3%A0-l-alitement-prolong%C3%A9

(10) PASCAL Martin. Etat de la recherche clinique sur l'approche Snoezelen utilisée en milieu résidentiel spécialisé. Revue francophone de la déficience intellectuelle, vol. 26, 2015, p. 161-180. http://www.rfdi.org/wp-content/uploads/2017/05/Martin_V26_RFDI.pdf

Annexes

N°1 : Résultats de l'enquête HANDIFCATION

N°2 : Guide d'entretien des FG

N°3 : Questionnaire remis aux participants du FG

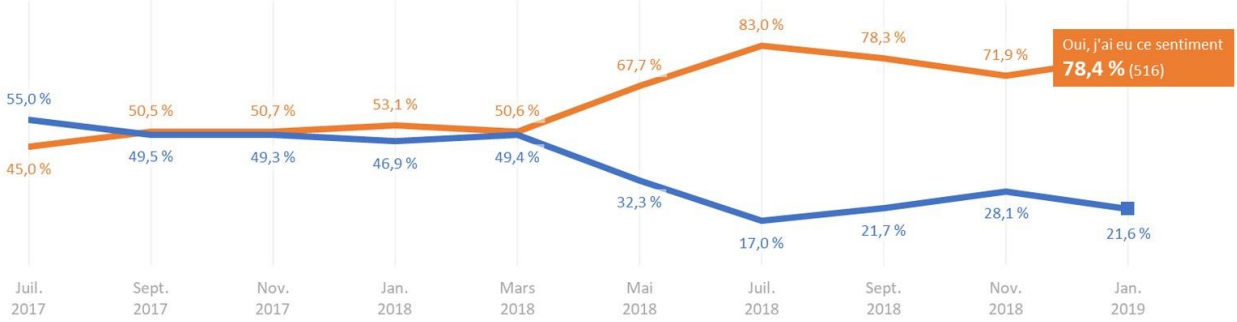
N°4 : Listing du chariot de Chartres version papier remis à chaque participant

N°5 : Fiche de renseignement des Hôpitaux Universitaires de Genève

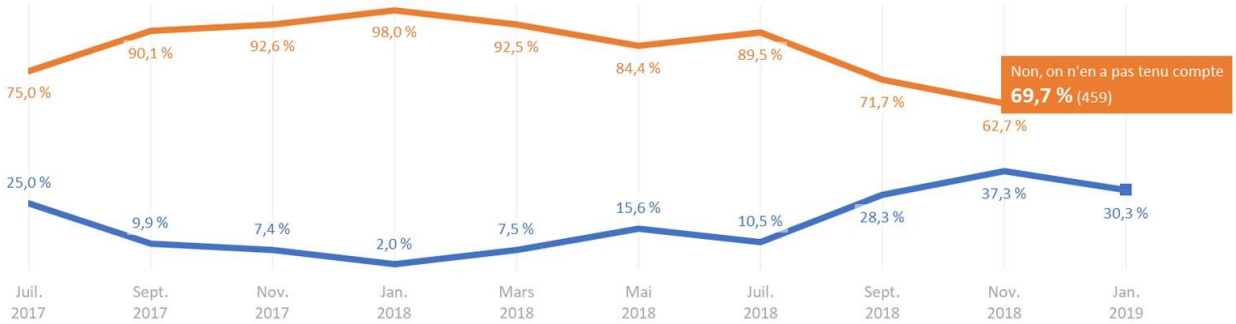
N°6 : Kit communication crée par l'APHP

Annexe n°1 : Analyse du questionnaire HANDIFACTION

Graphique 1 : Satisfaction sur la prise en charge au SAU



Graphique 2 : Sentiment de ne pas avoir été soigné à l'hôpital



Graphique 3 : Sentiment que la douleur n'a pas été prise en compte aux urgences

Annexe N°2 : Questionnaire remis aux participants

Focus groupe

1- Age :

2- Sexe :

3- Profession :

4- Expérience aux urgences :

5- Expérience avec les personnes en situation de handicap :
   a. Professionnelle :

   b. Personnelle :

6- Accord pour l'enregistrement :

7- Adresse email :

Annexe N°3 : Guide d'entretien

Focus groupe thèse de Médecine

Introduction : Dans le cadre de ma thèse de fin d'études de médecine avec DESC de médecine d'urgences, je souhaiterais mettre en place un chariot dédié aux personnes en situation de handicap afin de faciliter leur passage au sein des urgences d'Orléans. L'objectif est de transposer un chariot déjà existant aux urgences de Chartres tout en essayant de l'améliorer et de l'adapter à notre service.

Focus groupe :
Le but du groupe est de faire émerger de nouvelles idées. C'est un échange d'idées, il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, nous souhaitons connaitre votre avis, votre expérience.
C'est important de savoir que c'est un débat anonyme. Est-ce que vous acceptez que j'enregistre ? Les débats sont retranscrits sous forme de verbatim dans leurs versions intégrales. Les groupes vont être reproduits jusqu'à saturation des données
Nous allons également prendre note des informations mais pas nominativement.
Je vous communiquerai les résultats par email.
En tant que modératrice, je suis garante du cadre -> respect du temps de parole et des idées de chacun et non-jugement. Le Dr Leclerc est présent en tant qu'observateur du groupe et veille au bon déroulé technique de la séance
Si jamais on s'écarte du sujet de la rencontre, je me permettrai de vous couper et de recentrer le débat. Pour que le focus group soit une réussite, importance de votre participation et de votre créativité.

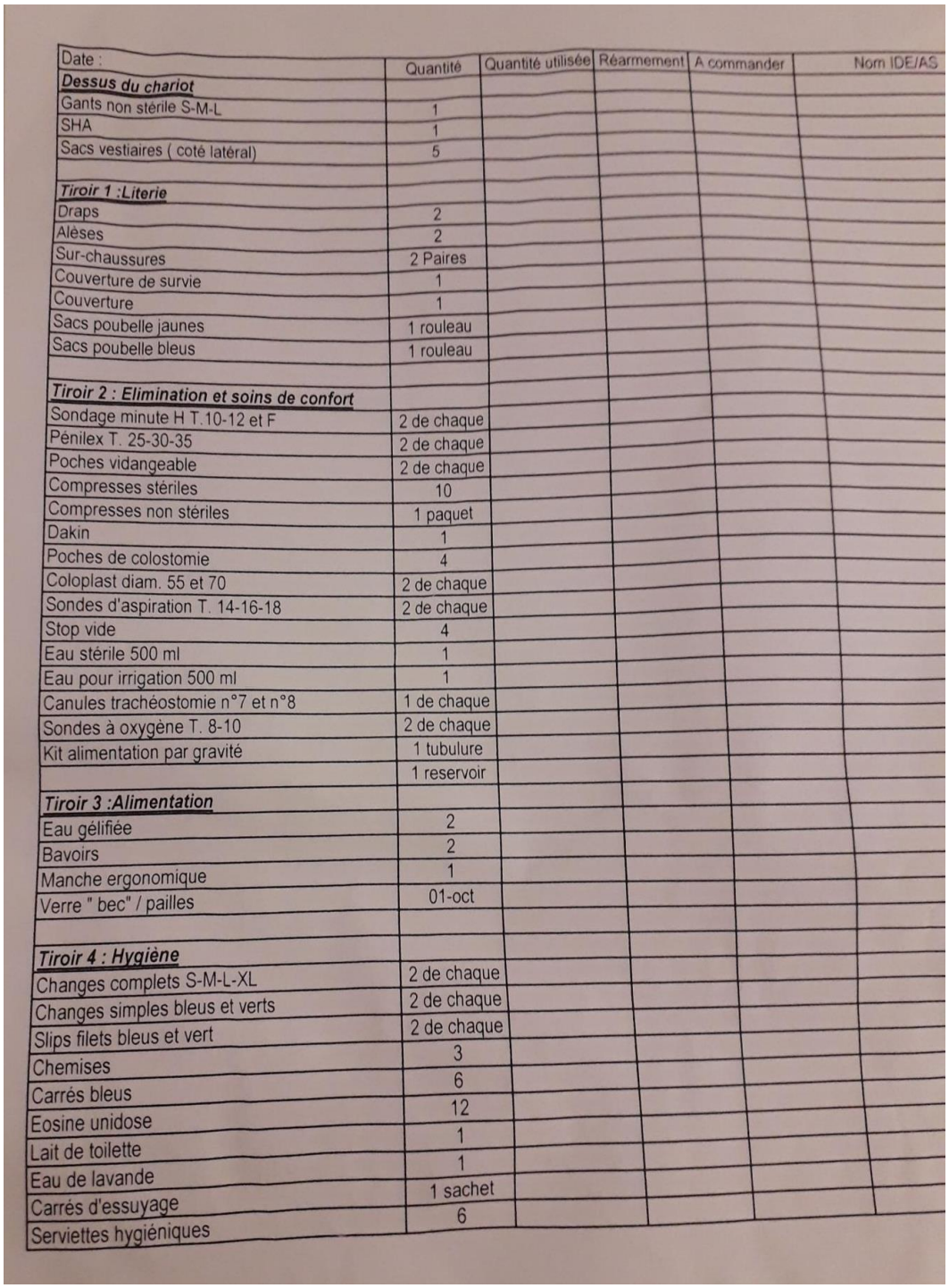
Prise en charge de la personne en situation de handicap. Comment préparer sa venue aux urgences

- Avez-vous déjà eu des éléments manquants au dossier ?
- Quels sont les avantages / inconvénients d'avoir l'entourage dans le box ?
- La prise en charge est-elle identique que pour une personne lambda si elle est en situation de handicap ?
- Quelles sont les difficultés dans la prise en charge de ces patients aux urgences ?

Chariot dédié

- Que pensez-vous d'un chariot dédié à ces patients ?
    - listing de celui de Chartres
    - Quel matériel vous semble indispensable à avoir à proximité de ces patients ? Quel matériel vous semble un plus pour le confort ?
    - Comment faire pour qu'il ne soit pas dépouillé en quelques semaines ?
    - Quel entretien ?
    - Comment faire pour qu'il soit utilisé malgré l'activité soutenue des urgences ?
    - Où serait-il situé ?
    - Que contiendrait-il ?

Annexe n°4 : listing du matériel du chariot de Chartres

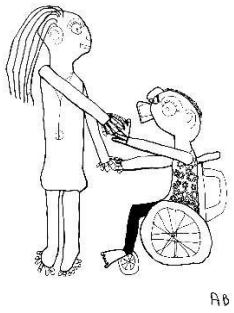


Date :	Quantité	Quantité utilisée	Réarmement	A commander	Nom IDE/AS
Dessus du chariot					
Gants non stérile S-M-L	1				
SHA	1				
Sacs vestiaires (coté latéral)	5				
Tiroir 1 :Literie					
Draps	2				
Alèses	2				
Sur-chaussures	2 Paires				
Couverture de survie	1				
Couverture	1				
Sacs poubelle jaunes	1 rouleau				
Sacs poubelle bleus	1 rouleau				
Tiroir 2 : Elimination et soins de confort					
Sondage minute H T.10-12 et F	2 de chaque				
Pénilex T. 25-30-35	2 de chaque				
Poches vidangeable	2 de chaque				
Compresses stériles	10				
Compresses non stériles	1 paquet				
Dakin	1				
Poches de colostomie	4				
Coloplast diam. 55 et 70	2 de chaque				
Sondes d'aspiration T. 14-16-18	2 de chaque				
Stop vide	4				
Eau stérile 500 ml	1				
Eau pour irrigation 500 ml	1				
Canules trachéostomie n°7 et n°8	1 de chaque				
Sondes à oxygène T. 8-10	2 de chaque				
Kit alimentation par gravité	1 tubulure				
	1 reservoir				
Tiroir 3 :Alimentation					
Eau gélifiée	2				
Bavoirs	2				
Manche ergonomique	1				
Verre " bec" / pailles	01-oct				
Tiroir 4 : Hygiène					
Changes complets S-M-L-XL	2 de chaque				
Changes simples bleus et verts	2 de chaque				
Slips filets bleus et vert	2 de chaque				
Chemises	3				
Carrés bleus	6				
Eosine unidose	12				
Lait de toilette	1				
Eau de lavande	1				
Carrés d'essuyage	1 sachet				
Serviettes hygiéniques	6				

Annexe N°5 : fiche de renseignement des Hôpitaux Universitaires de Genève

Hôpitaux Universitaires Genève

HANDICAP



FICHE D'ADMISSION

pour enfant / adulte en situation de handicap

A remplir par patient / institution / famille.

Remplie le :

……

Nom : Prénom : Date de naissance : Assurance maladie : No Assuré : AI/AVS : ☐ non ☐ oui n° : Médecin traitant : N° de tel. portable : Curateur de soin : N° de tel portable :	Institution : Lieu de vie : N° de tel : Référent infirmier : N° de tél : Référent éducateur : N° de tel : Parents/famille : N° de tel : **Personne à prévenir :**
Handicap ☐ Mental/psychique ☐ Moteur/physique ☐ Sensoriel (vue, ouïe, etc.).... ☐ Polyhandicap	**Troubles** du comportement ☐ oui ☐ non **Troubles** de la communication ☐ oui ☐ non **Risque de** ☐ fugue ☐ chutes ☐ auto-agressivité ☐ hétéro-agressivité
Allergies Médicamenteuses : Alimentaires :	**Recommandations, projet de soins anticipé** ☐ non ☐ oui *(Si oui : à joindre au présent document*)

Communication

☐ Parle ☐ Mots ☐ Sons ☐ Entend ☐ Comprend ☐ Signe

Moyens auxiliaires de communication ☐ Ordinateur ☐ Pictogrammes ☐ Autres : …….

Soins

Respiration ☐ O2 débit Litre/min = ☐ Autres : ……..…….

Autonomie : ……

Mobilité : ☐ Dépendant ☐ Assis ☐ Debout ☐ Marche

Alimentation : ☐ Troubles déglutition ☐ Gastrostomie / jéjunostomie

Type d'alimentation / régime: ……

Elimination

Incontinence urines ☐ oui ☐ non. Incontinence selles ☐ oui ☐ non.

☐ Protection ☐ Condom ☐ Sonde urinaire ☐ Autres : ……..……..

Epilepsie

Facteurs déclenchants : ……..

Déroulement des crises *(signes précurseurs, manifestations principales, etc.)* : . ……..……

……

Durée des crises :…….... Fréquence des crises :……

Attitude face à la crise et TTT (*selon carte de TTT à joindre au document*)

……

……

Antécédents médicaux / chirurgicaux

……

……

TTT médicamenteux habituel et posologies

Joindre carte de traitement et apporter les traitements particuliers ***(pas piluliers, mais boîtes !)***

TTT médicamenteux en urgence déjà reçu

……

……

Vaccination (tétanos, grippe…) :
……..
……

Surveillances particulières ☐ Peau……..☐ Transit ……
☐ Autres: .....

Précautions particulières *(exemple: ne supporte pas d'être touché, ne supporte pas le bruit)*
……
……

Conseils pour entrer en contact avec la personne *(toucher, regard, distance, etc.)*
……..
……
……..
……

Manifestations habituelles pour exprimer

1. Douleur……
……..
2. Anxiété……
……..
3. Inconfort…….. 3.
……
4. Désaccord……..
……..... 5. Bien-être……
…… ……..……

Prise en charge : Que faire ?

1. ……
……
2. ……
……
3. ……
……
4. ……
……
5. ……

Moyens auxiliaires A prévoir :

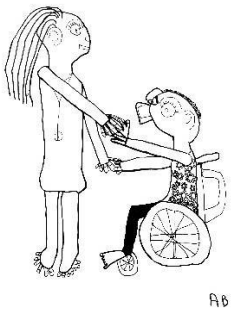
- ☐ Chambre seule
- ☐ Chambre à deux lits
- ☐ Barrières de lits
- ☐ Lit adapté/spécial
- ☐ Lit pour accompagnant
- ☐ Coussins de positionnement
- ☐ Contentions
- ☐ Attelles
- ☐ Fauteuil roulant manuel
- ☐ Rollator
- ☐ Autres : ……
……

Vient avec :

- ☐ Vue/lunettes
- ☐ Ouïe/appareil
- ☐ Casque de protection
- ☐ Lit adapté/spécial
- ☐ Objet transitionnel
- ☐ Coussins de positionnement
- ☐ Contentions
- ☐ Attelles
- ☐ Fauteuil roulant manuel
- ☐ Fauteuil roulant électrique
- ☐ Rollator
- ☐ Autres : ……..

Hôpitaux Universitaires Genève

HANDICAP



Transport de retour

☐ Contacter **au plus tôt** l'établissement pour le transport du retour

☐ Commande de retour en ambulance par les HUG avec ordonnance ☐ assis ☐ couché

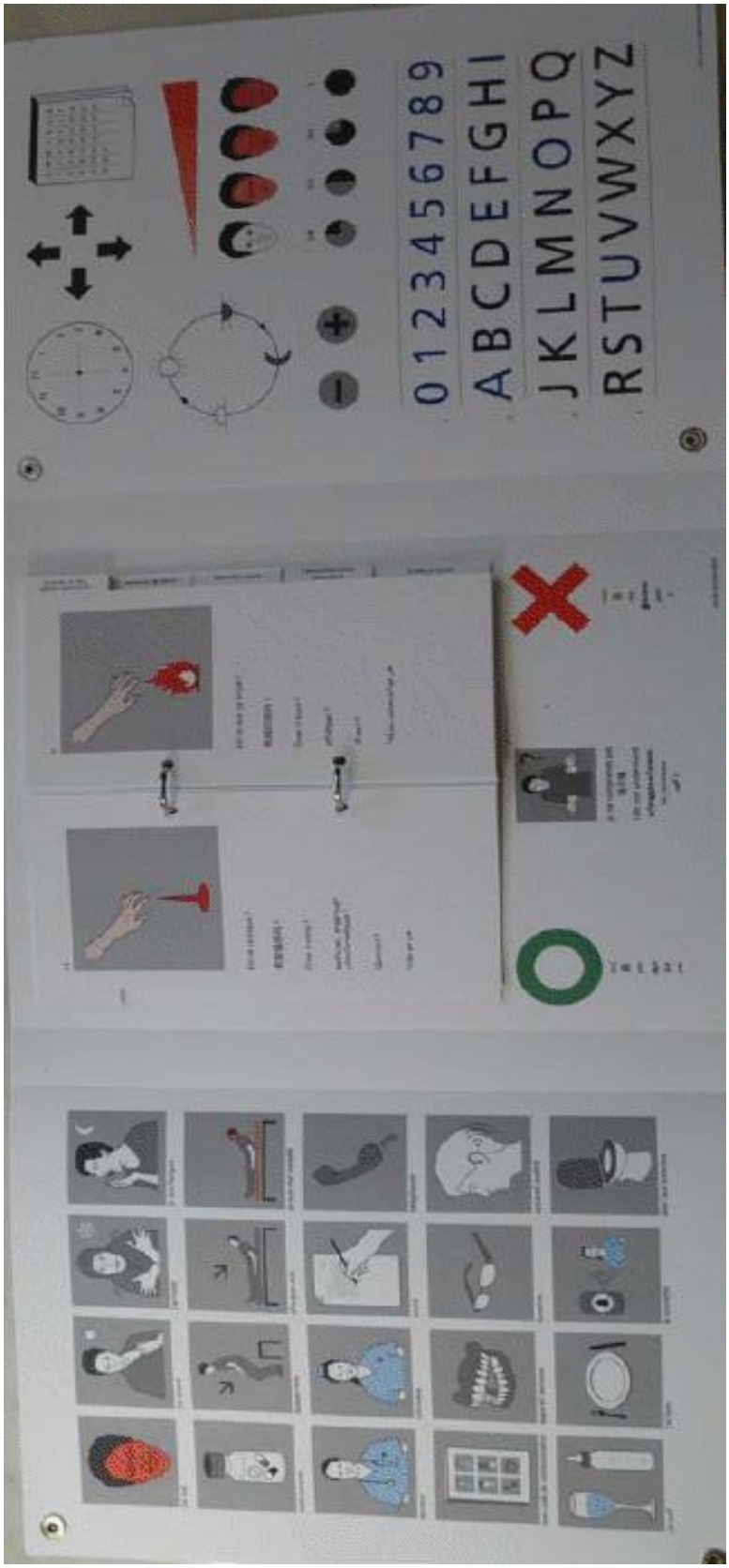
Commentaires

……
……..
……
……..…
……
……..…
……
…….

Référents infirmiers HUG pour les enfants / adultes en situation de Handicap *avec déficience intellectuelle :*

- **Pédiatrie :** Laurent Jardinier : 079/553.02.11 - laurent.jardinier@hcuge.ch
- **Adultes :** Isabelle Royannez : 079/553.22.96 - isabelle.royannez@hcuge.ch

Annexe n°6 : Kit communication crée par l'APHP



Vu, le Directeur de Thèse

Vu, le Doyen

De la Faculté de Médecine de Tours

Tours, le

Résumé

INTRODUCTION. Les patients en situation de handicap (PSH) représentent 8% des patients aux urgences, or deux tiers de ces patients sont insatisfaits de leur prise en charge aux urgences. L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux de la prise en charge des PSH aux urgences d'Orléans afin de proposer des outils d'amélioration. **MATERIEL ET METHODES**. Il s'agissait d'une étude qualitative par focus group. Vingt personnes ont participé à l'étude en participant à une discussion interactive, retranscrite, puis analysée. **RESULTATS.** L'âge moyen était de 32ans, 95 % travaillaient au sein du service. Les participants aux focus group s'accordaient tous concernant un manque de temps et de moyens adaptés pour la prise en charge de ces patients. Les participants étaient amenés à proposer des idées pour créer un chariot dédié. Nous avons pu sélectionner plusieurs points semblant indispensables à améliorer pour offrir une meilleure qualité de soins aux PSH : la communication, le confort, les soins adaptés, l'alerte, le divertissement et l'alimentation. **DISCUSSION**. Un sac dédié mis à disposition du patient et de ses accompagnants avec des outils adaptés, la création d'une filière spécifique aux urgences, une fiche d'information, et la traçabilité par étiquetage des dossiers, et des formations dédiées seraient des pistes d'amélioration possible. Cette étude lance de nouvelles perspectives de travail concernant les PSH aux urgences d'Orléans.

Mots clés : Handicap, urgences, sac dédié, communication, confort, filière handicap

SENCE Morgane

48 pages – 1 tableau – 1 figure – 2 graphiques – 6 annexes

Résumé

INTRODUCTION. Les patients en situation de handicap (PSH) représentent 8% des patients aux urgences, or deux tiers de ces patients sont insatisfaits de leur prise en charge aux urgences. L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux de la prise en charge des PSH aux urgences d'Orléans afin de proposer des outils d'amélioration. **MATERIEL ET METHODES**. Il s'agissait d'une étude qualitative par focus group. Vingt personnes ont participé à l'étude en participant à une discussion interactive, retranscrite, puis analysée. **RESULTATS.** L'âge moyen était de 32ans, 95 % travaillaient au sein du service. Les participants aux focus group s'accordaient tous concernant un manque de temps et de moyens adaptés pour la prise en charge de ces patients. Les participants étaient amenés à proposer des idées pour créer un chariot dédié. Nous avons pu sélectionner plusieurs points semblant indispensables à améliorer pour offrir une meilleure qualité de soins aux PSH : la communication, le confort, les soins adaptés, l'alerte, le divertissement et l'alimentation. **DISCUSSION**. Un sac dédié mis à disposition du patient et de ses accompagnants avec des outils adaptés, la création d'une filière spécifique aux urgences, une fiche d'information, et la traçabilité par étiquetage des dossiers, et des formations dédiées seraient des pistes d'amélioration possible. Cette étude lance de nouvelles perspectives de travail concernant les PSH aux urgences d'Orléans.

Mots clés : Handicap, urgences, sac dédié, communication, confort, filière handicap

Jury :

Président du Jury : Professeur Saïd LARIBI

Directeur de thèse : Docteur Rémi LECLERC
Membres du Jury : Professeur Vincent CAMUS
Professeur Patrick VOURC'H

Date de soutenance : 24 avril 2019