

Les équipes mobiles d'urgence vues par leurs bénéficiaires

Retour sur un projet pilote vaudois

Dre JULIE CASTRO^a et AUDREY LINDER^b

Rev Med Suisse 2024; 20: 514-7 | DOI: 10.53738/REVMED.2024.20.864.514

Cet article est une contribution aux travaux sur les urgences pré-hospitalières. Il présente les résultats d'une enquête qualitative sur les points de vue et expériences des bénéficiaires des équipes mobiles d'urgence (EMU) mises en place dans le canton de Vaud. L'enquête montre que les interventions sont appréciées des bénéficiaires, intégrées dans les réseaux et trajectoires de soins, et qu'elles permettent de suppléer aux indisponibilités du système de santé. La satisfaction des bénéficiaires repose sur l'insertion fluide des interventions dans les trajectoires de soins et sur un modèle de soins non standardisé accordant aux infirmier-ère-s le temps nécessaire pour mettre en œuvre leurs compétences. L'enquête montre enfin que les EMU constituent une réponse à ce que l'on propose d'appeler les urgences des interstices.

Mobile emergency teams seen by their users A look at a pilot project in the canton of Vaud

This article is a contribution to the literature on pre-hospital emergencies. It presents the results of a qualitative investigation into the views and experiences of the beneficiaries of the mobile emergency teams set up in the canton of Vaud. The study shows that the services are appreciated by the beneficiaries, that they are integrated into the care network and care trajectories, and that they make up for the unavailability of the healthcare system. Beneficiary satisfaction is based on the seamless integration of interventions into care trajectories, and on a non-standardized care model that allows nurses the time they need to apply their skills. Finally, the study shows that EMUs are a response to what we propose to call the interstitial emergencies.

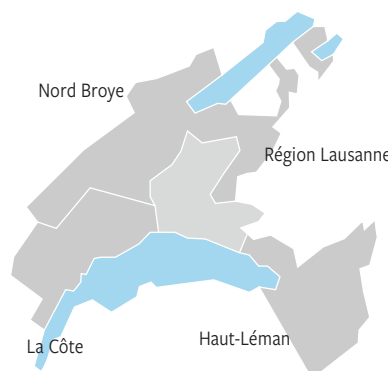
INTRODUCTION

L'organisation du secours à la personne fait face, depuis une vingtaine d'années, à d'importants défis dans la plupart des

pays occidentaux. En Suisse, comme ailleurs, la diminution du nombre de médecins et une population vieillissante comptent parmi les défis posés à la continuité des soins et à l'organisation des urgences préhospitalières.¹ Les questionnements soulevés portent notamment sur les modalités de la contribution des professionnel-le-s infirmier-ère-s aux équipes mobiles d'urgences préhospitalières.² C'est dans un contexte marqué également par une augmentation importante des consultations aux urgences hospitalières³ qu'un programme dit d'optimisation du processus de réponse à l'urgence (RAU) a été déployé à partir de 2017 dans le canton de Vaud, sous l'impulsion du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS). L'objectif principal de ce programme était que toute personne ayant un besoin de soins qu'elle considère comme urgent puisse obtenir une réponse appropriée dans les meilleurs délais et en adéquation avec ses choix et préférences. Pour atteindre cet objectif, diverses activités ont été définies et mises en œuvre, dont les équipes mobiles d'urgence (EMU). Composées exclusivement d'infirmiers et infirmières, ces équipes ont pour mission d'intervenir dans les deux heures qui suivent la demande. Grâce à une orientation et une prise en charge adéquates, elles doivent contribuer au maintien dans les lieux de vie et, partant, à la diminution des consultations aux urgences hospitalières. L'objectif de l'enquête était de documenter les expériences, avis, choix et préférences de prise en charge des patient-e-s qui ont bénéficié d'interventions dans les quatre régions sanitaires du canton de Vaud (figure 1).^b

Pour ce faire, une méthodologie qualitative a été déployée. Le recueil des données a été effectué au travers d'entretiens

FIG 1 Carte des régions sanitaires du canton de Vaud



^aMédecin et socio-anthropologue (PhD), chargée de recherche à Unisanté et adjointe scientifique (Haute école de travail social Genève, HES-SO), membre de la Plateforme de recherche qualitative HESAV-Unisanté, 1011 Lausanne, ^bSociologue (PhD), adjointe scientifique, Haute école de santé Vaud, HES-SO, membre de la Plateforme de recherche qualitative HESAV-Unisanté, 1011 Lausanne, julie.castro@hesge.ch | audrey.linder@hesav.ch

^aEn France, l'organisation d'une journée internationale sur les urgences préhospitalières par un institut de formation en soins infirmiers en 2019 illustre, parmi d'autres, l'acuité de ces questionnements.

^bLa mise en œuvre des EMU ayant été confiée à des institutions différentes dans les quatre régions, chaque EMU possède ses spécificités. Elles ont d'ailleurs adopté des noms différents: Équipe mobile d'urgence au centre, Équipe mobile d'intervention rapide à l'Est, Équipe d'intervention rapide infirmière à domicile à l'Ouest, Pool du centre médical social du nord vaudois de l'Association pour la santé, la prévention et le maintien à domicile au Nord et Équipes d'infirmières mobiles urgences-domicile dans la Broye. Dans cet article, nous utilisons le terme générique d'EMU. Pour la carte des régions sanitaires du canton de Vaud, voir la figure 1.

semi-directifs auprès de 17 personnes: 5 au Centre, 5 à l'Est, 4 à l'Ouest et 3 au Nord du canton. Cet échantillon, constitué de 11 femmes et de 6 hommes âgé-e-s de 21 à 95 ans, avec une moyenne d'âge de 67 ans, a été interrogé entre octobre 2021 et janvier 2022, principalement par téléphone (n = 14) mais aussi à domicile (n = 2) et en visioconférence (n = 1).

OBSERVATIONS

Des interventions très appréciées

L'enquête montre que les interventions des EMU sont unanimement appréciées par les bénéficiaires. Interrogées sur les pistes d'amélioration possibles, la majorité des personnes ne trouve rien à répondre, ou n'évoque que des éléments de détails. Nous nous focalisons donc ici sur les trois raisons principales de cette satisfaction.

Premièrement, la possibilité de rester chez soi ou d'y retourner rapidement, par exemple, après une hospitalisation, est très appréciée. C'est particulièrement vrai dans les situations où le déplacement jusqu'à l'hôpital peut s'avérer pénible, pour des raisons telles que l'état de santé, l'âge, la condition physique, mais aussi l'absence de véhicule personnel ou le fait que le problème de santé survienne la nuit.

La deuxième raison pour laquelle ces interventions sont appréciées tient à leurs caractéristiques temporelles. Elles permettent une prise en charge non seulement rapide, mais également à des moments où l'accès aux soins est plus difficile (nuits, week-ends et jours fériés). La rapidité de l'intervention contribue à diminuer l'anxiété que suscite le problème de santé. Elle contraste ainsi avec des expériences de prise en charge aux urgences hospitalières, où l'attente est souvent longue et d'autant plus mal vécue que, du point de vue des bénéficiaires, elle est à la fois incompressible et indépendante de la suite de la prise en charge. Certain-e-s bénéficiaires évoquent ainsi des attentes de plusieurs heures au terme desquelles ils-elles s'entendent dire que «ce n'est rien» et qu'ils-elles peuvent retourner à leur domicile.

La troisième et dernière source de satisfaction des bénéficiaires des EMU tient aux compétences infirmières. De manière générale, les personnes interrogées s'en disent très satisfaites et les jugent adaptées aux situations. Trois types de compétences sont mis en avant: les compétences techniques, relationnelles et, de manière plus ponctuelle, la prise en charge globale des personnes dans leur milieu de vie. Les compétences techniques des infirmier-ère-s, comme la réalisation de prélèvements sanguins, d'injections intraveineuses, de pansements ou encore d'évaluations cliniques permettant de guider la décision relative à la suite de la prise en charge, sont reconnues et appréciées des bénéficiaires. Les personnes interrogées mettent également en avant les compétences relationnelles des infirmier-ère-s qui sont intervenu-e-s à leur domicile. Au fil des entretiens, ils-elles sont dit-e-s «très gentil-le-s et très poli-e-s», «charmant-e-s», «serviables», «sympas», «à l'écoute», avec qui «on peut parler, poser des questions», «attentionné-e-s», «très agréables», ou encore «discret-e-s». Ces compétences relationnelles se manifestent également par une attention à la pénibilité des soins et par le temps consacré à l'échange, la discussion et la réassurance.

L'intervention des EMU consiste d'ailleurs parfois uniquement à rassurer le-la bénéficiaire sur l'absence de gravité et de caractère d'urgence du problème de santé, rendant possible et supportable l'attente du prochain rendez-vous avec le thérapeute habituel. La dernière compétence mentionnée concerne la prise en charge globale des personnes, c'est-à-dire la capacité à dépasser le simple soin technique ou relationnel et à prendre en compte le contexte de vie des personnes rencontrées, voire à œuvrer à les réautonomiser, notamment par la prise en compte de l'entourage familial et relationnel au moment des soins. Le déploiement de ces trois types de compétences est rendu possible par le temps dont disposent les infirmier-ère-s de ces équipes.

Caractéristiques structurelles des EMU

L'enquête montre que les EMU sont bien intégrées à la fois dans le réseau de soins, puisqu'elles sont déclenchées par différents canaux, mais aussi dans les prises en charge, s'articulant en amont et en aval de leur prise en charge des bénéficiaires avec différents acteurs du système de santé. L'intervention des EMU peut ainsi être déclenchée par l'hôpital, une alarme Secutel, le médecin traitant, le centre médico-social (CMS) de référence, le médecin de garde, ou encore la CTMG (centrale téléphonique des médecins de garde). Elle s'insère souvent dans une succession d'interventions à laquelle participent divers acteurs du soin, comme le CMS de référence, le médecin traitant, voire un médecin spécialiste. L'insertion des EMU dans le continuum de la prise en charge est parfois telle que plusieurs personnes interrogées n'identifient pas les EMU comme un service spécifique. La confusion porte le plus souvent sur la distinction entre EMU et CMS, et concerne particulièrement les situations dans lesquelles l'EMU supplée momentanément au CMS. Dans cette chaîne d'intervenant-e-s, la coordination avec le-la médecin traitant est un élément qui rassure les bénéficiaires. Cette implication des médecins se fait le plus souvent à distance de l'intervention des EMU, physiquement et/ou temporellement.

L'enquête souligne aussi que les interventions des EMU permettent, dans un certain nombre de cas, de pallier les indisponibilités du système de santé. Les EMU sont parfois sollicitées du fait de l'absence ou de l'indisponibilité du-de la médecin traitant ou de l'indisponibilité ponctuelle du CMS. Elles interviennent aussi au décours immédiat d'hospitalisations, permettant alors de combler l'intervalle entre la sortie de l'hôpital et la mise en route du CMS de secteur, notamment lorsque des traitements par voie intraveineuse ont été prescrits.

La prise en charge des urgences au domicile faisant courir le risque de reporter une partie des soins sur les proches, la présente enquête a tenté de documenter ce point. Des questions ont ainsi été posées aux bénéficiaires sur l'impact que l'intervention de l'EMU avait eu, de leur point de vue, sur leurs proches. Les configurations familiales et en termes de proches étaient variées: certain-e-s bénéficiaires vivaient avec ou à proximité immédiates de proches (le plus souvent des conjoint-e-s ou enfants), d'autres ont fait état d'un certain isolement, d'autres enfin ont évoqué des proches vivant loin. Quelles que soient ces configurations, les bénéficiaires ont

systématiquement répondu que l'intervention des EMU n'avait pas eu de répercussion négative sur leurs proches.

L'EMU comme réponse aux urgences des interstices

L'enquête montre qu'aux yeux des bénéficiaires, les urgences hospitalières apparaissent comme l'ultime recours, à éviter autant que possible. Les éléments qui rendent les urgences hospitalières particulièrement redoutées concernent le temps d'attente jugé extrêmement long, la nécessité de se déplacer qui s'avère pénible lorsque le problème de santé s'accompagne de douleurs ou d'une sensation de malaise, ainsi que les difficultés liées au déplacement. Qui plus est, les personnes interrogées évoquent des soignant-e-s surchargé-e-s et qui n'ont pas le temps d'échanger. Le dispositif des EMU répond donc en tout point aux problématiques posées par l'hôpital, puisqu'il propose des interventions rapides, à domicile, et à toute heure du jour et de la nuit. Qui plus est, les infirmier-ère-s des EMU disposent de suffisamment de temps pour *prendre soin*, dans tous les sens du terme, des bénéficiaires. Ces caractéristiques, unanimement appréciées, font écho aux travaux sur les compétences non techniques des infirmier-ère-s menés dernièrement.⁴ Ces résultats indiquent que les EMU sont mieux adaptées que l'hôpital pour répondre aux situations qui sont à l'origine de la mise en place de ce dispositif: des urgences non vitales, qui ne sont pas suffisamment urgentes ou graves pour appeler le 144.

Mais les EMU interviennent également dans une série d'autres situations, que l'on peut qualifier d'interstices. Certaines sont en rapport avec l'indisponibilité du système de santé. Elles peuvent ainsi faire la jonction entre la sortie d'hôpital et la reprise du suivi par le CMS, ou permettre un accès aux soins lorsque le-la médecin traitant n'est pas disponible (par exemple, la nuit ou les week-ends) ou trop occupé avec d'autres patient-e-s. Sur cette question, l'enquête met en évidence certaines situations dans lesquelles les EMU sont intervenues en dehors de leur mission, par exemple, en se rendant au domicile à la suite de l'activation d'une alarme Sécutel, ou encore pour «dépanner» les CMS en effectuant des tests PCR de dépistage du Covid-19 à domicile. Or, si la mobilisation ponctuelle des EMU pour pallier d'autres institutions, momentanément indisponibles, n'est pas à exclure, il convient de s'assurer que ces activités ne compromettent pas la réactivité des EMU. Les compétences des infirmier-ère-s consolident la fonction «tampon» des EMU: les bénéficiaires peuvent attendre de voir le-la médecin parce que les infirmier-ère-s des EMU ont pu les déployer, évaluant la situation, rassurant suffisamment, voire prodiguant les soins qui rendent l'attente possible. Enfin, dans d'autres situations, les EMU permettent de suppléer à des prises en charge hospitalières ne justifiant pas une hospitalisation, par exemple, pour assurer une antibiothérapie intraveineuse pendant une courte période. Ce spectre de situations couvertes de facto par les EMU soulève la question du cadrage des interstices dont elles ont la charge dans le système de soins.

Enjeux

Cette enquête qualitative sur les EMU soulève ainsi deux enjeux principaux. Le premier concerne les moyens, dispositifs et modèles de soins mis en œuvre pour pérenniser des formes

de soins jugées pleinement satisfaisantes par les bénéficiaires. La promotion d'un modèle de soins non standardisé par des processus mais fondé sur l'exercice de la responsabilité professionnelle apparaît, à cet égard, une piste à considérer. La présente enquête invite ainsi à approfondir la question des modèles de soins mobilisés par les infirmier-ère-s,⁵ et à favoriser l'adoption de modèles permettant à leurs différentes compétences de se déployer lors des interventions aux domiciles des bénéficiaires.⁶ Le second enjeu concerne les interstices du système de soins et les dispositifs les plus à même de les couvrir. Le rôle endossé de facto par les EMU dans le système de soins – suppléer aux indisponibilités d'autres acteurs ou à une prise en charge hospitalière – soulève en effet la question des «fragilités institutionnelles»⁷ du système de santé que les EMU, à l'instar des services d'urgences, permettent de couvrir. Il convient donc, d'une part, d'engager une réflexion sur l'articulation des différents dispositifs et, d'autre part, d'éviter leur multiplication, afin de garantir une cohérence et une lisibilité des réponses aux «urgences non urgentes». Sur ces différents points, les informations collectées viennent utilement nourrir les discussions en cours sur la médecine d'urgence en Suisse romande^{1,7} et invitent à prendre en considération les expériences des bénéficiaires dans les arbitrages et décisions à venir.^{8,9}

CONCLUSION

Les réponses des bénéficiaires d'un projet pilote d'Équipes mobiles d'urgence montrent que ce type de dispositif permet non seulement de répondre dans un délai court aux «urgences non urgentes», mais qu'il pallie également les indisponibilités du système de santé. En outre, la mobilisation des compétences infirmières dans le cadre d'un modèle de soins fondé sur la responsabilité professionnelle plutôt que sur un modèle standardisé apparaît comme une solution jugée pleinement satisfaisante par les bénéficiaires.

Conflit d'intérêts: Les autrices n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

ORCID ID:

J. Castro: <https://orcid.org/0009-0003-4433-2015>

A. Linder: <https://orcid.org/0000-0002-1190-1045>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les points de vue et expériences des bénéficiaires apportent des éclairages utiles sur les modèles et projets d'urgences préhospitalières, et notamment sur les équipes d'urgences préhospitalières composées d'infirmier-ère-s.
- La satisfaction exprimée par les bénéficiaires de ces équipes d'urgences préhospitalières est en lien avec le modèle de soins non standardisé des infirmier-ère-s, qui permet le déploiement ad hoc de leurs compétences techniques et non techniques.
- Les interventions d'urgences préhospitalières étudiées ne se limitent pas à la prise en charge des «urgences non urgentes»: elles permettent aussi en pratique de suppléer aux indisponibilités d'autres acteurs de santé ou à une prise en charge hospitalière.