



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

L'infirmier et sa conception de l'accompagnement d'une personne âgée aux Urgences

Formatrice référente :
MARCHADOUR Béatrice

MOREAU Marion
Formation Infirmière
Promotion 2018-2021

Date : 10 MAI 2021



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION RÉGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat Infirmier

Travaux de fin d'études : L'infirmier et sa conception de l'accompagnement d'une personne âgée aux Urgences

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques

Le 10 mai 2021

Identité et signature de l'étudiant : MOREAU Marion

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

REMERCIEMENTS :

Avant le début de cet écrit, je souhaite remercier toutes les personnes ayant contribué à mon bien être durant ces trois années de formation.

Je pense particulièrement à ma mère et mon frère qui m'ont toujours encouragé et porté pour que je réalise mon objectif professionnel.

Durant cette formation, j'ai eu l'honneur d'être accompagnée par un groupe qui aujourd'hui sont des amies, les *Troubadours Clarinettistes*, je suis fière et heureuse de vous savoir près de moi.

Bien évidemment, je souhaite remercier l'équipe pédagogique qui nous a encadré tout au long de ces trois ans de formation, mes trois référentes pédagogiques, MORIN Béatrice, TIERCIN Monique et DJADAOUJEE Lisa, chaque formateurs de cette formation m'a permis d'évoluer et de grandir.

Je remercie Frédéric et Servane, pour le temps qu'ils ont consacré pour les entretiens et leur investissement.

Enfin, je souhaite terminer les remerciements avec les infirmiers que j'ai rencontrés en stage et qui m'ont encadré. J'ai eu l'honneur de réaliser des stages tous plus enrichissants les uns que les autres.

SOMMAIRE

1.	Introduction.....	1
1.1.	Situation d'appel	2
1.2.	Cheminement vers la question de départ	4
2.	Cadre théorique	5
2.1.	Le prendre soin aux urgences	5
2.1.1.	Organisation.....	5
2.1.2.	Population accueillie	5
2.1.3.	Fonctionnement des urgences par l'infirmier	6
2.2.	La personne âgée et ses caractéristiques.....	7
2.2.1.	Personne âgée	7
2.2.2.	Les troubles cognitifs	8
2.2.3.	La démence	8
2.2.4.	Fragilité supplémentaire	9
2.2.5.	La personne âgée prise en soin aux urgences	10
2.3.	L'infirmier dans son prendre soin	11
2.3.1.	L'infirmière aux urgences	11
2.3.2.	Concept du prendre soin	12
2.3.3.	Adaptation de l'infirmier dans son prendre soin	13
3.	Dispositif méthodologique du recueil de données	14
4.	Analyse descriptive des entretiens	16
5.	Discussion	18
5.1.	Conception de la personne âgée, de ses troubles cognitifs	18
5.2.	L'accompagnement de ces personnes âgées, la prise en soin	19
5.2.1.	Communication	19
5.2.2.	Limites dans la conception de l'accompagnement infirmier.....	20
5.3.	Apports professionnels	21
6.	Conclusion	24
	Bibliographie	26
	Annexes	28

1. Introduction :

En janvier 2020, la France comptait près de 65 millions d'habitants, dont 20% correspond aux personnes âgées. La population est vieillissante, grâce à l'espérance de vie qui augmente et le système de santé qui s'améliore de jour en jour. Ces personnes âgées sont plus sujettes à de multiples pathologies, qu'elles soient chroniques, neurologiques ou physiques.

Les urgences des services hospitaliers représentent le maillon entre la médecine de ville et hospitalière. Le nombre de patients accueillis aux urgences accrue d'année en année, et d'autant plus concernant la population âgée. Leurs conditions d'accueil n'y sont pas toujours favorables dues aux conditions de travail particulièrement difficiles.

Dans le cadre de mes études en soins infirmiers, ce projet de recherche a pour objectif d'initier à la recherche, valoriser la curiosité et accroître les qualités d'analyse. Ainsi, j'ai décidé d'examiner la prise en charge infirmière, aux urgences et plus précisément auprès des personnes âgées qui est une population plus fragile.

Pour cela, je vais décrire une situation d'appel et le questionnement qui m'est apparue suite à son analyse, afin de dérouler mon cheminement vers la question de départ de mon travail.

Ensuite, dans un premier temps, je vais expliquer chaque notion importante de mon thème afin d'éclaircir le cadre théorique.

Dans un second temps, je vais comparer les dires des auteurs avec les propos des infirmiers en service, pour enfin exprimer mes résultats et conclure.

1.1. Situation d'appel :

Lors du semestre 5 de ma troisième année en institut de formation en soins infirmiers, j'ai eu la chance de réaliser un stage de dix semaines dans le service des urgences de l'hôpital.

Durant la troisième semaine de mon stage, je travaillais d'après midi soit de 13h50 à 21h20. Un mercredi, dans les alentours de 17h, une patiente âgée de 80 ans est arrivée pour altération de l'état général. Une patiente atteinte d'Alzheimer qui va m'interpeller dès son arrivée. En effet, les premiers soins réalisés auprès d'elle ont été particulièrement mouvementés, la patiente refusait la pose d'une voie veineuse périphérique et donc le bilan sanguin par la même occasion. Ses hurlements m'ont marqués.

Le lendemain, lors des transmissions que l'on me fait, je revois son nom. Cette patiente est aux urgences depuis plus de vingt heures, sur un brancard qui n'est pas confortable. On me transmet qu'elle est agitée et qu'elle n'a pas uriné depuis son arrivée. De ce fait, le médecin prescrit un sondage urinaire aller-retour.

Avec un des infirmiers du secteur nous sommes partis dans le box où se trouve Madame et une autre patiente, le box est doublé comme les couloirs sont aussi envahis de brancards.

La patiente est endormie, en s'approchant d'elle, elle se réveille et a tout de suite un geste de recul à la vue de l'infirmier. On lui a tous les deux pris la main, afin de lui expliquer le soin que nous devons réaliser. L'objectif était d'avoir son accord et qu'elle soit aidante au soin. Cependant, lorsqu'on touchait le drap afin de le relever et avoir accès aux jambes et donc vérifier sa protection urinaire, la patiente s'écriait jusqu'à se maintenir la tête et se tirer les cheveux.

Avec l'infirmier, nous nous sommes regardés puis dit que le soin allait être très compliqué voir impossible. Nous sommes donc partis voir le médecin pour lui demander si nous devons absolument réaliser le soin, malgré le refus de la patiente. La réponse était de malgré tout le réaliser.

A deux le soin n'était pas possible donc l'infirmier est allé chercher des collègues. Pendant ce temps, je suis retournée voir la patiente. Sa bouche, ses lèvres, sa langue étaient sèches. Je lui ai donc apporté un verre d'eau, qu'elle a bu d'une traite, je lui en ai donc donné un deuxième. La patiente m'a donné l'impression de ne pas avoir bu depuis son arrivée et donc pas uriner depuis. J'ai donc prévenu l'infirmier des réactions de la patiente face aux verres d'eau.

Après avoir préparé tout le matériel nécessaire, l'infirmier est revenu avec deux autres soignantes afin de réaliser le soin.

C'est à ce moment-là que l'on m'a demandé si je voulais faire le soin, que celui-ci va être particulier comme ils vont devoir la maintenir, et qu'elle risque d'exprimer son désaccord.

L'aide soignante qui est avec nous va réaliser la première toilette au Dakin de la patiente, qui ne va pas être appréciée comme le produit est froid sur la peau. Pendant ce temps je m'équipe en stérile et adapte la sonde à la poche. Une fois que l'aide soignante a fini, celle-ci me dit d'y aller et qu'il faut aller vite. Je suis du mauvais côté du lit, étant droitière je vais devoir prendre la sonde de la main gauche pour réaliser ce soin. Il y a une infirmière à la tête de la patiente qui maintient les bras, l'infirmier maintient le buste et une des jambes et l'aide soignante maintient l'autre jambe. La patiente gémit beaucoup et se débat.

J'effectue la deuxième toilette au Dakin en stérile et repère le méat urinaire tant bien que mal. Je prends la sonde de la main gauche et écarte les lèvres de la main droite, j'insère la sonde mais je n'ai pas d'urine qui en ressort, j'en conclus que je ne suis pas dans la vessie mais dans le vagin. L'infirmier à ce moment-là me dit "vise vers les hauts tu auras plus de chance". En effet, je suis ressortie et ai pointé la sonde vers le haut et cette fois-ci de l'urine s'est écoulée. Le passage du méat urinaire a été ressenti par la patiente car il y a eu un geste de recul de sa part, cependant une fois insérée la patiente s'est apaisée. Lorsque ça ne s'écoulait plus, j'ai retiré la sonde, les soignants ont "relâché" la patiente. Nous nous sommes excusés auprès d'elle et l'avons félicité.

Les urines étaient très foncées mais il n'y a pas eu de globe urinaire décelé car moins de 200 ml ont été récupérés. Le comportement de la patiente n'a pas changé malgré le sondage, elle est restée confuse et agitée.

Ce soin a été très particulier à réaliser. D'une part, c'était la première fois que je le réalisais toute seule sans être accompagnée de deux autres mains qui m'aiguillent. D'autre part, le réaliser dans un contexte de refus, de contention m'a attristé. Le sondage urinaire est un soin invasif, pour la dignité de la personne, où l'on a un accès direct aux parties intimes, et on va y insérer une sonde. Dans ce contexte, respecter l'intimité et la dignité en étant quatre personnes sur elle, à la maintenir et avoir une vue sur ses parties intimes, le respect de son intimité est très altéré. Je n'étais pas à l'aise même si j'ai compris l'intérêt et l'importance du soin pour la dame sur le moment.

Plus tard, en discutant de cet événement, l'utilisation du bladderscan a été évoquée mais pour cette patiente il n'a pas été utilisé avant le soin. De plus durant mes dix semaines de stages dans ce service d'urgences je n'ai jamais vu son utilisation en ma présence.

1.2. Cheminement vers la question de départ

Cette prise en soin a été la plus difficile pour moi sur le plan du respect de mes valeurs et de ma conscience professionnelle. La surveillance clinique d'une personne âgée demande plus de rigueur et d'enquête. Ainsi leur prise en soin prend plus de temps et augmente la charge de travail que l'infirmier peut avoir dans son secteur et sa journée. Les personnes âgées présentant une démence nécessitent une prise en soin plus spécifique comparé aux autres patients que les urgences peuvent accueillir.

De ce fait, mon travail de recherche de fin d'étude va porter sur la prise en soin des personnes âgées présentant des troubles cognitifs dans un service d'urgence. Ma question de départ est la suivante : ***Dans quelle mesure la conception de l'accompagnement d'une personne âgée aux urgences permet-elle à l'infirmier d'adapter son prendre soin à un patient souffrant de troubles cognitifs ?***

J'aimerais à l'aide de ces recherches comprendre la prise en soin si spécifique, pour mon orientation professionnelle future, me questionner sur la posture infirmière dans ce service et face à une population si diversifiée.

Ainsi pour développer mon propos, je vais chercher à définir les urgences, la personnes âgées et les possibles troubles cognitifs pouvant les affecter elles et le prendre soin, et enfin l'infirmière des urgences et sa conception du prendre soin d'une personne âgée.

2. Cadre théorique :

2.1. Le prendre soin aux urgences :

2.1.1.1. Organisation :

Un service d'urgence est composé de plusieurs modules différents permettant de traiter en premier efficacement et dans un temps rapide des patients blessés ou malades. Tout d'abord, lors de son arrivée le patient doit réaliser un enregistrement administratif auprès d'une secrétaire d'accueil, indispensable pour l'identification de l'identité afin de pouvoir réaliser des examens et avoir une sécurité sur l'identité vigilance. Par la suite le patient est accueilli par un infirmier d'accueil et d'orientation (IAO), former au triage des patients en réalisant une surveillance clinique des constantes vitales (pression artérielle, fréquence cardiaque, température, saturation en oxygène et fréquence respiratoire), un questionnaire ciblé sur le motif de consultation, les antécédents médicaux, les allergies, les traitements habituels. Suite à ce recueil de données, l'IAO décide l'orientation du patient dans le service adapté. Un module de soin où sont traités les traumatismes tels que des accidents de voitures, chutes... Où la prise en soin nécessite des radios et une prise en charge rapide. Un module de soin où sont traités tout autres motifs de consultations tels que les douleurs abdominales, intoxications médicamenteuses volontaires (IMV), altérations de l'état général, alcoolisation, syndrome de sevrage, etc... La prise en soin prend plus de temps dans ce module comme il faut investiguer les causes de leur venue et dans de nombreux cas réorienter dans des services spécialisés pour une hospitalisation prolongée.

En 2018, le CHU de Rennes a enregistré près de 115 696 passages aux urgences dont 28.2% ont nécessité une hospitalisation.

2.1.2. Population accueillie :

Le service des urgences est l'un des rares services hospitaliers où les patients n'ont rien en commun à part le fait qu'ils viennent pour une urgence, quelle qu'elle soit.

Tout de même il y a peu à avoir une séparation entre les urgences pédiatriques et les urgences générales. Parlons des urgences générales, celles-ci vont accueillir du majeur à la personnes âgées, mais aussi des mineurs ayant un accord de soin signé par un parent, tuteur, référent légal.

Selon Abrar-Ahmad Zulfiqar et Emmanuel Andres (2018), dans un article traitant du sujet âgés aux urgences : *"L'admission dans le service d'accueil des urgences (SAU) est un mode d'admission hospitalière fréquent pour les patients gériatriques. Il constitue actuellement 15 à 20 % des admissions totales dans les services d'urgences."*(p.38-39)

Avec la population française qui vieillit, les personnes âgées sont aussi plus représentées dans les services d'urgences. Cela peut se comprendre par leur motif d'admission, correspondant généralement à une altération de l'état général, avec des chutes, des désorientations spatio-temporelles, trouble du comportement et le maintien à domicile difficile. Le passage aux urgences est souvent le premier pas vers l'acceptation d'aide extérieure comme l'admission en EHPAD (établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes) ou bien pour commencer des aides à domicile.

2.1.3. Fonctionnement des urgences par l'infirmier :

L'infirmière travaillant aux urgences à plusieurs casquettes. En effet, différents postes de travail sont concernés. A commencer par l'accueil, ce rôle a été créé en 1980, afin d'améliorer la gestion du flux de patients du service et améliorer la prise en soin. L'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) a un rôle décisif dans la future prise en charge du patient. D'après Adolphe Steg (1989) « *Dans accueil des urgences, chacun des deux termes est important. Si le concept "urgence", c'est-à-dire l'approche technique, médicale, est prioritaire, le concept "accueil", c'est-à-dire l'approche humaine et psychologique, est non moins importante* » (p.34-37). Une formation spécifique est nécessaire afin d'exercer à l'accueil. Les premiers instants sont décisifs pour mettre en place un climat de confiance entre les patients et les soignants mais aussi pour orienter le diagnostic futur du médecin. L'IAO ne peut renvoyer un patient sans avis médical. Ce premier accueil va permettre d'optimiser les délais de prise en charge et réaliser un tri rapide en lien avec le motif de consultation et l'évaluation des besoins du patient. Ségolène Delaby (2018), infirmière du SMUR à Paris, dans l'article *L'accueil, le premier soin aux urgences décrit* : "L'IAO est la seule personne qui échange avec tous les patients qui se présentent dans une structure des urgences." (p.34-37).

Certains outils permettent de réaliser ce tri et ce recueil de données de manière plus efficace. J'ai pu rencontrer l'utilisation de la grille FRENCH (French Emergency Nurses Classification in-Hospital triage). Celle-ci a été conçue par la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU). Cette grille classe différents motifs de recours à l'urgence comme l'ophtalmologie, la sphère ORL, stomatologie, cutanée, psychiatrique, problèmes abdominaux, génito-urinaire, gynéco-obstétriques, neurologiques ou respiratoire, ou bien la rhumatologie, la traumatologie, une intoxication. Ensuite chaque thème contient des grades pour classer le degré d'urgence allant de 1 à 5, du plus urgent au moins urgent, avec un délai d'évaluation médicale appliqué particulier.

Priorité 1, évaluation très rapide de l'IAO et une prise en charge médicale immédiate, avec une admission directe en secteur d'accueil ou de déchocage, ainsi directement installé et scopé.

Priorité 2 : évaluation de l'IAO en quelques minutes afin que le patient reçoive des soins dans un délai inférieur à 20 minutes et son arrivée en secteur doit être signalé au médecin du secteur.

Priorité 3 : généralement appliqué chez les patient nécessitant une prise en charge médicamenteuse rapidement mais où le temps n'est plus un risque. De même, l'examen médical doit être réalisé dans les 20 minutes après l'arrivée dans le secteur.

Priorité 4 : appliqué chez les patient pouvant attendre sans danger pour leur état de santé voir même qui ne nécessite pas de prise en charge médicamenteuse aux urgences.

Priorité 5 : traite des prises en charge particulières où le temps ne se définit pas..

Par exemple, une douleur abdominale avec des vomissements et constipation, ce motif d'admission serait d'une garde 2 soit une urgence avec un délai d'attente acceptable de 20 minutes

Ensuite les infirmières des secteurs de soins doivent réaliser des actions de leur rôle propre comme l'installation dans un box, recueil de données supplémentaires et prendre conscience du dossier et des actions du rôles prescrit comme la pose d'une perfusion avec une prise de sang qui est généralement demandée et faite avant la prescription. En effet, l'infirmière aux urgences peut prescrire certains soins comme la prise de sang et les électrocardiogrammes (ECG).

2.2. La personne âgée et ses caractéristiques

2.2.1. Personne âgée

L'Organisation Mondiale de la Santé [OMS] qualifie une personne d'âgée lorsque celle-ci dépasse la soixantaine. Cependant les pathologies gériatriques touchent majoritairement des personnes âgées de plus de 75 ans. En effet, Bernice Neugarten, un professeur de psychologie comportementale, durant l'année 1974, à déterminer que "la véritable entrée dans la vieillesse" se faisait à l'âge de 75 ans. Le 1er janvier 2020, 20.5% de la population française est occupée par des personnes âgées de plus de 65 ans. Cette proportion ne cesse d'augmenter.

La personne âgée est souvent associée à la dépendance. Selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques [INSEE], cette dépendance est définie comme un handicap, s'agissant "d'un état durable de la personne, qui du fait d'incapacités, a besoin d'aide pour réaliser des actes de la vie quotidienne". De nombreuses aides sont prévues afin d'y pallier. Notamment les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes [EHPAD], leur capacité d'accueil s'agrandit d'année en année afin de faire face à la demande.

D'autre part, la personne âgée est une population très hétérogène, dans le sens où sa problématique n'est pas liée à l'âge mais à son état de santé général. Il faut intégrer dans une prise en soins de nombreux facteurs extérieurs comme les comorbidités, les capacités cognitives, fonctionnelles et sociales. Ensuite, les personnes âgées sont souvent polymédiquées, comme en moyenne une personne de 65 ans est atteinte d'au moins six pathologies différentes.

2.2.2. Les troubles cognitifs

Les troubles cognitifs font partie d'une grande liste de pathologies susceptibles d'atteindre les personnes âgées. Selon François Dolveck (2013), dans un article de la revue *Soins Gériatrie*, 20 à 40% des personnes âgées accueillies pour des soins présentent des troubles cognitifs. (p.22-24)

Ces troubles sont une représentation d'un déclin cognitif, dû à une altération d'une ou plusieurs fonctions cognitives, avec pour origine neurologique, psychiatrique voir même médicamenteuse. Selon le DSM-5, un manuel de diagnostique et de statistiques des troubles mentaux : *"Un trouble neurocognitif (TNC) : une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs. Ce déclin cognitif est persistant, non expliqué par une dépression ou des troubles psychotiques, souvent associé à un changement de comportement, de personnalité"*.

Ces troubles peuvent atteindre différents domaines cognitifs comme l'attention où la personne se doit de traiter une à plusieurs informations en même temps. Les fonctions exécutives permettant de planifier, prendre des décisions et de s'adapter au monde extérieur. Les mémoires, il en existe plusieurs et chacune peuvent être atteintes. Le langage aussi peut être altéré, au niveau de l'expression verbale mais aussi de sa compréhension du langage. Les praxies et gnosies, soit le faire et les savoirs. Et enfin la cognition sociale permettant la reconnaissance des émotions chez autrui.

Ces troubles auront un impact sur la qualité de vie et des échanges sociaux de la personne.

2.2.3. La démence

La démence. Un syndrome qui altère la fonction cognitive de manière chronique et évolutive dans la majorité des cas. Dans le dictionnaire *Larousse*, la démence est associée à l'aliénation et la folie, faisant aussi référence à *"une conduite déraisonnable, insensée, extravagante"*. Cette démence ne fait pas partie d'une composante normale de vieillissement. L'OMS considère la démence comme une priorité de santé publique. En effet, toutes les trois secondes, un nouveau cas de démence est diagnostiqué dans le monde. Le nombre de personnes atteintes d'ici 2030 serait de 75 millions.

La démence est une pathologie très éprouvante pour les personnes atteintes mais aussi pour l'entourage, mais aussi les personnes de proximité qui prodiguent les soins par exemple.

D'autre part, les personnes atteinte de démence font souvent face à une discrimination. Selon l'OMS (2017), *“Ces personnes sont souvent privées de liberté et des droits fondamentaux. Par exemple, les services de gériatrie et de soins intensifs font largement usage de moyens de contraintes physiques et chimiques.”*

2.2.4. Fragilité supplémentaire

La fragilité de la personne âgée, un terme décrit pour la première fois avec la loi du 29 janvier 1996, traitant du développement des services aux personnes. Avant cette loi, le terme de vulnérabilité était employé.

Dans un contexte de prise en soin, la personne âgée peut faire l'objet d'une investigation différente que d'un autre patient plus jeune. En effet, il existe des outils pouvant aider le soignant à déterminer le degré de “fragilité” du patient. Du terme *FRAILITY*, signifiant l'accumulation de pleins de plus ou moins grands problèmes de santé, causant un équilibre précaire. C'est cet équilibre qui crée une fragilité. La repérer permet de prévenir la survenue d'événements défavorables pour le sujet âgé.

Selon la Haute Autorité de santé [HAS], il existe dans la littérature deux modèles de fragilité. Un modèle où la fragilité est dite “fonctionnelle” de Fried évoquant le concept de la sarcopénie et qu'un déclin cumulatif des systèmes physiologiques augmente le risque de chutes et les conséquences qui peuvent s'en suivre (hospitalisations, déclin fonctionnel). Et le modèle fondé traitant de la fragilité multidimensionnelle prenant elle en compte des facteurs sociaux, environnementaux et cognitifs. De nombreuses définitions existent pour expliciter la notion de fragilité. Certaines plus récentes décrivent “la fragilité comme non pas seulement une accélération du processus du vieillissement avec de nombreuses co-morbidités, mais devient une entité pour décrire une situation instable que l'on tente de définir sur des bases physiques, biologiques, psychologiques, environnementales, économiques et sociales, sans d'ailleurs que ces différentes approches soient exclusivement ni qu'elles se rejoignent”, (*Pr François BLanchard, 2004, p.11*)

Il existe des outils d'investigation permettant de mettre en lumière ces fragilités comme l'EGS (Evaluation Gériatrique Standardisée), référence de l'évaluation de la personne âgée. Un processus permettant à une équipe soignante de diagnostiquer de manière multidimensionnelle et interdisciplinaire la fragilité du sujet âgé, ainsi orienté vers les problèmes médicaux, les capacités psychosociales et fonctionnelles de celui-ci. Pour pouvoir mettre en place le plus efficacement

possible un projet de traitement de suivi adapté sur une longue durée. A l'aide d'une approche clinique, soit la surveillance de la nutrition, une évaluation des capacités fonctionnelles, de la mobilité de la personne, sa fonction mentale, ses troubles sensoriels, la polymédication et enfin les ressources et environnement de la personne âgée.

De plus selon la Haute Autorité de Santé [HAS], 2013 :

Le repérage de la fragilité permet de prédire le risque de perte d'autonomie, de chutes, d'institutionnalisation, de décès et d'hospitalisation dans un délai de 1 à 3 ans.

Le repérage de la fragilité est la première étape d'une séquence comprenant l'évaluation globale de la personne et la planification d'interventions de prévention formalisées dans un plan personnalisé de soins (PPS).

Le repérage de la fragilité ne s'adresse pas aux patients atteints d'une pathologie sévère source de perte d'autonomie (démences, dépression sévère, AVC, insuffisance cardiaque, Parkinson, etc.) pour lesquels la réalisation directe d'une EGS (Evaluation Gériatrique Standardisée) paraît préférable, compte tenu de la valeur prédictive négative insuffisante des outils de repérage dans ce cas"

2.2.5. La personne âgée prise en soin aux urgences

La population âgée correspond à plus de 20% de la population admise dans un service d'urgence. Selon une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques [DRESS], 2017: *"L'admission en service d'urgences survient la plupart du temps à la suite d'un état de crise ayant pour origine des causes médicales mais également sociales (isolement social, manque de ressources, perte de mobilité...)"*.

Ainsi il est nécessaire, dès leur admission de faire l'investigation de leur fragilité supplémentaire. Pour cela, une démarche de recherche à été créée spécifiquement pour le services des urgences. La grille SEGA (Sommaire d'Évaluation du profil Gériatrique à l'Admission aux urgences) (confer annexe III). Cette grille évalue le concept de fragilité avec une approche multidimensionnelle, soit la thymie, le physique, la cognition et les comorbidités associées, mais aussi en lien avec les facteurs de risque du déclin fonctionnelle. Très proche de l'EGS (Evaluation Gériatrique Standardisée). Notée sur un score de 26 points, avec un score inférieur à 8, la personne est considérée peu fragile, jusqu'à 11 la personne est dite fragile, au-delà de 11 celle-ci est très fragile.

De plus, dans l'article *Prise en charge des personnes âgées aux urgences*, de la revue *Soins gériatriques*, écrit par Laurence Arrouy, Flavie Jacquemet et Erwan Daumont (2017), il est dit je cite

Au cours de leur passage dans les SAU, les personnes âgées présentent des risques de décompensation pouvant entraîner l'installation ou l'aggravation d'une dépendance difficilement réversible. Chez ces patients fragiles, une perte de repères, comme peut l'être un passage aux urgences, peut provoquer un déséquilibre entre les éléments somatiques, psychiques et sociaux. Dans les 3 mois qui suivent un passage aux urgences, la perte d'autonomie fonctionnelle peut concerner 10 à 45 % des sujets et le risque de décès est d'environ 10 %. Il est donc nécessaire de tout mettre en œuvre pour préserver l'autonomie fonctionnelle de ces patients.

Il faut être attentif aux problèmes récurrents du passage des personnes âgées aux urgences : sujets fragiles et polypathologiques avec des réserves physiologiques basses, attente, isolement, perte de repères, bruit, inconfort, décubitus, manque d'intimité, le tout pouvant conduire à une perte d'autonomie au décours.(p.47-48)

Le passage dans un service d'urgence pour le sujet âgé n'est pas une étape dénuée de sens. Ces admissions sont les premiers signes de dépendance menant parfois au souhait de l'institutionnalisation.

Ce service d'urgence n'est malheureusement pas un lieu adapté pour ces personnes âgées, d'autant plus lorsqu'elles présentent une dépendance, des troubles cognitifs voire une démence. C'est un service où le manque d'espace, de temps et d'attention. Cela peut se faire ressentir et impacter le temps accordé à cette population demandant parfois plus d'attention.

En effet, plusieurs risques sont à prévenir chez le sujet âgé comme la chute, ainsi être présent pour les déplacements et s'assurer au préalable des capacités de la personne est essentiel. Une conséquence du vieillissement peut être l'incontinence, des soins d'hygiène sont donc aussi à prévoir, mais tout en respectant leur intimité et dignité essentielle pour ces soins.

2.3. L'infirmier dans son prendre soin

2.3.1. L'infirmière aux urgences

Et la place de l'infirmier là dedans. L'infirmier est un acteur de santé, réalisant des soins afin de maintenir ou restaurer la santé d'une personne malade. Les actions de l'infirmier sont la surveillance de l'état général des patients et la coordination des soins de l'entrée à l'hôpital jusqu'à

leur sortie, mais aussi des entretiens avec les patients et leur familles, l'éducation thérapeutique, la préparation et distribution des médicaments... Régit par deux rôles, le rôle propre qui fait référence à ses compétences, ses initiatives et le rôle prescrit correspondant aux soins réalisés sous ordre de la prescription d'un médecin.

Dans le cadre du contexte des urgences, un infirmier doit pour y travailler avoir un minimum d'ancienneté et par la suite évoluer dans chaque module des urgences après une formation. En France, il n'existe pas de spécialisation à la médecine d'urgence pour le domaine infirmier contrairement à d'autres pays d'Europe et cela manque sûrement. Selon la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), (Juin 2008): *"Il existe un décalage entre ce qu'une infirmière débutante est capable de réaliser et ce que l'on attend d'elle dans un service de Médecine d'Urgence. Les formations post-DE sont, non seulement facultatives et peu accessibles, mais aussi hétérogènes et sans véritables reconnaissances des tutelles et des institutions."*(p.5)

Le contexte de l'urgence implique des variables non maîtrisables, comme les degrés de gravité des patients à leur admission, le flux aléatoire de patients quotidiennement. Tout ceci complique les prises en soins. Cette complexité et diversité n'est pas acquise en sortie du DE (diplôme d'État). L'infirmier aux urgences est en alliance étroite avec le médecin, premier visage soignant que les patients rencontreront dans la majorité des prises en soins. Premier oeil clinique sur le patient, contribuant ainsi aux premières mesures diagnostiques et thérapeutiques.

Selon la SFMU, les qualités principales d'un infirmier aux urgences devraient être la polyvalence, la transversalité et la réactivité.

"L'urgence est autre, et telle, qu'elle renvoie en fait à ce qui pourrait sembler incompatible avec elle : la patience" (Sylvie Germain, 1994, cité par Nicole Aubert, 2003, p.10). La patience est une qualité majeure pour travailler dans un service où le temps est compté et où il faudrait même savoir l'arrêter.

2.3.2. Concept du prendre soin

Le prendre soin, un concept présent dans chaque moment de la prise en charge infirmière. Selon Walter HESBEEN (1997), décrit le prendre soin comme "porter une attention particulière à une personne qui vit une situation de soins qui lui est particulière, et ce dans un but de contribuer à son bien être, à son autonomie". L'infirmier, pour prendre soin, ne doit pas qu'apporter des soins techniques, mais le soin passe aussi par la relation, le toucher, l'écoute...

Selon le Code de la Santé publique, article R. 4311-2 : “les soins infirmiers, préventif, curatifs ou palliatifs, intègrent une qualité technique et qualité des relations avec le malade.”

Ainsi, le prendre soin infirmier englobe plusieurs dimensions, qu’elles soient éducatives, préventives, curatives, palliatives ou de maintenance c'est-à-dire maintenir l’état du patient en réponse à ses besoins fondamentaux.

La prise en charge de la douleur est l’une des principales mission de l’infirmière, d’après Benhamou-Jantelet (2012) la douleur est définie par l’International Association for the Study of Pain (IASP) comme « une expérience sensorielle et émotionnel désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d’une telle lésion ». La douleur peut être due aux pathologies mais aussi aux soins.

2.3.3. Adaptation de l’infirmier dans son prendre soin

La personne âgée est un patient qui demande plus de temps, d’attention. Les urgences sont un service où le temps est compté et l’attention portée aux patients doit être répartie de manière équitable pour ne pas passer à côté d’un diagnostic. Ainsi, la prise en soin d’une personne âgée aux urgences complique l’organisation de l’infirmière, afin qu’elle prévoit, dans son planning aléatoire et toujours en perpétuelle évolution, des temps pour écouter, rassurer et prodiguer des soins de nursing. Ces soins sont majoritairement prodigués aux personnes âgées dépendantes, ne pouvant plus exercer par eux même leurs soins d’hygiène. La collaboration avec l’équipe, et particulièrement avec l’aide soignante, est primordiale dans cette prise en charge. En effet, l’aide soignante comme dans beaucoup de services est au plus près du patient et du fait de cette relation de proximité, détient des informations favorable à la prise en soin et au diagnostic qui sera posé par le médecin.

Le Service des urgences peut avoir des répercussions sur la personne âgée soignée. Ainsi le rôle de l’infirmier sera de limiter ces impacts en assurant leur autonomie dans le service, en limitant les temps d'attente et l’isolement. Il est vrai qu’un patient aux urgences peut attendre sur son brancard des heures avant d’avoir un examen complémentaire. Cette attente peut se faire dans un box ou alors dans le couloir entouré d’autres patients qui parfois peuvent surprendre les plus fragiles. De ce fait, la perte de repères et les bruits perturbent nos aînés. L’infirmier doit penser à tout cela, sans en oublier les autres patients, les consignes des médecins, répondre au téléphone, gérer les transferts des patients. Ne pas oublier la fragilité de la personne âgée dans l’accumulation de la charge de travail et l’univers de l’urgence.

3. Dispositif méthodologique du recueil de données

Après avoir lu, décortiqué et explicité des articles, maintenant il faut découvrir la réalité du terrain en questionnant les professionnels. Ainsi, j'ai eu l'occasion de m'entretenir avec deux infirmiers travaillant aux Urgences adultes.

J'ai souhaité orienter ces entretiens vers une mise en forme semi-directive. A l'aide d'un guide d'entretien, j'ai pu guider mes interlocuteurs dans leurs questionnements tout en laissant leur liberté de réponse. Si toutefois, les réponses ne correspondaient pas à ce que j'entendais par ma question posée, j'avais toujours la possibilité d'aiguiller et reformuler afin de faciliter la compréhension.

Ces entretiens devaient me permettre d'explorer chaque mot clé explicité dans la première partie. Pour cela, j'ai posé mes questions dans le même ordre chronologique, permettant d'affiner les réponses sur la prise en charge d'une personne âgée avec des troubles cognitifs ou démente aux urgences. Au delà des questions, j'ai choisi d'interviewer deux infirmiers qui travaillent aux urgences mais avec un parcours professionnel différents, une ancienneté différente et de sexe différent. J'ai eu l'occasion, durant mon stage du semestre cinq, de travailler et d'apprendre avec eux, ce fût une des raisons pour lesquelles j'ai choisi de m'adresser à eux en premier temps.

Afin de prendre contact avec les infirmiers des urgences, j'ai choisi d'envoyer un mail, à la cadre de santé du service, expliquant mon sujet de travail de fin d'études et les possibilités de rencontres, en présentiel ou distanciel, en vue du contexte sanitaire. Mon mail a été transféré à tous les infirmiers des urgences. Cependant je n'ai pas eu de réponses. Lors du transfert de ce mail, j'ai eu accès à toutes les adresses mail de ces professionnels. En ciblant cinq infirmiers avec qui j'avais eu l'occasion de travailler et en connaissant qui serait apte à m'offrir de leur temps, j'ai décidé d'envoyer un mail personnalisé à chacun. De là, j'ai eu une réponse positive. Par mail, nous avons échangé sur les modalités pour se rencontrer. C'est en me déplaçant sur place, dans le service des urgences que j'ai pu réaliser mon premier entretien.

Cet entretien s'est déroulé auprès d'un infirmier, qui a près de vingt ans d'expérience dans le métier. Un parcours professionnel très diversifié et qui a longtemps été orienté vers les enfants. Travaillant aux urgences depuis trois ans. Également infirmier sapeur pompier volontaire, l'univers des urgences est maîtrisé et exploré sous plusieurs angles. Nous nous sommes installés dans un bureau du SMUR, disposé dans l'accueil des urgences. L'infirmier n'avait qu'une vingtaine de minutes à m'accorder donc nous nous y sommes directement mis. En demandant l'accord d'enregistrer la conversation pour la retranscription future, j'ai introduit l'entretien, son objectif et la présentation de mes questions qui

auront permis de guider mon interlocuteur. Nous avons échangé sur mon sujet durant quinze minutes avec un débit de paroles rapides, ce fut un échange très constructif.

Pour réaliser un deuxième entretien je n'avais pas reçu de nouvelles réponses à mon mail. Connaissant une amie étant à ce moment en stage aux urgences, je lui ai demandé d'interpeller une infirmière précisément afin d'avoir son retour. Ce matin même, l'infirmière m'avait répondu par mail et a accepté d'échanger avec moi sur mon sujet. Jeune infirmière, d'autant plus aux urgences, venir sur son temps de travail n'aurait pas été faisable. Ainsi, j'ai organisé une rencontre par écran interposé. Le contexte sanitaire m'a habitué à l'utilisation des logiciels de visioconférence. Le moment de l'entretien s'est déroulé dans les mêmes conditions que le premier, avant la demande d'accord pour l'enregistrement de l'échange, l'objectif de mon entretien et la présentation des questions comme fil conducteur. La discussion a duré une vingtaine de minutes. J'ai apprécié avoir retenu des concordances avec le premier entretien mais aussi l'apport d'exemples concrets qui ont rajouté un plus à ma compréhension.

Je n'avais pas pu tester mon guide d'entretien sur une personne lambda. Je ne savais pas s'il serait efficace et c'était une de mes craintes. A la suite des entretiens, je suis rassurée. C'étaient de véritables échanges et non des questions réponses, les questions ouvertes ont aidé à cela. Ma deuxième crainte était sur l'entretien en visioconférence, je fais l'expérience durant ma formation de la différence des échanges qui peuvent être moins constructifs lorsque nous sommes pas dans la même pièce pour discuter. L'infirmière a su s'adapter et nous permettre d'avoir un bel échange.

4. Analyse descriptive des entretiens :

La prise en charge des personnes âgées aux urgences est compliquée par le patient lui-même, qui peut présenter de nombreuses caractéristiques amenant à des difficultés supplémentaires. En effet, ceux-ci ont "le droit de vieillir", menant à de la dépendance, de la démence, accompagnée d'antécédents se rajoutant à leur problème de consultation.

Les urgences elles-mêmes sont aussi source de difficultés. Le manque de temps est évoqué de nombreuses fois, combiné avec la charge de travail, le volume, le flux de patients circulants, cela pousse l'infirmier à me dire "aux urgences ce n'est pas facile de faire des prises en charge de ces patients-là". D'autre part, "l'inconfort" est aussi mis en avant, du fait des locaux, du brancard, de l'environnement. Mais aussi en raison des soins effectués, la pose d'une voie veineuse périphérique est un soin très souvent réalisé et dès l'arrivée du patient aux urgences et ce soin est "intrusif". Au-delà, les soignants se sentent "impuissants" face aux conditions d'accueil, d'accompagnement et de soins pour certains patients, où ces conditions peuvent être considérées comme inadaptées.

La prise en charge de ces patients, des personnes âgées présentant une démence ou des troubles cognitifs, se complique davantage par le manque de moyens, l'infirmier interrogé met en avant les dossiers transmis par les institutions types EHPAD. Ces dossiers sont surchargés d'informations, réparties sur des dizaines de pages et une fois pris par le temps les infirmiers d'accueil et d'orientation (IAO) des urgences ne peuvent prendre le temps de lire chaque ligne afin de trouver l'information qui leur sera utile. Ainsi entraînant une méconnaissance du patient, et de son moyen de communication.

La communication est l'élément principal qui favorise cette prise en charge. Évoqué à de nombreuses reprises, l'accent est mis sur l'échange, l'explication mais aussi sur le non verbal. Enfin, pour ces patients qui nécessitent un cadre rassurant, généralement, ils sont accompagnés par un proche, cela permet d'enlever une charge de travail liée à la surveillance du patient et ainsi mieux se concentrer sur le problème somatique de consultation.

Lors du deuxième entretien, la personne âgée adressée aux urgences à de nombreuses caractéristiques liées à ses motifs de consultations. Celles-ci peuvent venir pour une chute, un maintien à domicile difficile, une altération de l'état général... La "fragilité" de la personne âgée est évoquée, en effet étant donné ses troubles cognitifs, les chutes ou ses pathologies "vraiment variées", influant sur la personne et sa prise en charge.

De même, les urgences et ses conséquences sont explicitées. Les "boxs", les salles d'examen seraient aussi source de difficultés, du fait de changer d'endroits les patients, les faire passer d'un lieu fermé et coupé du bruit extérieur, au couloir où nombre patient se situent et peuvent montrer aussi leur

difficultés à tenir en place. Cela entraîne un sentiment de “ne pas se retrouver dans son élément”. D’autre part, le manque de temps est évoqué à de nombreuses reprises, car “il faut prendre le temps” mais “il faut que se soit rapide à faire”. Le temps est manquant et source de joie périphérique est aussi évoquée. Jusqu’à même être réalisé dans la force et la contrainte. L’infirmière a évoqué le fait que de poser une perfusion à un patient pouvait dès lors créer une désorientation.

“Le refus de soins”, “les actes de violences des personnes âgées”, dû aux troubles cognitifs, des pathologies psychiatriques sont coutumes aux urgences. Cependant la prise en charge de ces patients peut être améliorée avec une bonne communication qu’elle soit avec le patient mais aussi au sein de l’équipe. C’est -à -dire “demander au médecin la nécessité de faire tel soin à tel patient”, ainsi effectuer une balance bénéfice-risque. Pour le dialogue avec le patient, c’est en se présentant, en expliquant et en rassurant que l’infirmier va “apaiser” l’échange et le patient par conséquent. En lien avec les violences mais aussi avec le risque de chute, l’infirmière m’a interpellé sur l’utilisation des contentions ventrales, mais aussi de la mise en systématique des barrières sur le brancard, qui est doit être effectuée sous prescription médicale comme elle me l’a précisé. D’autre part, l’accompagnement par un proche a aussi été évoqué, amenant également son bénéfice pour l’équipe soignante et le patient qui sera surveillé et en conséquence rester dans son brancard, “moins de risque”. “La prise en charge est différente”, l’infirmière met l’accent sur l’attention sur le patient qui va être accentué par l’équipe. Celle-ci est avertie par l’IAO lorsqu’un patient montre des signes de fragilité et nécessite une surveillance plus rapprochée.

5. Discussion

Dans cette partie, je vais confronter le résultat de mes entretiens avec les recherches théoriques préalablement décrites. J'entreprend cette démarche afin de répondre à ma question de départ qui est **«Dans quelle mesure la conception de l'accompagnement d'une personne âgée aux urgences permet-elle à l'infirmier d'adapter son prendre soin à un patient souffrant de troubles cognitifs ?»**.

5.1. Conception de la personne âgée, de ses troubles cognitifs :

Tout d'abord, la population accueillie aux urgences est fortement incarnée par les personnes âgées. Au cours de mon stage professionnel de dix semaines, j'ai eu l'occasion de l'apercevoir et y repérer les difficultés de prise en soin. La personne âgée est une population vulnérable, le service des urgences est un environnement compliqué avec ses contraintes. Ainsi la prise en soin dans ce contexte est différente et spécifique à chaque patient.

Durant les entretiens, de même les infirmiers ont défini cette population avec de nombreuses pathologies variées pouvant apporter des contraintes à cette prise en soin.

Plus précisément avec les troubles cognitifs. Les troubles cognitifs apportent bel et bien des désavantages à la prise en soin. Pouvant amener à des soins ressentis comme violents pour le patient mais aussi pour l'équipe soignante.

Au cours de mes recherches, j'ai découvert des grilles d'analyse permettant de coter le degré de fragilité des personnes âgées, certaines adaptées au service des urgences. J'ai eu l'occasion d'explicitier ces grilles lors de mes entretiens, qui étaient inconnues pour ces deux infirmiers. D'une part, la notion de fragilité n'était pas un concept connu des deux infirmiers, du moins il a pu être confondu avec le terme de vulnérabilité. Le dictionnaire Larousse définit la vulnérabilité comme quelqu'un "qui est exposé aux atteintes d'une maladie", or la fragilité prend en compte toutes les sphères qui composent une personne, de sa santé à sa situation économique, sociale et environnementale. L'infirmier d'accueil et d'orientation va repérer certains indices révélant un risque de chute, une désorientation temporo-spatiale, mais les éléments de la vie quotidienne seront plus difficiles à recevoir. Ces informations seront soit à explorer auprès de la personne soit à rechercher dans les documents transmis, mais le temps joue contre cette investigation dans le service des urgences. Alors si les infirmiers manquent déjà de temps pour rechercher des informations auprès de la personne ou dans les dossiers, auraient-ils le temps de réaliser un énième questionnaire lors de l'admission ? Au moment des entretiens, le temps est la condition majorant les difficultés de prise en soin.

5.2. L'accompagnement de ces personnes âgées, la prise en soin

Une bonne prise en soin commence dès l'accueil. En effet, lors des entretiens, les infirmiers me confirmeront les propos des auteurs. L'infirmière d'accueil et d'orientation est le premier visage de la prise en soin. Seule elle verra tous les patients et a la responsabilité de transmettre les informations nécessaires pour la suite de la prise en soin

Dès l'accueil, l'infirmier, qui admet la personne âgée dans le service, cherche les signes de vulnérabilité pouvant être intéressant à transmettre lors du passage dans un autre module. Cette recherche se fait par le biais de questions, de l'examen clinique et d'observations. Elle peut être complétée par des documents externes, provenant de l'institution où réside le patient ou alors du médecin traitant qui envoie le patient aux urgences. Ces documents externes sont généralement trop riches pour une lecture efficace, ce sentiment m'a été décrit à plusieurs reprises durant les entretiens. Du fait de mon expérience, j'ai en effet pu me perdre dans toutes ces pages explicatives pour trouver l'information utile pour la prise en soin dans le service des urgences.

5.2.1. Communication

Dans la prise en soin de la personne âgée, particulièrement quand celle-ci montre des signes de fragilité, la communication est la clé pour améliorer la prise en soin. Tout d'abord une communication dans l'équipe soignante. Une équipe soignante dans un service d'urgence doit être en capacité de transmettre les informations essentielles pour la prise en soin des patients. Dans le cadre de la personne âgée, transmettre à l'équipe l'entrée du patient dans le secteur, de son risque de chute accrue, de sa désorientation. Cela incitera l'équipe soignante à avoir une surveillance rapprochée.

D'autre part, la communication lors du soin avec la personne soignée. Lors des entretiens, la désorientation des personnes âgées a été évoquée et une des actions qui l'améliore était l'échange verbal ou non verbale qui se faisait lors des soins. La communication est définie par le Larousse comme " l'action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse". Or la communication peut aussi être non verbale voir para-verbale. Un professeur de psychologie, Pr Mehrabian, a créé la règle des "3V". Ainsi une répartition entre la communication Verbale, Vocale et Visuelle a été réalisée. L'intonation de notre voix contribue à la compréhension du message qui veut être exprimé, de même pour les expressions du visage et le langage corporel. Lors d'une prise en soin d'une personne âgée, avec des troubles cognitifs, la communication va permettre d'écouter et de rassurer le patient. Un contact physique comme une main posée peut faciliter les soins. Lors des entretiens le terme de douceur est apparu. La douceur est une qualité morale qui porte à ne pas

heurter autrui de front, à être patient, conciliant, affectueux (Dictionnaire Le Robert, 1994). La douceur peut passer par le timbre de voix, des gestes calmes et une sérénité de la part du soignant.

De la douceur pour limiter la douleur du soin induit. La prise en charge de la douleur fait partie des devoirs de l'infirmière. L'observation clinique de l'infirmière va être essentielle dans cette recherche de la douleur. En effet, si la communication est altérée, savoir repérer les positions antalgiques, les expressions de faciès de la douleur, permet à l'infirmier d'agir et contribuer au confort du patient. Dans cette optique, des échelles d'évaluation de la douleur sont employées. En effet, selon l'association Doloplus : "L'échelle ALGOPLUS a été spécifiquement développée pour évaluer et permettre la prise en charge des douleurs aiguës chez un patient âgé pour tous les cas où une auto évaluation fiable n'est absolument pas praticable (troubles de la communication verbale)." Cette échelle a pour item l'évaluation du visage, du regard, des plaintes, du corps et du comportement. L'évaluation de la douleur se réalise grâce au regard que l'on pose sur le patient et ce que l'on va observer.

5.2.2. Limites dans la conception de l'accompagnement infirmier

La question de l'environnement dans lequel est soigné la personne âgée est aussi une problématique relevée par les infirmiers mais aussi par les auteurs. Des locaux bruyants, des brancards inconfortables installés dans les couloirs, des infrastructures inadaptées... Une personne âgée avec des troubles cognitifs, où le risque de chute est accentué, qui ne tient pas en place et souhaite par tous les moyens sortir de son brancard malgré son incapacité de marcher ou autre, est une source de danger. Faut-il l'installer seule dans une salle d'examen ou dans le couloir ? La salle d'examen permet au patient d'être dans une pièce isolée de ce qui peut se passer dans le service, pouvant même apaiser le patient. Mais cela veut aussi dire que la salle d'examen est fermée et malgré des passages réguliers, il n'y a pas de surveillance rapprochée et une mise en danger du patient. Le couloir n'est pas confortable pour les patients, entre les allers-venus, le bruit et les changements de place constants, cependant cette fois-ci le patient est plus régulièrement visible par les soignants.

Il faut savoir jouer avec l'organisation du service pour assurer la sécurité et le confort de chaque patient. Ici la notion de la conception de l'accompagnement de la personne âgée avec des troubles cognitifs ressort. Lors d'une abondance de patients dans un service des urgences, les places en salles d'examens sont peu nombreuses et le placement d'un patient dedans se réalisera en fonction de certains critères. Les personnes les moins fragiles et plus aptes à tolérer les désagréments des couloirs y seront installées. Ainsi, la personne âgée est majoritairement installée en priorité dans ces salles afin de leur offrir le calme nécessaire pour leur bien-être.

Concernant les soins réalisés aux urgences, un soin est récurrent. La pose d'une voie veineuse périphérique ou un prélèvement sanguin est fréquemment revenue lors des entretiens. Afin d'élaborer un diagnostic, le corps médical nécessite un bilan de la biologie sanguine, permettant d'attester une hypothèse médicale. Cependant, un des infirmiers m'a confirmé, que certaines personnes âgées, vivant en établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante, lorsqu'elles sont accueillies aux urgences, le bilan sanguin et donc la pose d'une voie veineuse périphérique peut être le seul soin qui leur sera offert. La prise de sang confirmera celle de l'institution et seul un changement de prescription médicale sera effectué.

Cette prise en charge, ce soin est-il effectué de manière trop systématique ? Le questionnement de la balance bénéfico-risque est-il toujours soulevé ? Dans le contexte précédemment cité, la prise de sang devient un soin inadapté. Si celle-ci a déjà été effectuée il y a peu et que les résultats ont été transmis, le médecin peut s'y référer. Faut-il une biologie sanguine récente, de l'heure à laquelle la prescription médicale va être créée ? Une pose de voie veineuse périphérique peut être un soin où la douleur est induite et qui est intrusif.

5.3. Apports professionnels

La personne âgée est la population la plus représentée dans les services hospitaliers. Les urgences d'un centre hospitalier sont un lieu où l'accompagnement dans la prise en soin des patients est différent. Le temps passé dans le service est très court. Le personnel soignant ne connaît pas les patients en comparaison avec un service de médecine ou de chirurgie. Il n'y a pas de suivi ou très peu, lorsque la pathologie est diagnostiquée le traitement est donné ou le patient est transféré pour une hospitalisation. Ainsi, la vigilance est de mise dans un tel service, chaque membre du personnel soignant doit être en capacité de supporter la charge de travail dans le temps qui leur ait imparti. Faire des liens rapidement et les transmettre.

Dans le cadre spécifique de la personne âgée, il est nécessaire de connaître les pathologies récurrentes qui s'associent à la vieillesse. Les infirmiers des urgences se doivent d'analyser ces patients et être à l'affût de chaque signes évoquant une dégradation, une fragilité supplémentaire. C'est pour cela que l'on peut définir la prise en soin d'une personne âgée comme spécifique si l'on compare avec la prise en soin d'une personne plus jeune ne présentant pas ces fragilités. L'infirmier des urgences doit présenter une adaptabilité à toutes circonstances et tous patients. L'accompagnement dans le soin est un soin à part entière dans le circuit du patient aux urgences.

Durant mon stage professionnel dans un service des urgences, j'ai rencontré les difficultés exposées par les auteurs et les professionnels de santé. La notion de l'urgence prend son sens lorsque les soins

à prodiguer deviennent vital et le temps qui passe une difficulté supplémentaire. L'accompagnement et une prise en charge rapide et efficace peuvent-ils se compléter ? Le métier d'infirmier à pour but d'aider, de soigner et si possible conduire à la guérison. Un métier humain où une vision holistique des personnes rencontrées amène les infirmiers à prendre en considération la personne, l'humain qui se présente et qui est vulnérable, à la recherche d'une aide. Ainsi, la qualité première nécessaire à un infirmier des urgences est son positionnement professionnel tout en restant empathique envers la personne soignée. La charge de travail peut être tellement intense que les patients pourraient en être oubliés malheureusement.

Les personnes âgées sont la population de patients que j'ai le plus rencontré au cours de mes expériences professionnelles. Du fait de leur âge, ces patients peuvent particulièrement m'émouvoir, de leur histoire de vie ou seulement dû aux problèmes qu'ils peuvent rencontrer, qu'ils soient liés à leur santé, leur famille...

Mon approche pour le soin peut être aussi différente. En effet, lorsque la compréhension est compliquée comme lorsque l'ouïe n'est plus efficace, d'autant plus avec les conditions sanitaires actuelles où le masque chirurgical diminue les capacités de se faire comprendre en lisant sur les lèvres. Le contact physique ou visuel, la communication verbale ou non verbale va permettre d'entrer dans le soin, de l'expliquer et d'avoir le consentement du patient pour sa réalisation. Aux urgences, la prise de constantes telles que la pression artérielle, le pouls et la température sont des examens récurrents. Lorsque le patient est perturbé, désorienté dans le temps et l'espace avec un environnement bruyant, venir réaliser ces examens peut être intrusif. La notion de l'espace, lors d'un échange, d'une prise de contact, il est nécessaire de respecter l'espace entre les deux interlocuteurs. Lors d'une prise de la pression artérielle, il faut se rapprocher du corps du patient, quitte à le toucher afin d'installer le brassard. Espace intime d'une personne est décrite entre 15 cm à 45 cm autour d'elle. Rentrer dans cet espace sans amorcer le soin peut causer des énervements, des refus ou même une agitation. A l'hôpital des soins sont effectués mais il est fondamental de recueillir l'accord du patient avant de les réaliser.

Le soin peut être refusé, dans ce cas là, la communication dans l'équipe est indispensable. Échanger avec le médecin afin d'avoir toutes les explications du soin, son intérêt, son importance, son déroulement et ainsi apporter les éclaircissements demandés par les patients.

L'isolement des personnes âgées dans notre société actuelle est aussi une cause qui m'affecte. Avant d'entrer dans le milieu de la santé je ne m'étais jamais demandé où vivaient ces personnes, certes il y a des institutions comme les EHPAD, mais financièrement elles ont un coût. Aujourd'hui de nombreuses personnes âgées, sans familles, sans moyens financiers vivent seules à leur domicile, qui

peut ne plus être adapté avec des marches, des tapis, des décorations encombrantes, et ainsi causant les premiers accidents domestiques les amenant aux urgences. Une fois seulement enregistré dans un service hospitalier les aides d'accompagnement à domicile ou les démarches pour des établissements d'hébergement peuvent être entamées. L'accident doit être provoqué pour pouvoir ensuite aider ces personnes.

La place de la personne âgée qui devient dépendante, qui a des troubles cognitifs ou bien qui est fatiguée est-elle aux urgences ? Les services d'urgences adultes en France sont-ils adaptés à cette prise en charge particulière ?

Ma question de départ pour cette initiation à la recherche était **«Dans quelle mesure la conception de l'accompagnement d'une personne âgée aux urgences permet-elle à l'infirmier d'adapter son prendre soin à un patient souffrant de troubles cognitifs ?»**. Suite aux éléments de réponse, l'infirmier est en constante réflexivité entre la population hétérogène accueillie, les prises soins variées et la pression du temps. La place de la personne âgée y est difficile, d'autant plus lorsqu'elle présente des troubles cognitifs. C'est sur cette notion de place que j'apprécierai continuer mes recherches. Les urgences sont un service avec des contraintes qui impactent l'humeur des patients. Une personne âgée avec des fragilités, qui ne nécessite pas de soins techniques vitaux, présentée aux urgences pour une altération de l'état général, a-t-elle sa place aux urgences, d'attendre des heures afin d'avoir une rencontre avec un médecin et une prise de sang ? Ces examens peuvent-ils être prodigués dans de meilleures conditions comme au domicile ou dans l'institution d'hébergement. Comment pourrions-nous améliorer l'accompagnement des personnes âgées, dans un contexte d'urgence, lorsque des fragilités ajoutées compliquent la prise en soin ?

6. Conclusion :

Ce travail d'initiation à la recherche a pour but d'explorer notre analyse de la pratique professionnelle afin d'entamer nos débuts en tant qu'infirmier avec un positionnement professionnel. Durant ces trois années de formation, mes idées et mon jugement sur le métier ont bien évolué. Cet écrit de fin d'étude a une valeur d'aboutissement de mes études mais aussi d'ouverture sur l'amélioration de soi et de ma pratique professionnelle.

Depuis des années je suis attirée par le domaine de l'urgence et de l'interventionnel. Je suis très reconnaissante d'avoir expérimenté le métier d'infirmier dans un service d'urgence durant mon début de troisième année de la formation. Ce stage n'a fait que confirmer mon ressenti et mon envie d'y travailler plus tard. Ainsi, je souhaitais explorer le domaine de la recherche dans cet univers de l'urgence. De ce fait les réponses obtenues me seraient d'autant plus utiles lors d'une prise de poste dans ce service même si elles sont exploitables dans tous les services hospitaliers. D'autre part, la personne âgée est la catégorie de patient que l'on rencontre le plus fréquemment dans tous les services hospitaliers adultes. Je porte ainsi un intérêt particulier à cette population car les personnes âgées sont celles qui ont construit le monde d'aujourd'hui et c'est à nous de prendre le relais. J'apprécie particulièrement échanger avec elles, leurs histoires de vie sont généralement très attrayantes.

Pendant mon stage aux urgences, la majorité des prises en soins était celle de personnes âgées. Ma situation d'appel a été l'élément déclencheur pour mon processus de recherche sur la conception de la prise en soin d'une personne âgée et particulièrement lorsqu'elles présentent des troubles cognitifs. L'infirmier a un rôle majeur dans le bien être des patients dans ce service si spécifique et contraignant.

L'exploration du cadre théorique m'a permis de cadrer mon sujet et de définir les notions essentielles à la compréhension de mon thème. A la suite, des entretiens avec deux infirmiers des urgences ont été révélateurs sur les conditions de travail et de prise en charge des patients. Mais aussi sur le cheminement de pensée des infirmiers, leurs visions du métier en lien avec le service des urgences.

L'infirmier, particulièrement aux urgences comme le suivi des patients est moins encadré, se doit de connaître la catégorie de patients qu'il accueille et les risques qui leurs sont associés. L'infirmier aux urgences est multi casquettes où sa prise en soin sera spécifique à chaque patient tout en accordant la même qualité de soin. Le travail d'équipe y est primordial afin d'assurer la sécurité du patient et la fiabilité des informations transmises. Sur le plan des troubles cognitifs, la difficulté de l'accompagnement se majore par le manque de temps à accorder et l'environnement bruyant et

inconfortable. Dans ce métier, la prise en soin passe majoritairement par l'écoute et le dialogue. La communication, verbale ou non verbale, permet à l'infirmier d'augmenter ses chances pour une prise en charge réussie et de meilleure qualité. Le contact avec l'humain, prendre le ressenti de l'interlocuteur afin d'avoir toutes les clés nécessaires pour comprendre et accompagner la personne soignée.

La personne âgée est une population à risque, avec une notion de fragilité, différente de la vulnérabilité. Cette notion de fragilité doit être exploré par l'infirmier à l'accueil des urgences et continuellement durant le parcours de soins.

Avec ce travail de recherche je suis aujourd'hui en mesure de mieux comprendre les difficultés de prise en soins dans un service d'urgence. Mais également la valorisation de la communication et de l'échange avec les patients est aussi mise en avant. Je vais pouvoir commencer ma pratique professionnelle en connaissant mieux les personnes âgées et leurs pathologies associées. De plus, une ressource indispensable pour ce métier d'infirmier est le travail d'équipe, la collaboration au sein d'une équipe est primordiale pour la sécurité des patients mais aussi des soignants. Une équipe médicale est une chaîne, chaque maillon compte et se soutient, mais l'infirmier est généralement le dernier rempart avant le soin et une éventuelle erreur.

J'avais envie et besoin d'explorer cet accompagnement de l'infirmier dans les soins aux urgences chez une personne âgée. Ce travail fut enrichissant sur le plan professionnel, les valeurs mises en avant comme l'empathie, le respect et la dignité feront partie de ma ligne de conduite. Au-delà de ça, sur le plan personnel, ce travail de fin d'étude est un aboutissement et marque la fin de ma scolarité. Le métier d'infirmier se concrétise.

Pour finir, avec la population qui vieillit chaque année, une espérance de vie qui augmente, des services d'urgences qui ne sont pas adaptés pour la prise en soins des adultes et des personnes âgées que ce soit pour des soins médicaux, psychiatriques ou même sociaux... Faudrait-il tendre vers des urgences spécialisées dans la prise en charge des personnes âgées comme elles existent déjà pour la pédiatrie, des urgences de gérontologie ?

Bibliographie :

Ouvrages :

- **Association Américaine de Psychiatrie (Version Française : 2015)). DSM-5 : Manuel de diagnostique et statistique des troubles mentaux.**
- **Aubert N. (2003). Le culte du temps : La société malade du temps. Flammarion**

Articles :

- **Arrouy L., Jacquemet F., Daumont E. (2017), Prise en charge des personnes âgées aux urgences. *Soins gériatrie, Volume 22*, (n°125), page 47-48.**
- **Dolveck F., (2013), Médecine d'Urgences et personnes âgées, *Soins gériatrie, Volume 18* (n°102), page 22-24**
- **Zulfiqar A, Andres E (2018), Des échelles pour repérer la fragilité du sujet âgé aux urgences, *La revue de l'infirmière, Volume 67* (n°246), page 38-39**
- **Pr Blanchard F. (2004) La fragilité du sujet âgé, *Gériatrie et Société, Volume 27* (n°109), page 11**
- **Villez A (2004) Le concept de fragilité dans la législation sociale et médico-sociale : "vieux et fragile", *Gériatrie et Société, Volume 27* (n°109), page 127**
- **Delaby S. (2018) L'accueil, le premier soin aux urgences, *Soins, Volume 63* (n°825), page 34-37**

Textes législatifs :

- **Code de la Santé publique, article R. 4311-2, 29 juillet 2004**

Pages web :

- **CHU de Rennes (2019), Chiffres clés 2019**
https://www.reseau-chu.org/fileadmin/reseau-chu/chiffres_cles/rennes-chiffres-2018.pdf
- **Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (2017). Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier**
<https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/61733/1/er1007.pdf>
- **Grille SEGA-A (2013). Comment repérer le niveau de fragilité ?**
http://www.geronto-sud-lorraine.com/docs/Grille_SEGA_A_validee.pdf
- **Haute Autorité de Santé (2013). Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ?**
https://webzine.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf
- **Haute Autorité de Santé (2018). Parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée**

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_1_troubles_cognitifs_et_trouble_neurocognitifs.pdf

- IFSI Troyes. *Conception du prendre soin [Présentation PowerPoint]*

http://www.ifs-troyes.fr/sites/default/files/concept_de_soin_2.pdf

- INSEE - www.insee.fr

- Organisation Mondiale de la Santé (2017). 10 faits sur la démence

<https://www.who.int/features/factfiles/dementia/fr/>

- Société Française de Médecine d'Urgence, Référentiel de Compétences (2008), Infirmière en médecine d'urgence

https://www.infirmiers.com/pdf/Referentiel_infirmier_medecine_urgence.pdf

- Wikipédia, L'encyclopédie libre, (2021). Albert Mehrabian

https://fr.wikipedia.org/wiki/Albert_Mehrabian

Annexe I : Guide d'entretien

Question de départ : Dans quelle mesure la conception de l'accompagnement d'une personne âgée aux urgences permet-elle à l'infirmier d'adapter son prendre soin à un patient souffrant de troubles cognitifs ?

Entretien enregistré → demandé l'accord pour faciliter la retranscription

Introduction

Mes questions :

- Présentation de l'infirmier et de son parcours

Urgences :

- Présentation des urgences et de l'infirmier des urgences
- La population accueillie
- Une catégorie majoritairement représentée ?

La personne âgée:

- Quels sont leurs principaux motifs de consultations / hospitalisations ?
- Il y a t-il des antécédents /pathologies / état physique ou psychique qui sont ajoutés aux problèmes d'accueil aux urgences ?
- Lesquels ?

Troubles cognitifs :

- Nuisent-ils à la prise en charge ? Comment sont ils en défaveur de la prise en soin ? Est-ce en lien avec le service des urgences ?

Prise en charge :

- Des exemples de difficultés dans la prise en charge d'une personne âgée ?
- Qu'est ce qui faciliterait les soins ?
- Il y a t-il une prise en soin différente, spécifique en comparaison avec d'autres patients ? En quoi ?
- Utilisez-vous des outils spécifiques pour explorer / évaluer l'état, la fragilité de la personne âgée ? A l'IAO : qu'est ce qu'on recherche le plus ?
- Avez-vous fait face à de la contrainte / refus de soins ?
- Votre ressenti par rapport à cela, et celui du patient selon vous ?
- La prise en charge aux urgences a-t-elle selon vous eu des répercussions sur l'état de santé de la personne âgée ?

Annexe II : Tableaux d'analyse des entretiens

La personne âgée, démente ou avec des troubles cognitifs	Les urgences	La prise en charge des personnes âgées aux urgences			
Leurs caractéristiques	Ses conséquences	Ce qui l'améliore			Ce qui la complique
<p>Une grosse population de personnes âgées, qui vit à domicile, qui vit en EHPAD</p> <p>Fin de vie, entrée dans la dépendance</p> <p>Au delà de 80 ans, avant on reste encore jeune dans la symbolique populaire</p> <p>Démence liée à l'âge, antécédents psychiatriques, dépression</p> <p>Droit de vieillir</p> <p>Patient de GIR 1, GIR 2</p> <p>Ils ont besoin de beaucoup d'attention, beaucoup de temps</p> <p>Peu spastiques</p> <p>D'emblée dans une posture qui ne facilite pas les soins</p>	<p>Une grande quantité de patients à gérer en même temps</p> <p>Le volume et le temps que l'on peut accorder à chaque patient</p> <p>Aux urgences ce n'est pas facile de faire des prises en charge de ces patients là.</p> <p>On ne l'as pas forcément (le temps), du fait de nos effectifs, de nos locaux qui ne sont pas adaptés pour ces patients là</p> <p>Qu'on soit plus nombreux pour pouvoir gérer</p> <p>Un environnement, un contexte inconnu, sur un brancard</p> <p>Un certain inconfort</p> <p>Pose d'une voie veineuse, va être intrusif</p> <p>Vouloir le faire maintenant, pas prendre le temps</p> <p>Un sentiment d'impuissance</p> <p>Chez nous, aux urgences, ils se retrouvent sur un brancard, dans le flou, dans le flux de</p>	La communication	Outils utilisés	L'accompagnement	<p>Ce n'est pas simple d'accueillir les GIR 1 et les GIR 2, la communication est très faible</p> <p>On ne connaît pas le mode de communication</p> <p>Notre méconnaissance du patient qui lui même ne peut s'exprimer</p> <p>On perd tout un canal d'informations</p> <p>L'expression de la douleur peut être très subtile, on peut passer à côté</p> <p>Beaucoup trop d'informations à lire pour aller chercher celle dont on a besoin</p> <p>On manque de moyen</p>
		<p>La communication</p> <p>On va s'arrêter sur tout ce qui est non verbale</p> <p>Prise en charge de la douleur, si on estime que la personne à une position, un faciès, une expression qui est dans le registre de la douleur</p> <p>La communication c'est de l'explication</p>	<p>Les document transmis par les institutions, souvent très riches</p> <p>Courrier du médecin qui lui va détailler le degré de dépendance</p> <p>Pour les institutions il y a la grille du GIR</p> <p>Par habitude, se fixer sur ces données là, GIR 1, GIR 2</p> <p>Avoir plus d'informations sur les caractéristiques de la personne âgée démente</p> <p>Nous former à la reconnaissance de la démente</p>	<p>Celui qui vient du domicile vient rarement seul</p> <p>Les mettre dans un contexte plus doux</p>	

	<p>plein de monde, dans l'attente et c'est inconfortable</p> <p>GIR 1 et GIR2, on ne va pas leur apporter grand chose, confirmer la prise de sang et peut modifier les traitement</p> <p>Sentiment d'impuissance</p> <p>Maltraitant</p> <p>Pas toujours très agréable</p>				
9 items	15 items	4 items	6 items	2 items	7 items
		12 items			
La personne âgée, démente ou avec des troubles cognitifs	Les urgences	La prise en charge des personnes âgées aux urgences			
Leurs caractéristiques	Ses conséquences	Ce qui l'améliore			Ce qui la complique
<p>Qui ont chuté e oui qui décompensent leurs pathologies</p> <p>Maintien à domicile difficile</p> <p>Altération de l'état général</p> <p>Elles ont chutés et qu'elles sont anticoagulant</p> <p>Pneumopathies</p> <p>Vraiment variés</p> <p>Des personnes sont déjà venues la veille</p> <p>Troubles cognitifs</p> <p>Une fragilité</p> <p>Les personnes âgées ne comprennent pas forcément pourquoi</p>	<p>Mettre une perfusion à un patient , ça peut créer une désorientation</p> <p>Ne pas se retrouver dans son élément</p> <p>On les changent beaucoup de boxs</p> <p>Ils se retrouvent dans le couloir là où il y a plein de monde</p> <p>Quelqu'un d'autre qui crie, une personne en bouffée délirante aiguë</p> <p>Risque de chute</p> <p>Faut pouvoir prendre le temps</p> <p>Prise en charge différente</p>	<p>La communication</p> <p>Il faut expliquer, faut essayer de la rassurer</p> <p>Demander au médecin la nécessité de faire tel soins à tel patient</p> <p>Prendre son temps</p> <p>Essayer de se présenter</p> <p>De l'apaiser</p> <p>Pendant le soin, continuer de lui parler</p> <p>Remémorer des souvenirs</p> <p>La communication</p>	<p>Outils utilisés</p> <p>Ils peuvent être plus calme en box</p> <p>Balance bénéfique risque</p> <p>De la musique</p> <p>On regarde dans le dossier</p> <p>Le nombre de passage</p> <p>Indiquer le niveau d'autonomie : le GIR</p> <p>Contention ventrale</p> <p>Les barrières, c'est une prescription médicale, mais on le fait systématiquement pour tous les patients</p>	<p>L'accompagnement</p> <p>Un membre de la famille peut être là, être à ses côtés</p> <p>Elle a un repère</p> <p>Les personnes sont surveillées, restent dans leur lit</p> <p>Moins de risque</p> <p>Je suis plus patiente</p> <p>On fait plus attention</p>	<p>Les troubles cognitifs notamment, ça peut jouer</p> <p>Pathologies psychiatriques</p> <p>Ne tiennent pas en place sur leur brancard</p> <p>Elles crient</p> <p>Elles sont perdues</p> <p>Refusent les soins</p> <p>Ils voient pleins de monde qu'ils ne connaissent pas</p> <p>Actes de violence de la part des personnes âgées</p> <p>Parfois il est faussé (le GIR)</p>

on le fait (le soin)	<p>Faut que se soit rapide à faire</p> <p>3 à personnes sur une personne âgée pour lui faire une prise de sang</p> <p>Choquant pour les soignants comme pour les patients</p> <p>Les urgences ne sont pas adaptées</p> <p>Ne sont pas adaptées aux personnes âgées démentes</p>				Tu n'as pas le temps
10 items	13 items	8 items	8 items	6 items	10 items
		22 items			
19 items	28 items	34 items			17 items

Annexe III : Grille SEGA-A

	0	1	2	Score :
Age	74 ans ou moins	Entre 75 et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide prof.	FL ou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou +	
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3 kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue ou traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Continence (urinaire et / ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aiguë, démence)	
TOTAL :			 / 26

INTERPRETATION

Score ≤ 8 Personne peu fragile	8 < Score ≤ 11 Personne fragile	Score > 11 Personne très fragile
--	--	---

Annexe IV : Entretien infirmier

Entretien réalisé le 03.03.2021, dans le service des urgences :

Étudiante : Bonjour, du coup, c'est pour mon entretien MIRSI, ... je veux parler de la prise en charge des personnes âgées en général.

Infirmier : d'accord

Étudiante : Aux urgences, principalement, du coup est ce que tu peux me parler un petit peu de ton parcours avant d'arriver aux urgences ?

Infirmier : Me présenter moi ?

Étudiante : Oui

Infirmier : Ohlala, alors moi je suis infirmier depuis 2001, je, j'ai fait 18 ans de nuits, dans ces 18 ans de nuits il y a 7 ans de réanimation chirurgicale, 6-7 ans sur des services de remplacements, 4 ans de réanimation pédiatrique et donc depuis approximativement euh 3 ans et demi, les urgences de jours.

Étudiante : Oui

Infirmier : repassage de jour

Étudiante : Est ce que tu pourrais m'expliquer un peu ce que c'est le métier d'infirmier aux urgences ?

Infirmier : Le métier d'infirmier aux urgences qu'est ce que c'est ? C'est, ..., d'abord, donc euh accueillir les gens,... et accueillir leurs besoins du moment, l'histoire qui fait que ils viennent aux urgences pour avoir ensuite une prise en charge euh adapté

Étudiante : Humhum (oui)

Infirmier : Et puis les premiers soins pour évaluer bien sûr avec l'ensemble de l'équipe avec toutes le... aides soignantes, médecin, internes externes. étudiant ou tout le monde. Pour avoir ensuite, l'orientation nécessaire ou non si soit le problème est réglé tout de suite, une entorse par exemple ,

soit il nécessite une hospitalisation et donc c'est euh avoir le recueil de données du départ et de la surveillance derrière

Étudiante : Hum hum (oui)

Infirmier : C'est ça

Étudiante : Et au niveau de la population accueillie ?

Infirmier : Alors la population accueillie, elle est très éclectique, même si aux urgences adultes on est déjà ciblé adultes, on n'a pas les enfants ou alors les gens qui se trompent d'orientation mais ça c'est très très exceptionnel finalement. Et j'ai pas de chiffre en tête mais je pense que globalement on a une grosse population de personne âgée, soit qui vit à domicile, soit qui vit en EHPAD mais euh qui a cette caractéristique d'être bah ... sur ... la, la fin de vie et puis le, le, l'entrée ou , le, le, enfin oui on va dire l'entrée dans la dépendance ou euh,

Étudiante : OUI

Infirmier : D'essayer de mainte/... qu'ils n'y retombent pas d'avantage

Étudiante : Oui, hum, du coup qu'elles sont...pour les personnes âgées principalement qui viennent ici, le motif de consultation principal ?

Infirmier : Alors euh.... Moi je les met dans deux catégories : soit le traumatique isolé, la chute mécanique de sa hauteur et puis plus ou moins les lésions et les classiques col du fémur ou du médical et là c'est c'est ..., la lala, la dégradation du corps donc ça peut toucher tous les organes et puis euh parler du socle du dérèglement à une insuffisance multi viscéral, ..., il y a de tout. Souvent ça passe par ..., un malaise qui, qui va être euh, explorer pour pouvoir adapter les traitements éventuels.

Étudiante : et est-ce que du coup chez ces personnes là il y a des antécédents ou des pathologies qui ..., qui sont déjà présentes et qui peuvent, euh , du coup ajouter des problèmes à la prise en charge..

Infirmier : Classiquement oui !

on a, ..., bien sûr ça existe des gens qui n'ont pas d'antécédents mais classiquement, si on considère toute la population qui arrive je dirais au-delà de 80 ans, parce que maintenant on commence à être, ne plus être vieux au-delà, avant on reste encore jeune dans la symbolique populaire, euh, souvent il y a quand même des antécédents, des antécédents cardio, et par... ou des pathologies très ciblées déjà comme le cancer en cours de traitement, ou ..., enfin il y a de toute façon des antécédents, ..., le diabète aussi bien sûr est très très répandue, beaucoup donc de vasculaire

Étudiante : et au niveau donc de l'état psychique plutôt aussi

Infirmier : alors sur l'état psychique, ...oui, on va avoir, oui, tout ce qui est démence, démence liée à l'âge qui peut s'ajouter à d'autres, d'autres antécédents psychiatriques, de dépression ou ou deux... bien sûr tout ça existe, ils ont le droit de vieillir. Mais on a, bah toute la population EHPAD aussi qui elle va aller dans les 4 GIR qui existent, et euh va Malheureusement je trouve parce que ce n'est pas simple de les accueillir Les GIR 1 et Les GIR 2, qui avec qui en général la communication est souvent très très faible

Étudiante : et est-ce que, ..., du coup la communication ça, ça, ..., nuit à la prise en charge ?

Infirmier : Ah bah complètement, parce que ce sont des patients qu'on ne connaît pas, donc on ne connaît pas forcément la mode de communication non plus, leur niveau de communication, euh, on le découvre au fur et à mesure de la prise en charge et bien sûr via les documents qui ont été transmis par l'institution, des documents qui sont souvent très très riche mais presque trop riche pour nous c'est-à-dire qu'il ne sont pas facile à lire, euh, dans le contexte que l'on a nous d'avoir un grand, une grande quantité de patients à gérer en même temps. Si on en a qu'un à la fois c'est qu'on a le temps de lire tout, tout le dossier qui comporte en général 5 à 6 pages, ça peut, ça peut se faire. Mais quand on a beaucoup beaucoup de monde et que le problème va être somatique, une plainte abdominale par exemple, et une population avec qui il y a de la démence à côté, les caractéristiques autour de la démence, on n'aura pas beaucoup de temps pour s'y, s'y arrêter.

Donc ça va nuire à la, la, à la, à la bonne, la bonne prise en charge : notre méconnaissance du patient qui lui même déjà ne peut pas...

Étudiante : S'exprimer

Infirmier : S'exprimer tout à fait.

Étudiante : est-ce que du coup c'est, juste en lien avec le service des urgences, qui fait que ces personnes âgées là avec des pathologies c'est compliqué ou alors dans d'autres services ce sera la même chose ?

Infirmier : Alors moi je, je veux mettre ça en lien avec le volume et le temps qu'on peut accorder à chaque patient, après à nous d'essayer de leur en accorder davantage mais comme le problème n'est pas son absence de communication, n'est pas lié à la communication mais elle est plutôt à du somatique nous on va se concentrer dessus, et du coup la communication c'est c'est délicat c'est délicat. Après il y a un grand débat, sur le pourquoi des patients GIR 1, GIR 2, viennent aux urgences. Ce ne serait pas plus opportun qu'il soit géré dans leurs institutions, mais je pense que là-bas c'est difficile aussi parce qu'ils n'ont pas non plus les effectifs suffisants dans toutes les disciplines, que ce soit infirmier ou médecin. Ou si ils les ont, ils ne les ont pas suffisamment fréquemment, et en nombre, pour avoir une prise en charge optimal, sauf que aux urgences c'est pas facile de faire des prises en charge de ces patients là

Étudiante : C'est sûr

Infirmier : prise en charge de ses patients là optimal aussi, parce qu'ils ont besoin de beaucoup d'attention, beaucoup de temps et ça on ne l'a pas forcément, du fait de nos effectifs à nous aussi, de nos locaux qui ne sont pas adaptés pour ces patient là

Étudiante : Et du coup est-ce que tu considères qu'il y a une prise en charge qui est différente par rapport aux autres patients qui arrivent de tout autre âge qu'avec les personnes âgées ?

Infirmier : alors, la pour le coup ça va pas forcément être une question d'âge parce que même si les gens était plus jeune ce serait la même chose, c'est la communication qui ne se fait pas
Tout patient avec qui la communication sera difficile bien, forcément comme on ne connaît pas les gens avant, eux même ne vont pas nous apporter beaucoup d'informations, et donc là, on perd tout un, tout un canal de ressources, d'information. alors après on va s'arrêter sur tout, tout ce qui est non verbale. Notamment dans la prise en charge de la douleur, si on estime que la personne à une position, un faciès, une expression qui est dans le registre de la douleur, bah on va bien sûr essayer d'agir en fonction, parce que les gens ne sont pas là pour avoir mal, pour autant c'est évident que celui qui est en capacité de sonner ou de dire où et quel est ce type de douleur qui l'a : la prise en charge va être beaucoup plus facile, plus pertinente et plus rapide.

chez ces patients là c'est délicat, d'autant que comme on ne les connaît pas des fois l'expression de la douleur peut être très subtile et nous on peut passer à côté, et donc mettre plus de temps à réagir et donc ils vont laisser dans un inconfort encore plus longtemps

Étudiante : à l'accueil du coup, est-ce que vous utilisez des grilles spécialisées par rapport aux personnes âgées, afin de découvrir leur état physique, leurs capacités, leur fragilité possible ?

Infirmier : alors nous, nous n'avons pas de grille à nous, on va se servir de ce qui nous est transmis. Pour les patients type EHPAD, mais pour les patients qui sont à domicile, on n'aura pas de grille non plus, et ça va être en fonction, classiquement celui qui vient du domicile vient rarement seul, viens souvent accompagné d'un courrier du médecin qui lui va nous détailler le degré de dépendance plus ou moins en fonction de ce qui va nous transmettre. Pour les institutions il y a la grille du GIR, GIR 1, 2, 3 et 4. Donc nous on va surtout par habitude se fixer sur ces, sur ces données là, GIR 1, GIR 2, Mais encore une fois oui, pas souvent ni l'habitude ni trop le temps de se plonger dans le dossier pour voir le détail du GIR, et aller le chercher. c'est parce que aussi ces dossiers sont souvent très riches mais presque trop. Et pour nous ça fait beaucoup trop d'information à lire pour aller chercher celle dont on a besoin

Étudiante : Oh bah oui, ça se comprend.

Infirmier : Voilà, c'est dommage, ça serait bien qu'on soit plus nombreux pour pouvoir gérer ça comme ça.

Étudiante : autrement ah, j'avais une question sur du coup avec une personne qui présente des démence est-ce que tu as déjà fait face à un refus de soins par rapport à ça ? Où la communication était difficile et du coup....

Infirmier : Classiquement lui aussi cette personne se retrouve dans un environnement, un contexte inconnu, sur un brancard, donc déjà dans un certain inconfort par rapport à ce que j'imagine moi être une chambre d'EHPAD avec un lit. Donc il n'est pas rare qu'il soit déjà un peu dans la réticence. ils sont souvent un peu spastiques oui, souvent un peu d'emblée dans une posture qui ne va pas faciliter les soins. donc nous quand on va chercher à faire une prise de sang, poser une voie veineuse on va être un peu forcément intrusif, parce qu'on on va vouloir le faire maintenant et on va pas forcément toujours prendre le temps, comment dirais-je de, de les mettre dans un contexte un peu plus doux

Étudiante : comment toi tu t'es senti face à ces situations de refus de soins où le patient exprime, exprime son refus et que malgré tout il faut réaliser ce soin ?

Infirmier : par rapport à la prise en charge d'une démence, c'est plus difficile, toujours ce manque de temps pour connaître la personne et donc un sentiment d'impuissance, parce qu'on, on n'a pas, on ne va pas forcément apporter ce dont-ils auraient besoin. Ce qu'ils auraient besoin pour moi : C'est dans leur EHPAD, avoir un environnement chaleureux et adapté. Et puis si on est que sur du somatique, selon le niveau de démence, pour moi un GIR 1, GIR 2, C'est une prise en charge pour moi bien sûr à l'Ehpad dans l'idée bien sûr que lorsqu'ils viennent chez nous aux urgences, il se retrouve sur un brancard dans le flou dans le flux de plein de monde dans l'attente et c'est inconfortable. On ne peut pas rester très très longtemps avec chacun pour communiquer et expliquer avec la caractéristique de la démence ce qu'il est en train de vivre, et ce que l'on veut lui apporter. Sachant encore une fois, GIR 1 et GIR2 , souvent on ne va pas leur apporter grand-chose, on va confirmer la prise de sang qu' ils ont fait à l'Ehpad et pas modifier beaucoup les traitements.

donc il y a ce sentiment d'impuissance et peut-être même parfois peut-être un peu limites maltraitant donc ce n'est pas toujours très agréable.

Étudiante : ma dernière question c'est est-ce que tu penses que ça peut avoir des répercussions sur l'état de santé des personnes âgées ?

Infirmier : Je pense que chez ces personnes là, c'est personne démente par contre la répercussion, il passe un mauvais moment, c'est évident parce que les conditions ne sont pas adaptées. Pour autant, je ne pense pas que ça accentue leur démence, je pense que le séjour est trop court pour ça, démarrer un syndrome de glissement ou des choses comme ça. Et puis, comme je disais dès lors qu'il n'y a pas de démence par contre et qu'il y a de la communication, s'il y a de la communication c'est de l'explication et donc pour moi ce n'est pas plus compliqué à 80 ans ou à 20 ans tant qu'il y a accès à la communication et à la compréhension. c'est surtout le niveau de compréhension, mais on a le même problème avec des jeunes donc c'est... Ce n'est pas forcément un problème en soi. Mais par rapport à la personne âgée démente, ça, ça, pour moi on n'est pas, on a à travailler et à s'améliorer mais aussi avec les moyens quoi. On manque de moyens, et eux aussi de formation. Je pense que si on avait plus de formation sur les caractéristiques de la personnes âgées démente aujourd'hui. Parce qu'on a eu les cours certes mais aujourd'hui ça peut évoluer. Et puis, potentiellement du lien avec les EHPAD aussi, je pense que si pouvez nous, nous former alors reconnaissance de la démence qu'ils ont mieux que nous. Et nous les former peut-être aux conditions qu'il y a chez nous de prise en charge, peut-être que ce serait intéressant justement pour avoir quelque chose de plus adapté pour

le bien-être de ces personnes âgées démente et sur la fin de leur vie. Le but c'est de rendre leur fin de vie agréable, pas forcément longue mais agréable.

Étudiante : Voilà, merci pour cet échange

Annexe V : Entretien infirmier

Entretien réalisé le 19.03.2021, par visioconférence :

Étudiante : Bon alors, du coup, de manière générale, comme je t'ai dit je voulais parler de la personne âgée aux urgences, de la prise en charge et dont la façon, l'infirmier aux urgences accompagne ces personnes là.

Infirmière : Oui

Étudiante : Du coup, est ce que d'abord tu peux te présenter et dire un peu ton parcours

Infirmière : Ok, donc je suis Servane, actuellement je suis infirmière aux urgences, ça fait environ deux ans que je suis infirmière aux urgences, enfin il y a eu une coupure de quatre mois où j'ai été en chirurgie ambulatoire. Avant les urgences j'ai fait un an et trois mois de bloc opératoire, donc dans différents blocs, ORL, ortho et bloc des urgences, encore avant j'ai fait deux mois en neurologie. Donc je suis diplômée depuis 2017.

Étudiante : Ok, est ce que tu pourrais présenter le service des urgences et ce que c'est qu'une infirmière aux urgences.

Infirmière : Une infirmière aux urgences, on va dire que c'est une infirmière polyvalente. Aux urgences, il y a plusieurs secteurs... Est ce que tu veux que je présente comme ça les différents secteurs ?

Étudiante : Oui, enfin peut être plus de manière générale

Infirmière : Une infirmière aux urgences, faut qu'elle ait de nombreuses compétences, parce qu'elle va devoir évaluer la gravité d'un patient, pour savoir où l'orienter, faut qu'elle sache faire des liens entre pathologies et symptômes pour pouvoir adapter la thérapeutiques et aider les nouveaux internes qui viennent d'arriver. Elle doit avoir aussi des compétences au niveau psychiatrie,... On a pas mal de patients qui viennent pour des IMV... Intoxication Médicamenteuse Volontaire, pardon. Elle doit aussi être capable de s'intégrer à une équipe, parce que l'équipe des urgences, faut le savoir elle est très grande, d'au moins plus de 30 infirmiers de jours, donc même pour les étudiants c'est compliqué. Voilà, je ne sais pas si tu veux des éléments complémentaires, si ça te convient ?

Étudiante : Bah, on peut plus se pencher sur la population accueillie ?

Infirmière : D'accord, la population accueillie c'est... toutes personnes de plus de 16 ans. On peut avoir des personnes de 20 ans, qui viennent pour de la traumato plutôt, des personnes qui se sont cassés le poignet par exemple. Après ça peut être aussi, des personnes de 50 ans, des personnes âgées, qui ont chuté ou qui décompensent leurs pathologies, et bien sûr de tout âge au niveau de la psychiatrie. On voit vraiment de tout et de tout âge

Étudiante : Est ce qu'il y a une catégorie qui est majoritairement représentée aux urgences ?

Infirmière : Oui, les personnes âgées principalement. Ouais... Ouais.... Elles sont plus nombreuses

Étudiante : Et du coup leurs motifs d'hospitalisations ou de consultations aux urgences, en général c'est orienté vers quoi ?

Infirmière : ... Ca peut être du maintien à domicile difficile, ... ça peut être une altération de l'état général, ça peut être parce qu'elles ont chuté et qu'elles sont sous anticoagulant du coup... ça peut être aussi des pneumopathie... ça peut être vraiment varié, pour les personnes âgées il y a plein de chose.

Étudiante : Est ce que du coup, au niveau de ces personnes âgées, il y a des antécédents ou des pathologies déjà existantes, un état physique, psychique aussi qui peut ajouter des problèmes à l'accueil aux urgences et à leurs prises en charge ?

Infirmière : ... Bah les troubles cognitifs notamment, ça peut jouer, ... Après il y a tout ce qui est pathologies psychiatriques... qui peuvent jouer sur la prise en charge, oui c'est principalement ça.

Étudiante : Et comment est ce que ça se représente, ça se visualise aux urgences ? Comment est-ce qu'elles montrent qu'elles ont des troubles cognitifs par exemple ?

Infirmière : Oh bah elles ne tiennent pas en place sur le brancard, ou sinon elles crient, elles sont perdues ! J'ai des collègues qui m'ont appris, je ne le savais pas avant d'arriver aux urgences, mais j'ai des collègues qui m'ont appris que rien que de mettre une perfusion à un patient, et bien du coup, il peut, il peut être désorienté, ça peut créer une désorientation finalement. Donc c'est vrai que ça

arrive aux urgences..... Pardon où est-ce que je voulais en venir ? Du coup ça se manifeste comme ça, après c'est des personnes qui crient, qui refusent les soins. ... Oui ça va être principalement ça, qui appellent leur père, leur mère, à 80 ans.

Étudiante : Et est ce que du coup, pour toi c'est en lien avec le service des urgences, que ça peut provoquer une désorientation comme ça, ou qu'ils cirent un peu partout ? Ou c'est le fait d'arriver à l'hôpital et de ne pas avoir ses repères, juste dans un service de manière générale ?

Infirmière : Et bien, après ... Tu parles pour ceux qui n'étaient pas orientés à la base ?

Étudiante : Nan pour celles qui sont déjà désorienté mais oui aussi du coup celle qui ne l'était pas à la base

Infirmière : Il y a deux de toute façon, il y en a certains, qui , même à l'EHPAD, enfin pour les personnes qui vivent en EHPAD, il y en a qui crient énormément, etc ... Et ça ne change pas beaucoup. Mais bien sûr, je pense que de ne pas se retrouver dans son élément c'est ça qui complique, qui complique les choses et qui fait qu'elles sont perdues il y a des, ... il y a des j'ai perdu mon exemple Alors les patients sont perdus et ...

Étudiante : Peut-être au niveau de la structure ?

Infirmière : oui Voilà c'est ça on les change beaucoup de box notamment donc c'est vrai que peut-être que, ils peuvent être plus calme dans un box , salle d'examen pardon, sauf qu'on a besoin de la place pour mettre un autre patient donc du coup ils se retrouvent dans un couloir là où il y a plein de monde, ils voient plein de monde qu'ils ne connaissent pas c'est vrai que, ça peut, ça peut ... rendre confus quoi, de voir tant de monde etc.. et puis il suffit qu'il y ait quelqu'un d'autre qui crie, une personne qui est en bouffée délirante aiguë et qui vient la voir, fin voilà. C'est vrai qu'il y a plein de facteurs qui font que.. La personne est perdue et du coup confuse après je pense que de toute façon qu'on la mette aux urgences ou qu'on la mette directement dans un autre service : la personne qui sera malgré tout peut-être pas aussi confuse mais sera perdue et on aura un comportement similaire.

Étudiante : Et du coup est-ce que ça a un impact sur la prise en charge ?

Infirmière : Ah bah oui c'est, c'est c'est plus compliqué pour faire les soins il faut expliquer il faut essayer de la rassurer ... c'est vrai que nous ce qu'on aime bien aux urgences c'est un peu compliqué en temps de covid, mais c'est quand un membre de la famille peut être là, être à ses côtés, justement et pour que ça soit plus facile au niveau de la prise en charge pour nous parce qu'elle a un repère et moi j'ai vu la différence quoi, c'est vrai que les personnes sont surveillées restent dans leur lit il y a moins de risque de chute donc c'est hyper important c'est toute une prise en charge faut pouvoir prendre le temps. Généralement il y en a qui ne veulent toujours pas, donc faut être à deux pour pouvoir imaginons faire la prise de sang, pour tenir le bras. Moi je sais que je vais souvent demander au médecin est-ce qu'il y a vraiment nécessité de faire tel soins a tel patient, "parce que tu sais il est agité ça va ça va l'énerver encore plus". On pèse vraiment le, le. On fait la balance bénéfice-riskue contrairement à une personne de 50 ans on va dire "bon bah d'accord bon ben je vais lui faire une prise de sang". Là il faut vraiment qu'il y ait une nécessité parce qu'on sait à quel point c'est compliqué.

Étudiante : Et du coup qu'est-ce qui faciliterait les soins ? Tu m'avais parlé d'avoir une personne de la famille qui arrive et est-ce qu'il y a d'autres que je sais pas.. dans le comportement de l'infirmière, dans la communication ...

Infirmière : Prendre son temps, essayer de se présenter de l'apaiser, pendant les soins continuer de lui parler, peut-être de la musique aussi je sais que j'ai pas mal de collègues pardon collègues aide-soignant qui pendant dans la toilette choisissent de mettre de la musique des années 60 pour pouvoir, pouvoir leur remémorer des souvenirs et pour qu'elle soit un peu plus dans leur éléments.

Étudiante : Alors, est ce que tu dirais qu'il y a une prise en charge qui est différente par rapport à une personne âgée qui a des troubles cognitifs que par rapport à un patient qui ... qui est là pour "juste" des douleurs abdominales ou même un patient qui vient pour de la psychiatrie

Infirmière : Après la base reste la même : la communication, bien expliquer ses soins. Mais on va dire que, quand on quand il y a des actes de violence de la part des personnes âgées, c'est vrai qu'on sait que malgré tout c'est pas leur faute : c'est parce qu'ils ont des troubles cognitifs. Après ça dépend lesquels hein ! Mais c'est parce qu'il y a des troubles cognitifs et du coup je pense qu'on va, mes collègues comme moi, mais je vais parler que pour moi, je suis plus patiente malgré tout avec, avec ces personnes âgées. Ouais je vais vraiment essayer de prendre mon temps.

Étudiante : À l'accueil, existent-ils des outils que vous utilisez pour, pour mieux repérer les signes de fragilité de la personne âgée... ou pas ?

Infirmière : Bah déjà alors les signes de fragilité tu veux dire pas qu'au niveau cognitifs ?

Étudiante : Bah oui pas forcément, ça peut être physique, le risque de chute en plus ...

Infirmière : Bah si si si, on regarde déjà dans le dossier si elle a déjà chuté etc... On regarde le nombre de passage. Malgré tout, il y a des personnes âgées qui sont déjà venues la veille. On retrouve même avec encore un Kt obturé finalement et qui n'a été enlevé, ça m'est arrivé qu'une fois. Bah du coup les troubles cognitifs aussi ça peut être, ça peut être une fragilité généralement, c'est des choses en fait, on prévient les collègues en fait des secteurs pour qu'ils puissent s'adapter aussi. C'est vrai que c'est une prise en charge différente, parce qu'on prévient alors que la personne âgée qui a juste chuté, enfin qui a buté contre... je sais pas un pavé qui était surélevé et qui du coup est tombé mais n'a rien... bah c'est vrai que la prise en charge va être différente on va moins surveiller, plutôt qu'une personne où on dit qu'elle est complètement confuse, elle bouge dans tous les sens voilà c'est au niveau arrête pas de bouger dans le brancard, ouais. On fait plus attention oui.

Étudiante : Et en fait il existe des grilles qui sont prévu spécialement pour l'accueil des urgences, pour les personnes âgées où en fait ça, ça quantifie leur degré de fragilité et après comme il y a déjà, pour ceux qui viennent en EHPAD : il y a des dossiers et le GIRAGE donc ça, ça permet déjà de quantifier mais j'avais vu ça, du coup pendant mes recherches et j'ai trouvé ça intéressant mais d'un autre côté je pense que c'est un peu plus compliqué d'instaurer déjà à l'accueil parce que il y a pas forcément beaucoup de temps pour voir tout le monde aussi donc...

Infirmière : Oui, un indicateur. J'y repense maintenant ce qui est pas mal aussi et qui va nous indiquer aussi le niveau d'autonomie et à quel point on va devoir entre "surveiller la personne" : c'est le GIR. Le GIR ça c'est vrai que ça va nous aider aussi : il est GIR deux ou GIR quatre c'est vrai que c'est pas la même chose quoi, c'est niveau de dépendance donc, ça nous aide. Bon, parfois il est faussé et on se rend compte que c'est pas du tout à jour mais ça peut... Mais je ne savais pas du tout qui avait des échelles spéciales.

Étudiante : Bah moi non plus, quand j'avais mon stage aux urgences, à l'IAO j'avais pas vu non plus des grilles en plus mais... après je vois, je comprends le principe de la grille mais je vois pas comment est-ce qu'il peut être appliqué sur le terrain

Infirmière : Faut que ça soit quelque chose de rapide à faire quoi !

Étudiante : C'est ça !

Infirmière : C'est ça le souci des questions sur un visuel en 2 minutes. Limite s'il faut vraiment observer la personne je sais que quand il y a plein de monde à l'IAO et que tu es toute seule le midi tu ne vois pas forcément les personnes finalement. Tu n'as pas le temps, tu regardes à la limite quand elle rentre, si elle est agitée ou pas dans le box, si... bon après tu as l'aide soignante qui te le dit mais tu regardes les constantes et en fait tu l'as pas forcément revu si c'est juste parce qu'elle a chuté dans son EHPAD quoi donc du coup, bon si tu dois quand même surveiller les pupilles... J'ai pas d'exemple mais voilà parfois une altération de l'état général tu vas pas forcément, tu vas pas forcément y retourner et c'est vrai que tu ne peux pas forcément l'évaluer.

Étudiante : Nan c'est sûr ! Et après ça serait au niveau de la prise en charge où tu as fait face à de la contrainte et un refus de soins. Comment dire est-ce que ça t'est arrivé et si oui comment tu l'as ressenti toi et comment est-ce que tu penses que le patient l'a vécu aussi ?

Infirmière : Toujours chez la personne âgée ?

Étudiante : Oui toujours.

Infirmière : Oui, je pense de nombreuses fois où des personnes âgées qui ne voulaient pas, pas de prise de sang parce que par exemple rien que le cycle de tropo donc on fait une première tropo si jamais elle est élevée il faut faire un deuxième cycle, mais les personnes âgées elles comprennent pas forcément pourquoi on le fait et disent "mais pourquoi vous me piquer encore non je veux pas"... alors ce qu'on fait c'est que... Je les comprends qu'elles en aient marre d'être piquer, quand ça fait plus de 6 heures qu'elles sont sur un brancard c'est long pour elles donc du coup on essaie de leur expliquer, le bénéfice pourquoi on le fait pourquoi c'est aussi important. Parfois certains comprennent du coup nous laissent faire... il y en a d'autres où c'est plus compliqué du coup bah c'est dans ces moments-là qu'on va revoir le médecin mais par exemple pour les troponine nous c'est 116, pour voir si la personne fait un infarctus donc on est effectivement obligé d'employer la force quoi.

Je me suis déjà vu à 3 personnes voir 4 sur une personne âgée pour lui faire une prise de sang donc c'est vrai que ça peut être choquant et malgré tout pour les soignants comme pour les patients. Voilà

c'est hyper compliqué ou c'est comme quand on doit mettre une contention ventrale un petit papi, pour éviter tout risque de chute, c'est vrai que malgré tout les urgences ne sont pas adaptées, ne sont pas adaptées à la personne âgée démentes.

Faut bien s'en occuper il y a pas le choix, mais rien que je sais que, par exemple pour les barrières normalement c'est une prescription médicale nous on le fait systématiquement pour tous les patients. Et pour nous ça devient normal et je suis sûr qu'il y a plein de soignants qui ne sont pas au courant que mettre les barrières des 2 côtés c'est interdit normalement quoi. On le fait quand même parce que c'est pour leur bien et les protéger.

Étudiante : Est-ce que tu, par la suite d'un examen qui a été un peu violent ou maltraitant, ça peut arriver de temps en temps, pour les personnes, est-ce que ça peut avoir, selon toi, une répercussion sur leur état de santé, leur état psychique aux urgences ou même après retour à domicile ou en EHPAD ?

Infirmière : J'ai tendance à dire que, ... les personnes qui refusent comme ça, à cause de troubles cognitifs, elles vont peut-être moins avoir.... c'est que de toute façon ils auraient refusé n'importe quel soin, même se tourner sur le côté elle auraient refusé aussi donc de toute façon ça ne change pas grand-chose. Après bien sûr, la personne qu'on est obligé de repiquer 4 fois en a marre, bah oui elle va avoir une appréhension après, en tout cas à revenir aux urgences : il y a plein de personnes qui disent "ah non je veux pas venir à l'hôpital parce que voilà, parce que ça s'est mal passé". Bien sûr je pense que les personnes gardent, gardent en souvenir ça. Après, après je ne sais pas si... c'est juste le ... c'est le lieu hôpital quoi, ça serait, ça serait la même chose quoi. Après je pense que pour les EHPAD par exemple quand les personnes retournent dans leur EHPAD, c'est vrai que malgré tout, ça reste médical, comme les personnes sont en blouse tout ça. Mais je ne pense pas que du coup ça ait un impact sur leur prise en charge après là-bas.

Étudiante : Et bien voilà, c'était tout, je te remercie

NOM : MOREAU
PRÉNOM : MARION

TITRE DU MÉMOIRE : L'infirmier et sa conception de l'accompagnement d'une personne âgée aux Urgences

In the context of an aging French population and must be taken care of. The elderly may need the emergency department to begin their care. Old age is frequently associated with other affection such as cognitive disorders, impacting on care. Combined with organizational constraints of an emergency department, the nurse has to ensure protection and comfort of the frailty patient despite this stressful environment of emergency.

How does the nurse assess the support of these elderly people in their quest for care in the emergency department ?

The use of documentary research and interviews with nurses allowed for concepts to emerge. Teamwork and collaboration will be one of the essential resource for patient safety. Furthermore during care, verbal and non-verbal communication will be an essential tool to understand a confused patient.

KEY WORDS : Old person / Emergency department / Frailty / Communication / Teamwork

La population française est vieillissante et doit être prise en soin. En effet, les personnes âgées peuvent-être amenées à avoir recours au service des urgences pour débiter leur prise en soin. Cependant, la vieillesse est fréquemment associée à d'autres pathologies comme des troubles cognitifs, impactant sur la prise en charge. Combinée aux contraintes organisationnelles d'un service d'urgence, l'infirmier a un rôle d'équilibre entre la fragilité de la personne âgée et l'univers de soins des urgences.

Comment l'infirmier des urgences conceptualise l'accompagnement de ces personnes âgées dans leur parcours de soins aux urgences ?

A l'aide de recherches documentaires et d'entretiens avec des infirmiers des notions aidantes sont ressorties. Le travail d'équipe et de collaboration sera l'une des ressources essentielles à la sécurité du patient. Lors des soins, la communication verbale ou non verbale sera l'outil auquel se raccrocher face à un patient désorienté.

MOTS CLÉS : Personne âgée / Service des urgences / Fragilité / Communication / Travail d'équipe

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :
2, rue Henri le Guilloux, 35 033 Rennes Cedex 09
TRAVAIL ÉCRIT DE FIN D'ETUDES - Année 2021