

# REPÈRES 3 ALZHEIMER 3



**Améliorer l'accueil  
aux urgences  
des personnes  
âgées ayant des  
troubles cognitifs**



Reconnue d'utilité publique



### FRANCE ALZHEIMER

11 Rue Tronchet, 75008 Paris

Tél. : 01 42 97 52 41

@ contact@francealzheimer.org

francealzheimer.org

@Francealzheimer



### SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GÉRIATRIE ET GÉRONTOLOGIE (SFGG)

135 Avenue de Wagram, 75017 Paris

Tél. : 01 45 72 04 99

@ contact@sfgg.org

sfgg.org

@LaSFGGS



### SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE D'URGENCE (SFMU)

103 Boulevard de Magenta, 75010 Paris

Tél. : 01 45 45 29 72

@ contact@sfmu.org

sfmu.org

@SFMU\_MS



### UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS FAMILIALES (UNAF)

28 Place St Georges, 75009 Paris

Tél. : 01 49 95 36 00

@ contact@unaf.fr

unaf.fr

@UNAF\_fr



### FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE (FHF)

1 bis Rue Cabanis, 75014 Paris

Tél. : 01 44 06 84 44

@ fhf@fhf.fr

fhf.fr

@laFHF

# REMERCIEMENTS

Issue d'un groupe de travail pluridisciplinaire qui s'était réuni en 2017, cette réflexion est également le fruit d'un partenariat entre la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG), France Alzheimer, la Fédération Hospitalière de France (FHF), l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF), sous l'égide de la Fondation Médéric Alzheimer. L'expertise des professionnels et des bénévoles impliqués dans l'accueil aux urgences a permis de rédiger ce document. Il est à la disposition des médecins et des soignants des unités d'urgences ainsi qu'aux gestionnaires hospitaliers pour les aider à mieux répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées ayant des troubles cognitifs.

## Nos remerciements

### Aux rédacteurs

- **Dr Jean-Pierre Aquino, Conseiller technique** (Fondation Médéric Alzheimer)
- **Dr Alain Berard, Directeur adjoint** (Fondation Médéric Alzheimer)

### Au Comité de lecture

- **Dr Laurence Arrouy** – Urgentiste (Hôpital Ambroise Paré)
- **Nicolas Brun** - UNAF Santé
- **Benjamin Caniard** - Pôle Autonomie (FHF)
- **Joël Jaouen** - Président France Alzheimer
- **Pr Patrick Ray** - Urgences - SAMU-SMUR du CHU de Dijon (SFMU)
- **Pr Achille Tchalla** - Chef du pôle de gérontologie clinique, responsable de l'unité de Médecine d'Urgence Personne Agée (MUPA) du CHU de Limoges (SFGG)

Repères Alzheimer est une publication de la Fondation Médéric Alzheimer reconnue d'utilité publique, située 30 rue de Prony, 75017 Paris.

978-2-917258-24-8 pour la version imprimée ;

978-2-917258-25-5 pour la version électronique.

ISSN 2677-8483 - Dépôt légal Novembre 2020.

Photos non contractuelles réalisées avant la crise sanitaire liée au Covid-19.

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources.

# SOMMAIRE

• Remerciements .....	3
• Édito .....	5
• Synthèse .....	6
• Introduction .....	9
<b>1 - REPÉRER LES PERSONNES ÂGÉES AYANT DES TROUBLES COGNITIFS</b>	<b>14</b>
<b>2 - RECONNAÎTRE LA PLACE ET LE RÔLE DES AIDANTS</b>	<b>18</b>
<b>3 - FORMER ET SENSIBILISER LES PROFESSIONNELS HOSPITALIERS À LA CULTURE GÉRIATRIQUE ET À LA MALADIE D'ALZHEIMER</b>	<b>22</b>
<b>4 - ADAPTER L'ESPACE</b>	<b>27</b>
<b>5 - TENDRE VERS UNE APPROCHE GLOBALE</b>	<b>30</b>
• Conclusion .....	34
• Méthode .....	35





## **En France, 1,2 million de personnes vivent aujourd'hui avec la maladie d'Alzheimer et plus de 2 millions d'aidants les soutiennent au quotidien.**

**L'**arrivée d'une personne présentant des troubles cognitifs liés à une maladie neuro-dégénérative dans un service d'urgence représente pour elle une rupture brutale de son cadre de vie habituel et de ses habitudes. Après un transfert en ambulance, elle fait irruption dans un monde inconnu, caractérisé par une activité soutenue, source d'inquiétude, d'angoisse, voire même d'agitation, ses repères étant brutalement bouleversés. Si tout doit être fait pour répondre à ses besoins médicaux du mieux possible, des mesures organisationnelles adaptées doivent aussi être mises en place pour pallier ou atténuer les effets délétères de ce transfert et prévenir une majoration des troubles cognitifs ou de toute autre incapacité.

Le constat est bien souvent le même dans les différents services d'urgence. La mobilisation de la personne malade est d'autant plus difficile qu'elle présente des difficultés pour communiquer. Les informations contenues dans le dossier médical sont bien souvent fragmentaires. De plus, la présence de la famille se fait souvent pressante... Les troubles cognitifs ne représentent-ils pas une difficulté supplémentaire à la délivrance de soins adaptés dans le contexte d'une activité d'urgence sous tension ?

Plusieurs voix plaident pour une nécessaire évolution visant à éviter un transfert trop systématique vers les services d'urgence. La présence d'un infirmier de nuit en EHPAD, l'usage de la télémédecine, le recours à l'hospitalisation à domicile et aux équipes gériatriques hospitalières intervenant en EHPAD et à domicile, l'intervention du médecin coordonnateur peuvent être des alternatives pertinentes. Mais lorsque l'hospitalisation est devenue inévitable, quel qu'en soit le motif, les professionnels sont confrontés à plusieurs problématiques. Comment mieux repérer les personnes ayant des troubles cognitifs ? Quelle place faut-il accorder aux aidants qui les accompagnent ?

Dans le cadre d'une approche globale visant à être sans cesse plus performant, la formation et la sensibilisation des professionnels à la culture gériatrique et à la maladie d'Alzheimer en particulier s'avèrent impératives. À cela s'ajoute une réflexion sur l'aménagement des espaces pour qu'ils soient facilitateurs. Plusieurs services d'urgence des hôpitaux, conscients de cette nécessité, se sont engagés dans cette voie sans attendre afin de mieux répondre aux besoins de ces personnes malades.

Les sociétés savantes et les associations, réunies pour concevoir, rédiger et publier cette brochure souhaitent accompagner et faciliter cette évolution. Cette publication doit être considérée comme étant une aide à la disposition des gestionnaires et des professionnels de terrain afin d'améliorer l'accueil et l'accompagnement des personnes présentant des troubles cognitifs ainsi que de leurs aidants.

**MARIE-PIERRE GARIEL**  
Présidente du département  
"Protection sociale-santé-vieillesse"  
à l'Union Nationale des Associations  
Familiales

**JOËL JAOUEN**  
Président de France Alzheimer

**Pr OLIVIER GUÉRIN**  
Président de la Société Française  
de Gériatrie et Gérontologie

**Pr KARIM TAZAROURTE**  
Président de la Société Française  
de Médecine d'Urgence

**HÉLÈNE JACQUEMONT**  
Présidente de la Fondation  
Médéric Alzheimer

**FRÉDÉRIC VALLETOUX**  
Président de la Fédération  
Hospitalière de France

# SYNTHÈSE

Cette réflexion partagée a pour but d'apporter des conseils simples et pratiques aux équipes administratives et soignantes, mais aussi aux associations de familles souhaitant mettre en place des approches facilitant l'accueil et la prise en charge aux urgences. Cinq thématiques résument la démarche : le repérage, la place des aidants, la formation, l'adaptation de l'espace et l'approche globale.

## **Le repérage des personnes âgées ayant des troubles cognitifs représente une priorité**

Ces personnes malades présentent habituellement un tableau complexe. Complexité tout d'abord du fait du motif d'admission (chute, iatrogénie médicamenteuse, dénutrition, infection ...), mais également du fait d'autres pathologies associées et d'une potentielle fragilité risquant de les conduire à une perte d'autonomie. Peuvent s'ajouter des problèmes d'ordre social (isolement...), médico-social, juridique (protection juridique), familial (conflits familiaux), économique... Il est donc important d'identifier ces personnes à risque, afin d'adapter la prise en charge et d'agir de manière rapide et anticipée.

## **Les aidants ont toute leur place**

Aux urgences, le contexte clinique de la personne accueillie peut être marqué par des troubles du comportement, une désorientation, un refus de soins avec opposition. La situation est alors tendue, voire invivable pour cette dernière en situation de stress, mais également pour son accompagnant et les professionnels.

Le proche aidant se présente alors comme l'interlocuteur ressource pouvant faire le lien entre la personne malade et l'équipe soignante. Mais le dialogue et les relations entre eux ne sont pas toujours fluides. Selon les services, l'accès des aidants est géré au cas par cas, tandis que d'autres limitent complètement l'accès des accompagnants. Pourtant, en présence de troubles cognitifs, le proche aidant est souvent le plus à même de fournir les informations utiles, d'anticiper les réactions et de soutenir la personne malade dans le contexte perturbant de l'hôpital. Le dialogue entre les différents intervenants est crucial pour une prise en charge efficiente.

Enfin, une attention particulière doit être portée aux aidants, car ils sont eux-mêmes, bien souvent, en difficulté dans leur mission d'accompagnement, avec des conséquences sur leur propre santé, soit déjà présentes et à identifier, soit avec un fort risque de survenue et à prévenir.



## **La culture gériatrique des équipes aux urgences représente un véritable enjeu**

Elle doit être développée face à l'accroissement du nombre de personnes âgées poly-pathologiques et/ou ayant des troubles cognitifs. Si la formation et les pratiques des professionnels s'adaptent peu à peu, il est important d'organiser des formations spécifiques des équipes, notamment en ce qui concerne l'accompagnement et la prise en soins des personnes atteintes de troubles

cognitifs. Les professionnels doivent également être sensibilisés et formés aux troubles cognitifs : quelle conduite à tenir devant une confusion, une apathie, une dépression, des troubles du comportement ou encore devant une attitude agressive du patient voire de son entourage. Mais au-delà d'une simple transmission de savoir, la formation doit pouvoir apporter au professionnel « un savoir-être » adapté au contexte. C'est l'intérêt du modèle « Associations nos savoirs » qui co-construit les formations : professionnels, personnes malades et aidants. C'est ainsi qu'ils apprendront à travailler ensemble. Cette formation croisée est source d'une acculturation réciproque.



## L'adaptation de l'espace est à rechercher

L'accueil physique de la personne malade et de son aidant doit également être amélioré. Il passe par la mise en place d'une nouvelle organisation avec un circuit adapté, génératrice de moins de stress pour l'ensemble des acteurs impliqués.

En effet, l'importance d'un espace adapté aux personnes accueillies n'est plus à démontrer. Une bonne conception des lieux crée un contexte favorable. L'univers visuel (signalétique, pictogrammes, éclairage...), olfactif et sonore (espaces cloisonnés) sont des leviers majeurs pour favoriser une prise en charge sereine et le ressenti des accompagnants. Les professionnels bénéficient également d'une meilleure qualité de vie au travail.

## Une approche globale s'avère nécessaire

La diffusion d'une culture gériatrique au sein des services d'urgence doit au préalable entraîner une réflexion globale des professionnels sur les besoins et les réponses attendues par les personnes malades et par les soignants pour un accueil et une prise en charge de qualité. Il sera alors ensuite possible de mettre en place des outils et des pratiques adaptés.

Cette démarche s'appuie sur une approche pluridisciplinaire et pluriprofessionnelles et sur un travail de partenariat avec les différents acteurs de la filière gériatrique du territoire.

**“** Dans le cas d'une maladie neuro-dégénérative, c'est « le couple » personne malade/proche aidant qui doit être accueilli.

**Ces différentes mesures visent à améliorer l'accueil et les soins prodigués aux personnes malades tout en préservant leur autonomie, à faciliter l'implication sereine des aidants et à augmenter la qualité de vie au travail des professionnels.**

## TÉMOIGNAGE

### “UNE NOUVELLE APPROCHE !”

Le service « Médecine d'urgence de la Personne Agée (MUPA) » du CHU de Limoges dans lequel je travaille a été co-construit par les urgentistes et les gériatres. Ce service apporte une expertise gériatrique, propose une prise en charge globale des patients âgés de 75 ans et plus poly-pathologiques et favorise le retour à domicile en développant une prise en charge globale.

Cette organisation est tout à fait adaptée pour améliorer la prise en charge de personnes ayant des troubles cognitifs. Bien sûr, il convient, tout particulièrement, d'être à l'écoute, calme et disponible, mais aussi de savoir évaluer la personne pour élaborer le projet de soins et de vie.

Les compétences requises portent sur le savoir-faire reposant sur la connaissance des besoins des personnes âgées dépendantes, mais également sur un savoir

être, assurant écoute et empathie, permettant une communication avec l'entourage, une information sur le plan d'aide en collaboration avec l'assistante sociale. Cependant le rôle du professionnel doit aller plus loin pour assurer une mission de formateur afin de participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques.

La MUPA se situe aux urgences, sans lieu particulier pour la prise en charge des patients âgés. Son intégration aux urgences permet une meilleure orientation des personnes âgées dans la filière gériatrique.

Suite à la mise en place de cette organisation novatrice, plusieurs indicateurs ont évolué favorablement : une réduction du temps de passage aux urgences, un taux de retour à domicile augmenté, des ré-hospitalisations moins fréquentes, améliorant ainsi la qualité de vie des personnes âgées.

*Témoignage de Nadine Malien, infirmière à la MUPA, CHU de Limoges.*







## TÉMOIGNAGE

### “ PLUS JAMAIS CELA !

Tout d'abord, il est important de rappeler qu'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée peut avoir à consulter un médecin ou se rendre aux urgences pour des pathologies ou « accidents » ponctuels. Et c'est à ce moment-là qu'une difficulté peut survenir.

C'est ainsi que, aidant de mon papa, j'ai dû l'amener aux urgences pour une inflammation des gencives. Lorsque l'équipe soignante est arrivée pour s'occuper de lui, j'ai demandé à pouvoir l'accompagner. Une demande cohérente compte tenu du fait que je l'aidais au quotidien et qu'il était alors désorienté et n'avait plus de repères familiers. Je pouvais donc, en plus de fournir des informations précieuses sur son comportement, être là pour le rassurer, lui qui se retrouvait dans un environnement inconnu et potentiellement générateur de stress.

Cette demande m'a été refusée sous prétexte que la personne malade devait s'exprimer par elle-même pour des raisons

d'éthique et que ma présence aux urgences risquait d'encombrer le service !

Après une attente interminable, génératrice de stress pour moi qui n'avais aucune information malgré mes demandes, je suis allé prévenir que, travailleur indépendant dans le domaine de la restauration, il me fallait absolument retourner sur mon lieu de travail. Il m'a été répondu qu'on « s'occuperait bien de mon papa » et qu'on le garderait en observation toute la nuit.

Très tôt le lendemain matin, je me suis donc présenté aux urgences pour avoir des nouvelles et le ramener à la maison. On m'a informé qu'il occupait un lit au service ORL et que comme « ce patient » ne se comportait pas comme les autres, on l'avait attaché ! La découverte de mon papa attaché sur son lit et complètement désorienté m'a profondément marqué. Nous nous étions rendus aux urgences dans une démarche de soin et sommes tous deux ressortis traumatisés. Et je reste encore aujourd'hui persuadé que l'on aurait pu faire autrement et que l'on peut encore faire autrement !

*Une expérience vécue aux urgences par Joël Jaouen, un aidant.*

# INTRODUCTION



## Les services d'urgence, porte d'entrée de l'établissement de santé

Plus de 14 millions de personnes de plus de 15 ans se rendent aux urgences chaque année<sup>1</sup>, soit près de 20% de la population. Les services d'accueil des urgences constituent en effet la porte d'entrée classique en dehors des rendez-vous et hospitalisations programmées pour toute la population dont l'état de santé est en situation aiguë. La majorité des patients de 75 ans et plus entrent à l'hôpital par un service d'accueil des urgences.

En outre, les services d'accueil des urgences sont à la fois la garantie d'une prise en charge sanitaire et un « filet de sécurité » pour des situations de détresse médicale ou sociale ou de manque d'alternatives sur un territoire.

Mais du fait du vieillissement de la population et de la présence chez les personnes âgées poly-pathologiques, de troubles cognitifs, leur prise en charge à l'hôpital dans le circuit classique et notamment aux urgences est un sujet complexe, à la fois pour la personne prise en charge et son entourage mais également pour les équipes soignantes.

Allongement du temps de passage, mobilisation difficile du patient, histoire de la maladie complexe, absence d'information sur la prise en charge en ville ou en institution (traitement médicamenteux, examens réalisés, comorbidités), charge de travail lourde, examens complémentaires nombreux sont autant d'enjeux qui, mis bout à bout, mettent à mal la fluidité des arrivées et de la prise en charge.

## ... mais ces services sont toujours trop sollicités

Le rapport public annuel de la Cour des Comptes de février 2019 précise :

« En 2017 les services d'urgence des établissements de santé principalement publics ont accueilli 21,2 millions de passages. Dès 2014, la Cour appelait à une redéfinition du rôle des services d'urgence dans le système de soins. »

Il formulait plusieurs recommandations visant à généraliser les nouveaux modes d'organisation interne des urgences ayant fait la preuve de leur efficacité, à mesurer et à analyser les passages évitables, à renforcer l'offre disponible en ville. La Cour constate que les améliorations organisationnelles mises en place depuis 2014 n'ont pas porté tous leurs effets faute d'un partage des tâches avec la ville permettant de réaliser un véritable virage ambulatoire. »

La Cour note que la prise en charge des patients âgés est au moins deux fois plus longue et nécessite des délais pour obtenir, si besoin, des lits d'aval. De plus, les passages aux urgences et les hospitalisations sont reconnus comme étant une source d'aggravation de la perte d'autonomie des personnes âgées (dépendance iatrogénique).

Le rapport du Think Tank Matières grises « Objectif grand âge : éviter l'hôpital » (2019) met en avant le fait que les personnes âgées sont des patients plus fragiles que les autres et pour lesquels les taux d'hospitalisation sont plus élevés, les durées de séjour plus longues et les passages aux urgences plus nombreux.

Par conséquent, l'hospitalisation peut être problématique pour les personnes âgées, d'autant que l'hospitalisation peut être à l'origine d'une majoration ou d'une perte d'autonomie. Ce rapport met en lumière les dispositifs permettant de limiter les hospitalisations et qu'il est nécessaire de développer. Cette limitation, organisée sur des bases médicales, pourrait générer d'importantes économies.

### Qu'en est-il des personnes présentant des troubles cognitifs ?

Les enjeux sont importants : personnes malades orientées sans historique de ses antécédents, iatrogénie médicamenteuse ou mal observance, incapacité à communiquer et à s'exprimer, prise en charge plus longue, examens complémentaires plus nombreux et nécessitant la coopération du patient... mais aussi rupture du maintien à domicile, stress à répétition et épuisement de la famille...

Or la fluidité des urgences est un enjeu clé pour leur bon fonctionnement, l'efficacité et la qualité des soins. Une bonne organisation doit permettre aux urgentistes de se centrer sur leur cœur de métier : l'urgence vitale et les situations aiguës. L'organisation et l'optimisation des prises en charge des personnes âgées constituent donc des enjeux clés.

Les troubles cognitifs ne représentent-ils pas une barrière à la délivrance de soins adaptés dans le contexte d'une activité soutenue et tendue ?

## Des passages évitables aux urgences

Dans la concertation *Grand âge et autonomie* conduite par Dominique Libault (mars 2019), des préconisations concernant l'hôpital et la personne âgée sont formulées.

« L'hôpital du futur idéal pour la personne âgée ? C'est l'hôpital où elle ne va pas. Si elle y va, c'est l'hôpital où elle ne reste pas. Si elle y reste, c'est l'hôpital qui sait prendre en compte ses besoins les plus spécifiques ».

Au cœur de la logique « parcours », se situe le souci d'éviter l'hospitalisation de la personne âgée si elle n'en relève pas. Dans ce sens, l'hôpital doit contribuer au soutien de la vie à domicile en limitant les hospitalisations et les passages évitables aux urgences. L'objectif « zéro passage évitable aux urgences » doit être affirmé fortement.

(1) Bénédicte Boisguérin et Léa Mauro, mars 2017, « Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier », Études et Résultats, n°1007, DREES.



La priorité doit être de les éviter par une meilleure prise en charge à domicile ainsi qu'en EHPAD.

Plusieurs actions initiées ces dernières années mériteraient d'être renforcées : présence d'infirmiers de nuit en EHPAD, présence d'une télémedecine, développement de l'hospitalisation à domicile, assouplissement des conditions d'intervention du médecin coordonnateur et généralisation du dossier de liaison d'urgence (DLU).

En cas d'hospitalisation nécessaire, la mise en place de filières gériatriques a permis d'améliorer la coordination des acteurs prenant en charge des personnes âgées : admission directe ou différée permettant d'éviter les passages aux urgences.

Les orientations gouvernementales « Ma Santé 2022 » visent à tenter de répondre à un certain nombre de défis que rencontre le système de santé. Plusieurs orientations principales devraient permettre à terme de réduire le flux des patients et notamment des patients âgés :

- la mise en place de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) chargées de coordonner l'exercice des professionnels de ville médicaux et paramédicaux. L'objectif est ambitieux, car il est prévu que l'ensemble du territoire soit couvert par les CPTS au 1er juillet 2021. Cette démarche repose sur l'initiative des professionnels de santé libéraux qui décident de travailler ensemble « *Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent un mode d'organisation, à la main des professionnels de santé, visant à renforcer leur coordination, dans un cadre populationnel sur leur territoire et au service d'une prise en charge plus intégrée* » (éléments clés de la loi de 2016).
- le déploiement de 400 médecins généralistes dans les territoires prioritaires ;
- le recrutement de 4 000 assistants médicaux d'ici 2022 pour aider les professionnels dans leurs tâches administratives ;
- la labellisation de 500 à 600 hôpitaux de proximité chargés d'accompagner les professionnels de ville dans la territorialisation du système de santé. Les missions de ces hôpitaux de proximité, clairement centrées sur une approche populationnelle, concernent principalement les personnes âgées en perte d'autonomie ou fragiles. Il s'agit à la fois d'améliorer la prévention, et de jouer le rôle de centre de ressources auprès des établissements et services médico-sociaux.

La mesure 5 du Plan Urgences du ministère des solidarités et de la Santé prévoit « zéro personne âgée aux urgences ». C'est une incitation que certaines équipes ont déjà mise en pratique. Les personnes âgées doivent pouvoir être admises directement dans des services de soins. Des équipes hospitalières en charge d'assurer leur accueil seront créées. L'objectif est qu'aucune personne âgée ne passe par les urgences d'ici 5 ans. Pour éviter ce recours aux urgences, des équipes mobiles de gériatrie seront créées, et le dispositif d'astreinte d'infirmières de nuit mutualisées en Ehpad sera généralisé.

Il faut rappeler l'importance d'une bonne organisation de la filière gériatrique en amont et en aval de l'hôpital. Ce présent travail sera à moduler à l'aune de ces nouveaux dispositifs qui se mettent en place.

## TÉMOIGNAGE D'UNE PERSONNE MALADE ET DE SON ÉPOUX

« Madame L., âgée de 62 ans, malade d'Alzheimer jeune, vit à domicile avec son mari. Suite à une chute sur son balcon, les pompiers la conduisent aux urgences.

« Mettez-la là » dit la personne de l'accueil en s'adressant aux pompiers, oubliant que Madame L. est parfaitement consciente et entend ce qui est dit. « J'avais l'impression d'être une chose » confie madame L., seule, sur un brancard, et perdue dans un environnement inhabituel... Elle demande plusieurs fois quand elle sera examinée par un médecin. Sans réponse.

« Je suis restée dans la gare triage sur un brancard. Au bout de deux heures, j'ai été installée dans un box. J'ai demandé à plusieurs reprises dans combien de temps je verrai le médecin : vous êtes la prochaine »

« Mais attendre, attendre encore... Exaspérée, je me suis levée pour me rendre dans la pièce voisine pour reposer ma question. Le médecin me dit que je suis la troisième. De prochaine, j'étais devenue la

troisième ». Dans ces conditions, Madame L. décide de partir. A sa grande surprise, personne n'a essayé de la retenir ou de la dissuader de partir. « Je suis retournée chez moi, sans autre conseil que "voyez votre médecin" ».

Selon le mari de Mme L., il a fallu 8 à 10 jours pour que son épouse se remette du psycho traumatisme causé par ce passage aux urgences.

Ensemble, aidée et aidant formulent plusieurs constats. Le personnel est insuffisamment formé. Dès que le diagnostic de maladie d'Alzheimer est annoncé, l'infirmière ne s'adresse plus à la personne malade mais à son aidant, la disqualifiant de fait.

Ils soulignent que « les personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer ne sont pas que des vieux » et constatent globalement un manque d'écoute et d'empathie. Une nécessaire réduction du temps d'attente aux urgences des personnes ayant des troubles cognitifs serait souhaitable. Par ailleurs, ils demandent de dire la vérité et de ne pas changer de discours au prétexte que la personne malade ne comprend pas. Ils insistent sur la nécessité de prendre en compte le stress du patient et celui de l'aidant, qui, s'il n'est pas maîtrisé, vient majorer celui de la personne malade.

## À qui faut-il s'adresser ?

Bien-sûr à la personne malade qui est directement concernée. Il est alors possible ou non d'instaurer un dialogue avec elle. Tout dépend de ses compétences cognitives.

La présence de l'entourage familial ou amical permet de compléter ou de suppléer au recueil d'informations nécessaires à l'expertise médicale.

# REPÉRER LES PERSONNES AYANT

Une personne âgée ayant des troubles cognitifs présente un tableau clinique complexe lors de son arrivée aux urgences. Complexe tout d'abord du fait de la cause première d'arrivée (chute, iatrogénie médicamenteuse, dénutrition, infection, chute...) mais également du fait d'autres pathologies co-existantes (comorbidités), une potentielle fragilité (antichambre de la perte d'autonomie). Peuvent s'y ajouter des problèmes d'ordre social (isolement...) et médico-social, juridique (mise sous protection juridique...), familial (oppositions au sein de la famille...), économique...

Il est important d'identifier rapidement les personnes âgées présentant une grande fragilité et pouvant avoir des troubles cognitifs afin d'adapter la prise en charge et d'agir pour anticiper les situations concernant la personne malade mais également la famille accompagnante.

« Alors que tout le fonctionnement des urgences jusqu'à présent était centré sur la pathologie aiguë, là, nous entrons dans un modèle complètement différent. Pour la personne âgée qui se présente aux urgences ; ce pourquoi elle arrive est parfois la conséquence de plusieurs autres problèmes que vous ne voyez pas. »

Pr. Achille Tchalla.

Les risques de décompensation, les troubles cognitifs et les manifestations des troubles du comportement peuvent en effet désorganiser rapidement un service, emboliser le flux de prise en charge et allonger les délais d'attente et de passage. Selon la DRESS<sup>(1)</sup>, la durée médiane de passage aux urgences est de 4h30 pour les patients de plus de 75 ans contre 2h20 pour les 15-74 ans, soit presque le double. Or les délais d'attente sont délétères pour la personne et peuvent engendrer de nombreuses complications (escarres, globe urinaire, désorientation, troubles du comportement avec agitation, colère ; perte d'autonomie, etc.) Le repérage et une organisation adaptée sont indispensables pour une prise en charge de qualité pour le patient et son accompagnant, mais également le gage d'efficacité pour les professionnels qui vont se répartir les tâches avec efficacité et efficience.

Le pourcentage de ce type de public arrivant aux urgences étant en augmentation constante et les personnes de plus en plus dépendantes, développer un repérage systématique et une prise en charge spécifique sont essentiels pour fluidifier les flux en routine, les prises en charge et assurer un accompagnement adapté et optimisé.



« Il faut aider les soignants à prendre des bonnes décisions, à détecter ces patients fragiles et à les orienter dans le bon service, parce que les orienter dans le bon service c'est déjà faciliter leur retour, soit dans leur EHPAD, soit à leur domicile. »

Dr. Laurence Arrouy.

(1) La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

# DES TROUBLES COGNITIFS

## ● COMMENT FACILITER LE REPÉRAGE ET OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE ?

**Les mots d'ordre :**

**Repérage, fluidité, adaptation**

### Repérage

Le repérage des troubles cognitifs, des troubles du comportement ou d'une certaine fragilité n'est pas simple. Il ne s'agit pas ici de poser un diagnostic précis sur l'intensité des troubles cognitifs et la pathologie précise de la personne mais a minima de pouvoir repérer un état confusionnel et plus simplement d'alerter sur la présence de troubles cognitifs.

### Fluidité

Après le repérage, la prise en charge est donc à adapter. Les objectifs principaux sont donc rapidité pour le patient et fluidité pour les équipes. Pour les équipes, il peut s'agir de recentrer l'urgentiste sur son cœur de métier en transférant le patient au bon professionnel au bon moment.

Une réflexion plus globale est à engager sur la prise en charge adaptée, facilitée par une organisation pensée pour répondre aux besoins des patients mais également des professionnels. Certains établissements ont ainsi mis en place des Unités d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) à destination des personnes âgées arrivant aux urgences ou encore des unités dédiées aux personnes âgées fragiles, comme l'Emergency Frailty Unit (EFU) aux urgences de l'hôpital de Leicester (Royaume-Uni), comprenant des gériatres urgentistes et des professionnels formés à la gériatrie.

### Adaptation

Une organisation fonctionnelle passe également par des pratiques réfléchies répondant aux spécificités de ce public. Une réflexion en équipe est à mener pour éviter des pratiques courantes aux urgences et pourtant peu adaptées. Des services ont ainsi sensibilisé les professionnels aux bonnes pratiques gériatriques. Des recommandations simples, à répéter régulièrement comme : éviter les contentions, les barrières, l'usage du brancard, favoriser les mises au fauteuil, éviter la pose de sondes urinaires, réévaluer l'intérêt des perfusions, etc.



“ Quand une personne âgée arrive aux urgences, il faut détecter rapidement si elle ne rentrera pas à la maison. Dans l'heure qui suit son arrivée aux urgences, nous devons déjà avoir cela en tête. Je ne supporte pas que les gens restent sur des brancards pendant six heures »

*Dr. Laurence Arrouy.*

Des outils, des pratiques, des procédures et une sensibilisation peuvent être développés et mis en œuvre. Ces derniers qui doivent être réfléchis en équipe pluridisciplinaire et au sein de chaque service des urgences ont pour objectif d'adapter au mieux les pratiques tout en tenant compte des contraintes spécifiques du service, contraintes évoluant en fonction des périodes au cours de la journée et la nuit (période de rush). À titre d'exemple, le BAS (*Brief Alzheimer Screen : Screening test*) ou l'ATMS (*Abbreviated Mental Test Score*) ont été conçus pour un repérage rapide aux urgences. Mais sont-ils connus et utilisés ?

Les signes pouvant évoluer dans le temps, tous les soignants peuvent être sensibilisés et outillés pour réaliser un repérage efficace et efficient. Pour commencer, une vigilance sur différents points, des signaux récurrents peuvent servir de point de départ à une réflexion plus globale.

Ainsi, certains services ont décidé d'utiliser des tests rapides de détection, d'autres de mettre en place leurs propres critères d'évaluation rapide ou encore de mettre en place des algorithmes décisionnels.





## UN *FAST-TRACK* POUR RACCOURCIR LE TEMPS DE PRÉSENCE AU SEIN DES SERVICES D'ACCUEIL DES URGENCES

### ● STRUCTURE : URGENCES DE L'HÔPITAL AMBROISE PARÉ (AP-HP BOULOGNE BILLANCOURT).

Au sein du service d'accueil aux urgences de l'hôpital, un outil de repérage pour les personnes âgées de plus de 85 ans intitulé « *Fast-Track* » a été mis en place par les équipes des urgences. Il est affiché dans les services afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes fragiles, en diminuant leur temps d'attente aux urgences et en les orientant en Unité d'Hospitalisation Courte Durée (UHCD), puis dans les services adaptés.

Cet algorithme décisionnel a été réalisé après l'étude de plus de 300 dossiers de patients de plus de 85 ans admis au Service d'accueil des urgences (SAU) et une revue de la littérature sur le sujet. Il a été validé en concertation pluridisciplinaire et permet de détecter les patients à haut risque d'hospitalisation.

Après inscription et recueil des premières données, les patients sont installés en box au SAU. Quand les premières hypothèses diagnostiques sont posées, on recherche une anomalie hémodynamique et/ou la présence de facteurs de risques précisés dans l'algorithme comme des antécédents de chute dans les 6 mois, une hospitalisation récente ou une cachexie.

Puis les examens biologiques et l'ECG sont ensuite réalisés sur place, les premières thérapeutiques sont instaurées et le patient peut être transféré en UHCD avant un passage en imagerie si besoin. Le patient attend ses résultats dans le box ou en UHCD.

En suivant le schéma et les processus mis en place, **le séjour du malade ne doit pas excéder 120 minutes dans le secteur de soins initial**. Cette procédure mise en place permet de placer le patient âgé dans un certain confort, sur un fauteuil si possible, d'être accompagné de son proche, et contribue à réduire l'encombrement du secteur soins.

L'évaluation souligne une diminution du temps de passage et une amélioration de la qualité de la prise en charge.

*Ce projet a été primé en 2015 dans le cadre du prix de la Fondation Médéric Alzheimer en partenariat avec la Fédération Hospitalière de France sur la thématique « Alzheimer à l'hôpital : pour un meilleur accès des personnes ayant des troubles cognitifs dans les services hospitaliers ».*



# RECONNAÎTRE LA PLACE ET LE RÔLE

Lorsqu'une personne atteinte de troubles cognitifs arrive aux urgences ou se fait hospitaliser, la situation peut devenir complexe pour les équipes soignantes qui peuvent se retrouver débordées. Troubles du comportement, désorientation, panique, incompréhension, refus ou opposition peuvent rapidement rendre la situation invivable pour la personne malade en situation de stress, mais également pour son accompagnant et les professionnels.

L'accompagnant, le proche ou le proche aidant devient alors l'interlocuteur ressource pouvant faire lien. Mais le dialogue et les relations entre le proche aidant et les équipes soignantes ne sont pas toujours fluides.

Pour des raisons de flux et de conditions de travail, certains services gèrent au cas par cas l'accès des aidants tandis que d'autres limitent complètement l'accès des accompagnants.

Pourtant, en présence de troubles cognitifs, le proche aidant est souvent le plus à même de fournir les informations utiles, d'anticiper les réactions et de comprendre la conduite du malade dans le contexte perturbant de l'hôpital. Le dialogue entre les différents intervenants est crucial pour une prise en charge efficiente.

“  
 Donc, nous allons aux urgences, il est quatre heures de l'après-midi. On me l'a pris. J'ai dit : « ce Monsieur il a besoin de moi ».  
 « Non, non, non c'est nous les soignants. » Je me rappelle de ce terme-là, c'est horrible d'entendre ce genre de chose : « Nous, nous savons, vous vous ne savez pas. »

*Joël Jaouen, proche aidant.*

## ● AU SEIN DE LA RELATION « PERSONNE MALADE – AIDANT – PROFESSIONNEL SOIGNANT », DES ENJEUX DIFFÉRENTS :



### L'aidant

- Une parole souvent disqualifiée vis-à-vis des professionnels hospitaliers ;
- Un manque de reconnaissance de leur rôle et de leur connaissance de la personne malade ;
- Des interlocuteurs multiples dans un environnement stressant avec un manque d'écoute et d'échanges.



### La personne vivant avec la maladie d'Alzheimer

- Un environnement nouveau, déstabilisant et vecteur de stress ;
- La personne malade vit des incompréhensions les unes après et les autres et a des difficultés à s'exprimer ;
- Le contexte génère de l'énervement et peut provoquer une décompensation et/ou entraîner des troubles du comportement (agressivité, déambulation, tentative de fuite etc.) ;



### Les soignants

- Dans un contexte récurrent de services surchargés, l'arrivée d'une personne âgée avec un profil à risque est un vecteur de stress ;
- Face aux contraintes de temps et aux flux des arrivées, la disponibilité des soignants est limitée, comme leur patience ;
- Un manque de formation spécifique sur les personnes âgées poly-pathologiques, avec des troubles cognitifs ;
- Les troubles du comportement complexifient la prise en charge et désorganisent les services.

# DES AIDANTS



## LES PRÉCONISATIONS DU NATIONAL INSTITUTE ON AGING (NIA)

### URGENCES HOSPITALIÈRES - CE QUE VOUS POUVEZ FAIRE

Un passage aux urgences peut fatiguer et effrayer une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Voici quelques moyens d'y faire face :

- Demandez à un ami ou à un membre de votre famille de vous accompagner ou de vous retrouver aux urgences. Il ou elle peut rester avec la personne malade pendant que vous répondez aux questions.
- Soyez prêt à expliquer les symptômes et les événements qui ont conduit aux urgences, éventuellement plusieurs fois, à différents membres du personnel.
- Dites au personnel des urgences que la personne est atteinte de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Expliquez-lui la meilleure façon de parler avec la personne malade.
- Sachez que le personnel des urgences a une formation limitée sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, alors essayez de l'aider à mieux comprendre la personne.
- Encouragez le personnel hospitalier à voir la personne comme un individu et non comme un patient confus et désorienté par la maladie.
- Réconfortez la personne. Restez calme et positif. La façon dont vous vous sentez sera ressentie par les autres.
- Soyez patient. L'attente peut être longue s'il n'y a pas d'urgence vitale.
- Reconnaissez que les résultats du laboratoire prennent du temps.
- Réalisez que ce n'est pas parce que vous ne voyez pas le personnel au travail qu'il n'est pas occupé.
- Ne supposez pas que la personne malade sera hospitalisée.
- Si la personne malade doit passer la nuit à l'hôpital, essayez de faire en sorte qu'un ami ou un membre de la famille reste avec elle.

Ne quittez pas les urgences sans avoir des conseils pour le retour à domicile. Si vous rentrez chez vous, assurez-vous que vous avez bien compris toutes les instructions relatives au suivi médical.

### Que faut-il emporter ?

Un sac d'urgence préparé à l'avance, contenant les articles suivants, peut faciliter le séjour aux urgences :

- Cartes d'assurance maladie et de mutuelle
- Listes des maladies actuelles, des médicaments pris et des allergies
- Noms et numéros de téléphone des professionnels de santé qui vous suivent
- Copies des directives anticipées précisant les souhaits du patient en matière de soins de fin de vie
- « Fiche de renseignements personnels » indiquant le nom et la langue préférée de la personne ; les coordonnées des principaux membres de la famille ; le besoin de lunettes, de prothèses dentaires ou d'appareils auditifs ; les comportements préoccupants ; la façon dont la personne communique ses besoins et exprime ses émotions ; et la situation de vie
- Slips pour incontinence, s'ils sont généralement portés, lingettes humides et sacs en plastique
- Objets réconfortants ou lecteur de musique avec écouteurs
- Des vêtements de rechange, des articles de toilette
- Un bloc de papier et un stylo pour noter les informations et les instructions qui vous sont données par le personnel de l'hôpital
- Un moyen de paiement
- Une note sur l'extérieur du sac d'urgence pour vous rappeler de prendre votre téléphone portable et son chargeur avec vous

En prenant ces mesures à l'avance, vous pouvez réduire le stress et la confusion qui accompagnent souvent une visite à l'hôpital, en particulier s'il s'agit d'un déplacement aux urgences.

## ● COMMUNIQUER

Il est indispensable de prendre appui sur l'aidant, de lui laisser le temps de présenter la situation au malade, de faire les transitions en expliquant les étapes et examens à venir et en le répétant à chaque nouveauté. Passer du temps à échanger avec l'aidant, c'est éviter des situations à risque chronophages par la suite.

Communiquer avec l'aidant, c'est prendre le temps de l'écouter, en reconnaissant ses compétences, sa connaissance fine de la personne malade. C'est également tisser une relation de confiance et de partenariat « à part égale » avec le binôme, facilitant la prise en charge à venir.

Toute personne hospitalisée a le droit à des explications et de l'écoute. Cela doit être adapté à son niveau de compréhension et au contexte individuel. L'information est un devoir pour le professionnel.

“ Une infirmière place la sonnette à droite du lit : « Appuyez si vous avez besoin. »

Je répète : « Mon mari a la maladie d'Alzheimer, il ne saura pas trouver la sonnette et il ne comprend pas à quoi elle sert. »

L'infirmière ne se sent pas concernée par le problème : « Alzheimer, oui, c'est noté dans le dossier »

Une famille.

---

## ● IDENTIFIER

Devant la multiplicité des intervenants lors d'un passage aux urgences ou d'une hospitalisation, la continuité de l'information entre les soignants, la personne malade et l'aidant est parfois difficile à maintenir. Pour éviter les situations évoquées ci-dessus, cette continuité, facteur de communication et de confiance, est pourtant nécessaire. Elle permet d'éviter de se retrouver face à un interlocuteur non informé sur les troubles cognitifs de la personne.

Il s'agit donc à la fois d'identifier la personne accompagnante, le proche, qui peut faciliter la prise en soin de la personne et d'identifier un référent médical/soignant qui transmettra les informations nécessaires tout en adaptant l'accompagnement aux besoins spécifiques de la personne malade.

En synthèse, **l'aidant aux urgences** doit être considéré comme un interlocuteur ressource et non comme une gêne. L'aidant connaît les besoins de la personne malade, ses habitudes et son comportement. « Le savoir c'est vous, le vécu c'est nous » rappelle Joël Jaouen.

De plus, l'aidant représente un point de repère pour la personne malade, avec son caractère rassurant. Il faut sécuriser la place de l'aidant, sans lui donner pour autant un caractère intrusif qui doit bien évidemment être évité notamment lors des soins.

Au-delà de cette place particulière, l'aidant peut être le porte-parole de la personne malade vis-à-vis des professionnels. Il devient porteur d'une information relative à la description d'un comportement adapté et utile d'un proche aux urgences. A l'inverse, pour une personne qui a du mal ou ne sait plus communiquer de manière verbale, l'aidant peut parfois servir de traducteur. La formation des aidants doit veiller à intégrer ce point particulier.

**Dans le cas d'une maladie neuro-dégénérative, c'est « un couple » personne malade/proche aidant qui doit être accueilli.**

Enfin, une attention particulière doit être portée aux aidants, car ils sont eux-mêmes, bien souvent, en difficulté dans leur mission d'accompagnement, avec des conséquences sur leur propre santé soit déjà présentes (et à identifier) soit avec un fort risque de survenue (à prévenir).

## UN BRACELET JAUNE POUR LES AIDANTS

### ● STRUCTURE : AMBROISE PARÉ - (AP-HP BOULOGNE BILLANCOURT).

Afin d'éviter la sur-fréquentation des services par les familles tout en garantissant un accompagnant auprès des personnes le nécessitant (enfant, public fragile, personne ayant des troubles cognitifs, etc.), l'identification d'un **accompagnant principal** se fait à l'arrivée aux urgences. L'infirmier d'accueil et d'orientation remet un **bracelet jaune** à l'accompagnant désigné par le patient. Un livret d'accueil de l'accompagnant lui est également remis. Celui-ci est ainsi facilement identifié par les professionnels hospitaliers.

## LA PLACE DU BÉNÉVOLE INTERVENANT DANS LES SERVICES DES URGENCES

Dans les établissements de santé, interviennent également des bénévoles (bénévolat associatif). Ils apportent quotidiennement soutien, écoute, information ou divertissement aux patients hospitalisés et à leurs proches. Le service des urgences peut également recevoir ces bénévoles.

N'étant pas un professionnel et ne prodiguant pas de soins, le bénévole n'est pas pris dans le stress de la situation d'urgence et/ou de l'attachement à la personne malade. Il peut jouer le rôle d'intermédiaire entre les professionnels et la personne âgée ayant des troubles cognitifs et son entourage, d'autant qu'il a été formé par l'association dont il dépend pour être présent dans les hôpitaux. Il s'agit pour le bénévole, aux urgences, de prendre soin et d'accompagner (*care*) la personne malade comme son entourage par de l'information sur le fonctionnement du service des urgences (pourquoi certaines personnes sont vues par le médecin avant d'autres...), apporter des explications sur les appareils qui clignotent et font du bruit, aider à repérer des différentes fonctions selon la blouse ou l'uniforme porté. Le bénévole peut dans certains cas apporter une aide : aider à se lever, donner à boire, apporter le bassin... Enfin, il peut simplement rester à côté et rassurer.

Par ailleurs, le bénévole peut alerter le personnel soignant et médical si la situation s'aggrave : douleur, somnolence, agitation...

Cependant, afin qu'il n'y ait pas d'interférence ou d'antagonisme entre l'action du professionnel du service des urgences et celle du bénévole, celui-ci doit être impérativement formé : éviter de donner à boire ou à manger à une personne qui risque de passer au bloc opératoire, ne pas mobiliser une personne chez qui une fracture est suspectée...

Le périmètre d'action, les modalités d'action, la supervision des bénévoles etc. sont des sujets qui doivent faire l'objet de procédures et de protocoles écrits. Savoir, savoir-faire et même savoir-être doivent être enseignés et partagés entre professionnels et bénévoles.

Enfin, le bénévolat consistant à l'origine essentiellement à donner de son temps libre, devient de plus en plus du bénévolat de compétence. Anciens urgentistes, anciens infirmiers d'accueil et d'orientation etc., devenus bénévoles, peuvent être des « auxiliaires » efficaces.



# FORMER ET SENSIBILISER LES PRO À LA CULTURE GÉRIATRIQUE ET À LA

## ● LA CULTURE GÉRIATRIQUE DES ÉQUIPES AUX URGENCES DOIT ÊTRE DÉVELOPPÉE

Face à l'évolution du public fréquentant les services des urgences et des hôpitaux, à l'accroissement des personnes âgées poly-pathologiques et/ou ayant des troubles cognitifs, la formation et les pratiques des professionnels s'adaptent peu à peu.

C'est un enjeu majeur, à la fois en termes organisationnels, afin de faciliter la prise de décision et d'adapter la prise en charge, mais également un enjeu professionnel pour les médecins et les soignants afin de disposer des outils et des connaissances nécessaires pour sécuriser leurs pratiques.

Il est évident que l'amélioration de l'accueil aux urgences passera par le développement de la culture gériatrique des équipes soignantes et accueillantes. Cette culture doit être transmise par le biais de formations spécifiques des équipes, notamment en ce qui concerne l'accompagnement et la prise en soins des personnes atteintes de troubles cognitifs.

L'accueil physique de la personne malade et de son aidant doit également être amélioré et passe par la mise en place d'une nouvelle organisation, génératrice de moins de stress pour l'ensemble des acteurs impliqués. Cette nouvelle organisation implique un accueil spécifique du public concerné, 24 heures sur 24, avec la prise en compte du « vécu » de l'aidant.

Des initiatives de ce type ont été développées au sein de certains établissements et cette démarche doit être étendue à l'ensemble du territoire.



# PROFESSIONNELS HOSPITALIERS MALADIE D'ALZHEIMER

Pour autant, il s'agit souvent de souligner les pratiques de bon sens et de qualité effectuées par les professionnels souvent mises à mal par le contexte de travail.

Si former et sensibiliser les professionnels à la culture gériatrique est un enjeu majeur, une attention particulière doit également être portée à l'aïdant lui-même en difficulté.

“ La personne, elle se laissera plus facilement faire, elle sera plus coopérative. C'est cela qu'il faut mettre en avant et nous avons vu combien la prise en charge s'est améliorée, parce qu'un personnel formé est un personnel qui a envie. »

*Bénévole.*

## ● LES CONSÉQUENCES DU MANQUE DE FORMATION

Une formation insuffisante des professionnels va gêner leur exercice et entraîner :

- des difficultés à reconnaître les troubles cognitifs et à anticiper les troubles du comportement qui peuvent être engendrés ;
- une durée trop longue d'évaluation du niveau de fragilité et des différentes pathologies associées au problème aigu, cause de la venue aux urgences ;
- des pratiques protocolisées parfois peu adaptées et pouvant avoir pour conséquence une perte d'autonomie par la suite (perfusion, mise au brancard, etc.) ;

**“Il faut prendre du temps pour gagner du temps”**

- une appréhension des professionnels face à ce public qui va demander plus de temps pour la prise en soin, la surveillance et la prise en charge globale ;
- une certaine résistance au changement face à des pratiques anciennes et instituées.

## UNE FORMATION PERMET

- d'éviter les situations d'agressivité et d'incompréhension en anticipant les situations et en s'adaptant aux troubles de comportement ;
- d'éviter les temps d'attente trop longs engendrant des situations complexes et délétères, en prenant des décisions rapides grâce à une bonne connaissance des enjeux et des interlocuteurs adaptés ;
- un plus fort respect de la personne dans sa singularité, sa dignité et ses droits ;
- un repérage des situations d'abus et de maltraitance.

## ● LES CLÉS POUR Y PARVENIR

### Communiquer et rassurer

Il s'agit d'adapter le niveau d'information à transmettre, de s'appuyer sur l'aidant pour communiquer avec la personne, de passer par du langage non verbal, de reformuler régulièrement. Mais il est également important de comprendre les appréhensions et les besoins spécifiques des personnes.

Pour commencer, il est important d'être attentif aux attitudes, aux réactions corporelles, aux mouvements, qui sont aussi des formes d'expression et de communication.

### Anticiper et adapter

Il est important d'éviter les situations de stress, de laisser le temps à la personne d'exprimer un refus ou un accord.

Pour commencer, la présence d'un proche/ d'un aidant est un levier important. Plus largement il s'agit d'intégrer dans la prise en charge la notion de fragilité et de vulnérabilité de la personne.

“ L'infirmier qui est aux urgences doit être formé. Nous n'avons pas besoin d'un infirmier technicien, nous avons besoin d'un infirmier qui sache parler à la personne âgée, qui sache la rassurer ».

## ● TRAVAILLER EN ÉQUIPE

- Identifier les enjeux clés des différentes équipes ;
- Diffuser des messages simples et les répéter ;
- Identifier les personnes ressources, privilégier le partage de culture « par capillarité » en formant quelques « référents » choisis pour leur stabilité par exemple ;
- Réfléchir en équipe aux pratiques à éviter ;
- Définir les points clés d'un bon accueil, diffuser des messages simples, former des référents, valoriser les pratiques intéressantes déjà mises en œuvre.

Les équipes se sentent alors bien dans leur travail quotidien. Ainsi, au *St James Hospital* de Dublin un programme de formation et de sensibilisation a été lancé auprès de tous les professionnels sur le repérage, l'accueil et la prise en charge des personnes ayant des troubles cognitifs. Selon les modules, il peut s'agir de sensibilisation de tous les nouveaux professionnels, de formation sur les tests de repérage des troubles cognitifs ou encore de journées thématiques précises par exemple sur les enjeux de la nutrition lors de l'hospitalisation.





## L'INFIRMIÈRE RÉFÉRENTE SPÉCIALISÉE ALZHEIMER

### ● STRUCTURE : ÉTUDE RÉALISÉE AU BROOMFIELD HOSPITAL, MID ESSEX HOSPITAL SERVICES NHS TRUST, ESSEX<sup>2</sup>

En Angleterre des établissements hospitaliers ont mis en place des infirmières référentes spécialisées Alzheimer, comme il en existe déjà en oncologie ou pour d'autres pathologies. Cela a eu des bénéfices au niveau individuel relatifs à la qualité de soins délivrés et l'expérience du malade et de son proche mais également au niveau institutionnel en amorçant une démarche plus accueillante vis-à-vis des personnes.

L'objectif est donc d'améliorer la prise en charge, de réduire les durées de séjour, de réduire les coûts de prise en charge et de limiter la perte d'autonomie engendrée par l'hospitalisation en impliquant une infirmière spécialisée dans la stratégie de soin.

Pour ce faire, l'infirmière dispose des connaissances et des outils acquis suite à une formation adaptée ; elle promeut une approche centrée sur la personne, peut faire de la prévention, favoriser un juste équilibre entre les besoins du patient et les contraintes institutionnelles. Le rôle de l'infirmière spécialisée s'inscrit également dans l'information et le soutien des aidants avec des temps d'écoute et d'échanges spécifiques sur la maladie et une expertise sur les comportements difficiles. Elle apporte également son soutien aux professionnels, par l'enseignement formel ou informel sur la maladie d'Alzheimer, en favorisant les pratiques les plus adaptées, en aidant à prioriser et planifier la prise en charge de la personne. Les retours montrent que son action est bénéfique pour l'ensemble d'un service.

L'évaluation de la mise en place de ce type de professionnel indique que le contexte et le fonctionnement spécifique du service sont à prendre en compte pour favoriser une collaboration efficace et s'inscrire dans une réflexion plus large sur l'accueil des personnes ayant des troubles cognitifs.

La présence d'une infirmière référente spécialisée Alzheimer se traduit par une amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge globale.



## L'INFIRMIÈRE DE PRATIQUE AVANCÉE (IPA)

Le décret de juillet 2018 définit l'exercice des infirmières de pratique avancée. À l'interface de l'exercice infirmier et de l'exercice médical, **les infirmières en pratique avancée** disposent de compétences élargies par rapport à celles de **l'infirmier diplômé d'État**. Ces compétences sont validées par le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée, délivré par les universités.

Elles participent à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin.

L'infirmière exerçant en pratique avancée apporte son expertise et participe, en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge du patient, à l'organisation des parcours entre les soins de premier recours, les médecins spécialistes de premier ou deuxième recours et les établissements et services de santé ou médico-sociaux. Elle peut ainsi réaliser des actes réservés habituellement aux médecins tels que la prescription d'examens complémentaires et de prévention ou encore le renouvellement de certaines prescriptions. Assurant également la responsabilité du suivi régulier de ces patients, elle les réadresse au médecin lorsque les limites de leur champ de compétences sont atteintes.

L'IPA a toute sa place dans les services d'urgence, comme c'est le cas à l'hôpital de St Brieuc, où les urgentistes soulignent l'intérêt d'une telle présence qui fait gagner du temps et assure une qualité de prise en charge (autonomie, organisation sociale...)

Les maladies chroniques sont concernées par cet exercice. Une extension de la pratique avancée en gériatrie est souhaitée par les professionnels.

(2) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21848600>

## ● UNE FORMATION DES PROFESSIONNELS CO-CONSTRUITE AVEC LES AIDANTS ET LES PATIENTS EXPERTS

Le besoin des professionnels en formation porte bien sûr sur le savoir, comme par exemple : les caractéristiques des troubles cognitifs en situation aiguë, de décompensation et/ou d'urgence, la conduite à tenir devant une attitude passive : apathique, dépression ou une attitude agressive du patient et/ou de l'entourage, des troubles du comportement etc.

Les formations classiques apportent des éléments de connaissance. A ce savoir, certaines formations permettent de développer du savoir-faire : protocole, logigramme et arbres décisionnels... Cependant dans le stress et la pression de l'urgence, le savoir est souvent oublié ou mis de côté, et le savoir-faire (procédures, protocoles) oublié également ou contourné.

Au-delà d'une simple transmission de savoir, la formation doit « transformer » le professionnel en mettant l'accent sur le savoir-être. Il doit vivre des situations très proches de son quotidien aux urgences avec une analyse critique après coup. Il s'agit de mises en situation avec parfois des situations de mise en échec afin de pousser à réfléchir voire à remettre en question ses pratiques et surtout ses habitudes. Il est important d'avoir le point de vue des autres parties prenantes : celui de la personne malade et celui de l'aidant. Ces deux points de vue peuvent se compléter mais ne se recoupent pas toujours totalement.

Ainsi, un peu sur le modèle de l'université des patients (Paris, UPMC Sorbonne) ouverte aux patients à la fois comme formés et formateurs, ou celui de « Associations nos savoirs »<sup>3</sup>, il s'agirait de co-construire les formations et d'avoir des formateurs mixtes : professionnels, personnes malades et aidants. C'est ainsi qu'ils apprendront à travailler ensemble. Les mises en situation réuniraient toutes les parties prenantes et seraient proches des exercices de simulation en quasi réel et le débriefing avec la personne malade et son aidant pourrait remettre en question certaines certitudes. Cette formation croisée serait source d'acculturation réciproque.

(3) <http://www.associations-nos-savoirs.fr/>



# 4 ADAPTER L'ESPACE



L'importance d'un espace adapté aux personnes accueillies n'est plus à démontrer. Une bonne conception des lieux crée un contexte favorable. Lorsqu'il s'agit de personnes ayant des troubles cognitifs, l'univers visuel, olfactif, sonore est un levier majeur pour favoriser une prise en charge sereine et le ressenti des accompagnants. Les professionnels bénéficient également d'une meilleure qualité de vie au travail.

Il existe différentes façons de réfléchir à l'adaptation de l'environnement et des lieux : lors de la rénovation des bâtiments, de la conception et de l'évaluation des services ou en mettant en place des recommandations minimales. C'est bien sûr une réflexion pluridisciplinaire dans laquelle les géiatres, les urgentistes, les usagers peuvent apporter des points complémentaires aux architectes.

“ Les nouveaux services d'urgence qui se construisent, ce serait bien qu'il y ait quelques recommandations pour faire mieux que les précédents. »

Pr. Achille Tchalla.

## ● POINTS PRINCIPAUX IDENTIFIÉS PAR LES PERSONNES MALADES ET LES PROFESSIONNELS

### Au niveau visuel : l'importance des points de repère

- Une signalétique claire et simple pour faciliter les déplacements et le repérage en autonomie (pictogramme, code couleur, gros caractères etc.) ;
- Faciliter l'identification des lieux pour éviter confusion et incompréhension de personnes ayant des troubles de la mémoire, par des pictogrammes simples (salle d'attente, toilettes, poste de soins, ...).

### Maîtriser l'ambiance sonore

- Privilégier les espaces cloisonnés pour plus de calme ;
- Limiter le nombre d'alarmes (provenant des appareils de surveillance et de suivi, scopes...).

### Favoriser un éclairage doux

- Éviter les plafonniers dont la luminosité est trop violente notamment lors de l'attente sur des bancs.

De nombreux travaux français et étrangers illustrent ce sujet<sup>(4)</sup> et peuvent servir de piste de départ d'une réflexion au niveau d'un service ou d'un établissement.

(4) <http://dementia.stir.ac.uk/design/virtual-environments/virtual-hospital>

## DEMPATH, UN PROGRAMME AMBITIEUX

### ● STRUCTURE : WAYFINDING – ST JAMES HOSPITAL, DUBLIN, IRELAND.

L'hôpital *Saint James* à Dublin, hôpital universitaire de plus de 1 000 lits, a lancé un ambitieux programme sur 3 ans visant à rendre l'établissement plus accueillant, plus adapté aux personnes tant du point de vue de l'environnement que de l'amélioration des pratiques.

C'est le projet *DemPath* :

- Formaliser un parcours de soins pour ce type de patient avec la mise en place de tests de repérage à l'entrée et de procédures spécifiques ; il s'agit d'un «*integrated care pathway*».
- Rendre l'hôpital plus accueillant et plus accessible tout en favorisant l'autonomie, notamment en facilitant le repérage et l'orientation des patients au sein des différents bâtiments (*volet wayfinding - développé dans la thématique 4*) après un travail sur la signalétique, les couleurs et une réflexion architecturale.

L'axe d'amélioration du repérage et de l'orientation des patients au sein de la structure se traduit notamment par un travail collaboratif afin d'associer des principes du design et de l'architecture adaptée pour répondre aux spécificités des pratiques et de l'établissement.

Concernant le repérage et la signalétique, des personnes ayant des troubles cognitifs, un handicap moteur, une personne âgée et un patient sans problème physique ont ainsi dû retrouver leur route pour différentes destinations au sein d'un bâtiment puis répondre à un questionnaire et transmettre leurs remarques sur les difficultés rencontrées.

En combinant leurs expériences aux différentes données sur l'architecture, des améliorations ont été réalisées notamment via des couleurs, l'utilisation de symboles et de signaux spécifiques. Les résultats ayant été jugés très satisfaisants au sein des services, cette démarche a été étendue à tous les bâtiments de l'hôpital.

Au niveau architectural, c'est principalement dans la zone des urgences que des transformations ont été réalisées. Un travail sur les couleurs, les assises et les écrans d'affichage a été réalisé, toujours dans l'objectif de favoriser un environnement accueillant et adapté aux personnes ayant des troubles cognitifs. Par exemple, les modifications favorisent le calme dans les boxes, les interactions sociales en salle d'attente, et ouvrent l'établissement au maximum vers l'extérieur et son jardin.

**Ce projet a été récompensé en 2017 par le Prix EFID (European Foundations' Initiative on Dementia).**





**FOCUS**  
initiatives

## AMÉNAGER LA SALLE DES URGENCES POUR L'ADAPTER À DES PERSONNES DÉSORIENTÉES

● **STRUCTURE : TRINITY COLLEGE, DUBLIN, IRELAND.**

Mairéad Bracken-Scally, de l'École infirmière du *Trinity College* à l'Université de Dublin (Irlande), et ses collègues, ont conçu l'aménagement de deux box d'urgence dans un grand hôpital (1 000 lits dont 24 lits d'urgence, 47 000 passages aux urgences par an) afin de réduire la désorientation des personnes hospitalisées atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Les boxes modifiés sont situés en face du bureau des infirmières pour garder le contact visuel des deux côtés. À l'entrée des boxes, un affichage électronique indique le jour de la semaine et le moment de la journée (matin, après-midi, soir, nuit).

Des couleurs bleues et vertes apaisantes ont été choisies pour remplacer le blanc clinique des murs. Des panneaux muraux contrastés ont été installés pour bien distinguer le sol des murs, et les objets par rapport aux murs. L'éclairage standard a été remplacé par un éclairage à couleur variable, réglable par l'utilisateur selon ses préférences. Les rideaux séparant les boxes des couloirs ont été remplacés par des écrans rigides amovibles pour promouvoir l'intimité des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et de leurs familles, et réduire le niveau de bruit. Pour les familles, deux chaises fixes repliables ont été installées dans chaque box. Les chaises repliées, l'espace dégagé permet d'installer un deuxième lit en cas de besoin. Des espaces de rangement ont été installés pour réduire l'encombrement de la pièce et placer les instruments médicaux hors de la vue des patients. L'aménagement a été conçu avec des professionnels du département de urgences et des aidants familiaux de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Un audit a été conduit avant et après l'aménagement, selon le référentiel national irlandais (*Irish National Audit of Dementia's Environment Checklist*). L'aménagement des boxes est vu positivement par l'ensemble des acteurs.

Bracken-Scally M et al. *Assessing the impact of dementia inclusive environmental adjustment in the emergency department. Dementia (London)*, 17 juillet 2019.

La diffusion d'une culture gériatrique au sein des services d'urgence passe à la fois par la mise en place d'outils, de pratiques, mais peut plus largement entraîner une réflexion globale sur les besoins et les réponses attendues par les personnes malades et les professionnels pour une prise en charge et un accueil de qualité. Dans la logique des *dementia friendly communities*, les établissements hospitaliers peuvent tout à fait devenir des *dementia friendly hospitals* comme c'est déjà le cas dans certains pays anglo-saxons et aborder les enjeux sous différents angles. En effet, l'évolution des missions des services d'urgence et l'évolution des populations admises sont à mettre en lien avec cette recherche d'une approche globale et d'une philosophie gériatrique complète, et d'ouverture sur la ville et la cité.

Cette démarche a été conceptualisée et les principes des «*senior friendly hospitals*», ou «*elder friendly hospitals*» peuvent servir de base à la réflexion.

### Il s'agit d'agir sur quatre dimensions :

- les procédures de soin ;
- le climat social (par exemple les relations interpersonnelles et l'influence organisationnelle pouvant impacter le respect de la personne...);
- les mesures et procédures organisationnelles ;
- l'environnement physique.

De plus, une approche globale ne saurait s'entendre uniquement au sein de l'établissement de façon isolée, c'est à inscrire dans une réflexion plus large en lien avec les acteurs de la prise en charge.

“

Ce qui bloquait beaucoup nos collègues urgentistes, c'est le fait de ne pas avoir accès à la filière gériatrique. Finalement, c'est un problème majeur, parce qu'aux urgences nous devons aller vite, mais de manière très efficace et finalement, voilà, le fait de ne pas avoir toute cette filière en tête peut poser problème. »

Pr. Achille Tchalla.





## ● POURQUOI ?

- Des procédures peu adaptées et des professionnels souvent surchargés ne disposant pas des outils pour éviter les situations complexes et les délais ;
- Un public fragilisé qui nécessite une prise en charge particulière, un environnement adapté et des besoins spécifiques concernant l'amont et l'aval de la prise en charge ;
- Une présence souvent insuffisante du gériatre ou des équipes mobiles aux urgences pour permettre de diffuser les bases d'une culture gériatrique commune.

## ● LES PISTES DE DÉVELOPPEMENT D'UNE APPROCHE GLOBALE

- Une approche pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle est essentielle pour la prise en charge des publics fragilisés et souvent poly-pathologiques ;
- Développer un travail de partenariat avec les différents acteurs de la filière gériatrique du territoire (établissements, associations) afin de permettre une bonne connaissance des acteurs et de faciliter les relations et apporter réactivité et adaptabilité des réponses apportées aux personnes malades ;
- Rapidité et anticipation sont les maîtres mots pour une prise en charge efficiente de ce public et cela ne pourrait fonctionner sans une approche globale permettant la mise en place rapide de réponses adaptées.

### **Pour commencer**

Il peut être nécessaire de définir un groupe de travail thématique interdisciplinaire sur les enjeux prioritaires selon l'établissement (confort de l'environnement, procédures de prise en charge, suivi et coordination, etc.) Les leviers majeurs sont à identifier et catégoriser : formation du personnel, procédures spécifiques, création d'outils, refonte de la prise en charge, développement de partenariats, etc. Il est possible d'établir un plan d'actions avec des objectifs à court terme et ceux impliquant une conduite plus longue et un soutien de la direction de l'établissement.

## UNE PRISE EN CHARGE ADAPTÉE DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES COGNITIFS ADMISES AUX URGENCES DE LA MUPA.

### ● STRUCTURE : CHU DE LIMOGES – HAUTE-VIENNE

Composée de gériatres, d'infirmières spécialisées en gérontologie et d'une assistante sociale, la MUPA (Médecine d'Urgence Personne Agée) permet la prise en charge globale de « A à Z » des patients hospitalisés et âgés de plus de 75 ans et poly-pathologiques, admis au service des urgences du CHU. L'équipe spécialisée, physiquement intégrée au service des urgences, assure ainsi la continuité de la prise en charge de la personne âgée admise tout en permettant de recentrer la mission de l'urgentiste sur l'urgence vitale.

### ● IMPACTS DU PROJET

- Des évaluations gériatriques systématiques avant le retour à domicile « organisé » ou l'hospitalisation
- Une meilleure visibilité sur le parcours de la personne âgée intra et extra hospitalier
- Une meilleure prévention de la iatrogénie
- Une diminution de la durée moyenne du temps de passage aux urgences
- Une meilleure anticipation de la prise en charge médicale gériatrique en lien avec les acteurs du territoire
- Une diminution des ré-hospitalisations et des hospitalisations évitables.

### ● HISTORIQUE DU PROJET ET ENJEUX

Dans un contexte territorial de vieillissement anticipé de la population, le territoire limousin observe de fortes proportions d'hospitalisation au CHU, notamment via des admissions dans le service des urgences, des personnes âgées de plus de 75 ans poly-pathologiques. Ces admissions aux urgences avaient de nombreuses conséquences à la fois pour les personnes hospitalisées et pour le fonctionnement des services des urgences :

- Taux de prise en charge des patients âgés poly-pathologiques par des gériatres insuffisant- inférieur à 25 %
- Forte sollicitation des urgentistes et engorgement des urgences
- Difficultés à assurer une continuité des prises en charge
- Une durée moyenne de temps de passage élevée et augmentant avec l'âge.

L'ensemble de ces constats a permis, grâce à aux collègues urgentistes du CHU de Limoges, de lancer des discussions pour créer un service spécialisé au sein des urgences. Le projet a été soutenu par la direction de l'établissement et est le fruit d'une grande coopération entre le service gériatrique et le service des urgences. La réflexion visait une meilleure prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans poly-pathologiques par des professionnels spécifiquement formés, ayant des pratiques adaptées à ce public fragilisé.

### ● FONCTIONNEMENT

Dans un fort esprit d'échange et de partenariat entre le service de gériatrie et le service des urgences, la MUPA a été créée en 2014, à la fois pour fluidifier les urgences mais également pour permettre une prise en charge complète et globale de la personne âgée, une meilleure visibilité sur son parcours de soins et une évaluation gériatrique systématique.

Lors de l'arrivée aux urgences, l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) effectue sous la direction de l'urgentiste le tri des patients âgés de plus de 75 ans si celui-ci ne présente pas d'urgence vitale. Cinq critères ont été définis et sont des items obligatoires lors du triage.



- La personne a plus de 75 ans et est poly-pathologique
- La personne ne présente pas d'urgence vitale
- La personne ne nécessite pas de surveillance continue
- La personne ne présente pas d'urgence chirurgicale
- La personne ne nécessite pas de protocole de soins avec une prise en charge immédiate dans une unité spécialisée.

Puis après validation par le gériatre, la personne est orientée vers la MUPA et prise en charge par cette unité. Dès lors le patient est pris en charge dans sa globalité. Une évaluation gériatrique est effectuée et les différents aspects de sa pathologie, de la cause de son hospitalisation et de sa situation socio-sa-nitaire sont évalués pour adapter au mieux sa prise en charge et les réponses à ses besoins.

La connaissance de la filière gériatrique du territoire par les professionnels de la MUPA est un atout indéniable permettant une prise en charge de qualité et également une meilleure anticipation et gestion de l'aval et de l'amont. Par exemple, des relations sont nouées avec les médecins traitants du territoire, constituant ainsi une mise en réseau importante des différents acteurs. De plus, pour aller plus loin, la MUPA développe la mise en place d'une plateforme téléphonique de régulation afin de promouvoir les hospitalisations programmées et de limiter les hospitalisations évitables.

## ● RESSOURCES HUMAINES

- Concrètement au sein des urgences, quatre bureaux sont dédiés à la MUPA avec une équipe de 3 Equivalent temps plein (ETP) de médecin, 4 ETP d'infirmière, 0,5 ETP d'assistante sociale, 0,5 ETP de secrétariat. L'unité fonctionne du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30.
- La formation des infirmières de la MUPA est également un atout majeur. Elles sont toutes formées spécifiquement à la gérontologie et réalisent un réel travail d'évaluation et de suivi.
- De nombreux partenariats avec les acteurs de la filière : les MAIA, les Ehpad du département, SOS médecin, les services publics de soins d'urgence etc.



## ÉLÉMENTS CLÉS

- C'est un projet co-construit avec les urgentistes
- Il y a eu un appui institutionnel fort permettant une innovation organisationnelle
- Une rigueur d'évaluation et le suivi d'indicateurs ont permis d'observer et d'objectiver les effets
- Une formation spécifique à l'attention des infirmiers a été développée (DU des métiers de la gérontologie et de la grande dépendance) et pour les médecins (DU Poly-pathologies et urgences Personnes âgées) pour accroître le rôle de l'Infirmière Diplômée d'État (IDE) et du Gériatre spécialisé dans l'évaluation.

*Le projet MUPA est lauréat de l'édition 2017 du prix Alzheimer à l'hôpital : pour un meilleur accueil des personnes ayant des troubles cognitifs, prix que la Fondation Médéric Alzheimer a conduit en partenariat avec la Fondation Hospitalière de France.*

# CONCLUSION



L' hospitalisation des personnes âgées et plus particulièrement de celles présentant des troubles cognitifs neuro-dégénératifs sont à l'origine d'une littérature abondante décrivant essentiellement les conséquences, bien souvent délétères, mais formulant aussi un certain nombre de propositions. Dans ce contexte, le passage dans un service d'urgence est à considérer avec attention dans le parcours de soins d'une personne malade.

L'amélioration de l'accueil aux urgences des personnes âgées ayant des troubles cognitifs représente une nécessité. Il est temps de passer à l'action. Le vécu des équipes confrontées à de telles situations conforte cet objectif. Cette amélioration attendue concerne les personnes âgées elles-mêmes, mais aussi leurs aidants et par voie de conséquence les professionnels eux-mêmes. Plusieurs services d'urgences des hôpitaux se sont déjà engagés dans cette voie pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées (Limoges, Brest, Lyon et d'autres sites en projet).

Le contexte actuel marqué par la crise sanitaire et par les travaux du Ségur de la santé laisse présager d'autres initiatives générales et spécifiques. Pour avancer, il faut une volonté clairement identifiée, portée par les gestionnaires et les professionnels. Les mesures qui en résulteront concernent les conditions de l'accueil, le repérage des troubles cognitifs, la formation des soignants, la place accordée aux aidants, l'organisation d'un circuit adapté et d'un aménagement fonctionnel prenant en compte les difficultés de ces personnes malades.

En 2013, la Fondation Médéric Alzheimer a créé, en partenariat avec la Fédération Hospitalière de France (FHF), un prix récompensant les initiatives visant à améliorer l'accueil et la prise en charge des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs en services non gériatriques et aux urgences.

En 2017 la Fondation Médéric Alzheimer a souhaité aller plus loin en tirant le bilan de ces initiatives. Des visites de terrain ont été réalisées, au sein de services ayant mis en place des processus innovants mais également au sein de services classiques pour rendre compte des situations et des contextes.

Conformément aux méthodes en vigueur à la Fondation, un travail a été également réalisé à partir d'une analyse des travaux français et internationaux sur le sujet et de la revue de presse internationale de la Fondation Médéric Alzheimer (*Alzheimer Actualités*). Ce travail a été complété par une recherche sur les projets européens innovants sur le sujet. Des entretiens ont été réalisés avec des projets irlandais et suédois, récompensés dans le cadre des Prix EFID 2017 (*Initiative de fondations européennes sur la démence*).

Un groupe de travail réuni par la Fondation et comprenant gériatres, urgentistes, bénévoles, aidants et association, est venu enrichir la réflexion sur le sujet.

Le sujet a également été soumis lors d'une réunion du groupe de travail de personnes malades récemment mis en place par la Fondation.

Un comité de rédaction comprenant, outre la Fondation Médéric Alzheimer, la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG), Union nationale France Alzheimer et la Fédération Hospitalière de France (FHF) a permis de définir la ligne éditoriale de ce document et replacer les propositions du groupe de travail dans le contexte réglementaire français.

Enfin, un comité de lecture composé des membres du comité de rédaction et des membres du groupe de travail s'est attelé à la lecture de la brochure en regardant plus particulièrement la cohérence des propositions au regard des organisations et pratiques hospitalières aux urgences, et veillant à la compréhensibilité du document pour un public non averti sur le sujet.

Fruit d'une réflexion partagée, ce travail a donc pour but d'apporter des conseils simples et pratiques aux équipes des services des urgences souhaitant mettre en place des processus, des approches et/ou des outils facilitant l'accueil et la prise en charge des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs.

Selon les territoires et les contextes, les services d'urgences ont leurs spécificités. L'idée ici est de poser les problématiques principales et d'illustrer par des réponses simples, déjà expérimentées qui peuvent servir d'appui ou de base à la réflexion pour leur mise en œuvre selon les spécificités de chaque établissement.

Suite aux différentes étapes de la réflexion sur le sujet, les enjeux majeurs de l'accueil et de la prise en charge de ce public ont été dégagés. Afin d'orienter le lecteur directement sur un aspect qui l'intéresse, les réflexions et propositions sont présentées par thématique de façon indépendante. Chaque partie tente donc de clarifier les problématiques et d'y apporter des conseils et des exemples pour permettre aux équipes volontaires d'avoir des points de départ pour engager une réflexion sur le sujet.

Certains projets sélectionnés répondent à différents enjeux et sont très aboutis (mis en œuvre et évalués). Ils sont présentés séparément et de façon plus détaillée.



## FONDATION MÉDÉRIC ALZHEIMER

30 rue de Prony, 75017 Paris

Tél. : 01 56 79 17 91

@ fondation@med-alz.org

fondation-mederic-alzheimer.org

@FondationMedAlz