

Equipe mobile vulnérabilités

Un accompagnement respectueux des priorités du patient



Depuis juillet 2010, les infirmières de l'Equipe mobile vulnérabilités (EmvS) prennent en charge les patients usagers fréquents des urgences, en collaboration avec plusieurs secteurs du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) et de la Policlinique Médicale Universitaire (PMU), afin de favoriser leur accès à des soins de qualité.

Texte: Marina Canepa Allen, Corine Ansermet, Joëlle Schüpbach, Francis Vu, Laurence Bouche, Françoise Ninane, Patrick Bodenmann
Photos: Fotolia

Les déterminants sociaux de la santé, reconnus comme ayant une influence importante sur la santé des individus, sont définis par l'Organisation Mondiale de la Santé comme «les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie» (OMS, 2014). Ces mêmes déterminants sociaux sont la principale cause d'inégalités en santé, c'est-à-dire de disparités en termes d'état de santé ou des ressources à disposition pour répondre aux besoins de santé au sein d'une population (OMS, 2011).

Si, face à la multiplicité des facteurs qui influencent l'état de santé des individus, il est difficile de trouver une définition unanime et précise de la vulnérabilité, il est néanmoins reconnu qu'elle engendre toujours un besoin de protection pour les personnes concernées. (Hurst, 2013). Hurst retient la définition utilisée dans le cadre éthique où la vulnérabilité est définie comme «une probabilité accrue de subir un tort: n'importe quel tort, pour n'importe quelle raison» (Hurst, 2013, p. 1055). Dans le contexte de travail de l'EmvS, c'est la notion de cumul de facteurs de vulnérabilités qui est centrale.

Historique du projet

Initialement, l'EmvS a été développée en tant que projet transversal dans le cadre de l'axe orienté vers les populations vulnérables du plan stratégique 2009-2013 du CHUV, sous la responsabilité du Département Universitaire de Médecine et de santé communautaire (DUMSC). Dans le cadre du projet, plusieurs études (lire encadré) ont été réalisées en ciblant un groupe spécifique de patients: les usagers fréquents des services d'urgences (FUs, de l'anglais «Frequent Users»). En effet, la littérature internationale décrit de manière concordante que les patients FUs (ayant consulté le service des ur-

tueux



gences au moins quatre fois dans l'année précédente) présentent souvent un cumul de vulnérabilités à la fois médicales et sociales. Cela donne lieu à des situations cliniques complexes auxquelles les systèmes de santé peinent parfois à donner des réponses adéquates, autant par manque de moyens et de connaissances que de temps à disposition. Dans ce contexte, le patient est à risque de ne pas avoir accès à une prise en charge adéquate et de qualité.

Les auteurs

Marina Canepa Allen, infirmière en santé publique, marina_canepa@hotmail.com, **Corine Ansermet**, infirmière EmvS, **Joëlle Schüpbach**, infirmière EmvS, **Francis Vu**, chef de clinique EmvS, **Laurence Bouche**, infirmière cheffe de service PMU, **Françoise Ninane**, directrice des soins PMU, **Patrick Bodenmann**, médecin chef de projet EmvS.
Adresse de contact de l'Equipe mobile vulnérabilités: info.emvs@chuv.ch

Deux études ont mis en évidence que les FUs étaient à l'origine de 12% des admissions aux urgences du CHUV et de la PMU (Bieler G, Paroz S. et al., 2012) et qu'ils présentaient une vulnérabilité plus importante tant au niveau médical qu'au niveau social comparés aux patients non FUs (Bodenmann, publication en cours). Une revue systématique de la littérature a permis de mettre en évidence que le «case management» (lire encadré) était l'intervention de choix dans la prise en charge des FUs, permettant de diminuer le coût de la prise en charge des patients et, de manière nuancée, d'abaisser leurs recours aux urgences ainsi que d'améliorer leur devenir social et en termes de santé (Althaus F., Paroz S., et al., 2011). Une dernière étude, financée par le Fonds National Suisse de Recherche (FNSR) et visant à évaluer l'efficacité de l'intervention de l'EmvS auprès des FUs, a été initiée au printemps 2013 et se terminera en été 2014.

C'est dans le but d'offrir un soutien à ces patients multi-vulnérables qu'une équipe clinique a été mise en place en juillet 2010 afin d'accompagner les patients usagers fréquents des urgences du CHUV et de la PMU. L'EmvS est composée d'infirmières expérimentées travaillant à temps partiel (1,7 EPT) sous supervision médicale. Dans le cadre d'un colloque hebdomadaire, elle peut aussi compter sur le soutien d'une équipe multidisciplinaire, composée d'intervenants issus de différents départements du CHUV (urgences, pédiatrie, psychiatrie, gynéco-obstétrique et par le passé unité d'éthique). Un colloque de formation mensuel permet d'assurer la formation continue des infirmières dans les domaines de l'entretien motivationnel, des soins transculturels ainsi que dans les domaines social et juridique.

Depuis 2010, l'EmvS a évalué 422 patients (dont 250 dans le cadre de l'étude FNSR). Parmi ceux-là, 246 ont bénéficié d'un accompagnement par l'EmvS. Depuis janvier 2014, l'activité clinique de l'EmvS a été pérennisée au sein de la PMU.

Fonctionnement de l'équipe

L'EmvS intervient sur mandat des soignants de première ligne prenant en charge les patients au sein des urgences du CHUV et de la PMU. La demande d'intervention se fait sur appel téléphonique pendant les jours ouvrables (du

Projet EmvS

Etudes réalisées

Etude rétrospective cas-contrôle: revue de dossiers de 359 patients FUs et 360 non FUs admis aux urgences du CHUV. Publication: Bieler G., Paroz S. et al., Social and Medical Vulnerability Factors of Emergency Department Frequent Users in a Universal Health Insurance System, Academic Emergency Medicine, January 2012, Vol.19, pp. 63-68.

Revue de la littérature, analyse de 11 études prenant en charge des patients FU. Publication: Althaus F., Paroz S. et al., Effectiveness of interventions Targeting Frequent Users of emergency Departments: A systematic Review., Annals of Emergency Medicine, Vol. 58, no1, July 2011, pp. 41-52.

Etude prospective «Ulysse», comparant les vulnérabilités de 226 FUs et 173 non FUs admis aux urgences du CHUV. Publication en cours, Bodenmann P. et al.

Etude Retrospective série de cas, «hyper-usagers fréquents», étudiant les caractéristiques des patients hyper usagers fréquents» Publication: Althaus F., Stucki S., Guyot S. et al., Characteristics of highly frequent users of a Swiss academic emergency department: a retrospective consecutive case series., European Journal of Emergency Medicine, décembre 2013, 20(6): 413-9.

Etude clinique randomisée, «Usagers fréquents des urgences», évaluant l'impact de l'intervention de l'EmvS sur la qualité de vie, le recours au secteur des urgences et les coûts des soins associés de 250 patients FUs. Etude FNSR en cours, Bodenmann P. et al.

lundi au vendredi) ou à l'aide d'une «fiche d'alerte».

Une brève consultation téléphonique avec le mandataire permet dans un premier temps de préciser la demande de l'équipe et si nécessaire de l'aiguiller vers d'autres intervenants plus à même de répondre directement à la préoccupation des soignants (par exemple l'assistant social des urgences ou les infirmiers du Centre de Santé Infirmier, etc.)

L'infirmière EmvS part ensuite à la rencontre de l'équipe et du patient directement dans le service ambulatoire ou hospitalier où celui-ci est admis. Dans

Grille d'évaluation EmVS

Les 5 axes de vulnérabilités: (cocher les cases correspondances)

Déterminants somatiques	Etat de santé mentale	Déterminants comportementaux	Déterminants sociaux	Consommation de soins
☐ Maladie/s aiguë/s ou chronique/s sévère/s ☐ Polymorbidité somatique ☐ Traitement médicamenteux complexe ☐ Adhérences thérapeutique et/ou médicamenteuse inadéquates ☐ Grossesse et/ou période néonatale ☐ Mobilité restreinte/handicap physique	☐ Polymorbidité psychiatrique ☐ Trouble de l'humeur (y.c. auto/hétéro-agressivité, tentamen, ...) ☐ Trouble anxieux ☐ Trouble psychotique ☐ Trouble de la personnalité ☐ Trouble somatoforme ☐ Syndrome de stress post-traumatique ☐ Démence ☐ Troubles du développement psychologique (y.c. retard mental, ...)	☐ Abus de substances/dépendances actives (alcool, tabac, drogues, jeux, médicaments...) ☐ Comportement sexuel à risque ☐ Problématiques en lien avec la contraception ou l'interruption de grossesse ☐ Violences interpersonnelles morales et/ou physiques (y.c. violences conjugales, mobbing, abus sexuels, ...) ☐ Situation à risque ou représentant un danger pour un enfant	☐ Situation familiale complexe/difficile ☐ Exclusion sociale ou isolement social ☐ Situation financière complexe/difficile ☐ Logement inadéquat ou inexistant ☐ Assurance inexistante ou insuffisante ☐ Difficultés ou absence au travail/écoles/activités sociales ☐ Origine et/ou statut de séjour précaire ☐ Difficultés de compréhension/maîtrise insuffisante d'une langue commune	☐ Recours fréquents au service des urgences CHUV-PMU ou à d'autres lieux de soins ☐ Multiples intervenants médico-infirmiers ☐ Aucun médecin de premier recours extra-hospitalier ☐ Difficultés dans la relation aux soignants

l'éventualité où le patient aurait déjà quitté le service des urgences, un entretien en ambulatoire est organisé pour autant que le patient ait donné son accord. L'évaluation initiale de la situation se fait sur la base de cinq axes de vulnérabilité (lire encadré) qui tiennent compte des domaines somatiques, de santé mentale, de comportements à risque, de déterminants sociaux ainsi que de l'utilisation des structures de soins. Un rapport d'intervention est transmis à l'équipe mandataire à la fin de l'intervention de l'EmvS.

L'infirmière EmvS discute de chaque nouvelle situation avec l'un des superviseurs médicaux lors d'une séance individuelle hebdomadaire. Au besoin, elle a aussi la possibilité de présenter les situations cliniques lors du colloque interdisciplinaire hebdomadaire afin de trouver des pistes d'intervention.

L'accompagnement du patient se déroule par la suite sur la base d'objectifs de prise en charge qui sont fixés en partenariat avec le patient et sur la base de ses priorités. La fréquence des rencontres est décidée en accord avec le patient, selon ses besoins.

Le rôle de l'infirmière EmvS consiste premièrement à favoriser l'accès aux prestations de soins nécessaires ainsi qu'à per-

mettre «l'empowerment» (lire encadré) du patient afin qu'il puisse devenir à nouveau acteur actif de sa prise en charge.

L'infirmière EmvS a aussi un rôle de coordination du réseau de soins du patient. En accord avec le patient et selon les besoins identifiés dans sa situation, l'infirmière prend contact avec les soignants intra- et extrahospitaliers et au besoin organise une rencontre de réseau. Il arrive que le réseau de soignants déjà en place soit dépassé par la complexité ou la chronicité de la situation. Dans ces situations, l'EmvS peut offrir un nouveau regard sur la situation et proposer des pistes d'intervention.

Lorsque aucun réseau n'est en place, l'infirmière EmvS aide le patient à la mise en place des suivis nécessaires (médecin généraliste ou spécialiste, assistant social, psychologue, consultant juridique, etc.). Afin d'illustrer le travail de l'EmvS, deux vignettes cliniques complètent cet article.

Pérennisation assurée

A travers une prise en charge interdisciplinaire, l'EmvS contribue à mobiliser les ressources déjà existantes, à valoriser les compétences des soignants et à soutenir les équipes de soins dans une prise en charge coordonnée et efficace.

L'échange interprofessionnel favorise aussi la sensibilisation des intervenants aux problèmes de vulnérabilité et à l'influence des déterminants sociaux sur la santé. L'important travail accompli par les personnes impliquées dans le projet et la reconnaissance de la plus-value amenée à l'institution par cette équipe ont permis la pérennisation de l'EmvS au sein de la PMU.

Ainsi, l'EmvS va poursuivre son travail en partenariat avec les patients, les équipes de soins et les réseaux intra- et extrahospitaliers, en jouant un rôle «pivot» afin de favoriser l'accès à des soins de qualité pour les patients usagers fréquents des urgences du CHUV et de la PMU.

Vignette 1: Favoriser l'empowerment

Madame S., âgée de 26 ans et originaire de l'Iran, a fui son pays pour se mettre en sécurité suite à l'arrestation de son père (activiste politique) et a déposé une demande d'asile en Suisse. Avec son statut de requérante d'asile (permis N), Madame S. a travaillé dans la restauration et habitait dans un studio individuel. En réponse à sa demande d'asile, environ deux ans après son arrivée en Suisse, Madame S. a reçu une décision négative entraînant la perte de son tra-

vail et de son droit au logement. Soutenue par les juristes du Service d'Aide aux Exilés (SAJE), elle a fait recours sans succès à cette décision. Ces événements ont entraîné chez la patiente un épisode dépressif sévère avec une hospitalisation en milieu psychiatrique.

Suite au deuxième recours auprès des autorités compétentes, elle a fini par obtenir une admission provisoire (permis F). A la sortie de son hospitalisation, elle a bénéficié d'un suivi psychiatrique ambulatoire pendant plusieurs mois. Souffrant de vertiges, de maux de tête chroniques et d'anxiété importante, la patiente a consulté à plusieurs reprises les urgences du CHUV où nous l'avons rencontrée pour la première fois. L'évaluation organisée avec une interprète communautaire a mis en évidence un cumul de 13 critères de vulnérabilités touchant quatre axes de vulnérabilités sur cinq (voir grille d'évaluation). En parallèle des plaintes somatiques pour lesquelles elle ne bénéficiait d'aucun suivi médical, la patiente présentait une situation sociale difficile avec un isolement social, peu de ressources financières à disposition et une absence d'activités ou de travail. L'accompagnement de la patiente par l'infirmière EmvS, en moyenne toutes les deux semaines, a visé à favoriser son accès à des soins médicaux et psychiatriques adaptés et à mobiliser ses ressources personnelles dans le but de reprendre une activité professionnelle.

Grâce au renforcement de ses compétences, à la valorisation des progrès accomplis et à la réintroduction d'un traitement médicamenteux, la patiente a petit à petit regagné confiance en elle-même. Ce processus a permis à la patiente de retrouver un emploi et consécutivement un grand sourire! Depuis ce moment-là, la patiente s'est présentée à ses consultations médicales sans interprète communautaire, ayant repris une confiance en soi suffisante pour communiquer en français sans trop de difficulté. Ne désirant pas reprendre un suivi psychiatrique, elle a poursuivi son suivi médical auprès de son médecin traitant.

Vignette 2:

«Traduire» le langage médical

Monsieur P., âgé de 59 ans et de nationalité suisse, vivant seul dans un studio. Il était séparé et avait une fille âgée de 20 ans. Ancien travailleur indépendant, il

Renforcer les compétences du patient, tel est l'un des objectifs principaux de l'équipe EmsV.

était au bénéfice d'une rente à l'Assurance Invalidité à 100% pour des problèmes d'angoisses sévères.

Suite à un diagnostic de cancer pulmonaire, Monsieur P. a bénéficié de plusieurs traitements de chimiothérapie et radiothérapie permettant une rémission. Présentant des douleurs dorsales chroniques, Monsieur P. souffrait d'une addiction aux opiacés (pour laquelle il était anosognosique) et d'une consommation d'alcool à risque.

En raison de ses angoisses sévères (agoraphobie, claustrophobie), le patient présentait une adhésion thérapeutique limitée, ne permettant pas la mise en place d'un suivi médical adapté à ses besoins. Dans ce contexte, il ne se rendait pas aux consultations prévues chez son médecin traitant avec qui il avait des difficultés relationnelles.

En lien avec sa perception négative du milieu hospitalier, le patient ne souhaitait pas entendre parler d'un éventuel suivi chez un psychiatre.

Suite à la rencontre de Monsieur P. aux urgences du CHUV, l'infirmière a pu constater que le patient présentait d'importantes difficultés à comprendre le langage médical ainsi que le projet de soins que son réseau souhaitait mettre en place. Ainsi, Monsieur P. s'est montré à plusieurs reprises opposé à consulter son réseau de soins. Dans ce contexte, l'infirmière EmvS a joué un rôle important de «facilitateur» entre Monsieur P. et son réseau de soins, travaillant à réduire le niveau d'anxiété du patient et à améliorer

sa compréhension du langage médical. De plus, à l'occasion de ses fréquentes hospitalisations, l'infirmière EmvS a eu aussi un rôle de soutien auprès de l'équipe hospitalière. En amenant des éléments permettant de mieux comprendre le patient et un regard externe sur la prise en charge, elle a permis à l'équipe soignante de prendre du recul dans cette situation. ■

Références:

Althaus F., Paroz S., et al., Effectiveness of interventions Targeting Frequent Users of emergency Departments: A systematic Review., *Annals of Emergency Medicine*, Vol.58, no1, July 2011, pp 41–52.

Althaus F., Stucki S., Guyot S. et al., Characteristics of highly frequent users of a Swiss academic emergency department: a retrospective consecutive case series. *European Journal of Emergency Medicine*, December 2013, 20(6): 413–9. PMID: 23337095.

Bieler G., Paroz S. et al., Social and Medical Vulnerability Factors of Emergency Department Frequent Users in a Universal Health Insurance System, *Academic Emergency Medicine*, January 2012, Vol.19, pp. 63–68.

Hurst S., Protéger les personnes vulnérables: une exigence éthique à clarifier, *Revue Médicale Suisse*, mai 2013, pp. 1054–1057. Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dernière mise à jour 2014, Déterminants sociaux de la santé, accédé le 10 janvier 2014 sur le site web http://www.who.int/topics/social_determinants/fr/index.html

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 201, 1 Inégalités en matière de santé, accédé le 10 janvier 2014 sur le site web http://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/fr

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), The Health Promotion Glossary, OMS, Genève, 1998.

