



UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Accueil et installation des personnes âgées dans les services
d'urgences du Nord et du Pas-De-Calais : état des lieux des
pratiques professionnelles et élaboration d'un protocole d'accueil
pour le Centre Hospitalier du Cateau-Cambresis**

Présentée et soutenue publiquement le 18 Octobre 2023 à 18h
au Pôle Formation

par Gregory BOUDAHER

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Éric WIEL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Monsieur le Docteur Cédric GAXATTE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Romain LECOMTE

Avertissement

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises
dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs**

Liste des abréviations

ADL : *Activities of Daily Living*

AS : Aide-soignant(e)

CH : *Centre Hospitalier*

CHU : *Centre Hospitalo-Universitaire*

CIMU : *Classification Infirmière des Malades aux Urgences*

CNEG : *Collège National des Enseignant de Gériatrie*

CNPG : *Collège National des Praticiens de Gériatrie*

COMU 59-62 : *Collège des Médecins Urgentistes du Nord et du Pas-de-Calais*

DIU : *Diplôme Inter-universitaire*

DPE : *Dénutrition Protéino-Énergétique*

DU : *Diplôme universitaire*

HAS : *Haute Autorité de Santé*

IAO : *Infirmière d'Accueil et d'Orientation*

IDE : *Infirmier / infirmière diplômé(e) d'état*

INSEE : *Institut Nationale de Statistiques et des Etudes Économiques*

LOS : *Length Of Stay*

LSA : *Life-Space Assessment*

OMS : *Organisation Mondiale de la Santé*

SAUV : *Service d'Accueil des Urgences Vitales*

UHCD : *Unité d'Hospitalisation de Courte Durée*

ZAO : *Zone d'Accueil et d'Orientation*

Table des matières

<i>Résumé</i>	4
<i>Introduction</i>	5
Définitions	5
Épidémiologie	9
Organisation d'un service d'urgences	12
La personne âgée à l'hôpital	15
Spécificités de la personne âgée	15
Complications d'un passage hospitalier	16
Mortalité associée à un séjour hospitalier	18
Recommandations américaines : Geriatric Emergency Department Guidelines	19
Recommandations françaises HAS et CNPG	21
Objectif de thèse	22
<i>Matériel et méthodes</i>	23
Élaboration du questionnaire	23
Diffusion du questionnaire et participants ciblés	25
Résultats et analyses statistiques	26
<i>Résultats</i>	27
Participation au questionnaire et nombre de réponse	27
Partie 1 : Concernant l'organisation du service	27
Partie 2 : Concernant l'accueil des personnes âgées dans le service	28
Partie 3 : Concernant la prise en charge non médicale et le ressenti du personnel	29
Partie 4 : Concernant les locaux du service d'urgence	30
Partie 5 : Concernant l'autonomie des personnes âgées aux urgences	30
Partie 6 : Concernant l'évolution des personnes âgées dans le service	32
Partie 7 : Concernant le ressenti des participants	33
Corrélation entre conditions d'accueil aux urgences et complications	34
<i>Discussion</i>	35
<i>Conclusion</i>	44
<i>Références</i>	45
<i>Annexes</i>	48

Résumé

Contexte : Les séjours hospitaliers des personnes âgées ne sont pas sans complication, plusieurs études ont démontré une augmentation de la mortalité chez les sujets âgés après une hospitalisation notamment due à l'apparition de syndrome confusionnel aigu ou encore à la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation. Des guidelines et recommandations existent sur le sujet afin d'uniformiser les pratiques. L'objectif de ce travail est de faire un état des lieux des pratiques professionnelles concernant l'accueil et l'installation des personnes âgées dans les services d'urgences des centres hospitaliers du Nord et du Pas-de-Calais.

Matériel et Méthodes : Un questionnaire a été conçu et diffusé aux chefs de service et cadres de santé des services d'urgences des centres hospitaliers du Nord et du Pas-de-Calais. Il traite de l'organisation des services, l'aménagement des locaux et la prise en charge non médicale de la personne âgée.

Résultats : 24 réponses ont été obtenues de la part de 12 centres hospitaliers différents. On note une hétérogénéité des pratiques concernant l'organisation de la prise en charge des personnes âgées, l'aménagement des locaux, la prévention de la désorientation temporelle et les mesures de maintien de l'autonomie. On note aussi que les participants ne sont pas entièrement satisfaits de leur prise en charge non médicale des patients âgés.

Conclusion : Il existe des discordances entre les pratiques professionnelles actuelles dans la région et les recommandations concernant la prise en charge non médicale des personnes âgées aux urgences. Un protocole d'accueil a été élaboré en respectant ces recommandations et sera mis en œuvre au Centre Hospitalier du Cateau-Cambrésis

Introduction

Définitions

Personne âgée

Selon L'OMS, une personne est considérée âgée à partir de l'âge de 60 ans ⁽¹⁾.

Cette définition n'est pas adoptée en France où socialement, l'âge approximatif de cession d'activité professionnelle (65 ans) est considéré comme âge d'entrée dans la vieillesse ⁽²⁾. Cette définition est aussi reprise par l'INSEE lors des rapports concernant la population dite de « séniors » ⁽³⁾.

De façon plus restreinte, la société française de gériatrie considère la personne âgée comme ayant au moins 75 ans ⁽⁴⁾, âge à partir duquel cette population est le plus exposé au risque de perte d'autonomie et définition que nous allons reprendre durant cette étude.

Vieillesse

Le vieillissement est défini comme la modification structurelle et fonctionnelle d'un organisme liée à l'âge ⁽⁵⁾. Il est dépendant de plusieurs facteurs différents dont les plus importants sont la génétique et l'environnement. Les différentes maladies que peut rencontrer une personne âgée n'en sont pas une conséquence mais participent à l'accélération du vieillissement.

Ce processus physiologique est à différencier du vieillissement de la population qui correspond à l'augmentation de la proportion de sujets âgés dans celle-ci.

Autonomie et dépendance

Selon le dictionnaire Le Robert, l'autonomie d'une personne est « la capacité d'agir librement », elle réfère donc à la capacité à se gouverner soi-même. Elle n'est pas

opposable à la dépendance fonctionnelle, qui est l'incapacité à une personne d'effectuer sans aide humaine, une ou plusieurs activités de la vie quotidienne ⁽⁵⁾.

Fragilité

Depuis le début du XXI^e siècle, la fragilité est définie comme « un syndrome biologique caractérisé par la perte des réserves et de la résistance au stress résultant de l'accumulation d'incapacités de plusieurs systèmes physiologiques et entraînant une vulnérabilité » ⁽⁶⁾.

La classification de Fried, permettait de différencier 3 catégories de personnes âgées, « robustes », « pré-fragiles » et « fragiles » selon 5 critères :

- Une perte de poids > 4,5 kg en un an
- Une force de préhension inférieure au 20^e percentile pour le sexe et l'IMC
- Un sentiment de fatigue ou d'épuisement
- Une vitesse de marche sur 4,5m inférieure au 20^e percentile pour le sexe et la taille
- Une sédentarité

Si aucun critère n'était retrouvé, le patient est considéré « robuste », plus que deux critères et on considérait le patient « fragile ».

Dépendance iatrogène ou liée à l'hospitalisation

Dans un rapport de la HAS ainsi que le CNPG sur le sujet, la dépendance iatrogène est définie comme « une perte fonctionnelle aux activités de base de la vie quotidienne entre l'entrée et la sortie d'hospitalisation » ⁽⁷⁾.

Celle-ci dépend de plusieurs paramètres, entre autres le statut fonctionnel initial du patient, la pathologie motivant l'hospitalisation mais aussi l'environnement hospitalier et les soins prodigués.

Selon une étude réalisée au CHU de Toulouse, l'incidence de dépendance iatrogène avoisine les 12% avec plus de 80% de dépendance évitable ⁽⁸⁾. Certaines études retrouvent une incidence plus élevée : entre 30 et 60% ⁽⁹⁾.

Syndrome confusionnel aigu

Le syndrome confusionnel aigu ou « delirium » correspond à une altération, sur un mode aigu (quelques heures) ou subaigu (quelques jours), des fonctions cognitives et comportementales. Il n'implique pas une lésion neurologique et donc est pour la plus parts des cas, réversible ⁽¹⁰⁾.

Son diagnostic repose sur un critère temporel associé à au moins une de ces deux entités :

- Un syndrome déficitaire : déficit temporo-spatial, trouble mnésique, baisse de l'efficacité intellectuelle, trouble du rythme nyctéméral et altération de la vigilance.
- Un syndrome productif : caractérisé par des hallucinations sensorielles ou intrapsychiques.

Syndrome d'immobilisation aiguë

Le syndrome d'immobilisation aiguë regroupe l'ensemble des conséquences physiques, psychiques et métaboliques résultant d'une baisse rapide ou de l'interruption de l'activité physique d'une personne âgée. Les conséquences sont multi-systémiques avec une atteinte musculosquelettique, endocrinologique,

immunitaire, métabolique, neurologique, cutanéomuqueuse, cardiocirculatoire ou encore respiratoire ⁽⁷⁾.

Selon une étude de Mahoney et al. il toucherait près de 17% des patients âgés après une sortie d'hospitalisation de courte ou longue durée ⁽¹¹⁾.

Dénutrition protéino-énergétique (DPE)

La dénutrition protéino-énergétique du sujet âgé est définie comme la présence d'un (ou de plusieurs) des critères suivants :

- Une perte de poids $\geq 5\%$ en un mois ou $\geq 10\%$ en six mois par rapport au poids de référence (antérieur à toute pathologie aiguë)
- Un indice de masse corporel $< 21 \text{ kg/m}^2$ quel que soit le contexte
- Une albuminémie $< 35 \text{ g/L}$ en dehors de tout contexte inflammatoire
- Un score inférieur à 17 au test « Mini Nutritional Assessment » global

Le diagnostic de dénutrition protéino-énergétique sévère repose sur les mêmes critères avec cependant des seuils inférieurs, comme dans le tableau qui suit ⁽⁵⁾⁽¹²⁾ :

	DPE	DPE sévère
Perte de poids	$\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois	$\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois
Indice de masse corporelle (kg/m^2)	< 21	< 18
Score MNA global	< 17	
Albuminémie	$< 35 \text{ g/L}$	$< 30 \text{ g/L}$

Tableau 1 : Critères diagnostiques de la dénutrition de la personne âgée (source : CNEG)

Épidémiologie

Population générale

Il est de notoriété publique que la population générale est vieillissante. Ce phénomène est majoritairement expliqué par l'augmentation importante de la natalité en Europe dans les suites de la seconde guerre mondiale et jusqu'au milieu des années 1970, appelée « Baby-Boom », ainsi que l'augmentation de l'espérance de vie due aux progrès de la médecine et, en France, au système de sécurité sociale.

Selon l'INSEE, la proportion de personnes âgées de plus de 75 ans en France a doublé depuis la fin du « Baby-Boom » passant de 5,05% en 1975 à 10,07% (estimé) en 2023, soit de 2 500 000 (approx.) à 6 800 000 (approx.) individus ⁽¹³⁾. Il est estimé qu'en 2050, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans en France doublera encore et que la proportion de cette tranche d'âge dans la population générale passera à 16% (*Annexe 1*).

Ces chiffres sont sensiblement similaires dans les Hauts-de-France avec une proportion de personnes âgées passant de 4,31% en 1975 à 8,68% estimé en 2023 et 15% en 2050.

Espérance de vie

L'espérance de vie à un âge donné correspond à la durée de vie moyenne d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'âge donné durant l'année en cours.

En France, l'espérance de vie à la naissance en 2022 est de 85 ans pour une femme et 79 ans pour un homme. Cependant à 75 ans, l'espérance de vie est de près de 15 ans pour une femme et plus de 12 ans pour un homme ⁽¹⁴⁾.

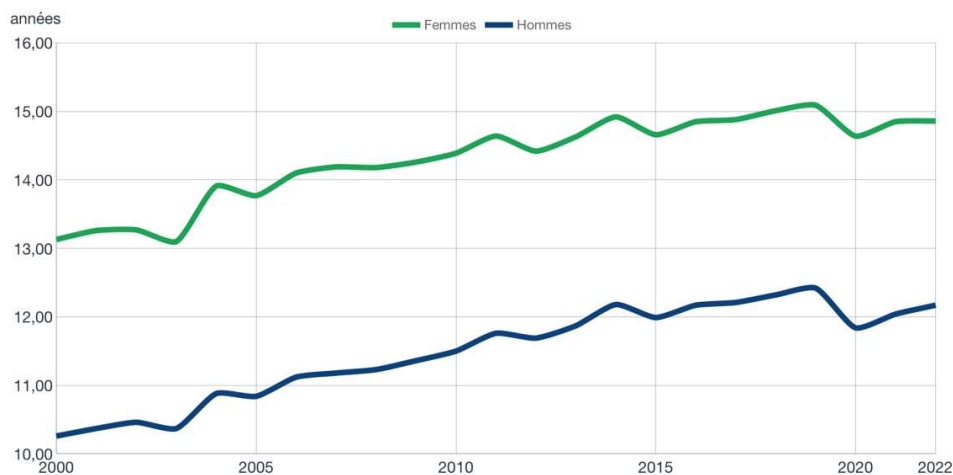


Figure 1 : Espérance de vie à 75 ans en France

Source : INSEE

L'augmentation stable de cette espérance de vie est plurifactorielle :

- D'une part les conditions de vie s'améliorent pour la population française, avec une amélioration des conditions de vie et de travail, moins de contraintes physiques quotidiennes, et une amélioration en qualité d'hygiène du quotidien
- D'autre part, on note une augmentation de l'accès aux soins et une évolution dans les prises en charges médicales surtout dans les domaines associés à une grande mortalité tels que l'oncologie, les maladies cardiovasculaires et respiratoires mais aussi l'infectiologie et l'essor de la vaccination.

Taux de consultation aux urgences

En 2019, avant l'épidémie de SARS CoV-2, le nombre total de consultations aux urgences est de l'ordre de 22 millions en France. Sur ces patients, 2,8 millions, soit près de 14% sont des personnes âgées de 75 ans et plus ⁽¹⁵⁾, alors que cette population représente 9,45% de la population générale ⁽³⁾. Dans la région des Hauts-de-France, on constate également des différences notables entre les consultations aux urgences des patients âgés de 75 ans ou plus et celles des autres tranches d'âge.

Les personnes âgées de 75 ans ou plus ont représenté 12% du nombre total de passages aux urgences, alors qu'elles ne constituent que 8% de la population globale de la région.

Temps de passage aux urgences et orientation

Selon les données fournies par la Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences en 2019, les personnes âgées de 75 ans et plus qui se présentent aux urgences de la région des Hauts-de-France connaissent des durées de passage moyennes de 6 heures et 38 minutes, avec une durée médiane de 5 heures et 10 minutes. Ainsi, plus de la moitié de ces patients âgés passent plus de 5 heures aux urgences.

Ces chiffres montrent également que 56% des personnes âgées consultantes aux urgences dans la région sont hospitalisées immédiatement après leur passage, tandis que 44% regagnent leur domicile sans hospitalisation ⁽¹⁵⁾.

En ce qui concerne le taux de réadmission aux urgences en France pour les patients âgés de 75 ans et plus dans les 30 jours suivant une première visite, il est de plus de 14%, ce qui signifie qu'un patient sur six revient aux urgences. Cette réadmission est liée à des facteurs tels que la présence d'escarres, la perte récente d'un point sur le score ADL (*Annexe 3*) ou encore un passage aux urgences dans les 3 mois précédents. En outre, la mortalité chez ces patients est six fois plus élevée que chez les autres patients à 3 mois et presque deux fois (1,7) plus élevée à 2 ans ⁽¹⁶⁾.

En 2018, dans le rapport de l'Atelier 10 de la HAS intitulé "Hôpital et personne âgée", le taux de réadmission décrit était de 18% ainsi qu'un pourcentage d'hospitalisation évitable à 30%.

Organisation d'un service d'urgences

Depuis leur création en France dans la deuxième moitié du XXe siècle, les services hospitaliers d'urgences ont pour mission d'accueillir et de prendre en charge tous les patients qui se présentent en situation d'urgence, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année ⁽¹⁷⁾.

Afin de répondre à la demande grandissante de soins d'urgences et dans un but d'optimiser le temps et la qualité de prise en charge, tous les services d'urgences ont une organisation sensiblement similaire.

Ainsi, le circuit d'un patient aux urgences est le suivant :

1/ Accueil administratif : qui permet la création d'un dossier administratif où est recueilli l'état civil du patient (nom, prénom, date de naissance, lieu de résidence, numéro de sécurité sociale et un contact téléphonique s'il y en a un)

2/ Tri initial et orientation : le patient rencontre un membre de l'équipe médical, IDE ou médecin, dit « d'accueil et d'orientation » qui recueille les doléances du patient ainsi que les paramètres vitaux de celui-ci. Ces informations recueillies permettent d'évaluer la gravité du patient et de le classer selon la Classification Infirmière des Malades des Urgences (CIMU) (*Annexe 2*). Cette dernière permet de classer les patients aux urgences selon un ordre de gravité qui déterminera leur orientation dans une filière de prise en charge et leur ordre de passage.

3/ Filière de prise en charge : on retrouve dans un service conventionnel d'urgence trois grandes filières de prise en charge en fonction du motif et de la gravité des patients.

- Le service d'accueil des urgences vitales (SAUV) ou encore déchocage qui accueille les patients qui présentent une défaillance d'organe engageant le pronostic vital ou qui nécessitent une prise en charge rapide ainsi qu'une surveillance rapprochée (exemple : détresse respiratoire aiguë, coma, hémorragie, polytraumatisé).
- Le circuit court qui accueille les patients dont la prise en charge est estimée rapide, ne nécessitant pas ou peu d'examens complémentaires. On y retrouve souvent les patients présentant des motifs de consultation liés à la traumatologie ou s'apparentant à la médecine générale (exemple : entorse de cheville, plaie de membre, angine). Ces patients sont le plus souvent ambulatoires et ne nécessitent pas un alitement.
- Le circuit d'urgences médico-chirurgicales ou circuit long qui accueille les patients ne relevant pas des filières précédemment décrites. Ils présentent des motifs de consultation nécessitant des explorations complémentaires avec un temps d'attente estimé long. Les patients y sont le plus souvent alités dès leur arrivée.

4/ Prise en charge diagnostique et thérapeutique : quelle que soit la filière à laquelle le patient est attribué, il va suivre un schéma de prise en charge similaire. Celui-ci consiste en un examen clinique initial réalisé par un membre de l'équipe médicale (médecin, interne ou externe) suivi le plus souvent d'une demande d'examens complémentaires jugés nécessaires à l'orientation étiologique et l'évaluation du pronostic. Parallèlement, une prise en charge thérapeutique est débutée visant initialement à alléger la symptomatologie du patient puis dans un second temps à gérer l'étiologie si elle est retrouvée.

5/ Fin de prise en charge et orientation : à la fin de la prise en charge aux urgences, le patient a plusieurs issues possibles en fonction de son état clinique ainsi que des données paracliniques recueillies. Si celui-ci présente une amélioration de sa symptomatologie initiale et qu'il n'y a pas d'engagement de son pronostic vital, il sera orienté vers un retour à domicile. Si son état nécessite une prise en charge spécialisée (médicale, chirurgicale ou de réanimation), il sera hospitalisé dans un service approprié à la prise en charge de la pathologie en cours, ou dans certains cas, transféré dans un autre centre hospitalier. Dans les cas où le patient nécessite une surveillance rapprochée de courte durée (affiner la prise en charge, poursuivre les explorations) ou si le retour à domicile semble difficile à cause de l'horaire ou des conditions de vies, il peut bénéficier d'une hospitalisation en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD). Cette unité d'hospitalisation dépend du service des urgences et s'inscrit dans la continuité de celui-ci, elle ne représente pas un service d'hospitalisation dit « conventionnel ».

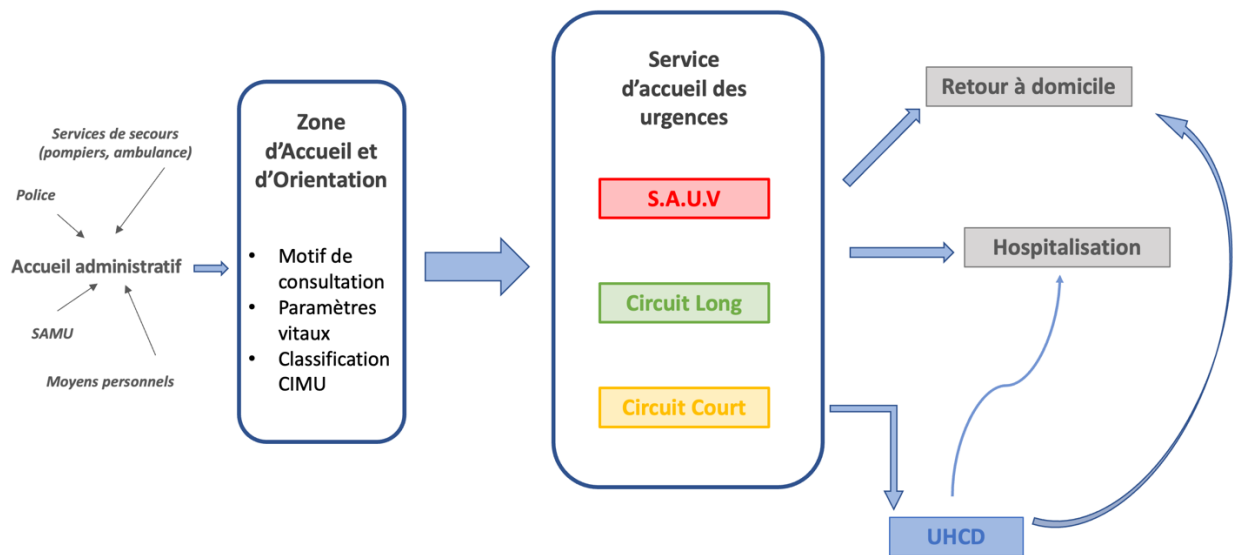


Figure 2 : Organisation du parcours patient dans un service d'urgences

La personne âgée à l'hôpital

Spécificités de la personne âgée

La personne âgée présente des caractéristiques qui lui sont propres ⁽⁵⁾. Ces « syndromes gériatriques » sont des facteurs de risques de complication du séjour hospitalier des patients âgés, et sont à prendre en compte durant la prise en charge dans un service d'urgences :

- La personne âgée est polypathologique, elle présente souvent plus d'une pathologie en cours qui doivent être intégrées par le praticien lors de la prise en charge. Contrairement au sujet jeune chez qui nous pouvons uniquement considérer le motif de recours.
- La personne âgée est souvent polymédicamentée, tels que des traitements cardiotropes, antihypertenseurs ou encore anticoagulants. Les traitements médicamenteux habituels du patient sont à considérer dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique
- La désorientation, due au manque de repères spatio-temporels que ce soit dans le service mais aussi à portée de main (téléphone portable, montre, etc...)
- Les troubles neurocognitifs, quelque soit l'étiologie, ceux-ci rendent la prise en charge du patient plus complexe du fait d'une anamnèse peu contributive mais aussi d'une adhésion aux soins moindre. Ils sont, avec les éléments précédemment cités, des facteurs de risque important de syndrome confusionnel aigu
- La personne âgée présente une fragilité cutanée responsable de l'apparition d'escarre surtout à l'alitement sur un plan dur (brancard, matelas dur) pendant plusieurs heures. Elle est favorisée par les contraintes de cisaillement notamment si la personne est mal installée

- Les déficit sensoriels, l'ouïe étant le plus fréquent, on retrouve aussi chez les personnes âgées souvent une altération de la vue par mécanisme dégénératif (DMLA) ou d'opacification du cristallin (cataracte)
- La perte d'indépendance fonctionnelle, souvent le résultat d'une accumulation de syndromes gériatriques, elle est importante à prendre en compte dans le parcours patient au sein de l'hôpital mais aussi avant un retour à domicile
- La dénutrition protéino-énergétique participe à la dégradation des capacités fonctionnelles des patients âgés lors d'un séjour hospitalier prolongé, elle est favorisée par une mise à jeun des patients, notamment en service d'urgence, pour des raisons médicales
- Les chutes à répétition sont un motif de consultation fréquent de la personne âgée, outre la prise en charge des complications de la chute, le praticien doit aussi se poser la question de l'étiologie de ces chutes afin de ne pas manquer une cause organique

Complications d'un passage hospitalier

Il est bien connu que chez le sujet âgé, un séjour hospitalier n'est pas sans conséquences, notamment sur son autonomie, cette entité est nommée « dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation ». Que ce soit à cause d'un trouble de la marche suite à l'alitement prolongé, une incontinence acquise après sondage vésical à demeure, ou même l'iatrogénie médicamenteuse.

On s'imagine que ces complications sont le résultat d'un séjour long, notamment une hospitalisation en secteur conventionnel, cependant, plusieurs études montrent qu'un passage aux urgences d'une durée moyenne (6 à 10 heures) est suffisant pour avoir des conséquences à la sortie. Brown et al. ⁽¹⁸⁾ retrouvent, en utilisant l'échelle LSA

(Life-Space Assessment), une baisse de la mobilité des personnes âgées après un passage aux urgences. Même si celle-ci est moindre par rapport à la perte de mobilité après une hospitalisation, elle reste cependant toujours présente à un an ⁽¹⁸⁾. Outre la perte de mobilité liée au syndrome d'immobilisation, on retrouve d'autres composantes de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation, comme :

- L'incontinence urinaire qui complique jusqu'à 33% des séjours ⁽⁷⁾
- La dénutrition retrouvée chez 35% des patients à l'admission et chez 50% à la sortie ⁽⁷⁾
- Les chutes qui peuvent être un motif de consultation mais aussi une conséquence de l'hospitalisation
- Le syndrome confusionnel aigu, une complication fréquente des hospitalisations, pouvant toucher jusqu'à 64% des personnes âgées hospitalisées durant ou au décours du séjour. Selon une cohorte prospective multicentrique italienne ⁽¹⁹⁾, une durée de séjour de 10 heures ou plus aux urgences est associée à une augmentation significative du risque d'apparition de syndrome confusionnel aigu (OR 2.23). La confusion aiguë est multifactorielle et n'a pas comme étiologie uniquement l'hospitalisation, mais aussi la pathologie aiguë motivant celle-ci, voire un stress aigu (deuil, hospitalisation, annonce de mauvaise nouvelle...)
- La polymédication, souvent inadaptée ⁽²⁰⁾, elle est responsable en partie des chutes, du syndrome confusionnel et encore de la perte d'autonomie, elle participe activement à l'entretien de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation.

Mortalité associée à un séjour hospitalier

Une cohorte française, Sujets Âgés Fragiles : Évaluation et suivi (SAFEs), s'est intéressée à l'évolution des sujets âgés consultants dans plusieurs CHU français que durant le séjour en question et jusqu'à 3 ans après. Selon les résultats préliminaires de recueil on retrouvait déjà une corrélation importante entre mortalité à 6-mois et complications du séjour précédemment cités, notamment la dénutrition (HR = 1.92), la confusion aiguë (HR = 1.80) ⁽²¹⁾.

D'autres facteurs de risque de mortalité ont été depuis retrouvés, comme les consultations fréquentes aux urgences dans les six mois ⁽²²⁾, les troubles de la mobilité (incluant la marche) ou encore l'apparition récente de trouble neurocognitif ⁽²³⁾.

Le sujet âgé aux urgences : recommandations

Nous retenons que les personnes âgées ont des motifs de recours aux urgences plus complexes que le sujet jeune, leurs temps d'attente et de prise en charge sont plus long, et leurs séjours présentent souvent plus de complications, durant ou après le séjour, par rapport à un adulte jeune. Nous pouvons donc conclure que l'organisation et la structure des services d'urgences ne sont pas adaptés à la prise en charge des personnes âgées. Cette constatation est universelle, et incite à repenser la prise en charge des patients âgés aux urgences ⁽²⁴⁾.

Cela a conduit plusieurs sociétés de médecine d'urgence et de gériatrie à établir des recommandations afin d'améliorer le parcours de soins des patients âgés. Dans le cadre de ce travail de thèse nous nous intéresserons uniquement aux recommandations sur l'accueil et l'installation des patients âgés au sein d'un service d'urgences hospitalier, et à l'adaptation de ce dernier aux besoins de cette population.

Recommandations américaines : Geriatric Emergency Department Guidelines ⁽²⁵⁾

La société américaine de gériatrie ainsi que le collège américain des praticiens de l'urgence ont publié en 2013 un recueil de recommandations visant à améliorer la prise en charge des patients âgés aux urgences. Malgré le fait que ces directives aient pour but de créer des services d'urgences spécialisés en médecine gériatrique, à l'instar des urgences pédiatriques ou gynécologiques, on retrouve quand même plusieurs propositions permettant d'améliorer la prise en charge des patients âgés dans un service d'urgences générales. Une partie conséquente de ces recommandations s'attarde sur des modifications de l'environnement aux urgences afin de pouvoir respecter l'autonomie des personnes âgées et éviter deux

conséquences graves : la chute et le délirium. Dans le but de rendre un service d'urgences « *geriatric friendly* », il est proposé :

- Une adaptation du mobilier avec notamment l'installation des patients autonomes au domicile sur des fauteuil d'examen plutôt que des brancards ou des lits, facilitant ainsi les transferts et diminuant le risque de chute. Si le patient nécessite une position en décubitus ou semi-assise, il est recommandé de privilégier un lit avec une hauteur adaptable et pouvant s'abaisser de telle sorte à ce que la personne puisse réaliser son transfert si besoin, associé à un matelas dit « anti-escarre ». Il est vivement conseillé la présence à côté du lit d'une table pouvant accueillir les objets personnels du patient afin d'éviter des déplacements inutiles et donc le risque de chute.
- La mise à disposition de matériel spécifique du sujet âgé tel que tapis antidérapage à la descente du lit, mais aussi des aides à la marche (déambulateurs, cannes) si le patient l'utilise régulièrement ainsi que la mise à disposition d'un chaussage adapté afin de limiter le risque de chute.
- Une aide à l'orientation spatiale qui passe par un contraste franc entre les surfaces horizontale et verticales (sol et murs par exemple), en s'appuyant sur des couleurs que la personne âgée peut différencier. En effet, une des conséquences du vieillissement du globe oculaire est la perte de différenciation des couleurs froides tel que le vert ou le bleu qui sont déconseillées, contrairement aux couleurs chaudes tel que le jaune ou le rouge. L'opacification du cristallin dans la cataracte, souvent présente chez le sujet âgé, crée une diffusion du faisceau lumineux sur la rétine. Afin de palier à cette problématique, il est conseillé de privilégier des surfaces peu réfléchissantes

ou mates. Il est déconseillé l'utilisation de motifs sur le sol ou les murs car cela peut provoquer une sensation de vertige chez la personne âgée.

- Une aide à l'orientation temporelle, avec une luminosité naturelle afin que la personne âgée puisse suivre le rythme nyctéméral, mais aussi des horloges murales et un calendrier avec des chiffres d'une taille assez grande pour être visible même sans aide technique à la vue.
- Une isolation sonore : le niveau sonore aux urgences est souvent élevé avec plusieurs stimuli auditifs concomitants (alarmes, cris, brouhaha, etc...). Chez le sujet âgé, surtout dans un environnement inconnu, la multitude de bruits d'intensité souvent élevé est un facteur de risque de délirium.

Recommandations françaises HAS et CNPG : Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées ⁽⁷⁾

En 2017, le Collège National des Professionnels de la Gériatrie en collaboration avec la HAS publient un document intitulé « Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées » qui vise à donner aux services hospitaliers des outils pour améliorer la prise en charge au quotidien des personnes âgées, notamment en matière d'amélioration de l'environnement d'accueil. Concernant les services d'urgences, ce document déclare vouloir « réduire le temps de passage dans le service des urgences » ainsi que « prévenir et traiter les causes de déclin fonctionnel dans le service des urgences ».

Pour cela, plusieurs recommandations sont établies, majoritairement fondées sur les guidelines américaines précédemment citées notamment sur l'optimisation de l'installation au lit des patients, la limitation de l'utilisation de sondage urinaire et de contention physique ou chimique.

Objectif de thèse

Toutes les sources précédemment citées convergent vers une seule affirmation : les services hospitaliers et notamment d'urgences ne sont pas optimaux dans la prise en charge des patients âgés et ce, non seulement d'un point de vue médical ou thérapeutique, mais aussi par rapport à l'environnement créé pour nos séniors.

Pour ce travail, nous avons voulu faire un état des lieux sur l'environnement proposé aux sujets âgés dans les services d'urgence du Nord/Pas-de-Calais et son adéquation avec les recommandations actuelles.

Matériel et méthodes

Élaboration du questionnaire

Un questionnaire a été mis en place en 7 parties avec un total de 30 questions fermées ou à réponses quantitatives. La durée estimée de réponse était de moins de 15 minutes (*Annexe 4*).

Partie 1 : Concernant l'organisation du service d'urgence

Cette section portait sur l'organisation physique et humaine du service des urgences en question. Elle traite notamment du nombre de personnel paramédical par poste, le nombre de box de consultation « fermé » et « ouvert » renvoyant aux espaces de consultation privatifs ou alors partagés entre plusieurs patients. Elle inclut aussi le temps d'attente moyen estimé des personnes âgées avant un premier contact médical (< 1h, entre 1h et 2h et > 2h) mais également le nombre de brancard et de lits disponibles pour installer les patients. Enfin, une question sur le nombre de place disponible en UHCD à 14h, heure que nous avons fixé et qui représente approximativement l'heure où le secteur d'UHCD est prêt à accueillir les patients arrivant du jour même.

Partie 2 : Concernant l'accueil des personnes âgées dans le service

Dans cette partie nous nous intéressons à la prise en charge en zone d'accueil et d'orientation des personnes âgées. Les questions traitent de la modalité d'installation des sujets âgés : en brancard versus dans un lit, ou encore si le service propose d'installer les patients dans un fauteuil quand leur niveau d'autonomie et leur motif le permet. D'autres questions s'intéressent à la priorisation ou non des personnes âgées dans l'ordre de prise en charge médicale. Enfin, une question concernant le lieu

d'attente des personnes âgées après prise en charge en ZAO : en salle d'attente avec accès ou non à la lumière naturelle, dans un couloir passant ou directement dans le box de soins.

Partie 3 : Concernant la prise en charge non médicale des sujets âgés et le ressenti du personnel

Nous interrogeons les participants sur le ressenti de leurs équipes médicales et paramédicales par rapport à l'aide apportée aux sujets âgés : insuffisante, adaptée ou excessive. Nous nous intéressons aussi à savoir si les équipes paramédicales seraient favorables à laisser plus d'autonomie aux personnes âgées, notamment concernant les transferts et déplacements dans le service ou l'utilisation des sanitaires.

Partie 4 : Concernant les locaux du service d'urgence

Dans cette partie les questions concernent les locaux du service d'urgence notamment l'accès ou non à la lumière naturelle, l'accès à une aide à l'orientation temporelle, mais aussi le coloris du sol et des murs ainsi que le contraste entre eux.

Partie 5 : Concernant l'autonomie des personnes âgées aux urgences

Elle comprend des questions relatives au matériel mis à disposition des personnes âgées aux urgences notamment lits, fauteuils avec ou sans accoudoirs, aide technique à la marche, chaussage, ou encore une aide humaine si besoin. On traite également dans cette partie le sujet de l'alimentation avec la présence ou non de repas aux heures usuelles et la présence d'aide humaine lors de la prise alimentaire si besoin.

Partie 6 : Concernant l'évolution des personnes âgées dans le service

Cette partie traite de deux problématiques qui sont la fréquence d'apparition de syndrome confusionnel aigu durant le séjour ainsi que la fréquence de survenue de chutes dans le service. Il est demandé aux participants de coter l'apparition de ces deux phénomènes dans le service sur une échelle en 5 points allant de « absent » à « très fréquent ».

Partie 7 : Concernant le ressenti des participants

La dernière section de ce questionnaire s'intéresse au ressenti des participants par rapport à l'adéquation de leurs locaux pour l'accueil de personnes âgées ainsi que de la prise en charge non médicale qui leur est délivrée. Il est proposé aux participants, pour chaque question, une échelle en 5 points allant de « inadaptée » à « très adaptée ».

Diffusion du questionnaire et participants ciblés

Après l'élaboration de ce projet, il a été présenté le 10 février 2023 au conseil d'administration du COMU 59-62 qui a procédé, par le biais de monsieur le professeur Éric WIEL, à la diffusion du questionnaire le 16 mai 2023. Le questionnaire était sous forme d'un « Google Form » envoyé par courrier électronique (courriel) aux destinataires. Le recueil de données est clôturé le 28-08-2023.

Ce questionnaire s'adresse aux chefs de service et cadres de santé des services d'urgences du secteur public des départements du Nord ainsi que du Pas-de-Calais (*Annexe 5*).

Résultats et analyses statistiques

Les données issues de ce questionnaire ont été traitées en utilisant le logiciel JAMOVI

2.3.28.0. Les variables quantitatives ont été décrites en utilisant leur moyenne ou médiane en fonction du contexte. Leur comparaison est basée sur un test de Student.

Les variables qualitatives sont exprimées en pourcentage et arrondies à la première décimale, elles ont été comparées en utilisant un test de Khi-deux (χ^2) à la recherche de corrélation. Un résultat est considéré significatif si $p < 0.05$.

Résultats

Participation au questionnaire et nombre de réponse

Durant la période de recueil nous avons récolté 24 réponses au questionnaire de la part de 12 centres hospitaliers différents du Nord et du Pas-de-Calais. On note que certains centres hospitaliers ont soumis plusieurs réponses.

Partie 1 : Concernant l'organisation du service

Tableau 2 : Organisation humaine et matérielle des services d'urgences par poste

	IDE	AS	Brancards	Lits	Box ouverts	Box fermés
Moyenne	5.25	3.75	23.8	10.3	7.92	8.13
Médiane	6.00	4.00	20.5	9	8.00	6.00

Dans notre échantillon, la médiane du nombre de lits sur le nombre totale de place disponible est de 28,5%. Concernant les box dits « fermés » sur l'effectif total de box de consultation, la médiane est de 46% (*tableau 3*).

On note aussi que les aides-soignants ont un nombre de patients à charge plus élevé que les infirmiers ($p>0.01$). La médiane du nombre de patient par soignant est supérieure à 5,5 pour les IDE et supérieur à 8 pour les AS (*tableau 3*).

Tableau 3 : Nombre d'IDE et AS par patient et nombre de lits et box fermés sur le nombre total de place

	IDE/patient	AS/patient	Lits/ total des places	Box fermés/total
Médiane	0.180	0.125	0.285	0.460

Un quart de nos participants déclarent que le temps d'attente avant prise en charge d'une personne âgée dans leur service d'urgence est de plus de deux heures, alors que 12,5% déclarent que le temps d'attente est de moins d'une heure (fig. 2).

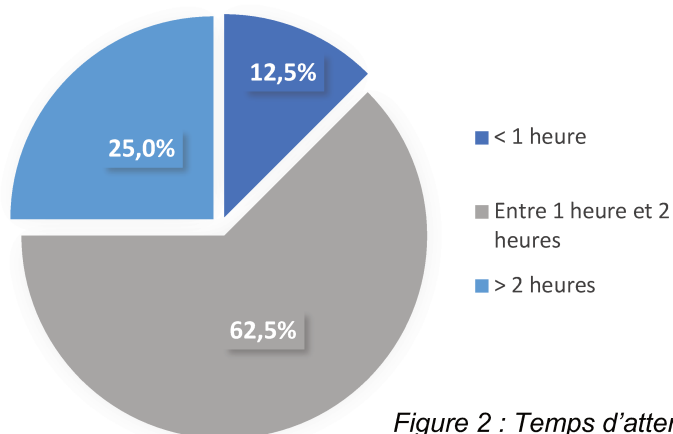
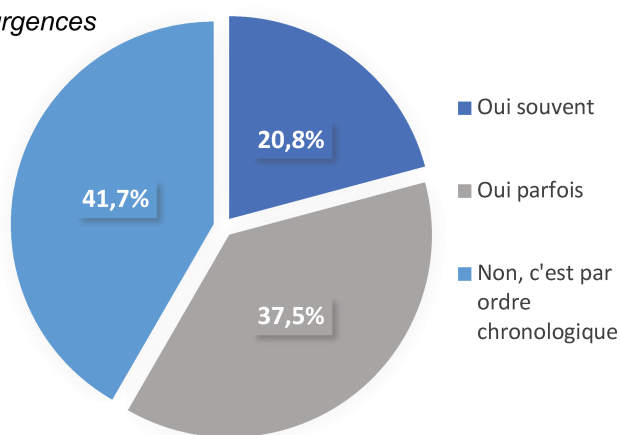


Figure 2 : Temps d'attente moyen avant prise en charge médicale

Partie 2 : Concernant l'accueil des personnes âgées dans le service

Plus de 40% (41,7%) des participants rapportent ne pas privilégier la prise en charge d'une personne âgée comparée à une personne plus jeune et privilégient l'ordre chronologique (fig. 3).

Figure 3 : Priorisation des patients âgés aux urgences



On note que plus de 90% de nos participants (91,7%) installent les personnes âgées plus favorablement dans un brancard lors de leur séjour aux urgences, contre 8,3% directement en lit et 0% dans un fauteuil. 54,2% des participants seraient favorables

à l'installation des personnes âgées en fauteuil si leur niveau d'autonomie et leur motif de consultation le permet.

Quant au lieu d'attente des personnes âgées, 58,3% des participants rapportent que leurs patients âgés attendent dans un couloir passant, 20,8% directement en box de soins, 12,5% dans une salle d'attente sans accès lumineux naturel et 8,3% dans une salle d'attente avec accès à la lumière naturelle (fig. 4).

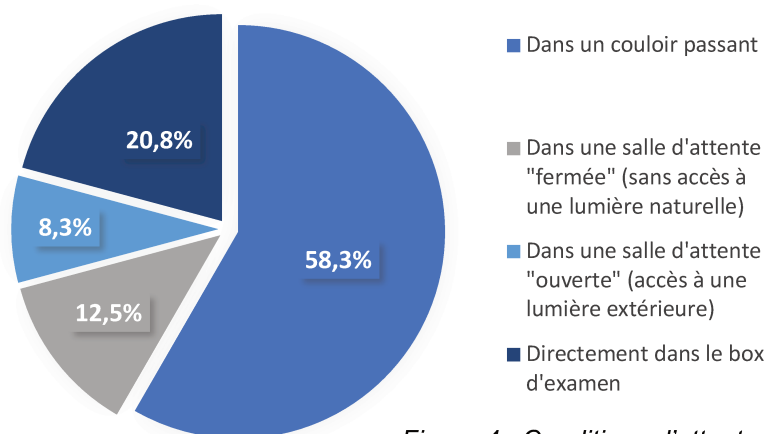


Figure 4 : Conditions d'attente des personnes âgées aux urgences

Partie 3 : Concernant la prise en charge non médicale et le ressenti du personnel

87,5% de nos participants rapportent un sentiment d'insatisfaction par rapport à l'aide apportée aux sujets âgés durant leur séjour dans un service d'urgence, que ce soit à cause de manque de moyens ou par manque de connaissances quant aux besoins de cette population (fig. 5).

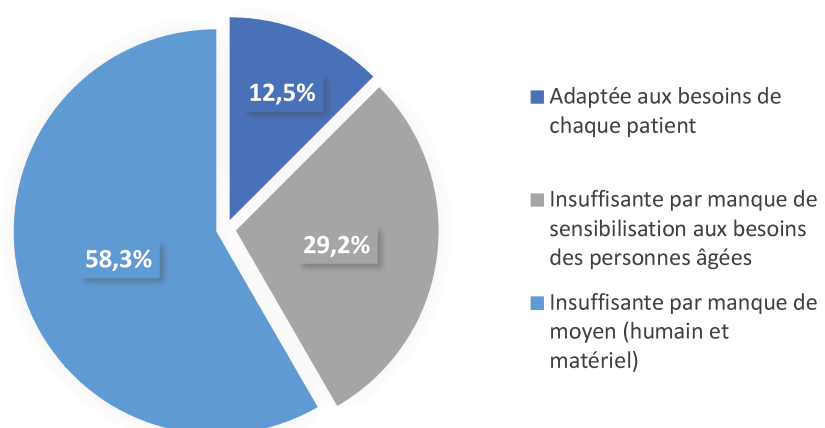


Figure 5 : Ressenti du personnel sur la prise en charge non médicale des patients âgés

Partie 4 : Concernant les locaux du service d'urgence

66,7% déclarent que leurs locaux ont un accès à la lumière dite « naturelle ». 50% ne rapportent dans leurs locaux aucune aide à l'orientation temporelle, un seul participant rapporte la présence de calendrier dans les locaux du service. 37,5% des participants déclarent avoir une horloge murale en salle d'attente et 29,2% en box (fig. 6).

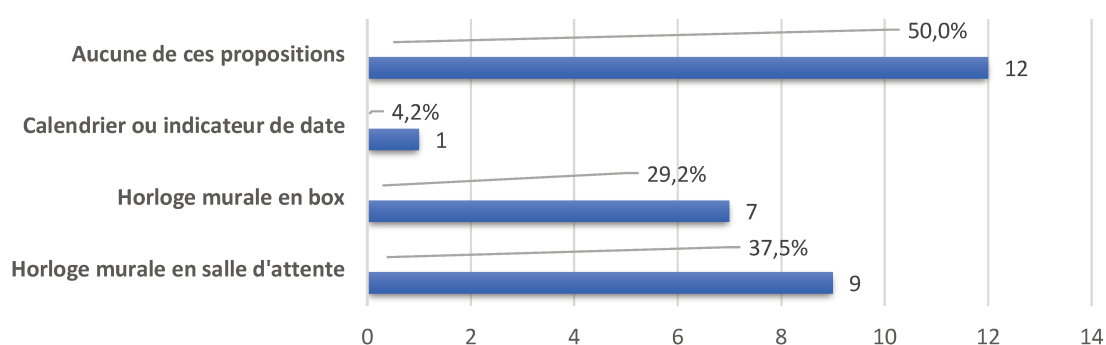


Figure 6 : Présence d'éléments d'orientation temporelle dans les services d'urgence

Concernant l'espace de consultation (ou box), 79,2% déclarent avoir des murs avec une couleur unique (sans motifs) et 95,8% ont des murs de finition mate, non réfléchissante. Un quart des participants disent avoir dans leurs locaux des murs de couleur « chaude » (rouge, orange, jaune), 37,5% blanc ou gris et 37,5% vert ou bleu. Dans trois quarts des cas, les murs sont en contraste visuellement avec le sol.

Partie 5 : Concernant l'autonomie des personnes âgées aux urgences

91,7% propose une aide humaine à la réalisation des transferts si les patients sont en demande. Dans tous les services d'urgences sondés, sont mis en œuvre des mesures pour faciliter les transferts lit-fauteuil, lit-debout et inversement des patients âgés, tel que : la présence d'accoudoirs sur les fauteuils (83,3%), les brancards ou lits sont abaissés au minimum pour permettre des transferts en autonomie (70,8%) ou encore,

les barrières des lits ou brancards sont abaissés chez les patients n'ayant pas de risque de chute (62,5%) (fig. 7).

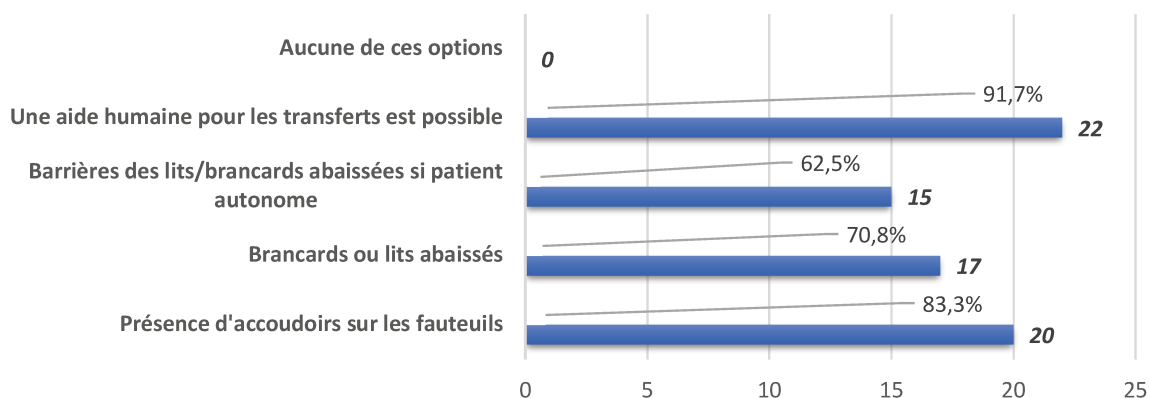


Figure 7 : Mesures de préservation de l'autonomie pour les transferts

Concernant le maintien de l'autonomie des personnes âgées aux urgences, 29,2% des participants mettent à disposition des aides techniques à la marche, tels que des déambulateurs, cadres de marches ou encore des cannes. Seuls 8,3% des participants proposent d'adapter le chaussage des patients âgés autonomes pour la marche afin qu'ils puissent déambuler librement. Quant à l'utilisation des sanitaires, 70,8% des participants déclarent mettre à disposition des sanitaires pour que les patients âgés puissent les utiliser en autonomie, ou à minima, des chaises percées. Sept participants ne mettraient à disposition aucune des mesures citées (fig. 8).

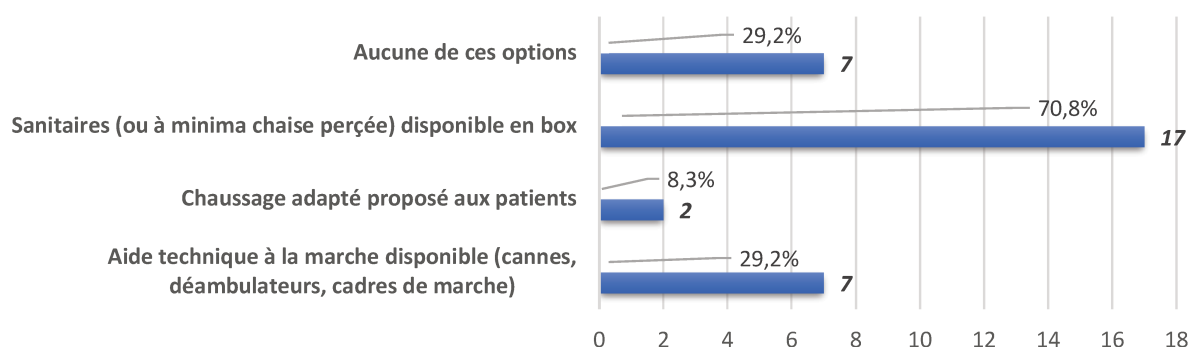


Figure 8 : Mise à disposition d'éléments d'aide au maintien de l'autonomie de la personne âgée

Trois quarts des participants déclarent mettre à disposition une possibilité d'hydratation orale pour les patients âgés, 79,2% des repas aux heures habituelles, et 83,3% des participants proposent une aide humaine pour l'alimentation aux patients qui en ont le besoin (*fig. 9*).

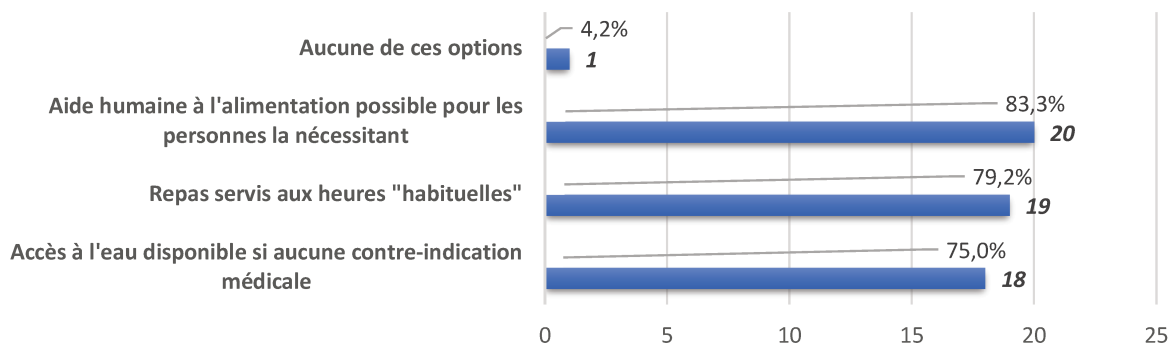


Figure 9 : Accès à une alimentation et hydratation orale aux urgences

Partie 6 : Concernant l'évolution des personnes âgées dans le service

Dans notre échantillon de participants, deux (8,3%) ne rapportent pas la survenue de syndrome confusionnel aigu chez les personnes âgées, n'étant pas adressées pour ce motif, dans leurs services d'urgences. Huit participants (33,3%) déclarent une rare survenue de ce phénomène, et trois (12,5%) le retrouvent très fréquemment dans leurs services (*fig. 10*).

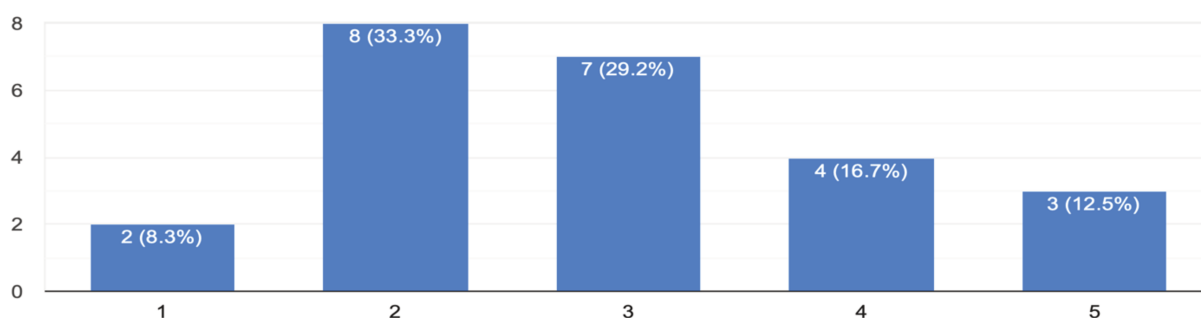


Figure 10 : Apparition de délirium chez des patients âgés non adressés pour ce motif

Concernant l'apparition de chutes dans les services d'urgences chez des patients non adressés pour ce motif, cinq participants (20,8%) ne retrouvent pas cette complication

dans leurs services, onze (45,8%) la décrivent comme rare et un (4,2%) la décrit comme très fréquente (fig. 11).

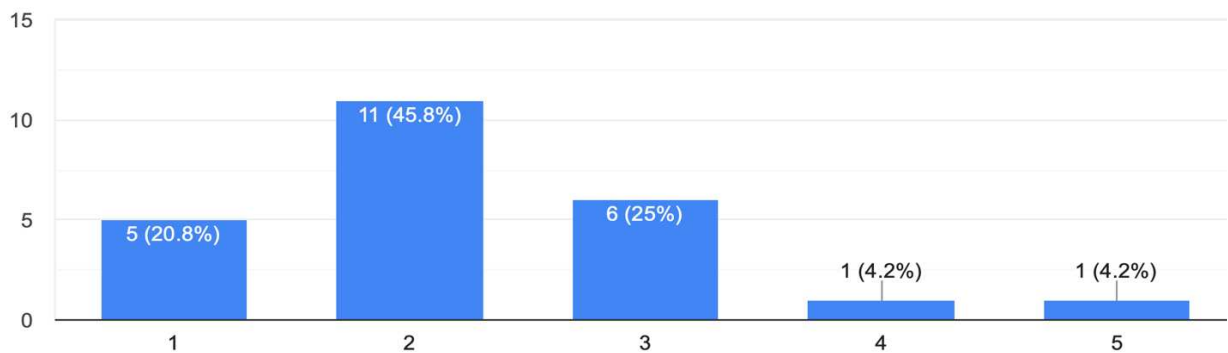


Figure 11 : Apparition de chute chez des patients âgés non adressés pour ce motif

Partie 7 : Concernant le ressenti des participants

Par rapport à l'adéquation de leurs locaux pour l'accueil des personnes âgées, 62,5% des participants ne les trouvent pas (1) ou très peu (2) adaptés. Aucun participant ne rapporte des locaux très bien adaptés (5). Les réponses figurent dans la figure 12 avec une échelle de 1 (non adaptés) à 5 (très adaptés).

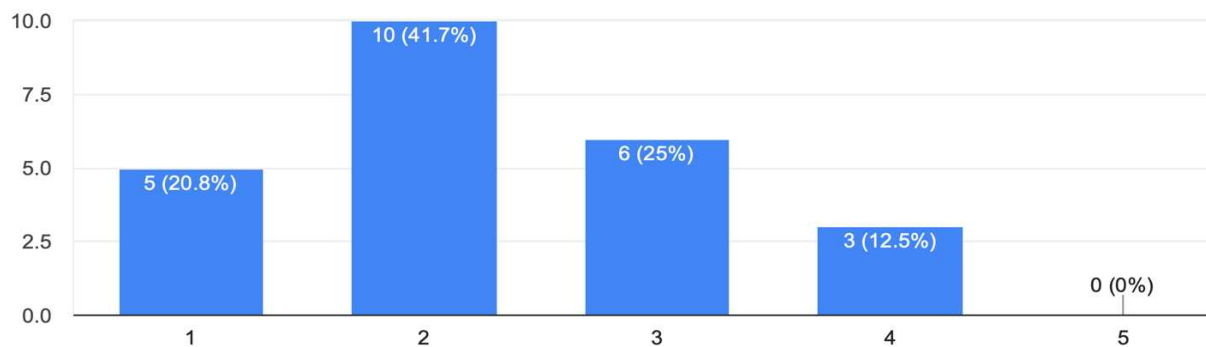


Figure 12 : Ressenti des participants par rapport à l'adéquation de leurs locaux à l'accueil des personnes âgées

De même, par rapport à la prise en charge non médicale des patients âgés, sur une échelle de 1 (non adaptée) à 5 (très adaptée), les résultats figurent dans la figure 12. On retrouve que 8,3% des participants n'estiment pas leur prise en charge non médicale des personnes âgées adaptée, 33,3% la trouvent peu adaptée et 45,8% moyennement adaptée (fig. 12).

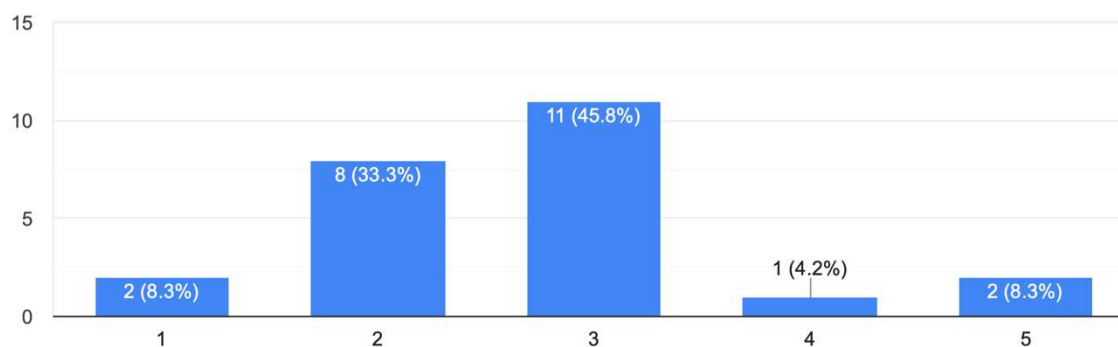


Figure 13 : Ressenti des participants par rapport à leur prise en charge non médicale des personnes âgées

Corrélation entre conditions d'accueil aux urgences et complications

La recherche de corrélation entre les éléments recueillis sur l'organisation des services d'urgences des participants et les complications majeures recherchées, chutes et délirium.

Concernant l'apparition de délirium, on retrouve une corrélation significative avec la mise à disposition de matériel spécifique de maintien de l'autonomie tel que les sanitaires personnels, les aides techniques à la marche ou encore le chaussage adapté ($p = 0,022$). On ne retrouve cependant pas de corrélation significative entre l'apparition de chute et l'organisation des urgences dans cet échantillon.

Tableau 4 : Corrélation entre éléments de prise en charge non médicale et apparition de complications aux urgences chez les personnes âgées

p du test du χ^2	Temps d'attente avant prise en charge	Accès à la lumière naturelle	Éléments d'orientation temporelle	Coloris des murs	Finition des murs	Possibilité de réaliser les transferts en autonomie	Mise à disposition de matériel spécifique	Accès à une alimentation et hydratation orale
Apparition de délirium chez des patients non adressés pour ce motif	0,886	0,831	0,078	0,156	0,121	NA	0,022*	0,639
Séjour compliqué de chute chez des patients non adressés pour chute à domicile	0,163	0,567	0,161	0,537	0,536	NA	0,576	0,873

* $p < 0,05$

Discussion

Objectif et résultats de l'étude

L'objectif de ce travail était de faire un état des lieux des pratiques d'accueil et d'installation des patients âgés dans les hôpitaux publics de la région Nord/Pas-de-Calais et leur conformité avec les recommandations nationales et internationales sur le sujet. Cette étude montre une grande disparité dans la prise en charge non médicale des personnes âgées dans les services d'urgence de la région. En effet, que ce soit dans l'organisation de leurs services, les locaux mis à disposition ou encore les services proposés, chaque centre interrogé a une pratique différente. Comparées aux guidelines citées précédemment, on ne retrouve aucun centre qui respecterait ces recommandations entièrement. On note également qu'une grande partie des participants trouvent leurs locaux inadéquats à l'accueil des patients âgés et leur prise en charge non médicale non optimale.

Caractéristiques et limites de l'étude

La configuration de cette étude comporte fondamentalement plusieurs biais qui en constituent les limites. En effet, le caractère qualitatif des données recueillies expose à un risque de subjectivité, raison pour laquelle les questions fermées et souvent à réponse unique sont majoritaires dans ce questionnaire.

On demande dans ce questionnaire aux chefs de services de répondre à des questions concernant les pratiques dans leurs services respectifs : cela nous expose à un biais de déclaration de la part des participants qui inconsciemment peuvent vouloir répondre aux questions en accord avec les guidelines. Pour cela, une introduction au questionnaire était rédigée et il était déclaré que cette étude n'était pas un comparatif entre les différents centres hospitaliers mais bien un recueil des

pratiques professionnelles. Les réponses ont été anonymisées avant leurs descriptions dans ce travail.

Ce questionnaire visait principalement les chefs de services et cadres de santé de chaque service d'urgence de la région cependant, de par leurs fonctions, ils sont pour la plupart moins souvent présents sur le terrain et ne sont donc pas toujours au courant de la disponibilité du matériel ou des pratiques usuelles. Ils répondent donc souvent au questionnaire de mémoire : cela nous expose à un biais de mémorisation. Le questionnaire était donc accessible à la réédition avant la validation et les participants pouvaient à tout moment du processus de réponse, s'arrêter et revenir quand ils le souhaitaient.

Concernant l'interprétation des résultats, il est important de noter que sur les 23 centres auxquels le questionnaire a été proposé, 12 ont répondu, ce qui correspond à un taux de réponse de 52%. Bien que cela indique une représentativité relativement bonne de notre échantillon, il reste essentiel de prendre en compte les caractéristiques des centres ayant participé pour éviter une extrapolation inappropriée des résultats à l'ensemble de la population cible.

L'hôpital public, des effectifs en baisse

Les différentes politiques de réorganisation de l'offre de soins entreprises depuis le début des années 2000 ont eu comme conséquence directe ou indirecte, une suppression de lits d'hospitalisation complète. On note depuis 2003, la fermeture en France de plus de 76000 lits d'hospitalisation dite complète ou non ambulatoire ⁽²⁶⁾. On remarque en parallèle une augmentation du nombre de consultation aux urgences et donc de la demande d'hospitalisation ⁽²⁷⁾. Les services d'urgence étant la principale porte d'entrée à l'hôpital, cette majoration du nombre de consultation et la diminution

du nombre de lits d'aval présente une répercussion majeure sur nos urgences : l'allongement du temps d'attente. Cela se voit dans notre étude avec une attente de plus de 2h pour les personnes âgées dans 25% des services sondés.

Ce résultat peut aussi être expliqué par le nombre de soignants en baisse dans les services d'urgences. On note dans les résultats que le nombre d'infirmières moyen par poste est supérieur au nombre d'aides-soignants, ce chiffre peut être expliqué par la présence d'une IOA et d'IDE de psychiatrie dans les effectifs infirmiers mais qui ne participe pas à la prise en charge des patients dans le service des urgences. Le nombre de patient à charge par infirmière est donc probablement plus élevé que ce qui est relevé. Dans notre étude nous remarquons à un temps t, un nombre de patients à charge médian de 5,5 pour les infirmiers et 8 pour les aides-soignants dans un service d'urgence plein. Il est intéressant de noter que sur un poste de travail ce nombre est plus élevé au vu du « *turn-over* » de patients dans le service d'urgence. Il a été démontré que la mortalité et la durée de séjour est réduite dans un service où le nombre de patients à charge diminue pour les équipes paramédicales ⁽²⁸⁾.

Avec un grand nombre de patient à charge, nous pouvons imaginer que les équipes n'ont que très peu de temps à accorder à la prise en charge non médicale et notamment celle des personnes âgées. Cela résulte en une moindre attention aux besoins spécifiques de chaque individu et favorise la mise en place de prise en charges systématiques pour tous les patients ⁽²⁹⁾. Un exemple serait l'accompagnement des personnes âgées aux sanitaires si leur niveau d'autonomie le permet, il est de plus en plus fréquent de retrouver des patients devant utiliser des bassins ou automatiquement équipés de protections afin de faciliter le travail des équipes paramédicale et de pouvoir libérer plus de temps pour les prises en charge

médicales des patients. D'autres exemples retrouvés dans cette étude sont notamment la mise à disposition de repas ou encore l'accès libre à l'eau potable.

Cette problématique d'effectif est aussi remarquée chez le personnel médical où on note une baisse du nombre de médecins urgentistes en activité dans les services d'urgences. En effet les démissions de médecins urgentistes sont de plus en plus récurrentes en France ⁽³⁰⁾. Les raisons sont multiples, on rapporte une lassitude générale concernant la qualité du travail, le temps de travail ou encore l'engorgement de plus en plus fréquent des urgences. Même si les motifs diffèrent, la conséquence reste la même : les services d'urgence manquent de plus en plus de médecins et cela a un impact indéniable sur la rapidité et la qualité de la prise en charge des patients.

Les services d'urgence, une architecture à repenser

Nous retenons de cette étude que les services d'urgences de la région ne disposent pas tous de la même architecture et ne sont donc pas tous en accord avec les recommandations décrites précédemment. Par exemple, l'attente des patients âgées se font à plus de 58% dans un couloir passant ce qui n'est pas recommandé par les guidelines citées dans cette étude car cela présente un facteur de risque important d'apparition de délirium. Cette même discordance est aussi retrouvée quant à l'accès à la lumière naturelle, les services d'urgences étant souvent isolés, la couleur des murs ou encore le matériel disponible.

L'architecture des services d'urgence est pourtant codifiée, bien avant les guidelines du American College of Emergency Physicians concernant les services d'urgence à orientation gériatrique de 2013, un rapport d'experts est publié en 2004 exprimant des recommandations quant à l'architecture des urgences ⁽³¹⁾. Celles-ci expriment

plusieurs points notamment le fait d'avoir un accès à la lumière naturelle aux urgences (accord fort), la nécessité d'un espace d'attente dédié et non juste un couloir, ou encore l'importance du choix des matériaux de construction.

Comme démontré dans cette étude (*figure 12*) plus de la moitié des participants trouvent leurs locaux peu ou pas adaptés à la prise en charge des personnes âgées, attestant d'une conscience globale du problème sans pour autant entreprendre des actions pour y remédier. Ce manque d'action est souvent lié à un manque de moyens financiers dédiés dans le budget global des services, souvent établis sans consultation de la totalité des équipes médicales et paramédicales du service présentes quotidiennement au chevet des patients et ayant une meilleure idée de leurs besoins⁽²⁷⁾.

Les besoins de la personne âgée, une formation à avoir

La personne âgée présente des caractéristiques spécifiques qui rendent sa prise en charge différente. Certains actes fréquents que l'on réalise avec le sujet jeune et qui paraissent anodins, peuvent avoir de grandes conséquences sur le sujet âgé, comme l'installation sur un brancard, la mise en attente dans un couloir, le changement d'interlocuteur, ne pas prendre en compte les déficits sensoriels ou au contraire les infantiliser en considérant à tort un état grabataire ou une démence.

Les études de santé et notamment le tronc commun, ne couvrent pas entièrement ce sujet. Ce manque de formation sur les spécificités de la personne âgée se fait voir au cours de leur prise en charge médicale et non médicale. Dans notre étude, plus de 80% des participants trouvent leur prise en charge non médicale des patients âgés, au mieux, moyennement adaptée et plus de 40% la trouvent peu ou pas adaptée. Ceci témoigne d'une prise de conscience du personnel sur le manque d'information à

ce sujet et donc d'une très probable volonté à s'y former. Ce genre de formation existe sous forme de parcours universitaire (DU, DIU, capacité, etc...) pour le personnel médical ⁽³²⁾ et paramédical ⁽³³⁾.

L'apprentissage de la prise en charge de la personne âgée peut aussi être transmis au sein même de l'établissement de soins par des acteurs plus spécialisés. Actuellement, cette tâche est réalisée par les équipes mobiles de gériatrie ⁽³⁴⁾ qui ont pour but d'aider à la prise en charge et surtout l'orientation des personnes âgées. Cependant ces équipes sont le plus souvent déclenchées par le personnel des urgences et ne sont que rarement proactives. Les infirmières de pratique avancée en gériatrie peuvent, comme le montre l'exemple marseillais ⁽³⁵⁾, prêter main forte aux urgences en aidant les équipes à reconnaître les besoins spécifiques de chaque sujet âgé afin d'adapter la prise en charge dès l'admission.

Le parcours hospitalier de la personne âgée, un besoin de simplification

Les services d'urgences sont actuellement l'interface principale entre l'hôpital et la ville et constituent la porte d'entrée principale de la personne âgée à l'hôpital. Cependant l'augmentation du nombre de consultations aux urgences et du temps de prise en charge moyen ⁽¹⁵⁾ augmentent la mortalité des sujets âgés ⁽³⁶⁾. A cela s'ajoutent les facteurs de risques de délirium et de perte d'autonomie précédemment cités qui compliquent le séjour des personnes âgées.

Ces éléments nous poussent à rechercher des alternatives afin d'esquiver, quand il est possible, un passage par un service d'urgence. En effet, les motifs de consultations des personnes âgées ne relèvent pas toujours de l'urgence médicale. Certaines personnes consultent aux urgences dans le cadre d'un épuisement des

aidants ou pour bénéficier d'une prise en charge gériatrique spécialisée comme dans le cadre des chutes à répétition ou des troubles neurocognitifs débutants.

L'hospitalisation directe en service de médecine gériatrique est une option qui a montré une plus courte durée moyenne de séjour en évitant les complications d'un passage aux urgences ⁽³⁷⁾. Ce parcours existe dans la région lilloise notamment par le biais du réseau de santé gériatrique qui permet de mettre en lien des acteurs de la ville avec les services hospitaliers de gériatrie pour créer un plan d'intervention personnalisé afin d'éviter les recours hospitaliers non justifiés.

Élaboration d'un protocole d'accueil et d'installation des personnes âgées au centre hospitalier du Cateau Cambrésis

Ce travail nous a permis de faire un point sur les éléments importants à considérer dans la prise en charge non médicale de la personne âgée à l'hôpital et notamment dans un service d'urgence. Actuellement, un protocole d'accueil des sujets âgés aux urgences du Centre Hospitalier Le Cateau Cambrésis est en cours de mise en application. Il prend en compte l'accueil initial et le tri, l'installation dans un box dédié, à l'image des « box pédiatriques » souvent retrouvés dans les services d'urgence, un parcours patient adapté et une formation du personnel médical et paramédical sur les spécificités aux urgences de la personne âgée.

Accueil des patients âgés en ZAO

Dès l'arrivée aux urgences, la personne âgée sera accueillie par l'infirmière d'accueil et d'orientation. Celle-ci prendra les informations sur le motif de consultation ainsi que les paramètres vitaux permettant l'orientation du patient, comme il est de coutume. Elle aura aussi pour mission de questionner le patient et ses potentiels

accompagnants sur les grands éléments de mode vie tel que l'autonomie au domicile via une échelle ADL, les aides nécessaires et l'état cognitif habituel. Si les éléments recueillis permettent l'inclusion dans le protocole, le patient sera orienté vers un box de consultation dédié.

Box de consultation spécifique de la personne âgée

L'espace de consultation dédié sont des chambres d'UHCD accolées à l'arrière du poste central de soins et donc à l'écart de la zone de consultation (en avant du poste de soins). Cela permet une surveillance renforcée du patient tout en diminuant les stimuli auditifs sources d'anxiété et de confusion.

Cet espace possède une fenêtre orientée ouest sur un espace dégagé permettant d'avoir une luminosité naturelle constante sur la journée. Les murs sont d'une couleur orange, unie, non réfléchissante et faisant contraste avec un sol gris en lino effet granite. L'espace est éclairé également par des lumières sur le côté qui ne sont pas directement orientées vers le patient mais projetées sur le plafond. Celles-ci sont contrôlées par le patient lui-même via une télécommande multiusage (lumière et appel des soignants).

Mise à disposition d'équipement spécifique de la personne âgée

L'espace est équipé d'un lit médicalisé avec télécommande patient lui permettant un contrôle des paramètres. Le lit est toujours installé à la hauteur du patient pour lui faciliter les transferts. On retrouve également un fauteuil à accoudoirs et une table de chevet contenant les affaires personnelles du patient (lunettes de vue, prothèse auditives ou dentaires, téléphone portable, etc..). La descente du lit se fait sur un tapis non dérapant afin de limiter le risque de chute aux transferts.

On retrouve des éléments d'orientation temporelle tel qu'une horloge murale à aiguille mise en place en face du patient, un tableau à feutre où la date du jour est écrite en grand par les soignants et une télévision permettant au patient de suivre ses programmes télévisés habituels et donc garder le fil de la journée en cours.

Il est également mis à disposition du patient son matériel technique d'aide à la marche en chambre et à défaut il lui est proposé des déambulateurs cadres ou à roues ainsi qu'une canne si besoin. Le service propose également des chaussons fermés pour adultes afin de permettre un chaussage adapté.

Parcours patient spécifique de la personne âgée

Après recueil des éléments d'anamnèse, le patient bénéficie d'une consultation avec l'infirmière de l'équipe mobile de gériatrie afin de définir ses besoins spécifiques. Celle-ci communique constamment avec l'équipe médicale et paramédicale et leur porte conseil sur les prises en charge spécialisées mais aussi constitue une aide à l'orientation du patient à la fin de la prise en charge aux urgences (hospitalisation, retour à domicile dans les meilleurs conditions, etc...).

Population cible

Ce protocole vise un groupe spécifique au sein de la population âgée. En effet, nous considérons que l'accueil du sujet âgé est à prioriser lors des consultations ne relevant pas de l'urgence vitale médicale ou chirurgicale, dans ces cas-là, les personnes sont installées en secteur d'urgence vitale (déchocage). Il est également exclu de ce protocole les personnes atteintes de troubles neurocognitifs sévères chez qui les mesures de préservation de l'orientation temporo-spatiale sont plus difficiles à mettre en place.

Conclusion

L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux des pratiques professionnelles sur le sujet de l'accueil et l'orientation des personnes âgées aux urgences, dans la région Nord/Pas-de-Calais. On remarque que la prise en charge non médicale du sujet âgé dans les services d'urgence n'est pas la même dans les différents centres questionnés malgré l'existence de de guidelines et recommandations nationales et internationales. On note également que les professionnels de santé des services d'urgence de la région ne sont peu satisfaits de la prise en charge non médicale de la personne âgée et de l'adéquation de leurs locaux quant à l'accueil de cette population.

Ce travail nous permet de définir plusieurs axes à améliorer tels que l'architecture même des services d'urgence, le mobilier de celui-ci, les effectifs du personnel mais surtout leur formation sur les spécificités de la personne âgées et les grands facteurs de risques de complications lors d'un séjour aux urgences.

Avec ces résultats, un protocole d'accueil et d'installation de la personne âgée aux urgences a été élaboré afin d'être mis en place aux urgences du Centre Hospitalier Le Cateau-Cambrésis. Ce protocole vise à faciliter et améliorer la prise en charge des personnes âgées en évitant la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation et ses facteurs de risque.

Références

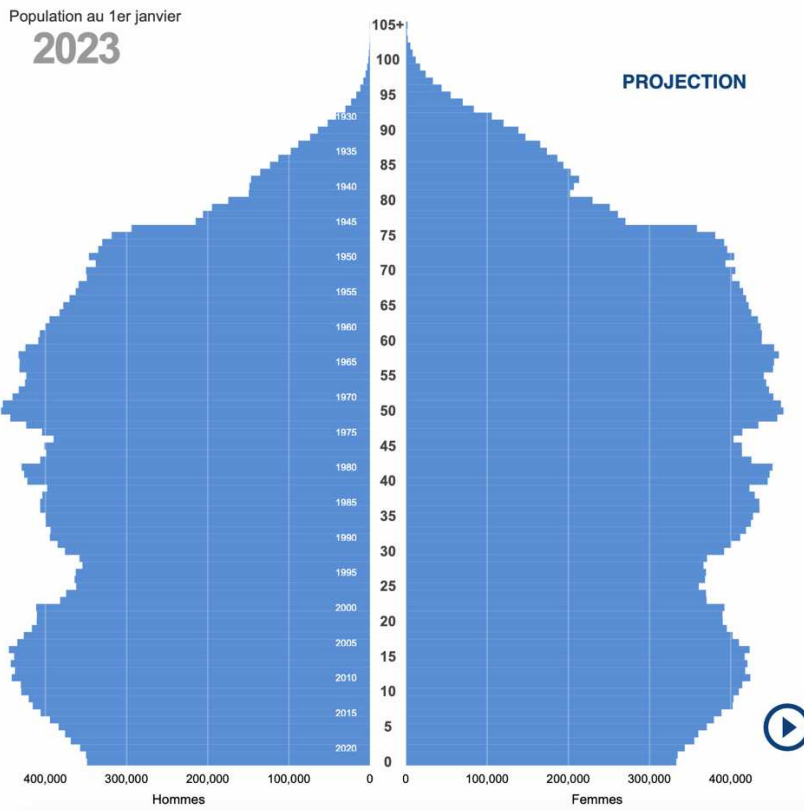
1. OMS O. Vieillesse et santé [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. HAS. Atelier 10 - Hopital et personne âgée. 2018.
3. INSEE. Pyramide des âges 2018 à 2070 [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/6798992/pyramide.htm?#!y=2018&a=18,75&v=2&t=2&c=0>
4. Société Française de Gériatrie et Gérontologie [Internet]. Disponible sur: www.sfgg.org
5. CNEG. Référentiel des enseignants du collège de Gériatrie [Internet]. Elsevier Masson; Disponible sur: <https://www.seformeralageriatrie.org/livregeriatriecneg>
6. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1 mars 2001;56(3):M146-57.
7. HAS, CNPG. Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées. 2017.
8. Sourdret S. Preventable Iatrogenic Disability in Elderly Patients During Hospitalization. *J Am Med Dir Assoc*. 1 août 2015;674-81.
9. Chang HH, Tsai SL, Chen CY, Liu WJ. Outcomes of hospitalized elderly patients with geriatric syndrome: report of a community hospital reform plan in Taiwan. *Arch Gerontol Geriatr*. févr 2010;50:S30-3.
10. CEN. Référentiel des enseignants du collège de Neurologie. Elsevier Masson.
11. Mahoney JE, Sager MA, Jalaluddin M. New Walking Dependence Associated With Hospitalization for Acute Medical Illness: Incidence and Significance. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1 juill 1998;53A(4):M307-12.
12. HAS. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée [Internet]. 2007. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/denuitrition_personne_agee_2007_-_recommandations.pdf
13. Robert-Bobée I. Projections de population 2005-2050 : vieillissement de la population en France métropolitaine. *Econ Stat*. 2007;408(1):95-112.
14. INSEE. Espérance de vie [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/6794598/EVDA>
15. Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences. Panorama des urgences 2019 [Internet]. p. 2019. Disponible sur: https://fedoru.fr/wp-content/uploads/2022/03/PANORAMA_FEDORU_2019_VF_.pdf

16. Lanièce I, Couturier P, Dramé M, Gavazzi G, Lehman S, Jolly D, et al. Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. *Age Ageing*. juill 2008;37(4):416-22.
17. République française. Code de la santé publique.
18. Brown CJ, Kennedy RE, Lo AX, Williams CP, Sawyer P. Impact of Emergency Department Visits and Hospitalization on Mobility Among Community-Dwelling Older Adults. *Am J Med*. oct 2016;129(10):1124.e9-1124.e15.
19. Bo M, Bonetto M, Bottignole G. Length of Stay in the Emergency Department and Occurrence of Delirium in Older Medical Patients. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. mai 2016; Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27160482/>
20. Rosario SP, Gregorio Jiménez-Díaz, Nuria Galán-Ramos. A randomised controlled trial on the efficacy of a multidisciplinary health care team on morbidity and mortality of elderly patients attending the Emergency Department. Study design and preliminary results.
21. Dramé M, Lang PO, Novella JL, Narbey D, Mahmoudi R, Lanièce I, et al. Six-month outcome of elderly people hospitalized via the emergency department: The SAFES cohort. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. juin 2012;60(3):189-96.
22. Van Walraven C, Dhalla IA, Bell C, Etchells E, Stiell IG, Zarnke K, et al. Derivation and validation of an index to predict early death or unplanned readmission after discharge from hospital to the community. *Can Med Assoc J*. 6 avr 2010;182(6):551-7.
23. Scholastique F, Joly E, Kabeshova A, Beauchet O, Launay CP. Predicting Long-Term Mortality of Older Adults After Acute Care Discharge: Results From the Geriatric Emergency Department Elderly population Cohort Study. *J Am Geriatr Soc*. janv 2016;64(1):215-6.
24. Carpenter CR, Platts-Mills TF, al. Evolving Prehospital, Emergency Department, and "Inpatient" Management Models for Geriatric Emergencies. *Clin Geriatr Med*. févr 2013;29(1):31-47.
25. Geriatric Emergency Department Guidelines. *Ann Emerg Med*. mai 2014;63(5):e7-25.
26. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les capacités d'accueil à l'hôpital. 2021.
27. Ségur L. 1. MALAISE DES SOIGNANTS : RECONNAÎTRE L'ENGAGEMENT, GARANTIR L'ATTRACTIVITÉ.
28. Griffiths P, Ball J, Murrells T, Jones S, Rafferty AM. Registered nurse, healthcare support worker, medical staffing levels and mortality in English hospital trusts: a cross-sectional study. *BMJ Open*. janv 2016;6(2):e008751.

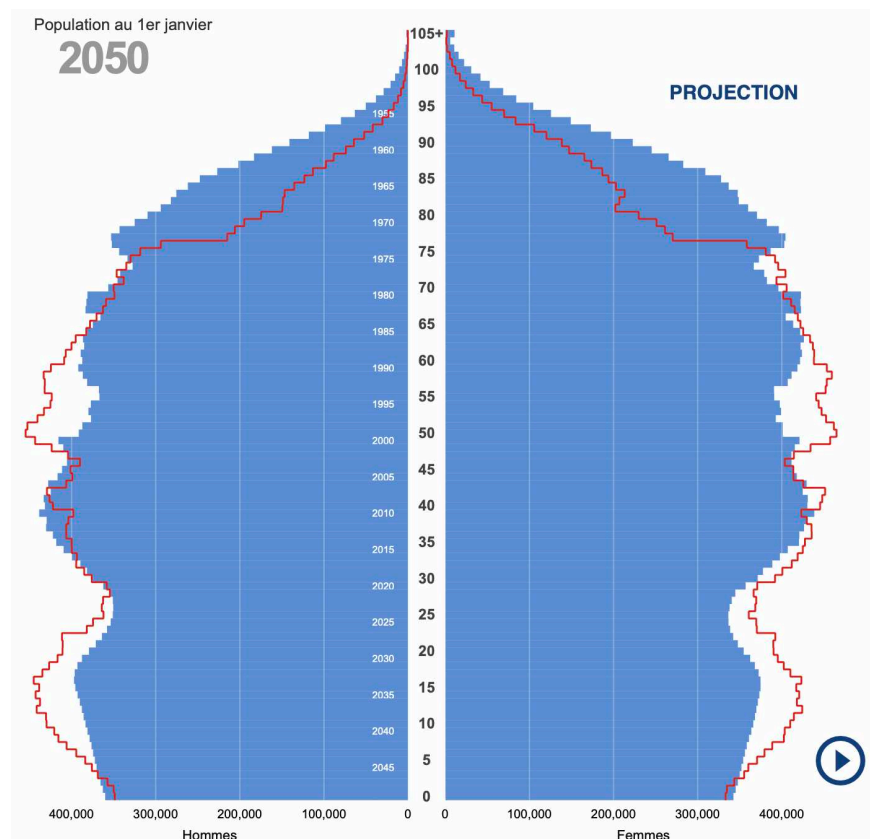
29. Ramsey Z, Palter J, Hardwick J, Moskoff J, Christian E, Bailitz J. Decreased Nursing Staffing Adversely Affects Emergency Department Throughput Metrics. *West J Emerg Med.* 30 avr 2018;19(3):496-500.
30. La Voix du Nord. «Je suis médecin urgentiste depuis 16 ans et je n'en peux plus, je démissionne». 2 juill 2019; Disponible sur: <https://www.lavoixdunord.fr/608084/article/2019-07-02/je-suis-medecin-urgentiste-depuis-16-ans-et-je-n-en-peux-plus-je-demissionne>
31. Gérard BLEICHNER, François BRAUN, Jean Marc BURNOUF. Architecture des urgences. *J Eur Urgences* [Internet]. juin 2005;18(2). Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/110416/article/architecture-des-services-d-urgence>
32. Université de Lille. DIU Médecine de la personne âgée [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://ufr3s.univ-lille.fr/formation-continue/medecine/diu-medecine-personne-agee>
33. Université de Lille. DU Soins et santé en gérontologie [Internet]. 2021. Disponible sur: https://medecine.univ-lille.fr/filemedecine/user_upload/stock_fmc/stock_du/2021-22_du-soins-gerontologie.pdf
34. La Voix du nord. L'équipe mobile de gériatrie du CHU de Lille a atteint l'âge adulte. 2 mai 2023; Disponible sur: <https://www.lavoixdunord.fr/1322567/article/2023-05-02/l-equipe-mobile-de-geriatrie-du-chu-de-lille-atteint-l-age-adulte>
35. Hopitaux Universitaires de Marseille - AP-HM. Des infirmières gériatriques aux Urgences. 29 juin 2023; Disponible sur: <http://fr.ap-hm.fr/actu/des-infirmieres-geriatriques-aux-urgences>
36. Sion Jo, Young Ho Jin, Jae Baek Lee. Emergency department occupancy ratio is associated with increased early mortality. *J Emerg Med.* févr 2014;46(2).
37. Naouri D, Pelletier-Fleury N, Lapidus N, Yordanov Y. The effect of direct admission to acute geriatric units compared to admission after an emergency department visit on length of stay, postacute care transfers and ED return visits. *BMC Geriatr.* déc 2022;22(1):555.

Annexes

Annexe 1 : Pyramide des âges en France en 2023 et 2050 (source : INSEE)



_____ : Comparaison
avec la pyramide des
âges selon les
projections de 2023



Annexe 2 : Classification Infirmière des Malades aux Urgences

Niveau CIMU	Situation	Risque	Action	Délais	Secteur
1	Détresse vitale majeure	Dans les minutes	Support d'une ou des fonctions vitales	Infirmière < 1 min ! Médecin < 1 min	SAUV
2	Atteinte patente d'un organe vital ou lésion traumatique sévère (instabilité patente)	Dans les prochaines heures	Traitement de la fonction vitale ou lésion traumatique	Infirmière < 1 min ! Médecin < 20 min	SAUV
3	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle instable ou complexe (instabilité potentielle)	Dans les 24 heures	Évaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	Acte diagnostique et/ ou thérapeutique limité	Médecin < 120 min	Box ou salle d'attente
5	Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente	Non	Pas d'acte diagnostique et/ ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente

Annexe 3 : Score ADL – Activies of Daily Living

CATEGORIES	ITEMS	SCORES
HYGIENE CORPORELLE	Autonomie	1
	Aide partielle	0.5
	Dépendant	0
HABILLAGE	Autonomie	1
	Aide partielle (chaussage)	0.5
	Dépendant	0
ALLER AUX TOILETTES	Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller	1
	Besoin d'accompagnement ou d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller	0.5
	Ne peut aller seul aux toilettes	0
LOCOMOTION	Autonomie	1
	Besoin d'aide humaine	0.5
	Ne se déplace pas	0
CONTINENCE	Continent	1
	Incontinence occasionnelle	0.5
	Incontinent	0
REPAS	Mange seul	1
	Aidé pour couper la viande ou peler les fruits	0.5
	Dépendant	0

Annexe 4 : Questionnaire élaboré dans cette étude

1- Concernant l'organisation dans votre service d'accueil des urgences

- Nombre d'infirmiers/infirmières présents par poste
- Nombre d'aide-soignant(e)s présents par poste
- Délai moyen d'attente avant prise en charge
 - o < 1h
 - o entre 1 et 2h
 - o > 2h
- Nombre de brancards disponibles pour les patients
- Nombre de lits disponibles pour les patients
- Nombre de box fermés
- Nombre de box « ouverts » (places séparées par un rideau ou un paravent)
- Nombre de place en UHCD à 14h

2- Concernant l'accueil des personnes âgées dans votre service d'accueil des urgences

- Priorisez-vous la prise en charge d'un patient âgé vs non âgé d'une gravité similaire ?
 - o Oui souvent
 - o Oui parfois
 - o Non c'est par ordre chronologique

- L'installation des personnes âgées après passage en IAO se fait en :
 - o Fauteuil
 - o Brancard
 - o Lit

- Les personnes âgées attendent plutôt en :
 - o Dans une salle ouverte (visibilité vers l'extérieur ou accès à la lumière naturelle)
 - o Dans une salle fermée (sans accès à une luminosité naturelle)
 - o Dans un couloir
 - o Directement en box ou chambre

3- Concernant la prise en charge paramédicale des personnes âgées et le ressenti du personnel

- Quel est le ressenti de vos équipes par rapport à l'aide humaine apportée aux personnes âgées dans votre service :
 - o Insuffisante par manque de moyen (humain et matériel)
 - o Insuffisante par manque de sensibilisation aux besoins des personnes âgées
 - o Adaptée aux besoins de chaque patient
 - o Excessive (nous apportons de l'aide aux personnes même si elles n'en ont pas besoin)

- Quel serait l'avis de vos équipes vis-à-vis de laisser les patients faire seuls leurs transferts, si cela est déjà possible au domicile :
 - o Favorable
 - o Défavorable

- Quel serait l'avis de vos équipes vis-à-vis de laisser les patients utiliser de manière autonome les sanitaires, si cela est déjà possible au domicile :
 - o Favorable
 - o Défavorable

4- Concernant les locaux dans vos services d'accueil des urgences

- Un accès à la lumière naturelle est-il possible pour vos patients ?
 - o Oui
 - o Non

- Un accès à l'orientation temporelle est-il possible pour vos patients ? :
 - o Horloge en salle d'attente
 - o Horloge murale en box
 - o Calendrier ou indication de la date
 - o Aucune de ces propositions

- Les murs sont-ils d'une couleur unie ?
 - o Oui
 - o Non

- Quel est le ton de coloris sur les murs ?
 - o Rouge-Jaune-Orange
 - o Vert-Bleu
 - o Rose-Violet
 - o Gris-Blanc

- Les murs sont-ils mats ou réfléchissants ?
 - o Mats
 - o Réfléchissants

- La couleur des murs fait-elle contraste avec la couleur du sol ?
 - o Oui
 - o Non

5- Concernant l'autonomie des personnes âgées dans vos locaux d'urgences

- Les personnes âgées ont-ils la possibilité de réaliser eux-mêmes leurs transferts :
 - o Présence d'accoudoirs sur les fauteuils
 - o Les brancards ou lits sont abaissés
 - o Les barrières sont abaissées si patient autonome
 - o Une aide humaine est possible à la demande

- Les personnes âgées ont-ils la possibilité de se déplacer en autonomie si besoin :
 - o Aide technique à la marche disponible (déambulateurs, cannes)
 - o Leur chaussage est-il gardé ou proposé
 - o Les sanitaires / chaises percées sont accessibles dans le box

- Les personnes âgées ont-ils une alimentation correcte et accessible
 - o Accès à l'eau simple et en autonomie si médicalement autorisé (bouteille et verre adapté à disposition)
 - o Repas servis aux heures de repas « habituelles » pour les personnes âgées
 - o Une aide à l'alimentation (AS) peut-elle être donnée aux personnes âgées

6- Concernant l'évolution des personnes âgées dans votre service d'accueil des urgences

- Diriez-vous que l'apparition de syndrome confusionnel aigu chez des personnes âgées non adressées pour ce motif lors de leur séjour dans votre service d'urgences est :
 - o Échelle de 1 à 5

- Diriez-vous que la chute aux urgences des personnes âgées non adressées pour ce motif est :
 - o Échelle de 1 à 5

7- Pour finir

- Quel est votre ressenti par rapport à l'adéquation de vos locaux pour les personnes âgées ?
 - o Échelle de 1 à 5

- Quel est votre ressenti par rapport à votre prise en charge non médicale des personnes âgées ?
 - o Échelle de 1 à 5

Annexe 5 : Liste des centres hospitaliers contactés pour cette étude (via le chef de service avec consignes de distribuer aux cadres de santé)

- Centre Hospitalier d'Armentières
- Centre Hospitalier d'Arras
- Centre hospitalier de Béthune – Beuvry
- Centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer
- Centre hospitalier de Calais
- Centre hospitalier de Cambrai
- Centre hospitalier du Cateau- Cambrésis
- Centre hospitalier de Denain
- Centre hospitalier de Douai
- Centre hospitalier de Dunkerque
- Centre hospitalier de Fourmies
- Centre hospitalier d'Hazebrouck
- Centre hospitalier de Lens
- Centre hospitalier universitaire de Lille
- Centre hospitalier de Maubeuge
- Centre hospitalier de Montreuil-sur-Mer
- Centre hospitalier de Roubaix
- Hôpital Saint Philibert
- Hôpital Saint Vincent de Paul
- Centre hospitalier de Saint-Omer
- Centre hospitalier de Seclin Carvin
- Centre hospitalier de Tourcoing
- Centre hospitalier de Valenciennes

AUTEUR : BOUDAHER Gregory

Date de soutenance : 18 octobre 2023

Titre de la thèse : Accueil et installation des personnes âgées dans les urgences du Nord et de Pas-de-Calais : état des lieux des pratiques professionnelles et élaboration d'un protocole au Centre Hospitalier du Cateau-Cambrésis

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : Doctorat en médecine

DES : Médecine d'urgence

Mots-clés : Personne âgée / Gériatrie / Urgences / Installation / Dépendance iatrogène

Résumé :

Contexte : Les séjours hospitaliers des personnes âgées ne sont pas sans complication, plusieurs études ont démontré une augmentation de la mortalité chez les sujets âgés après une hospitalisation notamment due à l'apparition de syndrome confusionnel aigu ou encore à la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation. Des guidelines et recommandations existent sur le sujet afin d'uniformiser les pratiques. L'objectif de ce travail est de faire un état des lieux des pratiques professionnelles concernant l'accueil et l'installation des personnes âgées dans les services d'urgences des centres hospitaliers du Nord et du Pas-de-Calais.

Matériel et méthodes : Un questionnaire a été conçu et diffusé aux chefs de service et cadres de santé des services d'urgences des centres hospitaliers du Nord et du Pas-de-Calais. Il traite de l'organisation des services, l'aménagement des locaux et la prise en charge non médicale de la personne âgée.

Résultats : 24 réponses ont été obtenues de la part de 12 centres hospitaliers différents. On note une hétérogénéité des pratiques concernant l'organisation de la prise en charge des personnes âgées, l'aménagement des locaux, la prévention de la désorientation temporelle et les mesures de maintien de l'autonomie. On note aussi que les participants ne sont pas entièrement satisfaits de leur prise en charge non médicale des patients âgés.

Conclusion : Il existe des discordances entre les pratiques professionnelles actuelles dans la région et les recommandations concernant la prise en charge non médicale des personnes âgées aux urgences. Un protocole d'accueil a été élaboré en respectant ces recommandations et sera mis en œuvre au Centre Hospitalier du Cateau-Cambrésis

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Eric WIEL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Monsieur le Docteur Cédric GAXATTE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Romain LECOMTE