

Seniors aux urgences, une question d'hospitalité?

MARIE-CLAUDE BOULET^{a,b}, Drs FABRICE DAMI^b, OLIVIER HUGLI^b, DELPHINE RENARD^c,
ÉLIANE FOUCAULT^{a,b} et Dr PIERRE-NICOLAS CARRON^b

Rev Med Suisse 2015; 11: 2338-41

Le vieillissement de la population a pour conséquence un recours croissant de personnes âgées, voire très âgées, à des services d'urgences hospitaliers. Ces patients requièrent une prise en charge spécifique, si l'on souhaite éviter que le séjour ne contribue à altérer plus encore des fonctions cognitives et une indépendance fonctionnelle déjà affectées par une maladie ou un traumatisme. Au travers d'un cas clinique, nous rappelons les enjeux liés à l'accueil de ce type de patient dans les services d'urgences, ainsi que les mesures pouvant permettre de limiter leur perte d'autonomie. L'identification précoce des facteurs risquant d'aggraver leur état de santé, ainsi qu'une prise en charge adaptée de ces patients permettent de préserver leur indépendance et de raccourcir les durées de séjour hospitalier.

Hospitality for elderly patients in the emergency department

Demographic evolution results in a growing use of emergency department by elderly patients. They require special care to avoid any further degradation of cognitive and functional abilities already compromised by the disease or injury that led them to hospital in the first place. Through a clinical case, we list the risks related to the care of these particular patients in the emergency department. Early recognition of those risks and careful management of these patients' specific needs can significantly contribute to reduce lengths of stay, an important outcome from both the individual patient's and society's perspective.

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population et l'évolution de la société favorisent un recours croissant de personnes âgées et très âgées aux services d'urgences hospitaliers.¹ Ces patients requièrent des évaluations et des orientations complexes, induisant une augmentation du nombre et de la durée des séjours aux urgences ou en unités d'observation.^{2,3} Paradoxalement, si cette évolution démographique constitue l'un des principaux enjeux médicaux et organisationnels de nos urgences, elle n'a pour l'instant suscité que peu de réflexion sur les conditions d'accueil des patients âgés. A l'instar des urgences pédiatriques, il paraît néanmoins pertinent d'évaluer notre qualité d'accueil en se préoccupant des éléments structurels, organisationnels et architecturaux.⁴ Si le déclin fonctionnel survenu avant l'hospitalisation résulte principalement d'une pathologie aiguë, les changements survenant après l'admission aux ur-

gences sont souvent le reflet de l'interaction entre la maladie aiguë et les soins prodigués lors du séjour.⁵

Cas clinique

Un patient de 77 ans est admis aux urgences depuis son domicile en raison d'une baisse de l'état général progressive, associée à de multiples chutes. La première évaluation médicale à 15 h 50 met en évidence un état confusionnel, une infection urinaire, une déshydratation modérée et une dénutrition. Il est prescrit de stimuler le patient à boire et de mettre en place une perfusion. Le patient est transféré dans l'unité d'observation des urgences, en attente d'une évaluation gériatrique et d'une hospitalisation dans le service de gériatrie le lendemain. Il ne reçoit pas d'information sur la suite de sa prise en charge immédiate, ni sur le projet de soins ultérieur. A 19h, le patient paraît calme et collaborant. Il est assis dans son lit, avec un plateau-repas et une revue du mois passé posés devant lui. Les couverts ne sont pas à sa portée et il ne dispose pas de verre d'eau pour accompagner son repas. Le plateau est desservi vers 19h40, sans que le patient n'ait mangé, ni bu quoi que ce soit.

A 2h du matin, le patient tente de se lever en escaladant les barrières de son lit. Il manque de chuter et est réinstallé par l'équipe soignante qui lui enjoint fermement de rester allongé. Le patient exprime le besoin de se rendre aux toilettes pour uriner. En réponse, l'équipe lui propose de se servir d'un urinal, qu'il tentera d'utiliser par la suite seul avec difficulté.

A 4h, le patient se lève à nouveau pour se rendre aux toilettes et demande à plusieurs reprises où se trouve sa chambre. Une infirmière l'accompagne alors aux toilettes. Sa démarche est peu assurée; il tente de s'appuyer aux murs et aux civières se trouvant dans le couloir. L'horloge murale, dérégulée, indique 11h. L'aide-soignante qui raccompagne le patient l'installe sur une chaise roulante, le conduit jusqu'à son lit, le recouche, monte les barrières du lit et éteint les lumières. A 6h du matin, le patient est réveillé pour une prise de sang. L'infirmière constate alors un état confusionnel aigu et un comportement agressif, motivant la mise en place d'une contention physique. L'évaluation médicale mettra en évidence un globe urinaire nécessitant un sondage et confirmera un état confusionnel aigu, associé à une infection urinaire basse et à des troubles visuels et cognitifs préexistants.

^aInfirmières, ^bService des urgences, ^cService de gériatrie, CHUV, 1011 Lausanne
marie-claude.boulet@chuv.ch | eliane.foucault@chuv.ch
fabrice.dami@chuv.ch | olivier.hugli@chuv.ch | pierre-nicolas.carron@chuv.ch
delphine.renard@chuv.ch

DISCUSSION

Atteintes à la santé liées à la maladie et à la perte d'indépendance

L'admission de patients âgés dans un service d'urgences résulte le plus souvent d'une pathologie aiguë, soit dans le cadre d'une maladie chronique préexistante, soit *de novo* lors de la survenue d'un traumatisme ou d'une pathologie médicale.⁶ Les patients se retrouvent alors projetés dans un environnement inconnu et dans un état de dépendance. L'admission en urgence les prive souvent temporairement de certains outils d'aide aux activités de la vie quotidienne (lunettes de vue, appareil-lage acoustique, prothèse dentaire, dispositif d'aide à la marche).

Dans ce contexte, le maintien de la mobilité et la prévention des états confusionnels sont des enjeux majeurs. La capacité à se mobiliser est corrélée au niveau antérieur d'indépendance pour les activités de la vie quotidienne.⁷ Les patients déjà dépendants à la marche lors de l'admission ont des durées de séjour hospitalier plus longues, un risque accru de placement en maison de retraite à l'issue de leur hospitalisation, et une mortalité plus élevée.^{8,9} La survenue d'une nouvelle dépendance à la marche lors de l'hospitalisation s'accompagne d'un risque accru de mortalité: 15% de décès trois mois après la sortie d'hôpital, contre 6% chez les patients indépendants.⁸ La survenue d'un état confusionnel est également associée à une augmentation de la mortalité et à un risque accru d'institutionnalisation.¹⁰

Ressources médico-infirmières

Une part importante de l'activité des équipes de soins consiste en des tâches administratives (dossiers, transmissions) et des soins indirects (accueil, tri, préparation des médicaments, coordination des soins, recherche de lits d'aval). La disponibilité médicale et infirmière, ainsi que le rythme soutenu de l'activité aux urgences ne permettent généralement pas d'accorder aux patients le temps nécessaire à accomplir des actes individuels non urgents. Il est ainsi fréquent de laisser le patient alité, sans pouvoir lui accorder du temps d'écoute ou de soutien, ni encourager sa mobilisation.¹¹ Le rôle du personnel infirmier aux urgences a beaucoup évolué ces dernières années. Les connaissances requises ont considérablement augmenté en quantité et en complexité, de même que les responsabilités et compétences techniques.¹² Toutefois, les besoins en soins de base, soutien et informations envers les patients et leurs familles n'ont pas changé. Il est donc fréquent d'observer un décalage entre ce que le patient et le système de santé attendent de l'équipe infirmière et la représentation que se font les soignants de leur rôle aux urgences.¹³ Les bénéfices potentiels d'une prise en charge globale favorisant l'indépendance et la mobilisation active du patient ne sont ainsi pas toujours perçus comme une priorité par les soignants des urgences.

Éléments organisationnels

L'organisation et le fonctionnement des services d'urgences peuvent être des facteurs portant atteinte à l'indépendance et à l'autonomie des patients (tableau 1). Des activités conduites en continu, avec des réévaluations cliniques, des examens de radiologie, des prises de sang ou des avis spécialisés effectués à toute heure – sans concertation aucune avec le patient – res-

TABLEAU 1		Éléments structurels limitant la prise en charge des patients âgés aux urgences
Exemples de problèmes structurels	Effets potentiels	
Manque d'intimité, environnement ouvert, absence de séparation entre patients	<ul style="list-style-type: none"> • Accès limité pour les familles, inconfort • Difficulté pour l'abord de sujets délicats (incontinence, maltraitance, réorientation du projet thérapeutique) 	
Absence de main courante, de dispositif d'aide à la marche, sols inadaptés, encombrement des couloirs	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du risque de chutes, limitation des déplacements, déconditionnement à la marche 	
Absence de fenêtres et de lumière du jour, activités diagnostiques et thérapeutiques en continu avec fragmentation du rythme nyctéméral	<ul style="list-style-type: none"> • Désorientation, états confusionnels, troubles du sommeil, fatigue 	
Environnement bruyant, éclairage ambiant inadapté	<ul style="list-style-type: none"> • Barrières à la communication, perturbation du sommeil et aggravation des états confusionnels 	
Disponibilité limitée du personnel pour assister les patients dans les activités de la vie quotidienne	<ul style="list-style-type: none"> • Apports hydriques et alimentaires insuffisants • Réduction des déplacements, absence d'encouragement à la marche • Isolement relatif, recours précoce à la mise en place de contentions physiques 	
Absence temporaire de certains outils d'aide aux activités de la vie quotidienne	<ul style="list-style-type: none"> • Limitation de la communication (lunettes, appareil auditif) • Mobilisation réduite • Difficultés d'alimentation 	

treignent les possibilités de repos.¹⁴ Les toilettes et les soins de base sont souvent effectués tôt le matin, rapidement, afin que les patients soient prêts pour un éventuel transfert ou pour des examens complémentaires. Cette façon de fonctionner, justifiable dans une certaine mesure par le taux d'occupation de nos structures, ne donne pas aux patients l'opportunité de participer à leurs soins.

Dans la majorité des services d'urgences, il est également difficile de pouvoir proposer aux patients des repas adaptés à leurs situations ou à leurs besoins (état dentaire, portions, texture) et le temps à disposition pour les aider à s'alimenter ou s'hydrater fait souvent défaut. De nombreux patients sont gardés à jeun dans l'attente d'examen complémentaires, avec des délais de réalisation qui se prolongent souvent, sans forcément donner lieu à une réévaluation des prescriptions et régimes.⁹ La carence en dispositif d'aide à la marche peut décourager à la fois les patients et les soignants. Il est ainsi rare de proposer aux patients de manger à table, les repas se déroulant habituellement au lit.⁹

Pour les patients présentant un état d'agitation, il est fréquent d'avoir recours à des moyens de contention physique, bien que ces derniers ne soient autorisés, *lege artis*, qu'en dernier recours, lorsque l'agitation s'avère dangereuse et que tous les autres moyens de prise en charge ont échoué.¹⁵ Le maintien du patient au lit, l'utilisation de barrières ou la mise en place d'attaches de contention sont sources d'anxiété, de confusion et de chutes secondaires.

Éléments architecturaux

Les locaux des services d'urgences sont rarement adaptés aux besoins des patients âgés, en perte d'indépendance ou pré-

sentant des troubles de la marche (**tableau 1**). L'encombrement des services crée des environnements bruyants, avec un accès limité à des espaces intimes, limitant les possibilités de repos. Des rampes et des mains courantes ne sont qu'exceptionnellement disponibles sur les murs. L'absence de fenêtres favorise la désafférentation et la perte du rythme nyctéméral.¹⁶ Cette désorientation temporelle est favorisée par le retrait «préventif» des objets de valeur, tels que les montres, par l'absence d'horloges murales, voire par la mise à disposition de journaux et revues datant au mieux de quelques mois en arrière. Enfin, le bruit ambiant des urgences restreint les capacités de communication et de compréhension.

PERSPECTIVES

L'incidence de la perte d'indépendance fonctionnelle chez les personnes âgées est très élevée lors d'un séjour hospitalier.¹⁷ 35% des patients admis pour une maladie aiguë voient ainsi leur niveau de fonctionnement dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) diminuer à la sortie par rapport à leur niveau de référence.¹⁷ Une personne âgée sur six devient dépendante à la marche au cours de son hospitalisation.⁸ Une nutrition inadéquate, un temps de repos au lit excessif, une polymédication et une privation de sommeil sont autant de facteurs de risque supplémentaires de déconditionnement.⁸ A l'inverse, l'absence de sonde urinaire et de contention, et la mobilisation active par l'équipe soignante sont des facteurs prédictifs favorisant un retour au niveau d'indépendance antérieur.¹⁸

Face à ces constats, plusieurs axes d'amélioration ont été proposés. De manière générale, l'amélioration des compétences

et des connaissances médico-infirmières sur les particularités de la prise en charge des patients âgés constitue un premier axe de formation reconnu, avec l'intégration de ces éléments dans les cursus de formation en médecine d'urgence^{18,19} et l'utilisation d'outils d'aide au diagnostic.^{7,20}

Un second axe de réflexion porte sur l'organisation structurale des services d'urgences. A l'instar des services d'urgences dédiés ou adaptés à la population pédiatrique, il vise à créer des services d'urgences *senior friendly*.^{4,21,22} Sur le plan architectural et ergonomique, cette approche implique la mise à disposition de locaux spécifiques peu bruyants, bien éclairés, tempérés, pourvus de rampes et de mains courantes, et disposant d'un mobilier adapté aux personnes âgées.¹⁷ Des dispositifs d'aide à la marche (cannes et déambulateurs) et des formulaires d'information rédigés avec des caractères d'imprimerie de grande taille sont également proposés (**tableau 2**). L'implication de la famille est préconisée dès le premier contact pour accompagner le patient lors de son séjour, favoriser son indépendance en lui apportant ses effets personnels, encourager sa mobilisation, stimuler son afférentation, et le soutenir psychologiquement.

Un troisième axe implique la mise en place d'équipes pluridisciplinaires (urgentiste, infirmière, gériatre, pharmacien, physiothérapeute, etc.), l'utilisation d'outils d'aide à la reconnaissance des syndromes gériatriques (état confusionnel, dénutrition, risque de chute, déclin fonctionnel, etc.) et la recherche systématique des patients à risque de complications.^{7,23} Des outils simples permettent de réaliser un dépistage de l'état confusionnel aigu (CAM),²⁴ des troubles cognitifs (mini-COG, *six-item screener*),^{6,25} du risque de chute (*get up and go*)²⁶ et de

TABLEAU 2 Facteurs favorisant le maintien de l'indépendance fonctionnelle du patient

AVQ: activités de la vie quotidienne; MNA: Mini nutritional assessment; GDS: Geriatric depression scale; ISAR: Identification of seniors at risk; TRST: Triage risk screening tool.

<p>1. Formation du personnel soignant: comprendre et reconnaître</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer les connaissances des soignants concernant la prise en charge spécifique des personnes âgées aux urgences (comorbidités, syndromes gériatriques, perte d'autonomie) • Sensibiliser le personnel soignant à l'importance de lutter contre l'alitement et l'immobilité <p>2. Prévention du syndrome d'immobilisation: mobiliser précocement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluation des besoins en mobilisation de chaque patient âgé • Instaurer un programme de mobilisation et impliquer un(e) physiothérapeute pour déterminer les moyens auxiliaires nécessaires • Mobiliser la personne âgée dès que possible et le plus souvent possible • Retirer les cathéters, sondes urinaires ou drains dès que possible • Allonger les tubulures d'oxygène afin de permettre les déplacements • Limiter au strict indispensable l'emploi des contentions physiques (barrière de lits, attaches, etc.) • Faire participer la personne à ses soins • Intégrer les exercices de mobilisation dans les activités de la vie quotidienne • Lever la personne pour aller aux toilettes et pour la prise des repas, sauf contre-indication médicale <p>3. Entraînement à la marche: préserver la mobilité</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que la personne porte ses lunettes et ses prothèses auditives, s'il y a lieu • Accompagner toute personne présentant des troubles de la marche ou porteuse de sonde vésicale ou d'une perfusion • S'assurer que la personne porte des chaussures adaptées • Encourager les proches à participer à l'entraînement à la marche de la personne • Encourager les efforts et souligner les progrès, même modestes 	<p>4. Augmentation de l'endurance à la marche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alternier les périodes de repos et de mobilisation • Fractionner la marche en fonction de l'endurance de la personne en lui permettant de se reposer quelques minutes au cours de l'activité • Respecter le sommeil nocturne <p>5. Créer de bonnes conditions de mobilisation en soulageant efficacement la douleur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offrir les analgésiques prescrits en réserve 30 minutes avant la mobilisation • Planifier les soins et les activités de mobilisation en tenant compte des périodes de soulagement de la douleur • Expliquer à la personne chaque étape avant la mobilisation ou le transfert pour diminuer la peur de la douleur <p>6. Environnement sécuritaire: limiter le risque de chute</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer un éclairage suffisant pour les déplacements (en particulier la nuit) • Garder les zones de soins et les corridors dégagés • S'assurer que les sols ne soient ni glissants ni irréguliers <p>7. Participation aux AVQ: préserver l'indépendance</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'assurer du port des lunettes et des prothèses auditives • Placer tous les objets, produits et vêtements à portée de main pour faciliter la réalisation de l'activité par la personne elle-même dès qu'elle en est capable • Laisser à la personne le temps nécessaire pour réaliser l'activité à son rythme <p>8. Identification des patients à risque de complications : prévenir les réadmissions</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dépistage systématique de la dénutrition (par exemple, score MNA)²⁸ • Dépistage systématique des atteintes cognitives (par exemple, score mini-COG)²⁵ • Dépistage systématique d'un éventuel état dépressif (par exemple, score mini-GDS)²⁷ • Evaluation du risque d'évolution défavorable (par exemple, score ISAR ou TRST)^{29,30}
---	--

pathologies dépressives (mini-GDS).²⁷ L'évaluation nutritionnelle et l'estimation de la probabilité de complications et de réadmissions peuvent également être réalisées à l'aide de scores spécifiques (tableau 2).

CONCLUSION

Ce cas emblématique d'une personne âgée prise en charge aux urgences illustre à la fois la méconnaissance des besoins et des limitations fonctionnelles de ces patients, et les problèmes liés à l'organisation et à l'environnement des services d'urgences. L'identification d'une importante réduction de l'indépendance du patient, le dépistage des troubles cognitifs, ainsi que l'anticipation d'un état confusionnel auraient pu permettre de prévenir la survenue de certains des événements indésirables décrits.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

1 Roberts DC, McKay MP, Shaffer A. Increasing rates of emergency department visits for elderly patients in the United States, 1993 to 2003. *Ann Emerg Med* 2008; 51:769-74.
 2 Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: A systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Acad Emerg Med* 2002;39:238-47.
 3 Freund Y, Vincent-Cassy C, Bloom B, et al. Association between age older than 75 years and exceeded waiting times in the emergency department: A multicenter cross-sectional survey in the Paris Metropolitan Area, France. *Ann Emerg Med* 2013;62:449-56.
 4 Welch S. The geriatric emergency department. *American College of Emergency Physicians*, 2014. www.acep.org/content.aspx?id=87577
 5 Krumholz HM. Post-hospital syndrome – an acquired, transient condition of generalized risk. *N Engl J Med* 2013;368: 100-2.
 6 ** Samaras N, Chevalley T, Samaras D, Gold G. Older patients in the emergency department: A review. *Ann Emerg Med* 2010;56:261-9.
 7 Salvi F, Morichi V, Grilli A, et al. The elderly in the emergency department: A critical review of problems and solutions. *Intern Emerg Med* 2007;2:292-301.
 8 Mahoney JE, Sager MA, Jalaluddin M. New walking dependence associated with hospitalization for acute medical illness: Incidence and significance. *J Gerontol A*

Biol Sci Med Sc 1998;53:307-12.
 9 Dramé M, Dia PAJ, Jolly D, et al. Facteurs prédictifs de mortalité à long terme chez des patients âgés de 75 ans ou plus hospitalisés en urgence: la cohorte SAFES. *J Eur Urg* 2010;23:7-14.
 10 Witlox J, Eurelings LM, de Jonghe JM, et al. Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: A meta-analysis. *JAMA* 2010;304:443-51.
 11 Kihlgren AL, Nilsson M, Sørbye V. Caring for older patients at an emergency department – emergency nurses' reasoning. *J Clin Nurs* 2005;14:601-8.
 12 Institute of Medicine (IoM). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. Washington, DC: The National Academies Press, 2011.
 13 Muntlin A, Gunningberg L, Carlsson M. Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *J Clin Nurs* 2006;15:1045-56.
 14 Destky AS, Krumholz HM. Reducing the trauma of hospitalization. *JAMA* 2014;311: 2169-70.
 15 Swickhamer C, Colvig C, Chan SB. Restraint use in the elderly emergency department patient. *J Emerg Med* 2013; 44:869-74.
 16 Castro R, Angus DC, Rosengart MR. The effect of light on critical illness. *Critical Care* 2011;15:218.
 17 Covinski KE, Palmer RM, Fortinsky RH, et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with

medical illnesses: Increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:451-8.
 18 Padula CA, Hugues C, Baumhover L. Impact of nurse-driven mobility protocols on functional decline in hospitalized older adults. *J Nursing Care Qual* 2009;24:325-31.
 19 Prendergast HM, Jurivich D, Edison M, et al. Preparing the front line for the increase in the aging population: Geriatric curriculum development for an emergency medicine residency program. *J Emerg Med* 2010;38:386-92.
 20 * Carpenter CR, Bromley M, Caterino JM, et al. Optimal older adult emergency care: Introducing multidisciplinary geriatric emergency department guidelines from the American College of Emergency Physicians, American Geriatrics Society, Emergency Nurses Association, and Society for Academic Emergency Medicine. *Acad Emerg Med* 2014;21:806-9.
 21 ** Kelley ML, Parke B, Jokinen N, et al. Senior-friendly emergency department care: An environmental assessment. *J Health Serv Res Policy* 2011;16:6-12.
 22 McCusker J, Verdon J, Vadeboncoeur A, et al. The elder-friendly emergency department assessment tool: Development of a quality assessment tool for emergency department-based geriatric care. *J Am Geriatr Soc* 2012;60:1534-9.
 23 American College of Emergency Physicians, the American Geriatrics Society, Emergency Nurses Association, and the Society for Academic Emergency Medicine. *Geriatric emergency department guidelines*. *Ann Emerg Med* 2014;63:e7-e25.

24 Laplante J, Cole M, McCusker J, et al. Confusion assessment method. Validation of a version française. *Perspective Infirmières*, 2005;13-22.
 25 * Graf CE, Chevalley T, Sarasin FP. Evaluation gériatrique aux urgences: boîte à outils pour les nuls. *Rev Med Suisse* 2012; 8:1544-7.
 26 Podsiadlo D, Richardson S. The timed «up and go»: A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:142-8.
 27 Clement JP, Fray E, Paycin S, et al. Detection of depression in elderly hospitalized patients in emergency wards in France using the CES-D and the mini-GDS: Preliminary experiences. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999;14:373-8.
 28 Cereda E. Mini nutritional assessment. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2012;15: 29-41.
 29 McCusker J, Bellavance F, Cardin S, et al. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: The ISAR screening tool. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:1229-37.
 30 Mion LC, Palmer RM, Anetzberger GJ, Medlon SW. Establishing a case-finding and referral system for at-risk older individuals in the emergency department setting: The SIGNET model. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:1379-86.

* à lire

** à lire absolument

IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'admission aux urgences d'un patient âgé implique un risque potentiel de péjoration de son niveau d'autonomie et d'indépendance
- Afin d'optimiser la prise en charge et d'éviter une telle péjoration, une approche de type *senior-friendly* devrait être proposée dans nos services d'urgences
- L'identification d'une réduction de l'indépendance du patient, le dépistage des troubles cognitifs, ainsi que l'anticipation d'un état confusionnel constituent des mesures préventives
- Les éléments organisationnels, structurels et architecturaux des services d'urgences peuvent jouer un rôle direct dans la survenue de complications