

**Travail de Fin d'Études - Diplôme d'État d'Infirmier**  
Promotion 2004 - 2007

**Jérémy TOLEDANO**

*jeremytoledano@free.fr*

## **Patient âgé aux Urgences : Quel accueil infirmier ?**



**IFSI Virginie Olivier**  
Centre Hospitalier Sainte-Anne  
1, rue Cabanis – 75674 Paris cedex 14

## **Note aux lecteurs**

Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre d'une scolarité à l'IFSI Virginie Olivier du Centre Hospitalier Sainte-Anne. Il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur et de l'IFSI.

## Remerciements

La réalisation de ce travail à été possible grâce à la patience de mon formateur-référent, au temps précieux que les cadres de santé et infirmier(e)s d'Urgences ont accepté de m'accorder lors des entretiens mais aussi lors de discussions professionnelles informelles. Ces discussions m'ont aussi permis d'avancer dans ma quête d'identité professionnelle.

Je tiens également à remercier les patients qui ont verbalisé leur vécu parfois difficile et qui ont permis de déclencher chez moi le désir de travailler sur ce thème. J'aimerais que ce travail serve, à sa modeste échelle, de point de départ pour sensibiliser les professionnels.

Enfin, je remercie Minh-Hanh pour ses critiques constructives.

# Sommaire

	Pages
<b>I. Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>II. Question de départ .....</b>	<b>2</b>
<b>III. Cadre de référence.....</b>	<b>3</b>
<b><i>1<sup>ère</sup> partie théorique :</i></b>	
1. Définition des services d'Urgences .....	3
2. Activités des services d'Urgences, quelques chiffres.....	4
3. Population accueillie aux Urgences.....	5
4. Rôle infirmier aux Urgences.....	6
a. L'Infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation (IAO)	
b. Les autres infirmier(e)s	
5. L'accueil aux Urgences .....	8
a. Définitions	
b. Objectifs	
6. Difficultés des soignants rencontrées aux Urgences.....	9
<b><i>2<sup>e</sup> partie théorique :</i></b>	
1. Définition de la personne âgée, limite d'âge .....	10
2. Démographie en France .....	10
3. Vieillesse et particularités du sujet âgé .....	11
4. Rôle infirmier auprès des personnes âgées .....	12
5. L'accueil du sujet âgé .....	13
a. Définitions	
b. Objectifs	
6. Difficultés des soignants exerçant auprès des personnes âgées.....	14
<b>IV. Question de recherche .....</b>	<b>16</b>
<b>V. Méthode de recueil de données et analyse quantitative .....</b>	<b>18</b>
<b>VI. Analyse et interprétation des données .....</b>	<b>27</b>
<b>VII. Conclusion .....</b>	<b>31</b>
<b>VIII. Bibliographie.....</b>	<b>33</b>
<b>IX. Annexe : difficultés rencontrées par les soignants en gériatrie, Pr L. PLOTON .....</b>	<b>35</b>

## **I. Introduction**

Dans les prochaines années, le nombre de personnes âgées ne va cesser de croître. Parallèlement, le recours aux structures d'urgences déjà en nette augmentation devra poursuivre sa mission de soins en continu, avec des infirmières et infirmiers toujours plus sollicités, toujours plus autonomes, responsables et formés.

Ces dernières années, parallèlement aux progrès de la médecine, les soins infirmiers se sont développés autour d'une excellence à travers des concepts, des formations spécifiques augmentant ainsi les compétences des professionnels, la qualité des soins dispensés mais aussi l'autonomie vis à vis du corps médical.

Cette autonomie, gage de confiance devrait nous permettre d'aller plus loin vers une prise en charge toujours plus pointue et personnalisée pour chacun de nos patients.

Cependant, les personnels des services d'Urgences ont longtemps souffert d'un manque de moyens et de reconnaissance du travail acharné qu'ils exerçaient. La tragédie de la canicule de 2003 a ouvert les yeux sur ces structures qui accueillent chaque jour la population et les douleurs révélatrices de notre société. La France a pu être témoin de l'ensemble des dysfonctionnements, des manques de moyens tant humains que matériels dont ont souffert ces dernières. Depuis, des études ont été menées, des budgets débloqués, des progrès réalisés. Mais il reste du travail.

Passionné d'urgence, peut être suis-je attiré par ces aléas entre stress, déception, fierté résignation et bien d'autres sentiments difficiles à exprimer. Peut-être suis-je simplement un jeune à la recherche de ses limites. Dans tous les cas, je suis motivé, et cette motivation me mène à des questionnements professionnels. Dans ce travail j'ai traité un aspect de l'urgence qui n'est que peu abordé alors qu'il est multiquotidien dans chaque service d'Urgences et qu'il est voué à augmenter considérablement dans les années à venir : l'accueil infirmier du patient âgé.

## **II. Question de départ**

Dans des cadres personnel, professionnel et bénévole, j'ai à plusieurs reprises été surpris de la vision des Urgences de certaines personnes âgées.

J'ai pu entendre et percevoir la peur, parfois panique de certains patients âgés lucides devant la simple idée de se rendre dans un service d'Urgences.

Sans doute pour me rassurer, je mettais cette peur sur le seul compte du bouleversement des habitudes de ces patients fragiles. Avec plus de recul, et plus d'analyse, je me suis aperçu que les personnes les plus terrifiées étaient aussi souvent celles qui avaient déjà vécu un ou plusieurs passages aux Urgences. L'inquiétant était donc qu'elles savaient de quoi elles parlaient et que ce sentiment ne venait pas uniquement d'une idée reçue.

Devant le désarroi de certains de ces patients, et le refus catégorique de consulter aux Urgences alors que leur état de santé le nécessitait, j'ai été amené à les aider à exprimer leurs craintes et mauvaises expériences. J'ai pu à cette occasion constater leur difficulté à verbaliser des éléments précis. En effet, il ressortait des problèmes récurrents comme le temps d'attente mais rien de plus précis pour expliquer le mal-être ressenti. La souffrance psychique n'en était pas moins présente.

L'écoute du vécu de ces personnes m'a alors mené à une réflexion professionnelle : en tant qu'infirmier qu'est-il possible de faire pour éviter que ces patients âgés ne sortent traumatisés de nos Urgences sensées les soigner ?

### **III. Cadre de référence**

#### *1<sup>ère</sup> partie théorique*

##### **1. Définition des services d'Urgences<sup>1</sup>**

Le décret du 9 mai 1995 modifié par le décret du 30 mai 1997 distinguait trois types de structures d'urgences qui, sauf exception pour les UPATOU, avaient pour principal point commun l'accueil sans sélection 24h/24, tous les jours de l'année de toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique.

Bien que supprimées par le décret du 22 mai 2006, ces appellations sont encore largement utilisées et présentes dans les données statistiques utilisées, j'ai donc choisi de les décrire :

- **Les Unités de Proximité d'Accueil de Traitement et d'Orientation des Urgences (UPATOU) :** elles étaient situées dans des établissements comportant au moins un service ou une unité de médecine pratiquant l'hospitalisation complète.  
Ces unités traitaient les patients dont l'état nécessitait des soins courants de médecine générale, de psychiatrie, ou des actes chirurgicaux simples et orientaient les malades dont l'état nécessitait des soins qu'ils ne pouvaient dispenser eux-mêmes.
- **Les Services d'Accueil des Urgences (SAU) :** ils étaient placés dans les établissements qui comportaient des services ou des unités de réanimation, médecine générale ou médecine interne, médecine à orientation cardio-vasculaire, médecine pédiatrique, anesthésie-réanimation, chirurgie orthopédique et chirurgie viscérale, y compris gynécologique. Ces services étaient capables d'accueillir tout type d'urgences et de traiter les patients en situation de détresse vitale.
- **Les Pôles Spécialisés d'Urgences (POSU) :** ils prenaient en charge des urgences lourdes pour des spécialités spécifiques ou étaient uniquement dédiés aux soins de pédiatrie.

---

<sup>1</sup> **Sources :** décret n° 95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique ; décret n° 97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire, modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : décrets en Conseil d'Etat) ; décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

**Le décret du 22 mai 2006 supprime les notions de SAU, UPATOU et POSU** en nommant tous ces services « structure des urgences ». A présent, seules sont distinguées les « **structures d'urgences** » et les « **structures d'urgences pédiatriques** ».

**Les structures d'urgences sont dotées d'une unité d'hospitalisation de courte durée d'au moins deux lits** qui remplace notamment la zone de surveillance de très courte durée prévue par le décret de 1997 et les boxes individuels de surveillance.

Le décret du 22 mai 2006 décline également l'autorisation d'activité de soins de médecine d'urgence selon trois modalités :

- la régulation des appels adressés au Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) ;
- la prise en charge des patients par la Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) ;
- la prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences.

Les établissements de santé doivent également :

- disposer de lits d'hospitalisation complète en médecine ;
- disposer d'un accès à un plateau technique de chirurgie, d'imagerie médicale et d'analyse de biologie médical...

## ***2. Activités des services d'Urgences<sup>2</sup>, quelques chiffres***

De 1996 à fin 2003, le nombre de passages dans les services d'Urgences à crû de 4 % par an. En 2004, 14 millions de passages ont été comptabilisés.

A cette période, les unités d'urgences recevaient en moyenne 23 000 passages par an, 37 000 dans les Services d'Accueil des Urgences (SAU) et 16 000 dans les Unités de Proximité (UPATOU).

Les grandes unités, nettement plus nombreuses en Ile-de-France, représentent 40 % des services d'urgences et accueillent plus de 40 000 passages par an. Le taux annuel de passages aux Urgences en France métropolitaine, rapporté à la population était de 23,5 % en 2004 ; ce

---

<sup>2</sup> **Source** : Valérie CARRASCO - Etudes et Résultats, n°524-septembre 2006, Activité des services d'urgences en 2004 - Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) pour le Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale et le Ministère des Solidarités, de la santé et de la famille.

taux excédait 25 % dans certaines régions (Normandie, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Île-de-France, Picardie et Corse).

Enfin, les hospitalisations après un passage aux Urgences concernaient un patient sur cinq.

### **3. Population accueillie aux Urgences<sup>3</sup>**

#### **▪ L'accueil par catégories d'âge et de sexe**

Un quart des patients accueilli aux Urgences a moins de 15 ans et 43 % moins de 25 ans, alors que les personnes âgées de plus de 70 ans ne représentent que 14 % du total. Les nourrissons de moins d'un an sont 2,4 fois plus nombreux que les autres à consulter aux urgences.

Sur une année, 48 % des nourrissons de moins d'un an sont amenés à fréquenter les Urgences, viennent ensuite **les personnes âgées de 80 ans et plus (40 %)** puis les enfants de 1 à 5 ans. A l'opposé, les personnes âgées de 51 à 70 ans ont le taux de recours aux Urgences le plus faible (12 %).

Cette structure par âge ne diffère pas des SAU aux UPATOU, cependant les personnes âgées sont plus souvent prises en charge par le secteur public : celui-ci accueille 90 % des patients des urgences avant 70 ans, et 95 % de ceux qui ont plus de 70 ans.

Concernant la différenciation par sexe, chez les moins de 70 ans, les hommes sont plus nombreux que les femmes à consulter aux Urgences : 57 % des adultes de 16 à 50 ans.

#### **▪ L'accueil par catégorie socio-professionnelle**

On note la prédominance des actifs ayant un emploi parmi les non hospitalisés à la suite de leur passage aux Urgences (58 % contre 48 % dans l'ensemble de la population), contrairement aux retraités (12 % contre 22 % dans l'ensemble de la population).

Parmi eux, un tiers des patients venus aux Urgences sans être hospitalisés sont des ouvriers (contre seulement 27 % dans l'ensemble de la population). Les personnels de service sont également légèrement sur-représentés (8 % contre 6 %). Cette présence importante des milieux sociaux ouvriers et employés parmi les usagers se confirme lorsque l'on prend en compte la **profession passée des retraités** ou des chômeurs.

---

<sup>3</sup> **Source** : Valérie CARRASCO - Etudes et Résultats, n°524-septembre 2006, Activité des services d'urgences en 2004 - Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) pour le Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale et le Ministère des Solidarités, de la santé et de la famille.

A la suite de leur passage aux Urgences, 19 % des patients sont hospitalisés, **les personnes de plus de 70 ans le sont, elles dans plus de la moitié des cas.**

▪ ***Le cas particulier des personnes âgées***

Ces statistiques nous aident à mieux cerner la population consultant aux Urgences. On peut en déduire que contrairement aux idées reçues les personnes âgées (de plus de 70 ans) ne représentent qu'une petite partie des patients accueillis dans les structures d'urgences. Toutefois, 40 % des plus de 80 ans sont passés par un service d'Urgences en 2004.

On note également que les plus de 70 ans sont plus volontiers hospitalisés à la suite de leur passage aux Urgences. En dehors du coût que cela représente pour les établissements de santé et la Sécurité Sociale, ce phénomène peut en partie expliquer l'inquiétude légitime ressentie par cette tranche d'âge aux Urgences et le problème de la recherche de places.

#### ***4. Rôle infirmier aux Urgences<sup>4</sup>***

Selon la loi, ces infirmier(e)s sont formés à l'urgence et bénéficient de préférence d'une expérience en réanimation.

Selon l'article 4311-2 du code de la Santé Publique<sup>5</sup> :

*« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent **qualité technique et qualité des relations avec le malade**. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et **en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle** :*

*1° De **protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques** en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;*

---

<sup>4</sup> **Source** : circulaire du 14 mai 1991 n° DH.4B/DGS 3E/ 91-34 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale ; décret du 22 mai 2006 n° 2006-576 : relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

<sup>5</sup> Article 4311-2 du code de la Santé Publique (nouvelle partie réglementaire), livre II, titre I<sup>er</sup>, section 1 : actes professionnels.

2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;

3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;

4° De contribuer à la mise en oeuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;

5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage. »

#### *a. L'Infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation (IAO) :*

L'IAO a pour principales missions l'accueil du patient, le recueil des informations essentielles, le guidage vers les salles d'examen et de soins, la **distinction du circuit selon le degré de gravité** (en se référant au médecin), l'évaluation de la douleur et de l'état psychologique, l'information du médecin, la coordination des relations avec les accompagnants et les familles. Il assure la surveillance régulière de la salle d'attente, coordonne l'information des patients...

Riche en responsabilités, ce poste nécessite un excellent niveau de connaissances (notamment des pathologies) constamment tenu à jour, un sens relationnel développé afin de rassurer le patient et son entourage dès le début de leur prise en charge. Bien que détaché des gestes techniques, ce rôle infirmier me semble être un des plus passionnant des Urgences par la rigueur et la maîtrise de soi qu'il exige, la valorisation qu'il apporte (notamment par la responsabilité qui lui incombe) et la position de premier intervenant dans la prise en charge soignante.

#### *b. Les autres infirmier(e)s :*

Ils mettent en œuvre les soins infirmiers au sein de la structure des urgences et dans l'unité d'hospitalisation de courte durée (modifications par le décret du 22 mai 2006). Ils assurent la liaison et réalisent les transferts vers les autres services.

La circulaire du 14 mai 1991 précise également « *il est souhaitable, en fonction de l'activité du service, que ces personnels aient une expérience ou bénéficient d'une formation touchant les problèmes particuliers que peut poser l'accueil des enfants ou celui des personnes âgées* ».

Notons que la nécessité de développer un accueil spécifique aux personnes âgées dans les structures d'urgences est identifiée depuis 1991. Quinze ans plus tard, en novembre 2006, le quotidien *La Croix* titre « *A l'hôpital les personnes âgées sont accueillies de manière indigne* ».

## **5. L'accueil aux Urgences**

### **a. Définitions**

**Accueillir**<sup>6</sup> : recevoir quelqu'un d'une certaine façon, manière de recevoir, donner l'hospitalité. Prendre, accepter, recevoir.

**Entretien d'accueil** : acte de soin infirmier du rôle propre basé sur le dialogue et l'observation. Il permet l'établissement d'une relation de confiance, la réponse aux questions du patient, l'organisation et la préparation du patient à son séjour dans la structure, notamment son orientation en fonction de son état médical.

**L'accueil aux Urgences**<sup>7</sup> : action consistant à présenter le déroulement d'une prise en charge, ses protagonistes à une personne lors d'un premier contact et tout au long de son séjour.

L'accueil doit être personnalisé et adapté au patient (vocabulaire, attitudes...) tout en respectant une authenticité. Il ne s'agit pas de répéter la même phrase à tous les patients, la spontanéité et le naturel me semblent indispensables à toute relation inter-humaine.

C'est le premier contact entre le patient (et éventuellement sa famille) et l'équipe soignante. Il est déterminant pour la relation de confiance, l'adhérence aux soins, la suite de la prise en charge et de l'hospitalisation le cas échéant.

---

<sup>6</sup> **Source** : dictionnaire encyclopédique Petit Larousse grand format, édition 1992.

<sup>7</sup> **Source** : Sabrina MENDES, Aurélie SEGUN, Jérémy TOLEDANO - Comment soigner l'accueil aux Urgences ? – Exposé de module optionnel, juin 2006, IFSI Virginie Olivier, CH Sainte-Anne.

## ***b. Objectifs***

- ✓ Établir une relation de confiance soignants / soigné et soignants / accompagnants ;
- ✓ Réaliser le recueil de données et l'observation du patient (moment privilégié pour les évaluations : degré d'urgence, douleur, anxiété, détresse psychologique...)
- ✓ Soulager la souffrance physique et/ou psychologique de façon optimale ;
- ✓ Répondre aux besoins du sujet et de son entourage.

## ***6. Difficultés des soignants rencontrées aux Urgences<sup>8</sup>***

Selon une enquête menée en 2003 par la DREES, réalisant une typologie des personnels de soins selon leur perception de leurs conditions de travail (exigences, autonomie et environnement de travail) en les classant en sept groupes. On observe que les soignants exerçant en service d'Urgences (et de réanimation) se trouvent préférentiellement (14 % contre 7 %) dans le groupe de **classe 1** (représentant 18 % du personnel hospitalier).

Ce groupe comprend les professionnels « *souffrant d'un cumul élevé de charges physiques et mentales, dans un environnement le plus souvent perçu comme défavorable et qui travaillent à la fois de jour et de nuit* ».

### **Descriptif des principales difficultés exprimées dans le groupe de classe 1 :**

- ⊗ 60 % de ces professionnels déclarent devoir toujours se dépêcher, contre 23 % de l'ensemble du personnel hospitalier ;
- ⊗ 20 % de cette classe, déclare devoir « toujours » répondre à une demande en moins de cinq minutes (contre 7 % des hospitaliers) ;
- ⊗ 91 % disent devoir annuler ou écourter leur repas pour effectuer leur travail, contre deux tiers des actifs hospitaliers ;
- ⊗ 89 % déclarent qu'une erreur dans leur travail peut avoir des conséquences dangereuses pour la sécurité des personnes (contre 67 %) ou des conséquences graves sur la qualité du service (95 % contre 80 %) ;

---

<sup>8</sup> **Source :** Romuald LE LAN - Etudes et Résultats, n° 373-février 2005 - Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé : une typologie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail - Direction de la Recherche des Etudes de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) pour le Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale et le Ministère des Solidarités, de la santé et de la famille.

- ⊖ les risques encourus au travail : 92 % mentionnent les risques de blessures, 88 % estiment risquer un contact avec des produits toxiques ;
- ⊖ 78 % jugent leur environnement inadapté avec une forte impression de manque de collègues (contre 51 %) mais également l'obligation de se débrouiller souvent seul dans des situations difficiles (36 % contre 16 %) ;
- ⊖ 65 % estiment manquer de temps (contre 41 %) pour travailler correctement ;
- ⊖ un tiers de ce groupe a des horaires de travail à la fois de jour et de nuit (contre 16 % du personnel en moyenne).

Cette étude ne prend pas spécifiquement en compte le phénomène de violence envers les soignants qui est malheureusement fréquent dans les structures d'urgences. « *En 2001, l'équipe du Service des Urgences du CHU de Nice a par exemple comptabilisé 51 agressions, autant physiques que verbales, (en majorité lors de l'accueil). Trois de ces agressions ont été commises par arme blanche<sup>9</sup>* ».

## *2<sup>ème</sup> partie théorique*

### *1. Définition de la personne âgée : limite d'âge*

Il n'existe pas de limite d'âge universelle pour définir la personne âgée.

Cependant, l'Organisation Mondiale de la Santé<sup>10</sup> (OMS) utilise la formule de « *plus de 60 ans* » pour définir la population âgée. En France, l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques<sup>11</sup> (INSEE) préfère définir la population âgée par le terme « *65 ans ou plus* ».

### *2. Démographie en France<sup>12</sup>*

En 2005, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 16,4 % de la population française (soit 9 947 400 sujets). C'est 40 % de plus qu'au milieu du XX<sup>e</sup> siècle.

---

<sup>9</sup> **Source** : Christelle COURREGES, Stéphanie PASTORINO, Marie VILLENEUVE - Violence aux Urgences : une fatalité ? – Travail de fin d'études, IFSI du CH de Cannes, promotion 2000-2003.

<sup>10</sup> **Source** : Organisation Mondiale de la Santé (OMS) - Article Maltraitance des personnes âgées - Edition 2002.

<sup>11</sup> **Source** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) - Fiche thématique Les personnes âgées - édition 2005.

<sup>12</sup> **Source** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) - Fiche thématique Les personnes âgées - édition 2005.

Cette forte augmentation conduit au vieillissement de la population et constitue un enjeu de santé publique majeure ; en particulier pour les personnes très âgées de 80 ans et plus qui représentent 4,4 % de la population (soit 2 748 000 sujets).

Les prévisions démographiques de l'INSEE pour la métropole française prévoient la poursuite de cette augmentation au moins jusqu'en 2050. Les personnes âgées (de 65 ans et plus) représenteront 21 % de la population en 2020 et 27 % en 2035 (5 % de la population sera alors âgée de 85 ans ou plus).

Enfin, en 2050, 29 % de la population (soit 18,7 millions d'individus) aura 65 ans ou plus, en France Métropolitaine.

### **3. Vieillesse et particularités du sujet âgé<sup>13</sup>**

*« Le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme. Il résulte de facteurs intrinsèques et environnementaux.*

*Les défaillances d'organes rencontrés chez les personnes âgées ont pour origines le vieillissement physiologique, les pathologies chroniques et la moindre utilisation de certains organes (muscles, tendons, os...).*

*Les conditions d'avancée de l'âge sont donc propres à chaque individu, et dépendent des domaines somatique, psychologique, environnemental, matériel et humain.*

*A plus ou moins grande mesure, on observe donc chez les personnes âgées une modification cellulaire et biologique, une modification du système immunitaire, un vieillissement des organes des sens entraînant des troubles sensoriels, les principaux appareils effecteurs sont également touchés (appareils cardio-vasculaire, respiratoire, locomoteur, rénale...).*

*La somme de ces modifications fait du sujet âgé **une personne fragile**, plusieurs approches sont utilisables pour aborder ce concept :*

- ***l'approche fonctionnelle** : l'incapacité dans la vie quotidienne est le marqueur de la fragilité ;*

---

<sup>13</sup> **Source** : F. Bertrand, P. Pras, P.-M. Tardieux - Urgences du sujet âgé - édition Masson 2006, chapitres 2 et 3 ; M.-P. Hervy, M.-B. Molitor, V. Béguin - Nouveaux cahiers de l'infirmière – Soins infirmiers aux personnes âgées et gérontopsychiatrie - 2<sup>e</sup> édition, Masson, Paris 1999.

- ***l'approche médicale*** : responsabilise les pathologies chroniques associées ou non aux syndromes gériatriques tels que chutes, incontinence, polymédications... ;
- ***l'approche physiologique*** : met en cause la perte des réserves physiologiques, des capacités d'adaptation, même en l'absence de maladie ou d'accidents ;
- ***l'approche dynamique*** : la fragilité est plus considérée comme un risque que comme un état. Ce risque pouvant aggraver les limitations fonctionnelles du fait notamment des déficiences que le sujet présente.

***Au total, le concept de fragilité implique :***

- *la vieillesse physiologique ;*
- *les effets de réduction des activités physiques ;*
- *les effets d'affections chroniques ;*
- *les facteurs psychosociaux ;*
- *les facteurs environnementaux ;*
- *la diminution des capacités d'adaptation aux agressions et au stress ;*
- *une plus grande susceptibilité aux incapacités fonctionnelles et à la diminution de l'autonomie pour les actes de la vie quotidienne. »*

La fragilité est donc une notion qui ne peut être abordée de façon égale pour toutes les personnes. « *Cependant, l'évaluation et la recherche de fragilité du sujet âgé semble être un critère important pour indiquer ou non un retour à domicile, prévoir un parcours intra-hospitalier compliqué... »*

#### ***4. Rôle infirmier auprès des personnes âgées<sup>14</sup>***

Plus encore que dans les autres spécialités, il est indispensable en gériatrie de prendre en charge le patient dans sa globalité. En effet, chaque problème peut rapidement avoir un retentissement important sur le reste de l'état physique ou psychique du patient, c'est le phénomène de « cascade pathologique ».

---

<sup>14</sup> **Source** : Alexandre MANOUKIAN - Les soignants et les personnes âgées - Edition Lamarre, France 2006.

Les soins en gériatrie peuvent donc s'articuler autour de plusieurs objectifs :

1. *« La prévention : évaluations et soins apportés dans le but de ralentir, d'atténuer voire de guérir les maladies dont on connaît l'évolution et la manière de les éviter ainsi que la dépendance.*
2. *Gérer la dépendance : après l'évaluation de celle-ci, l'infirmier met tout en œuvre pour conserver au maximum les fonctions restantes ; il conseille le patient et sa famille pour l'achat de matériels qui favorisent la sécurité du patient et diminuent son handicap dans la vie quotidienne.*
3. *La douleur : les fréquentes plaintes douloureuses souvent dues aux polyopathologies des personnes âgées amènent les soignants à une prise en charge pointue de la douleur.*
4. *Les démences séniles et troubles apparentés : nécessitant une prise en charge spécifique, les patients souffrant de troubles démentiels ou d'affections psychiatriques ont besoin d'une surveillance accrue par des soignants sensibilisés dans des locaux particuliers.*
5. *La qualité de vie : tous les soins que nous apportons à nos patients ont pour objectif une qualité de vie optimale ». Il me semble préférable de privilégier la qualité au temps de vie.*

## **5. L'Accueil du sujet âgé<sup>15</sup>**

### **a. Définitions**

Inaugurant le premier contact entre les soignants et le patient (et le cas échéant, sa famille) ce moment déterminant pour le reste de la prise en charge doit être particulièrement soigné.

Les particularités du sujet âgé vues précédemment mènent à développer un accueil spécifiquement adapté à cette population. Il est notamment à ajuster en fonction de l'état du patient à son arrivée (capacités cognitives, état de fatigue, conscience...).

### **b. Objectifs**

Le changement de lieux est souvent très anxiogène pour les personnes âgées qui ont besoin de repères fixes (lieux, habitudes de vies, personnes...). La disparition brutale de ces repères entraîne souvent une désorientation spatiale et parfois temporelle du sujet. D'autre part, imaginant une fin de vie prochaine, le sujet âgé malade a fréquemment tendance à se replier

---

<sup>15</sup> **Source** : J. Leaudet – Géroto, Objectifs soins - 2<sup>e</sup> édition, Lamarre, Pays-Bas 2006.

sur lui-même. Ce sentiment est potentiellement aggravant vis-à-vis d'un état de santé non préoccupant.

Dans ce contexte, l'établissement d'une relation de qualité avec le malade et sa famille est capital. C'est la première étape qui permettra notamment aux soignants d'identifier les émotions et d'aider le patient à verbaliser ses sentiments. L'analyse des problèmes du malade permettra d'ajuster le projet de soins et les actions à entreprendre. Cette relation empathique serait l'approche la plus efficace des personnes âgées.

## ***6. Difficultés des soignants exerçant auprès des personnes âgées<sup>16</sup>***

Selon la même enquête de 2003 menée par la DREES et réalisant une typologie des personnels de soins selon leur perception de leurs conditions de travail, on observe que les soignants exerçant en service de gériatrie se trouvent préférentiellement dans le groupe de **classe 2** qui correspond à « *des charges physiques importantes et un fort sentiment de responsabilité, mais aussi davantage de soutien et de coopération dans le travail* ».

### **Descriptif des principales difficultés exprimées dans le groupe de classe 2 :**

- ⊗ un fort sentiment de responsabilité : une erreur dans leur travail peut ou pourrait avoir des conséquences graves en termes de sécurité (90 % contre 67 % en moyenne), de qualité (97 % contre 80 %) et de sanctions à leur égard (97 % contre 81 %) ;
- ⊗ ce personnel est davantage en contact avec les patients ;
- ⊗ il signale aussi plus que la moyenne devoir consigner ou faire des rapports d'activité par écrit ;
- ⊗ des contraintes physiques élevées : le travail impose à 94 % (contre 73 %) des professionnels de cette classe une station debout prolongée, à 88 % des mouvements douloureux et à 86 % le port de charges lourdes ;
- ⊗ des risques de blessures et de contact avec des produits toxiques ou allergisants sont également plus cités qu'en moyenne.

---

<sup>16</sup> **Source :** Romuald LE LAN - Etudes et Résultats, n° 373-février 2005 - Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé : une typologie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail - Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) pour le Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale et le Ministère des Solidarités, de la santé et de la famille.

Louis PLOTON<sup>17</sup>, professeur de gérontologie, à décrit neuf types de difficultés rencontrées par les soignants exerçant auprès des personnes âgées (le développement de ces éléments est placé en **annexe** de ce travail) :

- ⊖ *« la question de la demande et de la culpabilisation ;*
- ⊖ *la différence entre idéal et réalité avec la confrontation au vieillard « déchu » ;*
- ⊖ *des objectifs inadéquats ;*
- ⊖ *une formation inadaptée, centrée sur les seuls besoins matériels ;*
- ⊖ *une inversion des rôles traumatiques ;*
- ⊖ *l'omniprésence de la mort, avec absence d'un temps pour la vie, un temps pour la mort, un temps pour le deuil ;*
- ⊖ *le paradoxe sécuritaire ;*
- ⊖ *l'inadaptation de l'institution gériatrique à sa fonction ;*
- ⊖ *la difficulté à pouvoir identifier de quelle souffrance il est question : ultimes soins. »*

---

<sup>17</sup> **Source** : Pr Louis PLOTON, professeur de gérontologie - La souffrance des soignants – Laboratoire Psychologie de la santé et du développement (E.A. 3729), Université LUMIERE LYON-2.

#### **IV. Question de recherche**

Le vécu traumatisant constaté de certains patients âgés lors de leur passage aux Urgences mène à penser que leur prise en charge était inadaptée. Le temps passé dans le service souvent sans information est un facteur d'anxiété majeure qui semble évident et qui est relativement facile à verbaliser pour les patients, qui l'expriment fréquemment. En revanche, bien que la perception globale du reste de la prise en charge semble avoir été vécue difficilement, il est très difficile pour ces patients de décrire précisément les faits douloureux et les sentiments qu'ils ont engendrés.

Après avoir posé le cadre théorique permettant de comprendre les concepts et organisations des soins aux Urgences, le contexte de travail et les difficultés d'exercice dans ce service mais aussi avec les personnes âgées, je souhaite comprendre ce qui a pu manquer dans l'accueil des patients âgés ayant mal vécu leur passage aux Urgences.

Pour ce faire, je me base sur les concepts et pratiques décrites dans le cadre théorique.

Je souhaite donc savoir :

##### **\* Pourquoi les personnes âgées sont-elles moins bien prises en charge aux Urgences qu'en gériatrie ?**

Hypothèse 1 : à cause d'un défaut de formation des infirmiers des Urgences sur la prise en charge des personnes âgées.

Hypothèse 2 : à cause d'un manque de sensibilisation des infirmiers sur la nécessité d'une prise en charge spécifique des sujets âgés, même aux Urgences.

Hypothèse 3 : suite à un manque de temps des infirmiers, une plus grande charge de travail qu'en gériatrie.

##### **\* Quels problèmes les personnes âgées posent-elles aux Urgences ?**

Hypothèse 1 : elles ont une moindre tolérance à l'attente comparée aux adultes de moins de 60 ans.

Hypothèse 2 : elles engendrent une plus grande charge de travail : réassurance, nursing, surveillance plus étroite (risque de chute, escarre, polypathologies majorants le risque d'aggravation...).

Hypothèse 3 : elles ont une moins bonne tolérance de la douleur et des douleurs plus fréquentes (polypathologies).

Hypothèse 4 : la rareté des places en service de gériatrie aiguë ou médecine acceptant le patient.

**\* De quoi les infirmiers auraient-ils besoin pour être en mesure de prendre en charge les personnes âgées de façon optimale aux Urgences ?**

Hypothèse 1 : il faudrait plus de personnel aides-soignants ou infirmiers.

Hypothèse 2 : il faudrait des formations par des gériatres habitués à exercer aux Urgences (connaissant les contraintes de ce service).

Hypothèse 3 : il faudrait une meilleure adaptation des locaux : lieux plus conviviaux pour l'attente allongée permettant également une surveillance facile du patient et évitant, pour celui-ci la sensation d'avoir été oublié.

## **V. Méthode de recueil de données et analyse quantitative**

Afin de mener à bien ce travail, j'ai réalisé une série d'entretiens semi-directifs sous forme de questionnaires dans cinq services d'Urgences de Paris intramuros et de la petite couronne.

L'entretien semi-directif à l'avantage d'être immédiatement exploitable et permet d'obtenir un taux de réponse proche de 100 %. Cette méthode de recueil de données permet, le cas échéant de préciser une question ou de faire approfondir son interlocuteur sur des idées intéressantes, ou des réponses confuses. Enfin, il est l'occasion d'échanger avec des professionnels compétents dans un domaine qui me passionne.

Dans le but de pouvoir confronter les points de vue de professionnels de santé d'expériences, de vécus et de formations différentes, j'ai choisis de questionner au minimum un(e) infirmier(e) et un(e) cadre de santé exerçant dans chacun des services d'Urgences visité.

Concernant la sélection des structures, j'ai choisis de me rendre à la fois dans des structures de proximité (anciennement UPATOU) et des structures plus importantes (anciennement SAU).

Toujours dans ce souci d'équité, il m'a parut intéressant de partager mes entretiens entre les établissements de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (3) et les structures privées participant au service public (2). En effet, pour le sujet traité, les disparités visibles entre le secteur public et privé pouvant le plus se répercuter sur la prise en charge des personnes âgées m'a parut être les opportunités de formations pour les professionnels, les moyens humains et matériels, les locaux, les budgets généraux.

L'activité d'une structure d'urgences étant variable en fonction de sa situation géographique et par conséquent de la démographie de la population qui l'entoure, afin de rester le plus objectif possible, j'ai visité à la fois des hôpitaux de Paris intramuros (3) et de la banlieue parisienne (2). Notons que les zones de la petite couronne ouest parisienne visitées sont à dominance résidentielles.

Comme tous les modes de recueil de données, les questionnaires d'entretiens ont leurs inconvénients et leurs limites. Dans le cadre de mon travail, j'ai été freiné par la quantité de démarches administratives préalablement nécessaires, le temps qu'elles demandent, en plus des entretiens eux-mêmes et de leurs analyses.

**Questions d'entretiens TFE**  
**Sur l'accueil des personnes âgées aux Urgences**  
**Questions cadres de santé des Urgences (5 répondants)**

*Précision du caractère anonyme de l'entretien.*

**Légende des questionnaires :**

**AS :** aide-soignant(e) ;

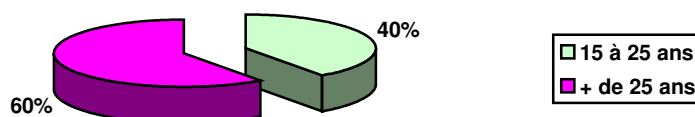
**PA :** personne âgée ;

**IAO :** infirmier d'accueil et d'orientation ; **RPA :** résidence pour personnes âgées ;

**IDE :** infirmier(e) diplômé(e) d'état ;

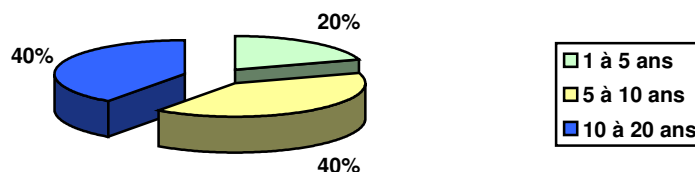
**USIC :** unité de soins intensifs cardiologiques.

**1. Depuis quelle année êtes-vous IDE ?** *Moins de 10 ans : 0 ; entre 10 et 15 ans : 0 ; entre 15 et 25 ans : 2 ; plus de 25 ans : 3.*



↳ La majorité des cadres de santé d'Urgences, interrogés bénéficient donc d'une expérience professionnelle générale supérieure à 25 ans depuis la date d'obtention de leur diplôme (en considérant qu'ils n'ont pas cessé de travailler).

**2. Depuis combien d'années exercez-vous aux Urgences ? (IDE et cadre confondus)** *Entre 1 et 5 ans : 1 ; entre 5 et 10 ans : 2 ; entre 10 et 20 ans : 2 ; plus de 20 ans : 0.*



↳ Les professionnels interrogés bénéficient d'une expérience moyenne de 9,6 années passées à travailler aux Urgences.

**3. Quelle est la proportion de PA accueillies dans votre service d'Urgences ?** *10 % : 2 ; 20 % : 1 ; 50 % : 2.*

↳ Les structures d'urgences visitées accueillent en moyenne 28 % de personnes âgées. Les cadres de santé interrogés s'accordent à dire que cette proportion varie en fonction de la localisation géographique du service.

#### **4. Les PA (+ de 65 ans) sont-elles accueillies de façon particulière dans votre service ?**

*Oui : 1 ; non : 4.*

- **Si oui, précisez par quel biais :** *Attention particulière en fonction des difficultés de mobilisation : 1 ; pose de bracelet d'identification si désorientation : 1.*
- **Si non, d'après vous pourquoi ?** *Pas nécessaire : 2 ; distinction uniquement en fonction du degré de gravité évalué par l'IAO : 3.*
- **Y a-t-il un Gériatre dans votre service ?** *Oui : 3 ; non : 2.*
- **Si oui, est-ce à temps plein ?** *Oui : 0 ; non : 3.*

↳ D'après la majorité des cadres interrogés, les personnes âgées ne sont pas accueillies de façon particulière dans leurs services d'Urgences. Un des services visité réalise un accueil différent en portant une attention particulière aux difficultés de mobilisation et en posant un bracelet d'identification aux patients désorientés.

Deux des cadres interrogés estiment qu'un accueil particulier au sujet âgé n'est pas nécessaire, et trois déclarent que la décision de réaliser un accueil différent se fait uniquement en fonction du degré de gravité évalué par l'IAO.

On constate qu'aujourd'hui la majorité des structures d'urgences disposent de gériatres, la plupart du temps sous forme d'unité mobile de gériatrie (UMG) appelées pour avis.

#### **5. Estimez-vous que les PA nécessitent un accueil IDE spécifique aux Urgences ?**

*Oui : 2 ; non : 3.*

- **Si oui, à quel niveau ?** *Evaluation autonomie/besoins : 2 ; prise en charge sociale : 2 ; aide à la mobilisation : 1 ; préparation de la sortie : 2 ; attention particulière : 1.*
- **Si non, pourquoi ?** *Toute personne est fragile aux Urgences : 1 ; NSP : 2.*

↳ La majorité des cadres interrogés ne voit pas la nécessité d'accueillir de façon spécifique les sujets âgés. L'un d'entre eux estime que les personnes âgées ne sont pas plus fragiles aux Urgences. Les autres cadres du même avis ne peuvent argumenter leur point de vue. On peut donc supposer que ces professionnels éprouvent une réticence à reconnaître cette fragilité non prise en compte dans leur service.

En revanche, les professionnels estimant que les sujets âgés nécessitent un accueil infirmier spécifique proposent une évaluation de l'autonomie et/ou des besoins, une prise en charge sociale (par une assistante sociale), une préparation de la sortie...

**6. Selon vous, l'accueil d'une PA est-il plus facile ou plus difficile à réaliser que celui d'un adulte jeune, pour un même motif d'entrée ? Plus facile : 0 ; plus difficile : 3 ; NSP : 2.**

- **Précisez :** *prend plus de temps : 2 ; nécessité de s'assurer de la compréhension : 1 ; troubles de l'audition ou de l'élocution : 2 ; manque d'informations : 1 ; nécessité de trier les informations (plus d'antécédents) : 1 ; dépend des personnes : 2 ; dépend si accompagné : 1.*

↳ La majorité des professionnels interrogés estime qu'il est plus difficile d'accueillir une personne âgée qu'un adulte jeune, cependant les deux tiers (2 contre 3) des interrogés ne peuvent répondre à cette question et déclarent que « *cela dépend des personnes* ». Il ressort toutefois que certains cadres sont conscients qu'une durée plus longue est nécessaire pour accueillir un patient âgé.

**7. Pensez-vous que les soignants (médecins, IDE, AS) sont moins mobilisés pour prendre en charge une PA qu'un adulte jeune ? Oui : 1 ; non : 4.**

- **Si oui, à quoi attribuez-vous ce phénomène ?** *Plus longs à prendre en charge et pensent qu'une personnes âgée mérite moins d'attention : 1.*

↳ La majorité des cadres de santé déclarent que dans leur service, les soignants ne sont pas moins mobilisés pour prendre en charge une personne âgée. La personne déclarant que certains personnels de son service sont moins mobilisés attribue ce phénomène à la durée plus longue de la prise en charge du sujet âgé et le point de vue de certains professionnels qu'« *une personne de 80 ans mérite moins d'attention* ».

**8. Pensez-vous que les IDE du service sont suffisamment formés à l'accueil des PA aux Urgences ? Oui : 2 ; non : 3.**

↳ La majorité des cadres interrogés estime que dans leur service, les infirmier(e)s ne sont pas suffisamment formés à l'accueil des personnes âgées aux Urgences.

**9. Sur l'exemple des IDE de psychiatrie, pensez-vous que la présence d'IDE spécialisés en gériatrie aux Urgences serait un plus pour :**

- **les patients âgés ?** *oui : 3 ; non : 2.*

**Précisez :** arguments positifs : *méthodes de travail plus adaptées : 1 ; plus de disponibilité et d'écoute : 1 ; arguments négatifs : les patients ne restent pas, prise en charge aigue : 1 ; pas nécessaire en permanence (mais sur appel) : 1.*

- **l'équipe IDE des Urgences ?** *oui : 3 ; non 2.*

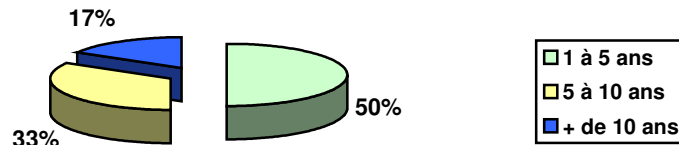
**Précisez :** arguments positifs : *enrichissement des pratiques : 1 ; arguments négatifs : aucun.*

↳ Dans l'ensemble, on observe que les cadres interrogés sont relativement favorables à l'idée d'intégrer des infirmiers spécialisés en gériatrie (bénéficiant d'une expérience importante en gériatrie, voire d'un diplôme universitaire) au service des Urgences. Ils sont autant à estimer le bénéfice pour les patients âgés que pour les infirmiers urgentistes. On note que certains identifient la possibilité d'enrichissement des pratiques pour l'équipe des Urgences.

**Questions d'entretiens TFE**  
**Sur l'accueil des personnes âgées aux Urgences**  
**Questions/réponses infirmier(e)s des Urgences (6 répondants)**

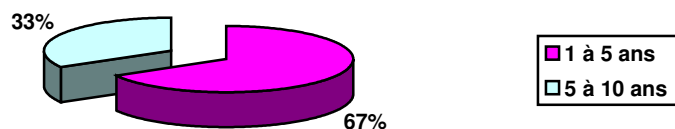
*Précision du caractère anonyme de l'entretien.*

**1. Depuis quelle année êtes-vous IDE ?** *Moins d'1 an : 0 ; entre 1 et 5 ans : 3 ; entre 5 et 10 ans : 2 ; plus de 10 ans : 1.*



↳ Toutes les personnes interrogées sont diplômées depuis plus d'1 an.

**2. Depuis combien d'années exercez-vous aux Urgences ?** *Moins d'1 an : 0 ; entre 1 et 5 ans : 4 ; entre 5 et 10 ans : 2 ; plus de 10 ans : 0.*



↳ La majorité des IDE interrogés bénéficient de plus d'un an d'expérience aux Urgences.

**3. Quels autres postes avez-vous occupé auparavant ?** *Aucun : 3 ; Réanimation : 2 ; USIC : 1.*

↳ La majorité des professionnels a commencé à travailler en structure d'urgences directement après l'obtention de leur diplôme.

**4. Lors de l'accueil (1<sup>er</sup> contact) de patients âgés (+ 65 ans) cherchez-vous systématiquement à savoir si la personne sait :**

- où elle se trouve ? *Oui : 4 ; non : 2.*
- pourquoi elle est aux Urgences ? *Oui : 6 ; non : 0.*
- d'où elle vient (domicile, RPA, voie publique...) ? *Oui : 6 ; non : 0.*

↳ On note que les deux tiers des infirmiers interrogés cherchent à savoir si le patient est orienté dans l'espace alors que la totalité de ces professionnels demandent aux sujets âgés si ils savent pourquoi ils sont aux Urgences et d'où ils viennent.

**5. L'accueil que vous réalisez est-il le même quelque soit la population de patients accueillie (en dehors du motif d'entrée) ?** *Oui : 0 ; non : 5 ; NSP : 1.*

- Y a-t-il une différence dans l'accueil d'une PA ? *Oui : 6 ; non : 0.*

**Précisions :** *se soucie de l'autonomie : 4 ; évaluation de l'environnement de vie : 2 ; recherche si le motif d'entrée réel est social ou médical : 2 ; plus attentif sur les antécédents : 1 ; bracelet d'identification : 1 ; aide à l'installation : 2 ; parle plus fort : 1 ; recherche un accompagnant : 1.*

↳ Les infirmiers interrogés déclarent réaliser des accueils différents en fonction des patients (en dehors du motif d'entrée), on constate que ces mêmes professionnels identifient une différence dans l'accueil du sujet âgé. La majorité des professionnels interrogés se soucie de l'autonomie, évalue l'environnement de vie, recherche le réel motif d'entrée (médical ou social) et est plus attentif aux antécédents.

**6. Qu'est-ce qui peut rendre difficile l'appréciation de la gravité de la situation d'un patient ?** *Troubles neuro-cognitifs : 3 ; troubles de conscience : 2 ; troubles psychologiques : 1 ; comportement « exagérant ou minimisant » : 1 ; charge de travail : 1 ; absence d'accompagnant : 1 ; méconnaissance des antécédents : 1 ; trouble de la communication : 2.*

- **L'âge est-il un élément déterminant ?** *Oui : 4 ; non : 2.*

↳ Selon les infirmiers interrogés, l'appréciation de la gravité de l'état d'un patient est rendu difficile par les troubles neuro-cognitifs, de conscience (...) pour les deux tiers d'entre eux, l'âge est un élément déterminant.

**7. Globalement, selon vous, les patients âgés attendent-ils plus longtemps aux Urgences ?** *oui : 0 ; non : 6.*

**D'après vous, pourquoi ?** *Motifs d'entrée plus sérieux : 1 ; peur de dégradation de l'état : 2 ; plus difficile à évaluer : 1 ; manque de brancards : 1.*

↳ La totalité des professionnels interrogés estime que les sujets âgés n'attendent pas plus longtemps aux Urgences qu'un adulte jeune. La peur d'une dégradation de l'état du patient est notamment citée par deux professionnels pour expliquer ce phénomène, les autres justifications données sont les *motifs d'entrée plus sérieux, manque de brancards, état plus difficile à évaluer.*

**8. Pensez-vous qu'un patient âgé est plus vulnérable qu'un adulte jeune lors de son passage aux Urgences ?** *Oui : 2 ; non : 3 ; NSP : 1.*

- **Si oui, selon vous, sur quel point cette vulnérabilité peut-elle porter ?** *Etat de santé global : 1 ; décompensation de pathologies préexistantes : 1 ; rétablissement plus lent : 1 ; désorientation/confusion : 1 ; sensibilité au changement d'habitudes : 1, .*
- **Si oui toujours, estimez-vous prendre le temps de surveiller ou de dépister les complications inhérentes à cette vulnérabilité ?** *Oui : 1 ; non : 1.*
- **Si non, pourquoi selon vous ?** *Manque de temps : 1 ; Manque de formation : 0 ; autre : dépistage de vulnérabilité fait à l'IAO : 1 ; dépend uniquement du motif d'entrée et des antécédents : 1 ; PEC plus rapide : 1*

↳ La majorité des infirmiers interrogés (3 contre 2) ne croit pas à une vulnérabilité supérieure pour un sujet âgé lors de son passage aux Urgences. Pour les professionnels qui y croient, ils identifient *l'état de santé global, la décompensation de pathologies préexistantes, et le rétablissement plus lent (...)* comme risques inhérents à cette vulnérabilité.

La moitié des infirmiers (1 sur 2) estime manquer de temps pour surveiller les complications inhérentes à cette vulnérabilité ou attribue cette absence de surveillance à un dépistage précoce fait à l'IAO.

**9. Qu'est ce qui dans votre service pourrait, d'après vous, améliorer l'accueil des patients âgés ?** *Meilleure coordination avec médecin traitant, RPA (courrier et appel) : 1 ; évaluation de l'autonomie : 1 ; vision du patient dans sa globalité par les médecins : 1 ; plus de personnel : 1 ; plus de brancards : 1 ; diminution du temps passé aux Urgences : 1 ; plus de lit UHCD : 1 ; se présenter et présenter le service : 1 ; bracelet d'identification : 1 ; installation : 1 ; local IAO spécifique ; protocoles escarres, pansements : 1.*

↳ Les suggestions faites par les IDE dans le but d'améliorer l'accueil des sujets âgés dans leurs services d'Urgences regroupent des éléments très différents propres à chaque structure. Elles soulignent également le temps nécessaire pour prendre en charge un patient âgé ainsi que le manque de moyens humains et matériels de certaines structures.

**10. Estimez-vous qu'une formation spécifiquement dédiée à l'accueil IDE du sujet âgé aux Urgences soit utile ? Oui : 1 ; non : 5 (formation IAO suffisante).**

↳ La grande majorité des sujets interrogés estiment que la formation IAO est suffisante pour accueillir de façon adaptée une personne âgée aux Urgences et qu'une formation spécifique serait inutile.

**11. Sur l'exemple des IDE de psychiatrie, pensez-vous que la présence d'IDE spécialisés en gériatrie aux Urgences serait un plus pour :**

- les patients âgés ? Oui : 3 ; non : 3.
- l'équipe IDE des Urgences ? Oui : 3 ; non : 3.

↳ Les professionnels interrogés sont partagés (3 contre 3) sur le bénéfice que pourrait apporter un IDE spécialisé en gériatrie (expérimenté voir titulaire d'un DU) aussi bien pour les patients que pour l'équipe infirmière urgentiste.

**12. Votre service bénéficie-t-il de la présence d'IDE de psychiatrie ? Oui : 2 ; non : 4.**

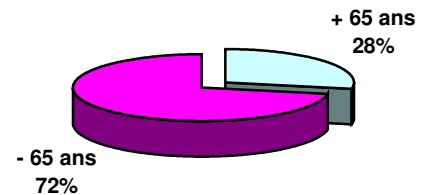
- Approuvez-vous ce procédé ? Oui : 6 ; non : 0.

↳ Notons que les deux tiers (2 contre 4) des services visités bénéficient de la présence d'IDE de psychiatrie et que la totalité (6 contre 0) des infirmiers interrogés y sont favorables.

## VI. Analyse et interprétation des données

Les entretiens réalisés nous montrent que les cadres de santé exerçant aux Urgences bénéficient d'une longue expérience professionnelle (plus de 25 ans pour la majorité) ; tandis que la plupart des infirmiers interrogés sont diplômés depuis 1 à 5 ans et n'ont jamais exercé dans un autre service.

Dans les structures d'urgences visitées, la proportion de sujets âgés (plus de 65 ans) accueillie est en moyenne de 28 %. C'est précisément le double (14 %) du chiffre publié par la DREES dans son rapport « **Activité des services d'urgences en 2004** » pour les plus de 70 ans.



Il est intéressant de constater que la majorité des infirmiers n'identifie pas de vulnérabilité particulière pour les personnes âgées lors de leur passage aux Urgences et se sent suffisamment formée à l'accueil de cette tranche d'âge (notamment par la formation IAO). Ils ne voient pas de nécessité à la mise en place d'une formation complémentaire à ce propos. La plupart d'entre eux identifie pourtant la nécessité d'accueillir les sujets âgés de façon particulière (l'autonomie et le contexte social sont des éléments récurrents de préoccupation). L'âge est également perçu comme un élément pouvant rendre difficile l'évaluation de la gravité des patients par la plupart de ces mêmes professionnels.

En revanche, la majorité des cadres de santé de ces mêmes unités estime que les sujets âgés ne requièrent pas d'accueil spécifique. Ils précisent que leurs équipes accueillent cette tranche d'âge de patients de la même façon que les autres. Pourtant, ceux-ci identifient une plus grande difficulté à accueillir les personnes âgées ; ils estiment également que leurs infirmiers ne bénéficient pas d'une formation suffisante à l'accueil de cette tranche d'âge de patients. Cette divergence pourrait être attribuée à leur plus grande expérience et à leur non implication directe dans les soins.

Comme décrit précédemment dans ce travail, aux Urgences les personnes âgées sont souvent anxieuses et susceptibles d'être désorientées car elles ont été extraites de leurs repères habituels (souvent précipitamment, dans un contexte médical lui-même anxiogène). Même si la majorité des infirmiers interrogés ne semble pas sensibilisée à ce phénomène, la plupart d'entre eux cherche à savoir, au moment de l'accueil si : le patient âgé est orienté dans

l'espace (4 contre 2), si il sait pourquoi il est aux Urgences (6 contre 0) et si il sait d'où il vient (6 contre 0). Il paraît intéressant de noter que la question de l'orientation spatiale qui est la seule des trois questions attribuable au domaine purement médical et qui ne sert pas à l'admission administrative (devant être rempli à l'accueil) est aussi la seule qui ne soit pas posée par tous les professionnels interrogés.

Dans un contexte de travail parfois difficile, la spécificité du sujet âgé serait donc parfois laissée de côté. Pour remédier à cela l'idée d'intégrer des infirmiers spécialisés en gériatrie (bénéficiant d'une expérience conséquente dans ce domaine et éventuellement d'un diplôme universitaire) dans les structures d'urgences pourrait apparaître comme une solution. Cette proposition a partagé les infirmiers interrogés qui sont autant à penser que cette mesure serait bénéfique à la fois aux patients et à l'équipe que ceux pensant l'inverse. Il semble intéressant de souligner que les professionnels opposés à cette mesure sont aussi ceux qui ne disposent pas d'infirmiers de psychiatrie dans leur service mais que ces mêmes personnes approuvent le principe des infirmiers de psychiatrie aux Urgences.

On peut également observer que sur les deux infirmiers estimant que les sujets âgés ne sont pas plus vulnérables que les adultes jeunes aux Urgences, un seul d'entre eux approuve le principe de l'infirmier de gériatrie aux Urgences mais à condition « *qu'il partage son savoir avec le reste de l'équipe* » ; notons à ce propos que ce professionnel est également favorable à une formation spécifique concernant l'accueil infirmier du sujet âgé aux Urgences. On peut d'ailleurs imaginer que ce partage de connaissances soit réciproque entre ces professionnels, chacun compétent dans un domaine utile à l'autre.

Contrairement aux infirmiers, les cadres de santé interrogés ont pu se départager positivement sur la question de l'infirmier de gériatrie aux Urgences, un des cadres (du même hôpital que l'infirmier du même avis) y voit également une opportunité d'enrichissement des pratiques.

La présence de gériatres se multiplie dans les structures d'urgences, le plus souvent sous forme d'Unité Mobile de Gériatrie (UMG) parfois complétée par une assistante sociale mais encore rarement par un(e) infirmier(e). Cette équipe est le plus souvent appelée pour avis par le médecin urgentiste. Au cours de mes entretiens je n'ai vu aucun service disposant d'un gériatre à temps plein. En effet, les UMG ne visitent pas seulement les patients âgés pris en charge aux Urgences mais ceux de l'ensemble de l'hôpital. Notons que les services

d'Urgences bénéficiant d'un gériatre (UMG) sont aussi ceux où l'on trouve les infirmiers conscients de la vulnérabilité des patients âgés lors de leur passage aux Urgences. La présence de ces gériatres aurait donc aussi un effet formateur efficace pour les infirmiers d'Urgences sur les spécificités de prise en charge des patients âgés.

Selon les cadres, et contrairement aux idées reçues, le personnel (médecins, infirmiers, aides-soignants) ne serait pas moins mobilisé pour prendre en charge les personnes âgées dans leurs structures d'urgences.

Notons également que la totalité des infirmiers interrogés estime que les personnes âgées n'attendent pas plus longtemps aux Urgences que les adultes jeunes. Pourtant une étude<sup>18</sup> de 2006, menée dans un des établissements visité lors de mes entretiens et réalisée par la Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MeaH), montre que le délai admission-consultation est deux fois plus long pour les patients d'un âge supérieur à 75 ans. Cet audit, réalisé dans de nombreux hôpitaux est destiné à aider les établissements à diminuer le temps de passage aux Urgences notamment en publiant des recommandations<sup>19</sup> testées et éprouvées. A ce propos il est intéressant de noter que la création d'équipes d'intervention de gériatrie (assimilables aux unités mobiles de gériatrie décrites précédemment) et la présence quotidienne de gériatres en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) est recommandée afin de « *réaliser des évaluations gérontologiques globales ; d'élaborer un plan d'aide éventuel ; d'orienter les personnes âgées ; de former, conseiller et informer les services...* ». Ce travail portant sur les soins infirmiers, il semble indispensable de souligner que le temps d'attente tel qu'il est décrit dans l'audit de la MeaH est le temps qui sépare l'admission et la consultation par le médecin ; durant cette période le patient est pris en charge par l'équipe soignante.

---

<sup>18</sup> **Source** : résultats des audits Urgences réalisé à Notre Dame du Perpétuel Secours et à l'hôpital Ambroise Paré par la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH).

<sup>19</sup> **Source** : Réduire les temps de passage aux Urgences, recueil de bonnes pratiques organisationnelles par la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH).

## ▪ *Synthèse de l'analyse*

Au bout de cette enquête, notons les hypothèses confirmées et infirmées :

### ✖ **Pourquoi les personnes âgées sont-elles moins bien prises en charge aux Urgences qu'en gériatrie ?**

L'**hypothèse 1** est confirmée car, d'après leurs cadres, les infirmiers urgentistes ne semblent pas suffisamment formés à la prise en charge des patients âgés. Le manque de sensibilisation de ces infirmiers sur la nécessité de prendre en charge les sujets âgés spécifiquement confirme l'**hypothèse 2** mais essentiellement dans les unités ne disposant pas de gériatres (UMG). Enfin, l'**hypothèse 3** est infirmée car le manque de temps aux Urgences n'est pas un thème fréquemment abordé par les professionnels lors des entretiens.

### ✖ **Quels problèmes les personnes âgées posent-elles aux Urgences ?**

Les entretiens ne permettent pas de répondre spécifiquement à la tolérance des sujets âgés à l'attente en comparaison avec les sujets jeunes ; néanmoins plusieurs éléments du cadre théorique nous mènent vers une réponse positive pour cette **hypothèse 1**. L'**hypothèse 2** est également confirmée puisque les infirmiers déclarent avoir des attentions particulières pour les patients âgés et leurs cadres estiment que cette tranche d'âge est plus difficile à accueillir. L'**hypothèse 3** concernant une moins bonne tolérance à la douleur des personnes âgées n'est pas vérifiée par les entretiens bien que le cadre théorique nous mène vers une réponse positive. Enfin, l'**hypothèse 4** traitant la rareté des places disponibles pour accueillir les patients âgés suite à leur passage aux Urgences est confirmée.

### ✖ **De quoi les infirmiers auraient-ils besoin pour être en mesure de prendre en charge les personnes âgées de façon optimale aux Urgences ?**

A mon étonnement, dans les services visités le personnel ne semble pas manquer, ce qui infirme l'**hypothèse 1**. Les entretiens montrent que la présence des gériatres apporte un plus dans la sensibilisation des infirmiers urgentistes concernant la spécificité des patients âgés, ce qui confirme l'**hypothèse 2** ; les cadres sont également favorables à ces formations. Enfin, l'**hypothèse 3** est infirmée car l'adaptation des locaux ne semble pas préoccuper les infirmiers interrogés.

## **VII. Conclusion**

Aujourd'hui, on observe une réelle prise de conscience médicale de la nécessité de prendre en charge les personnes âgées de façon particulière aux Urgences. Cette avancée se traduit notamment par la création d'unités mobiles de gériatrie (UMG), de recommandations officielles aux établissements concernant la prise en charge de cette tranche d'âge. Cette nécessité, pourtant identifiée depuis 1991, aurait-elle été rappelée par le bilan de la canicule de 2003 ?

Derrière cette prise de conscience sociale et médicale de l'importance de notre population âgée se cache un aspect « soins spécifiques » relativement mis de côté par les infirmiers des Urgences. Au delà du contexte de l'urgence et des difficultés d'exercice dans ces structures, on peut supposer que ce phénomène est dû à un manque de sensibilisation des professionnels. En effet, bien qu'ils identifient certaines spécificités du patient âgé, les infirmiers urgentistes reconnaissent difficilement la nécessité d'un accueil spécifique de cette tranche d'âge et d'un complément de formation.

Pour les cadres de santé, il semble tout aussi difficile d'identifier le sujet âgé comme une personne nécessitant une prise en charge spécifique. Cette reconnaissance aurait-elle des airs d'aveux d'impuissance dans ces structures qui ne disposent pas de formation ou de protocole spécifique pour les patients âgés ? En revanche, cette classe de professionnels (ayant l'avantage de ne pas être directement impliquée dans les soins) reconnaît la nécessité pour leurs infirmiers d'une formation aux spécificités de prise en charge qu'exige ces patients.

Certaines de mes expériences, les lectures que j'ai pu partager dans ce travail et le résultat de mes investigations me mènent à penser que l'accueil infirmier des sujets âgés aux Urgences ne pourra évoluer de façon optimale qu'en incluant des équipes de gériatrie aux Urgences. L'analyse de mon recueil de données démontre à ce propos que les infirmiers exerçant dans les structures disposants de gériatres (UMG) sont sensibilisés aux vulnérabilités des sujets âgés.

Bien qu'en pleine expansion, ces UMG n'incluent que rarement un(e) infirmier(e) à l'inverse de l'assistante sociale dont la présence est quasi systématique aux côtés du gériatre. La présence d'un(e) infirmier(e) expérimenté en gériatrie voir titulaire du diplôme universitaire, permet, à mon avis de sensibiliser et de conseiller de façon plus ciblée les infirmiers des

Urgences et d'autres services avec une approche spécialisée des soins. Ce qui n'enlève en rien la prise en charge globale du patient, bien au contraire.

Les infirmiers des Urgences pourraient bénéficier d'apports réguliers de connaissances par l'équipe complète de l'UMG : le gériatre pour les apports médicaux et les concepts de fragilité et vulnérabilité, l'infirmier(e) pour l'aspect Soins et sa vision spécialisée ; l'assistante sociale pourrait rappeler le panel de solutions sociales dont elle dispose pour la phase post-urgences voir post-hospitalisation. Cette dernière partie étant dans le but que les infirmiers urgentistes puissent identifier plus facilement les situations pouvant être résolues par l'appel de l'assistante sociale.

Afin d'éviter une rivalité entre ces professionnels et éviter un climat savant/élève, mais également dans le but à mon avis nécessaire d'améliorer la prise en charge des urgences dans les services de gériatrie, il paraît intéressant qu'en retour de bon procédé les infirmiers et médecins urgentistes apportent tout aussi régulièrement leurs connaissances aux équipes de gériatrie et d'autres services d'hospitalisation, notamment sous forme de travaux pratiques.

Enfin, il paraît important de tenter de répondre à la question posée dans le titre de ce travail : « *Patient âgé aux Urgences : quel accueil infirmier ?* ». Mes recherches m'ont apporté des pistes vers une ligne de conduite de base que j'essayerai de suivre durant mon exercice professionnel aux Urgences. A l'accueil, on y trouve par exemple des questions simples posées au patient âgé afin d'évaluer rapidement son orientation spatio-temporelle, le contexte psycho-social, son anxiété, ses facteurs de vulnérabilité. Ces éléments sont utiles pour orienter ses actions et surveillances infirmières et permettent de déclencher précocement une prise en charge sociale ; d'anticiper (en accord avec le médecin) le parcours hospitalier le mieux adapté au patient (notamment afin de diminuer son temps d'attente aux Urgences), de prévenir les risques de décompensation **psychiques** et somatiques ; plus généralement de prendre en charge le patient dans sa globalité. Cette évaluation succincte peut également mettre en évidence une situation pour laquelle l'avis de l'UMG sera nécessaire et donc de déclencher son intervention au plus tôt dans la prise en charge du patient âgé, garantissant ainsi une continuité et une complémentarité optimale des soins.

## **VIII. Bibliographie**

F. Bertrand, P. Pras, P.-M. Tardieux - **Urgences du sujet âgé** - édition Masson 2006, chapitres 2 et 3 ; 357 pages.

Valérie CARRASCO - **Etudes et Résultats, n°524-septembre 2006, Activité des services d'urgences en 2004** - Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) pour le Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale et le Ministère des Solidarités, de la santé et de la famille ; 8 pages.

Christelle COURREGES, Stéphanie PASTORINO, Marie VILLENEUVE - **Violence aux Urgences : une fatalité ?** – Travail de fin d'études, IFSI du CH de Cannes, promotion 2000-2003 ; 55 pages.

Dictionnaire encyclopédique Petit Larousse grand format, édition 1992 ; 1871 pages.

M-P. Hervy, M-B. Molitor, V. Béguin - **Nouveaux cahiers de l'infirmière – Soins infirmiers aux personnes âgées et gérontopsychiatrie** - 2<sup>e</sup> édition, Masson, Paris 1999 ; 179 pages.

Romuald LE LAN - **Etudes et Résultats, n° 373-février 2005 - Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé : une typologie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail** - Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) pour le Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale et le Ministère des Solidarités, de la santé et de la famille ; 12 pages.

J. Leudet – **Géronto, Objectifs soins** - 2<sup>e</sup> édition, Lamarre, Pays-Bas 2006 ; 344 pages.

Alexandre MANOUKIAN - **Les soignants et les personnes âgées** - Edition Lamarre, France 2006, 165 pages.

Sabrina MENDES, Aurélie SEGUN, Jérémy TOLEDANO - **Comment soigner l'accueil aux Urgences ?** – Exposé de module optionnel, juin 2006, IFSI Virginie Olivier, CH Sainte-Anne ; impression du diaporama 6 vignettes/page : 2 pages.

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) - **Fiche thématique Les personnes âgées** - édition 2005 ; 117 pages.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) - **Article Maltraitance des personnes âgées** -  
Edition 2002 ; 2 pages.

Pr Louis PLOTON, professeur de gérontologie - **La souffrance des soignants** – Laboratoire  
Psychologie de la santé et du développement (E.A. 3729), Université LUMIERE LYON-2 ; 7  
pages.

**Circulaire du 14 mai 1991** n° DH.4B/DGS 3E/ 91-34 relative à l'amélioration des services  
d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale.

**Décret du 9 mai 1995** n° 95-647 : relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les  
établissements de santé et modifiant le code de la santé publique.

**Décret du 30 mai 1997** n° 97-615 : relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les  
établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas  
d'organisation sanitaire, modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en  
Conseil d'Etat).

**Décret du 22 mai 2006** n° 2006-576 : relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de  
la santé publique (dispositions réglementaires).

**Article 4311-2 du code de la Santé Publique** (nouvelle partie réglementaire), livre II, titre  
I<sup>er</sup>, section 1 : actes professionnels.

## **IX. Annexe**

Selon Louis PLOTON<sup>20</sup>, professeur de g erontologie, les soignants exerçant auprès des personnes âgées souffrent également de :

### **1° La question de la demande et de la culpabilisation :**

*Les patients dépendants sont à tout propos dans la demande, que celle-ci soit directe (verbale) ou comportementale. Cette demande peut finir par se révéler obsédante, vampirisante et, surtout, culpabilisante. Ce sera désormais au soignant qu'il incombera de rationner la réponse, c'est-à-dire d'avoir à frustrer le patient tout en évitant les risques de dérives sadiques.*

*C'est donc lui qui devra assumer, qu'il en ait conscience ou non, la culpabilisation latente propre à cet état de fait.*

### **2° La différence entre idéal et réalité avec la confrontation au vieillard « déchu » :**

*au soignant qui id alisait la vieillesse, le patient renvoie à longueur de journée une image de vieillard décevant (incontinence, incompétence, troubles du comportement, ...)*

### **3° Des objectifs inadéquats :**

*Le soignant dont l'objectif implicite est de tout soigner, d'empêcher de mourir, risque fort de ne voir dans la pratique gérontologique qu'un terrain d'échec.*

*Celui à qui on a appris qu'il était absolument nécessaire de stimuler les personnes âgées, risque lui de beaucoup souffrir en découvrant que plus il tente de le faire plus il engendre de résistances sous forme de passivité.*

### **4° Une formation inadaptee, centrée sur les seuls besoins matériels :**

*La formation reçue énonce que la psychologie est un des éléments du soin, au même titre que le besoin de boire ou manger. Il y à là une méconnaissance dangereuse de la réalité, qui risque de conduire à des contre-performances en d mobilisant les ressources psychologiques des patients au lieu de les mobiliser. Il y a, en effet, lieu de rappeler à ce propos, ce que les « commerciaux » savent mieux que les soignants, c'est-à-dire que la dimension de l'estime de soi d'un sujet ne saurait être dissociée de tout ce qui le concerne au plan matériel. Elle doit donc être systématiquement mise en perspective de toute décision, de toute façon de faire, dont il y a lieu de se demander le sens qu'elle a pour nous, mais aussi pour lui.*

---

<sup>20</sup> **Source :** Pr Louis PLOTON, professeur de g erontologie - La souffrance des soignants – Laboratoire Psychologie de la santé et du développement (E.A. 3729), Université LUMIERE LYON-2 .

*On ne le répétera jamais assez : « la façon de donner le pain peut être aussi nocive que le manque de pain ».*

#### **5° Une inversion des rôles traumatiques :**

*Comment assumer sans soutien, d'être de fait, en position de parent de celui qui pourrait être notre parent ? Et cela, alors qu'il est devenu si faible qu'un rien pourrait lui être fatal en toute impunité.*

*Comment alors contenir le vertige de toute puissance et l'angoisse qu'il ne peut manquer d'alimenter ? Quid du risque d'être renvoyé à des fantasmes parricides ? Comment alors réguler notre ambivalence naturelle ?*

*Il s'agit là d'une situation stressante (névrotisante ?) par excellence, ce qui peut contribuer à expliquer la fragilité psychosomatique des soignants.*

#### **6° L'omniprésence de la mort, avec absence d'un temps pour la vie, un temps pour la mort, un temps pour le deuil :**

*La relation gériatrique est implicitement une relation où s'infiltré sournoisement la question de la mort. On en parle rarement mais elle est partout. Défaut de rituels efficaces autour de la mort, absence même de temps distincts pour la vie, pour la mort et pour le deuil, tout concourt à ne pas laisser aux soignant la possibilité d'enterrer psychologiquement leurs morts. Car un entrant chasse l'autre, les décès non annoncés succèdent aux morts escamotées, il ne reste pour se protéger qu'à recourir à des deuils tronqués : deuil préventif, partiel, anticipé, impossible, en suspens (défense maniaque...).*

#### **7° Le paradoxe sécuritaire :**

*Pire encore, le contrat implicite qui lie soignant, soigné et famille, comporte un transfert massif de responsabilité relatif à tout ce qui pourrait arriver au patient. Ce transfert insoutenable, initialement opéré par le patient sur ses proches (à partir de maintenant tout ce qui peut m'arriver sera de votre faute) est même, probablement, pour une grande part à l'origine de l'hospitalisation ou du placement.*

*Or il est des vieillards qui se présentent comme tellement fragiles, que leur laisser toute prise d'initiative ou même ne plus les avoir sous les yeux, est considéré comme pouvant leur être fatal.*

*La prise du risque de vivre devient synonyme du risque d'en mourir. Il échoit donc au soignant de geler la vie, au nom de la sécurité, pour protéger de la mort.*

### **8° L'inadaptation de l'institution gériatrique à sa fonction :**

*L'institution, qu'il s'agisse de l'hôpital ou d'un établissement d'hébergement n'est pas adapté à la prise en charge de la souffrance des soignants. A ce sujet, ceux-ci vont même jusqu'à parler de « lâchage affectif ».*

*Les raisons en sont multiples, on peut évoquer schématiquement :*

- une gestion des personnels placée sous le signe de la pédagogie et du volontarisme,*
- des soignants que l'on voudrait interchangeables ce qui méconnaît le rôle clef de l'investissement,*
- des institutions que les administrations voudraient « clonables » ce qui méconnaît l'effet porteur qu'on pourrait attendre du sentiment d'appartenance et la notion même de vie psychique groupale et institutionnelle, avec ses règles et son évolution au gré d'une histoire propre (ressources liées à l'esprit de corps) ;*
- la priorité au « faire » et aux solutions techniques; avec une illusion de maîtrise par la mise en place de procédures obsessionnelles là où c'est comprendre, expliquer ce qui se passe qui serait salutaire ;*
- l'existence de hiérarchies concurrentes (médicale et administrativo-infirmière) aux préoccupations incompatibles ;*
- un fonctionnement centré essentiellement sur la circulation d'informations et de consignes, avec une absence redoutable d'appareils « à penser le soin », c'est-à-dire d'espaces et de temps où poser la question du sens des actes et des façons de faire...*

*Alors quand les soignants ont le sentiment que : « dire oui ou dire non a le même résultat », c'est la démotivation assurée. Car, à partir de là, il risque de se considérer comme un pion, « un soignant de passage » intervenant auprès de « patients de passage » avec un déficit d'investissement délétère.*

### **9° La difficulté à pouvoir identifier de quelle souffrance il est question : +la souffrance est particulièrement palpable à l'occasion de ce que l'on peut appeler la crise autour des ultimes soins.**

*On peut alors observer une atmosphère de crise où risque de se faire jour une volonté de maîtrise autour des patients « longs à mourir ».*

*Il se pose alors de façon cruciale la question des limites de la souffrance infligeable à un patient. Certains seront alors plus sensibles à la dynamique de vie, tandis que d'autres percevront plus la dynamique de mort. Certains seront plus sensibles aux besoins matériels du mourant, pendant que d'autres privilégieront les besoins de sens.*

*C'est alors que des conflits redoutables risquent de se faire jour sur des lignes de fond de clivages institutionnels préexistants : failles institutionnelles entre prescripteur et exécutant, mais aussi entre famille et hôpital, sur fond de d'humiliations antérieures ou de conflits anciens.*

☞ 3<sup>e</sup> partie théorique (insérée entre la fin de la 2<sup>e</sup> partie théorique et les questions de recherches) :

### 1. Le stress :

Définition<sup>21</sup> par Pr Hans SELYE, Montréal, 1936 : « *réponse non spécifique que donne le corps à toute demande qui lui est faite* ».

Par la suite, lorsqu'il définit le « *syndrome général d'adaptation* », SEYLE précise : « *une stimulation excessive (par son intensité, sa durée, sa répétition) est dangereuse et peut, si elle dépasse les capacités d'adaptation du sujet laisser place à un état pathologique irréversible* ». Enfin, à propos du stress pathologique, il décrit les **capacités d'adaptations comme dépassées et devenant inopérantes**, provoquant ainsi l'apparition de **troubles de l'adaptation transitoires ou durables**.

Nous avons vu dans la 2<sup>e</sup> *partie théorique* que l'approche physiologique du sujet âgé mettait en évidence sa perte des capacités d'adaptation. Mis dans le contexte d'un service d'Urgences surchargé, ces éléments peuvent expliquer le comportement et le risque encouru par les patients âgés. L'état de stress dépassé peut être largement justifié par plusieurs heures d'attente sur un brancard et une sensation de danger imminent pour sa propre vie (absence d'information entraînant la fréquente sensation « d'avoir été oublié » dans un contexte médical anxiogène voir de douleur et à l'issue d'une extraction « brutale » de ces repères habituels).

### 2. Le traumatisme psychique :

**Définition<sup>1</sup>** : « le traumatisme psychique est un phénomène qui se déroule au sein du psychisme sous l'impact d'un événement potentiellement traumatisant. Vécu dans la frayeur, l'horreur et le **sentiment d'impuissance en conjoncture d'absence de secours**, il ne se réduit pas seulement à sa composante énergétique d'effraction des défenses psychiques, mais il complique aussi une expérience de **confrontation soudaine avec le réel de la mort (la sienne ou celle d'autrui)** ».

**Principales conséquences psychologiques et psychiatriques** : « La névrose traumatique associe un syndrome de répétition traumatique (symptôme d'intrusion de l'état de stress post-

---

<sup>21</sup> **Source** : Michel DE CLERCQ, François LEBIGOT – **Médecine et psychothérapie, Les traumatismes psychiques** – Masson, France 2001, 384 pages.

traumatique) et des symptômes associés faisant partie intégrante du tableau clinique : modifications caractérielles, troubles de l'humeur, **troubles anxieux** et troubles des conduites (**évitement, retrait et fuite**) ».

*Ces éléments nous permettent de comprendre l'attitude d'évitement et de fuite de certains sujets âgés victimes d'une mauvaise expérience des Urgences lorsqu'on leur annonce qu'il est nécessaire d'y retourner. Ils nous permettent également de prendre conscience de l'impacte considérable que peut avoir un mauvais accueil aux Urgences sur le seul état psychique de ces patients.*

☞ **Ajouts dans Bibliographie, page 33 :**

Michel DE CLERCQ, François LEBIGOT – **Médecine et psychothérapie, les traumatismes psychiques** – Masson, France 2001, 384 pages.

M. DAMGE, P. BIENVAULT – **L'hôpital traite mal les personnes âgées et La prise en charge des personnes âgées** - La Croix, n°37587 du 2 novembre 2006, pages 1 à 4.