



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



PRATIQUE PSYCHOLOGIQUE

Interventions aux urgences d'une équipe mobile de gériatrie et articulation avec un suivi psychologique en gériatrie aiguë lors de la première vague de COVID-19

Interventions of a mobile geriatric team within a hospital emergency department and the relationship with psychologists in short-term geriatric department during the initial COVID-19 infection peak

C. Fernandez

Pôle de gériatrie, clinique médicale B, hôpitaux universitaires de Strasbourg, 1, place de l'hôpital, 67000 Strasbourg, France

Disponible sur Internet le 24 juillet 2021

MOTS CLÉS

Équipe mobile de gériatrie ;
Urgences ;
COVID-19 ;
SARS-CoV-2 ;
Évaluation gériatrique standardisée

Résumé Au printemps 2020, l'Équipe mobile de gériatrie des hôpitaux universitaires de Strasbourg a fait face à un afflux majeur de patients âgés, infectés par le SARS-CoV-2, en soutien aux urgentistes. Nous allons décrire la population rencontrée, les projets de soins, exprimés par les patients, et leurs proches, ainsi que les orientations réalisées. Nous nous attacherons à décrire les enjeux et l'impact possible de l'évaluation gériatrique en contexte d'épidémie aux urgences. Enfin, nous décrirons l'articulation avec les psychologues du service de court séjour gériatrique.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Mobile geriatric team;

Summary During spring 2020, the mobile geriatric team assisted emergency services at Strasbourg University Hospital to cope with the major increase in admissions of elderly patients

Adresse e-mail : catherine.fernandez@chru-strasbourg.fr

<https://doi.org/10.1016/j.npg.2021.07.002>

1627-4830/© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Emergency service;
COVID-19;
SARS-CoV-2;
Standardized
geriatric assessment

infected by SARS-CoV-2. Here, we describe the elderly population admitted, the therapeutic options favoured by patients and by persons close to them, and the strategies implemented. We set out to analyze the challenges and the possible impact of geriatric evaluations in a hospital emergency department in the context of an epidemic. Finally, we describe coordination with psychologists in the short-stay geriatric department.
© 2021 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

En mars 2020, l'épidémie de COVID-19 a été particulièrement manifeste en Alsace. À l'issue d'un important rassemblement à Mulhouse, le SARS-CoV-2 a été diffusé rapidement, remontant la vallée rhénane. L'impact aux urgences du Nouvel Hôpital Civil des hôpitaux universitaires de Strasbourg a été sensible, dès le 5 mars, avec les premières admissions, tout d'abord isolées avec d'innombrables précautions. L'épidémie a déferlé, dès la première semaine de mars, nécessitant une réorganisation rapide des services d'aval. Le pôle de gériatrie a converti intégralement son premier service de médecine gériatrique aiguë le 13 mars. L'équipe mobile de gériatrie a modifié rapidement son mode de fonctionnement. Au pic de ce premier épisode, 150 patients étaient hospitalisés dans des lits de réanimation (pour 100 lits habituellement autorisés) et 450 patients dans les services conventionnels.

L'émergence de la pathologie et l'apprentissage simultané des signes cliniques aspécifiques chez la personne âgée, le constat rapide d'une mortalité majeure dans cette population polypathologique et vulnérable a été une donnée particulière de la prise en charge de cette première vague épidémique [1,2].

Nous décrivons les modifications de pratiques liées à la prise en charge des patients, infectés par le SARS-CoV-2, par l'équipe mobile de gériatrie, la population évaluée aux urgences, pendant le premier confinement, les projets de soins, exprimés par les patients et leurs proches, ainsi que les enjeux de l'évaluation gériatrique standardisée aux urgences dans un contexte épidémique. Enfin, nous rendons compte d'une articulation originale entre l'équipe mobile de gériatrie et les psychologues de l'hôpital de jour gériatrique, fermé pendant cette période, et qui ont assuré un suivi psychologique téléphonique des familles des patients.

Mode de fonctionnement habituel de l'équipe mobile de gériatrie

Composées habituellement de médecins gériatres, d'infirmières, de travailleurs sociaux, d'ergothérapeute et de secrétaires, les équipes mobiles de gériatrie interviennent sur le lieu de soins ou de vie du patient à la demande d'un professionnel de santé. S'appuyant sur une évaluation gériatrique standardisée, leur mission est d'accompagner les équipes médicales et soignantes dans le diagnostic, la prise en soins, l'orientation du patient tout au long de son parcours hospitalier des urgences jusqu'à sa sortie. Régulièrement, les équipes mobiles sont

interpellées pour une réflexion pluridisciplinaire autour des niveaux de soins (choix des traitements ou des techniques à proposer, orientation vers des soins actifs, proportionnés ou palliatifs).

Le service des urgences est particulièrement demandeur en évaluations gériatriques, tant pour l'aide à l'orientation (alternatives possibles à l'hospitalisation) que l'aide à l'organisation des retours à domicile depuis les urgences (inscription dans la filière gériatrique ambulatoire, programmation d'une évaluation gériatrique plus soutenue à domicile). On compte en moyenne entre 4 et 5 patients, évalués par semaine, dans les services des urgences des hôpitaux universitaires de Strasbourg. La collaboration entre nos deux services est ancienne et reconnue de part et d'autre.

Description du mode opératoire pendant la première vague

Dès le 16 mars 2020, premier jour du confinement national, l'équipe mobile de gériatrie avait revu son implication aux urgences. Dans un courriel, rédigé par la responsable de l'unité, à l'adresse de la cellule éthique, dédiée au COVID, en date du 17 mars, le projet était résumé. Il s'agissait de proposer « une intervention quotidienne aux urgences pour voir les malades qui ne seront pas à réanimer, pour discuter les limitations thérapeutiques avec les urgentistes et, surtout, appeler les familles pour les informer du diagnostic, du pronostic quand on en a une idée, de l'interdiction des visites et de la non-présentation du corps en cas de décès dans le service. Nous activons les psychologues de l'hôpital de jour – à l'arrêt – en cas de nécessité de prise en charge psychologique et d'accompagnement. Ils rappellent les familles ».

Lors de cette première vague, seuls les médecins ont continué leur activité d'équipe mobile, les soignantes ont été redéployées vers les services de soins COVID en renfort des équipes en place.

L'approche médicale des patients était similaire à celle réalisée habituellement. Elle comportait un examen clinique, l'analyse des antécédents médicochirurgicaux, du degré d'indépendance fonctionnelle, du fonctionnement cognitif habituel, des conditions de vie, de l'existence de directives anticipées. Se rajoutaient, dans le contexte épidémique, le recueil systématique de l'avis du patient, quant à un éventuel transfert en réanimation, en cas de détresse respiratoire aiguë, l'avis des proches en tant que témoins du souhait du patient et l'avis du médecin traitant.

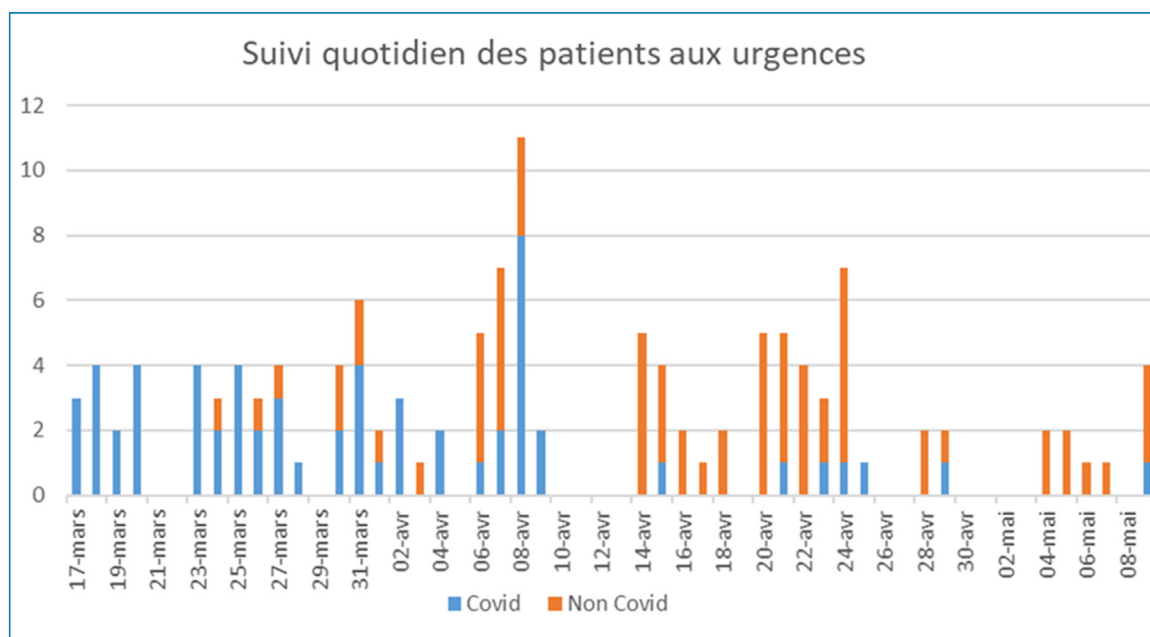


Figure 1. Poids réel du COVID dans le flux des patients évalués ($n = 128$).

Description de la population rencontrée

Durant la période du 17 mars au 9 mai 2020, l'équipe mobile de gériatrie a rencontré 128 patients (contre 40 patients habituellement pour une période similaire), dont 48 % présentaient un diagnostic de COVID avéré au moment de la prise en charge.

Entre 1 et 11 patients ont ainsi été évalués quotidiennement pendant cette période du lundi au samedi, avec un passage systématique sans attendre l'appel des urgentistes.

Le profil des patients était assez classique avec une petite surreprésentation féminine de 52 %, d'un âge moyen de 83 ans (entre 54 et 93 ans). On peut s'étonner de l'âge du patient le plus jeune. Dans le contexte d'afflux massif de patients instables, un avis gériatrique a été sollicité pour ce patient polypathologique très dépendant en raison de la disponibilité des médecins de l'équipe mobile. Quarante-cinq pour cent des patients provenaient du domicile. Seuls 3 patients avaient rédigé des directives anticipées transmises aux urgences.

Le sentiment partagé par l'ensemble de l'équipe médicale était celui d'une « même pathologie avec une prise en charge très protocolisée, très répétitive ».

La Fig. 1 reprend le nombre de patients évalués quotidiennement par les médecins de l'équipe mobile de gériatrie, soit 128. Il s'agissait de patients signalés chaque matin par les urgentistes pour une aide à la détermination du niveau de soins et à l'orientation. Les patients en bleu étaient positifs au SARS-CoV-2 par test PCR et/ou scanner thoracique *low dose*.

Si on évalue le poids réel du COVID dans le flux des patients, on voit une différence entre le ressenti et le factuel. Autant jusqu'au pic de la première vague, on note une surreprésentation du COVID, autant l'effet s'estompe dès son franchissement, sans que l'équipe en ait pris authentiquement conscience.

La Fig. 2 indique les avis quant à une éventuelle orientation vers un service de réanimation pour les patients positifs au SARS-CoV-2 ($n = 59$). On voit que les patients très majoritairement n'ont pas pu exprimer d'options thérapeutiques en raison des conséquences respiratoires de l'infection et/ou de troubles cognitifs (troubles neurocognitifs majeurs chroniques et/ou syndrome confusionnel surajouté). Quand les patients ont pu donner un avis, ils étaient majoritairement contre un transfert en réanimation. La tendance est la même si on observe l'avis des familles (conjoint, enfants, proches). On observe une majorité, dans les deux cas, de l'absence de réponse, soit par impossibilité concrète à produire une réponse, soit par incapacité à se projeter dans cette problématique « Je n'en n'ai pas la moindre idée », « On n'en n'a jamais parlé »...

Si on compare les avis donnés par les médecins de l'Unité mobile de gériatrie (UMG), on voit une majorité nette d'avis défavorables au transfert en réanimation. Néanmoins, on compte 12 avis favorables à une surveillance plus rapprochée (soins continus ou réanimation).

La Fig. 3 indique les orientations réalisées après l'admission aux urgences des patients positifs au SARS-CoV-2. On observe que les souhaits de non-transfert en réanimation ont été suivis dans la totalité des cas. Si le patient était favorable à un transfert en réanimation, son avis a été suivi dans 75 % des cas. La très grande majorité des patients a été admise en service de gériatrie aiguë.

À la fin de cette première vague, on comptait 21 décès de patients positifs au SARS-CoV-2 survenus entre 24 h et 22 jours après avoir quitté les urgences.

Focus sur l'accompagnement psychologique des familles

À l'issue de l'entretien avec le patient, un appel téléphonique était réalisé avec la famille. Il s'agissait, le plus

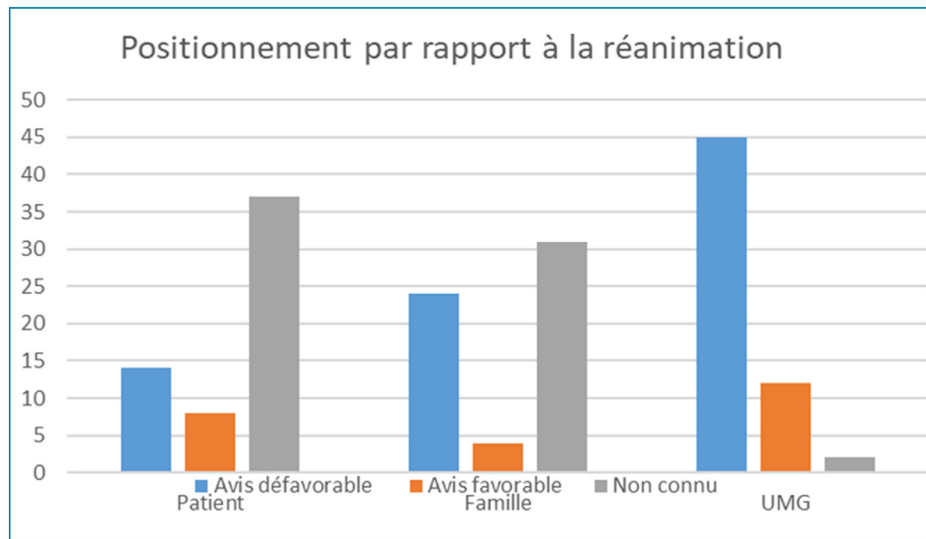


Figure 2. Avis des intervenants par rapport à un transfert en réanimation (n=59).

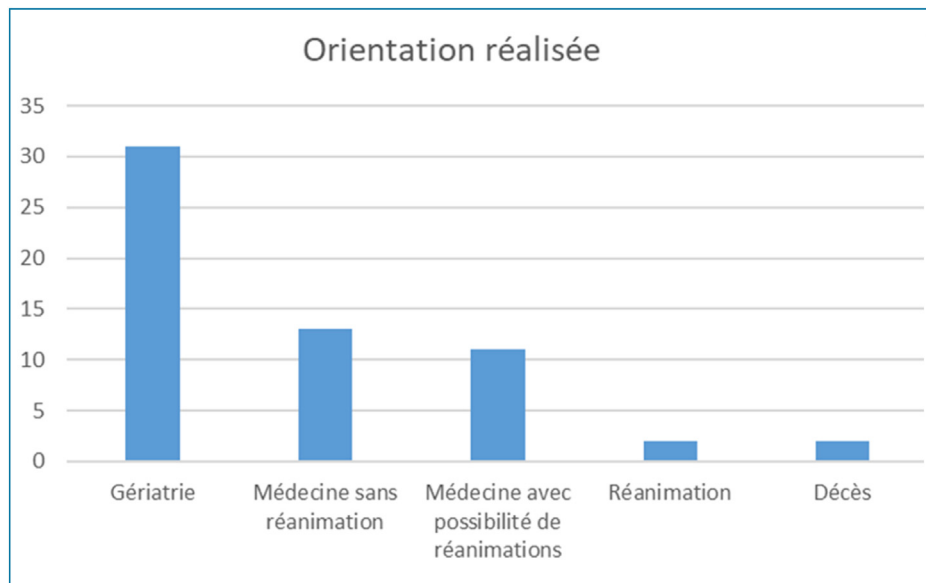


Figure 3. Orientation réalisée *in fine* (n=59).

souvent, du premier contact entre l'hôpital et l'extérieur durant lequel le diagnostic et le pronostic défavorable étaient annoncés. Le recueil du témoignage du souhait de prise en charge du patient était régulièrement difficile en raison des émotions partagées lors de cet échange. L'interdiction des visites était plutôt bien comprise par les proches. Il n'était pas toujours possible d'indiquer qu'en cas de décès, le corps ne serait pas visible par les proches. Entre un et deux appels par patient étaient nécessaires pour affiner une vision ajustée de la situation antérieure du patient.

La proposition d'un lien avec les psychologues a été faite chaque fois que possible. Ainsi, en sus des appels quotidiens d'informations, par l'équipe médicale du service de gériatrie aiguë, 48 familles ont bénéficié d'un suivi psychologique téléphonique. Les psychologues ont appelé les familles en moyenne un peu moins de 4 fois par patient (entre 1 et

21 appels), créant un véritable espace d'écoute et de soutien.

Bilan à distance

Notre impression première a été celle d'une prise en charge uniforme exclusivement centrée sur le COVID, mais conforme à nos pratiques d'évaluation habituelles. À l'issue de notre bilan gériatrique, un projet de soins, le plus individualisé possible, était proposé et validé avec les urgentistes et les réanimateurs le cas échéant.

L'orientation était très majoritairement faite vers les services de gériatrie aiguë en cohérence avec une dépendance importante fixée, une altération neurocognitive et le projet de soins du patient quand il était en mesure de l'exprimer.

C'est en restant dans le cadre d'une pratique d'évaluation rigoureuse et individualisée qu'il a été permis de traverser cette crise majeure particulière par l'intensité du flux des patients, la sévérité des symptômes et la surmortalité dans cette population vulnérable. Des valeurs de bienveillance, de justice et d'autonomie ont été régulièrement évoquées dans les temps de débriefing informel quotidiens. Leur rôle d'étayage sur la durée de ce premier épisode est incontestable [3].

La communication était rendue difficile, tant par l'état clinique des patients, que le port des équipements de protection personnelle.

Nous avons été surprises des réactions des familles, très inhabituelles, exprimant de la reconnaissance et de la considération pour le temps consacré au téléphone.

Conclusion

Une collaboration solide et régulière de l'équipe mobile de gériatrie, au sein du service des urgences, a favorisé l'adaptation des pratiques le temps de la première vague de l'épidémie de COVID avec une implantation quotidienne soutenue. La poursuite de l'évaluation gériatrique standardisée

a été essentielle, pour assurer une prise en soins individualisée, s'écartant de l'arbitraire et du fantasme du tri. Elle s'est avérée soutenante en période de crise.

L'appui précieux des psychologues qui ont créé un espace de soutien et d'écoute téléphonique a permis un suivi des familles privées des liens essentiels avec leur proche hospitalisé.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Serratrice C, Mendes A, Herrmann F, et al. Enjeux et défis du COVID-19 en gériatrie aiguë : leçons tirées de l'expérience genevoise. *Rev Med Suisse* 2020;16:2153–5.
- [2] DGS-urgent. Informations sur des formes cliniques atypiques de COVID-19; 2020 [Consulté le 19 juillet 2021] <https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/dgsurgent/inter/details/MessageBuilder.do?id=30700&cmd=visualiserMessage>.
- [3] Aubry R. Quels enjeux de nature éthique l'épidémie de COVID-19 a-t-elle soulevés ? *Ethique Sante* 2020;17(3(2020)):155–9.