



**10ème CONFERENCE DE CONSENSUS  
PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE AGEE DE PLUS DE 75 ANS AUX URGENCES  
5 Décembre 2003- STRASBOURG  
TEXTE LONG**

**Comité d'Organisation** : J. Bouget, F. Carpentier, J. Kopferschmitt, H. Lambert, P. Lebrin, T. Rusterholtz

**Commission de consensus de la SFMU** : F. Carpentier, A. Ficarelli, D. Huart, H. Lambert, E. Jehle, P. Lebrin, Ph Lestavel

**Conseiller scientifique** : J.L. Lejonnec

**Jury du Consensus**

**Président** : J. Bouget

M. Berthel, F. Berthier, J. Burghardt, M. Ecoiffier, D. Febvre, JM. Haegy, M. Kopp,

C. Kummerlen, V. Lambert-Eytan, C. Le Gall, E. Paillaud, M. Taralle

**Groupe de lecture bibliographique** : H. Alipour Milajerdi, S. Besson, A. Bucci, R. Ferry, J. Gogibu, D. Heitz, F. Mairot, A. Pichot, A. Principe, G. Sost

La conférence est organisée avec le soutien de :

**1 SOCIETE FRANCAISE DE GERIATRIE ET DE GERONTOLOGIE**

Présidente : Professeure Françoise FORETTE.

**2 SOCIETE FRANCAISE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS PALLIATIFS**

Président : Professeur Régis AUBRY

**3 COMMISSION SCIENTIFIQUE DU SAMU DE FRANCE**

Président : Docteur Patrick GOLDSTEIN

**4 SOCIETE FRANCAISE DE RADIOLOGIE**

Président : Professeur François DIARD

**ASSOCIATION PEDAGOGIQUE NATIONALE POUR L'ENSEIGNEMENT DE LA THERAPEUTIQUE ( APNET)**

Président : Professeur Patrice QUENEAU

## **INTRODUCTION**

Le nombre de personnes âgées (PA) est en constante augmentation en France comme dans les pays développés. Les PA de plus de 75 ans représentaient 8 % de la population métropolitaine en 2002. Ils seront selon l'INSEE 9,6% en 2020 et 16,1% en 2040.

Cette évolution s'accompagne :

- d'une multiplication du nombre de pathologies par patient : 85% des PA de plus de 75 ans sont atteintes d'au moins une affection chronique. Une enquête réalisée un jour donné hors institution a objectivé que les PA déclarent en moyenne 7,6 maladies (6,8 pour les hommes et 8,1 pour les femmes),
- d'une institutionnalisation globalement moindre pour les PA qui restent plus longtemps à domicile : les nonagénaires en sont l'exception (augmentation de 31,9% en 1990 à 36% en 1999),
- d'une augmentation estimée de 14 à 33% du nombre de personnes dépendantes entre 2000 et 2020.

Les services d'urgence (SU) sont confrontés aux conséquences médicales et sociales de cette démographie singulière. En 2002, 12 à 14% de la totalité des passages dans les structures d'accueil étaient représentées par des personnes âgées de plus de 75 ans.

Dans cette population, dont l'effectif va s'accroître dans les prochaines années, les particularismes sont la coexistence d'une ou plusieurs pathologies avec des composantes psychologiques et/ou sociales. L'intrication de tous ces éléments dans un contexte physiologique particulier du fait du vieillissement rend compte de la difficulté de la prise en charge de ces personnes âgées.

Le défi permanent consiste, dans la contrainte de temps habituelle des structures d'urgences, à effectuer une démarche médicale classique, diagnostique et thérapeutique, en même temps qu'une analyse de la situation environnementale. La prise en charge des malades de plus de 75 ans aux urgences nécessite donc un savoir faire spécifique des médecins et du personnel soignant des structures d'urgences, en s'aidant de l'apport des compétences de la gériatrie et en en précisant la place.

La particularité de cette conférence de consensus est d'être centré sur un malade et non sur une pathologie ou un motif de recours (symptômes). Outre les recommandations habituelles concernant les démarches diagnostiques et thérapeutiques, le jury a pris en compte, les objectifs et les dispositifs de la filière de soins gériatriques, précisés dans les textes réglementaires et les schémas régionaux d'organisation sanitaires des personnes âgées. En effet, le passage aux urgences doit être l'occasion de remettre la personne âgée dans sa trajectoire de soins voire de l'initier.

Le jury a travaillé et a élaboré ses recommandations en toute indépendance. Les recommandations faites en termes d'organisation de filières extra et intra hospitalières n'ont pas tenu compte des moyens structurels, matériels et humains, actuellement très insuffisants. Elles pourront inciter les établissements et les tutelles à les rendre effectives..

**LE JURY A PU REpondre AUX QUESTIONS SUIVANTES :**

- Question 1 :** Quels sont les critères d'admission dans un service d'urgence d'une personne âgée de plus de 75 ans ?  
Vivant à domicile, vivant dans une institution non médicalisée, vivant dans une institution médicalisée
- Question 2 :** Quelles sont les informations et les éléments immédiats nécessaires à la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans à l'arrivée au service d'urgence ? d'ordre médical, d'ordre psychologique, d'ordre environnemental et social.
- Question 3 :** Y a-t-il des particularités de l'examen clinique, des examens complémentaires, chez la personne âgée de plus de 75 ans ?  
Quelles sont la faisabilité et la pertinence de ces examens ?  
Quelles en sont les valeurs diagnostiques ?  
Quelles en sont les conséquences sur la stratégie diagnostique ?
- Question 4 :** Y a-t'il des recommandations de prescription chez la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences ?  
Sur quels critères cliniques et biologiques doit-on se fonder pour adapter les traitements aux urgences ?  
Quelle attitude doit-on adopter aux urgences à l'égard des prescriptions antérieures ?
- Questions 5 :** Quelles orientations pour les personnes âgées de plus de 75 ans ?
- A - quels sont les critères de retour à la structure d'origine ?
  - B - quel est le rôle de la filière gériatrique dans l'orientation de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences ?
  - C - comment éviter les réadmissions précoces aux urgences ?
  - D - quels sont les critères d'admission en réanimation ?
  - E - quelle est la place des urgences pour les soins palliatifs chez la personne âgée de plus de 75 ans ?
  - F - doit-on venir aux urgences pour mourir ?

### QUESTION 1 :

#### QUELS SONT LES CRITERES D'ADMISSION DANS UN SERVICE D'URGENCE D'UNE PERSONNE AGE DE PLUS DE 75 ANS ?

- VIVANT A DOMICILE.
- VIVANT DANS UNE INSTITUTION NON MEDICALISEE.
- VIVANT DANS UNE INSTITUTION MEDICALISEE.

#### Motifs d'admission des personnes âgées aux urgences

La moitié des PA de plus de 75 ans arrive aux urgences sans l'accompagnement d'un proche. Elles sont adressées par un médecin (généraliste ou du SAMU/Centre 15) dans plus de 75% des cas (niveau de preuve 3).

Ces PA sont fragiles (« frail elderly »), dans un équilibre précaire sur le plan médical, psychologique et social.

L'entourage, voire même le médecin, recourent volontiers au SU lorsque cet équilibre est rompu, ce qui est souvent ressenti comme dramatique et urgent.

Quatre vingt dix pour cent des admissions de PA au SU sont justifiées par une pathologie aiguë ou sub-aiguë nécessitant une prise en charge dans une structure hospitalière. Dans 66% des cas, l'état clinique est jugé stable (CCMU I et II). Une partie de ces consultations ne relève pas nécessairement ou exclusivement du SU (niveau de preuve 3).

Le motif d'admission n'est pas significativement différent entre personnes vivant au domicile et personnes vivant en institution (niveau de preuve 3).

Le diagnostic est principalement d'ordre médical (>80%). Les traumatismes (16%) sont le plus souvent consécutifs à des chutes (niveau de preuve 3). Les problèmes environnementaux et sociaux sont probablement sous déclarés ; ils expliquent le pourcentage important d'hospitalisation des PA (> 50%).

#### DETERMINANTS DE L'ADMISSION AU SU

Deux grandes composantes déterminent l'admission d'une PA au SU : son état clinique et l'absence de solution alternative.

1. L'état clinique peut être jugé instable ou difficile à évaluer sur place : la PA présente une monopathologie aiguë ou une polyopathie décompensée, auxquelles sont éventuellement associés des antécédents majeurs, des facteurs de co-morbidité, un syndrome dépressif, un trouble des fonctions supérieures ou une dépendance.
2. Une alternative à l'hospitalisation ou à l'admission n'a pas été cherchée ou n'a pu être trouvée :
  - o l'environnement familial ou social est déficient,
  - o le système et les filières de soins sont méconnus, mal ou peu utilisés, voire indisponibles :
    - le réseau de santé est défini par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé (encart n°1),
    - l'organisation de l'amont (encart n°2) doit privilégier une prise en charge de proximité,

idéalement coordonnée par le médecin généraliste,

- l'organisation de l'hôpital et de l'aval intègre : consultation et hôpital de jour gériatriques ; services de court séjour gériatrique, de court séjour de spécialité, de soins de suite et de réadaptation (SSR).

#### Place du SAMU/Centre 15

Une des missions du SAMU/Centre 15 est d'apporter une réponse adaptée au besoin de soins réels des patients, dans les meilleurs délais. Il existe peu d'analyses descriptives des appels de PA au SAMU. Quelques séries identifient des particularités pour les appels concernant les PA de plus de 75 ans. Par rapport à la population générale, cet appel est moins souvent directement réalisé par le patient ou l'entourage et plus fréquemment effectué par un médecin ou un intervenant paramédical. Ces PA de plus de 75 ans sont moins souvent laissées à leur domicile (niveau de preuve 5). Lorsqu'elles présentent un syndrome coronarien aigu (même typique), elles tardent plus que les autres patients à appeler le « 15 ». Elles font trop souvent appel en priorité à leur médecin traitant ou à leur cardiologue. Leur stratégie de reperfusion coronaire en est d'autant retardée (niveau de preuve 3).

Les critères décisionnels utilisés par le médecin régulateur pour adapter sa réponse et orienter les patients sont multiples. Cette régulation médicale est limitée dans le temps. Malgré tout, le médecin régulateur doit prendre le temps d'interroger plus en détail son interlocuteur qu'il ne le ferait pour tout autre patient. Sa réflexion s'appuie sur un recueil d'information qui influence considérablement la prise de décision. L'interrogatoire du patient et/ou de son entourage familial, l'usage de questions pertinentes et compréhensibles par son interlocuteur, l'accès au médecin traitant et aux collaborateurs du réseau de soins sont autant d'éléments déterminants.

Les éléments contributifs à sa régulation sont :

- le motif d'appel (situation aiguë, évolution d'une pathologie chronique),
- la symptomatologie clinique, souvent pauvre,
- l'environnement psycho-socio-familial (mode de vie, autonomie, isolement),
- l'état clinique antérieur : au-delà de 65 ans, l'âge n'est pas un critère discriminant dans la décision médicale contrairement aux pathologies associées (polyopathie, polymédication) et à la qualité de vie.
- le désir des patients, dont il est trop souvent fait abstraction,
- les attentes de l'entourage familial, l'explicitation des attitudes thérapeutiques (et, si possible, le recueil du consentement éclairé du patient) ainsi que l'éventualité de la mise en place de soins palliatifs.

Le médecin traitant est un intermédiaire privilégié pour parvenir à analyser globalement l'appel. Une conférence téléphonique associant médecin régulateur, médecin traitant et appelant doit être utilisée aussi souvent que possible.

Les décisions de choix de moyens, de l'orientation et des stratégies thérapeutiques ne dépendent plus de l'âge mais de l'état fonctionnel, du cadre de vie et des critères éthiques.

### LES ADMISSIONS APPROPRIÉES AU SU

Une admission est justifiée si elle correspond au besoin du patient. Elle devient appropriée si elle constitue la réponse la plus efficiente.

Une admission au SU est donc appropriée si elle répond aux caractéristiques suivantes :

- le besoin de soins n'est ni programmé, ni programmable. L'admission est souvent secondaire à un état de crise (urgence somatique aiguë, urgence sociale et/ou déstabilisation psychologique) qui va s'aggraver en l'absence d'intervention extérieure. Il nécessite une action rapide. En pratique, il est fait recours au SU si aucune autre alternative n'est organisée ou accessible.
- le patient est accompagné d'informations concernant le motif réel de sa venue, son traitement et les intrications de son environnement médico-social. Ses problèmes somatiques occupent bien souvent l'avant de la scène, laissant dans l'ombre la composante sociale.

Certaines admissions seraient sans doute évitables à condition de pouvoir intervenir avant d'atteindre le seuil critique qui conduira à l'indispensable hospitalisation. Il s'agit souvent d'une aggravation brusque d'une vulnérabilité sociale ou psychologique, qui, sans réponse adaptée, se traduira par une déstabilisation somatique. Une action en amont de cette déstabilisation est donc souvent primordiale, mais difficile à mettre en place.

Les admissions non appropriées au SU ne semblent pas varier avec l'âge (niveau de preuve 3).

L'origine des patients (domicile/institution, médicalisé ou non) influence peu leur parcours. La majorité des publications ne rapporte pas de différence significative dans les motifs d'admission

au SU. Seule la durée d'hospitalisation des personnes provenant d'une institution médicalisée est augmentée (niveau de preuve 3).

Chaque intervenant doit prendre en compte l'avis du patient. Cependant, une étude de la DREES (2002) objective au contraire qu'il est de moins en moins pris en compte, l'âge avançant (pas d'avis pour 31% des PA de

### Encart n°1

**Système et les filières de soins :** Le réseau de santé est constitué de professionnels de santé libéraux, d'établissements ou de centres de santé, d'institutions et d'organisations à vocation sanitaire ou sociale et de représentants des usagers.

- ses principales missions sont : - de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires ; - d'assurer l'éducation, la prévention, le diagnostic et les soins.
- il doit permettre l'articulation contractualisée autour de la personne âgée fragile (et de son entourage) de toutes les institutions et acteurs des champs d'intervention concernés : ville/hôpital, médical/paramédical, sanitaire/social, psychiatrie, associations d'aides et de soins aux personnes âgées, usagers et familles.
- il est le plus souvent sollicité par le médecin traitant.

plus de 75 ans observé lors de l'admission au SU) (niveau de preuve 3).

### RECOMMANDATIONS

Les PA sont accueillies dans les services d'urgences sans discrimination et bénéficient des soins nécessités par leur état. Un grand âge, des troubles cognitifs ou sensoriels, un niveau de dépendance élevé ne sont pas un obstacle à des soins appropriés dans un SU. Cependant, le recours au SU ne doit être décidé que s'il constitue la filière de soins la plus efficiente pour répondre aux besoins de la PA. Dans certaines circonstances, c'est le recours au réseau gériatrique, et non pas l'admission aux urgences, qui constitue la solution la plus adaptée. Des conventions associant établissements hébergeant des PA dépendantes (EHPAD) et établissements de santé doivent préciser les conditions du recours à l'hospitalisation, privilégiant notamment les admissions directes sans passage par le SU.

#### **C'est pourquoi, le jury recommande une information large et actualisée sur les filières de soins gériatriques et leur utilisation.**

Cette information, coordonnée par le Comité Local d'Information et de Coordination (CLIC) doit se faire en direction :

- des intervenants de premier recours et en particulier des médecins généralistes,
- des médecins régulateurs des SAMU/Centre 15,
- des institutions et des établissements de soins.

#### **Le jury recommande qu'un document informatif accompagne le patient adressé au SU.**

Ce document doit contenir :

- l'identité et le lieu de vie du patient
- le motif réel de recours au SU
- la description des circonstances de survenue de la pathologie, du début des symptômes, de l'évolution et de l'aggravation
- les antécédents significatifs (par exemple cardiopathie, diabète, maladie chronique, allergie ...)
- le ou les traitements effectivement reçus ou pris, les traitements spécifiques (anticoagulants, antidiabétiques)
- les intervenants du suivi habituel (avec leurs coordonnées) : médecin traitant, spécialiste, réseau et autres.

**Encart n°2**

**Systeme et les filieres de soins :** Organisation de l'amont.

Elle doit privilégier une prise en charge de proximité

- le rôle du médecin traitant est capital. Il constitue le premier niveau de recours aux soins. Sa proximité, la bonne connaissance du milieu de vie, sa capacité de suivi au long court font que son action est déterminante en matière d'orientation et de soins. Il a à sa disposition les autres éléments de la filière de soins gériatrique,
- les consultations et pôles d'évaluation gérontologiques sont des réponses de proximité auxquels les MG pourront adresser leurs patients pour un bilan pluridisciplinaire médico-psycho-social. Ils sont articulés avec les Comités Locaux d'Information et de Coordination (CLIC). Leur existence doit permettre aux MG d'ajuster leurs prises en charge, évitant ainsi aux PA un passage par le SU, potentiellement délétère,
- l'hôpital local constitue le premier maillon des soins hospitaliers de proximités pour les patients gériatriques (consultations avancées, hospitalisation de proximité),
- la permanence des soins doit être organisée avec les médecins généralistes pour permettre une réponse médicale de proximité, adaptée aux besoins de soins réels des patients. En fonction du contexte local, elle pourra être organisée sous forme de consultations (maisons médicales ou centres d'accès aux premiers soins (CAPS) – possiblement articulables avec les hôpitaux locaux ou les centres hospitaliers) et de visites (équipes mobiles, SOS médecins, ...)

**Le jury recommande que l'accord du patient, ou à défaut de la personne de confiance, soit recherché avant le transfert au SU.** Informé des conséquences de ce **libre choix**, le patient doit voir sa volonté respectée.

**QUESTION 2 :**

**QUELS SONT LES INFORMATIONS ET LES ELEMENTS IMMEDIATS NECESSAIRES A LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES DE PLUS DE 75 ANS A L'ARRIVEE AU SERVICE DES URGENCES, D'ORDRE MEDICAL, PSYCHOLOGIQUE, ENVIRONNEMENTAL ET SOCIAL ?**

Les informations et les éléments d'ordre médical, psychologique, environnemental et social vont permettre de repérer la fragilité qui est l'élément spécifique et déterminant de la prise en charge de la personne de plus de 75 ans. Pour la notion de fragilité, le jury a utilisé la définition donnée à l'intérieur de la vignette ci dessous .

**I - OBJECTIFS DU RECUEIL DES DONNEES DE LA PA AU SU**

L'urgentiste a comme mission de prendre en charge les états déstabilisés patents mais aussi repérer et engager la prise en charge des formes latentes, facteur de mauvais pronostic. Le recueil de données joue un rôle essentiel pour son repérage. Paradoxalement, ce recueil est souvent difficile chez la PA en situation d'urgence. Cette remarque justifie l'utilisation de questionnaires

types utilisés par **les différents intervenants (schéma 1).**

**Identification des formes patentes de fragilité :**

Les données administratives, paramédicales et médicales permettent cette identification. Elles regroupent des données fonctionnelles, cognitives, sociales, sensorielles, psychologiques. Elles sont recueillies en partie par l'infirmière d'organisation de l'accueil (IOA), de façon prépondérante par l'IDE de soins et sont complétées par le médecin et l'assistante sociale. Elles ne justifient donc aucune compétence spécifique, aucun outil particulier. Elles permettent le déclenchement précoce du service social, de la gériatrie et de son réseau. L'IDE joue un rôle essentiel dans cette démarche.

**Identification des formes latentes de fragilité :**

Cela concerne des PA dont le motif de recours ne justifie pas obligatoirement une hospitalisation et dont le recueil de données habituelles au cours de sa prise en charge n'a pas permis de repérer une fragilité patente (forme fruste ou débutante). Des outils spécifiques peuvent aider à identifier ceux qui bénéficieront d'un signalement à la filière gériatrique.

**II – Conséquence de ce repérage de la fragilité : évaluation gériatrique et sociale globale et orientation dans la filière de soins adaptée.**

Ce repérage de la fragilité doit conduire à une évaluation gériatrique et sociale globale. Des compétences spécifiques sont alors requises et cette évaluation doit d'être réalisée par les gériatres.

**Vignette 1**

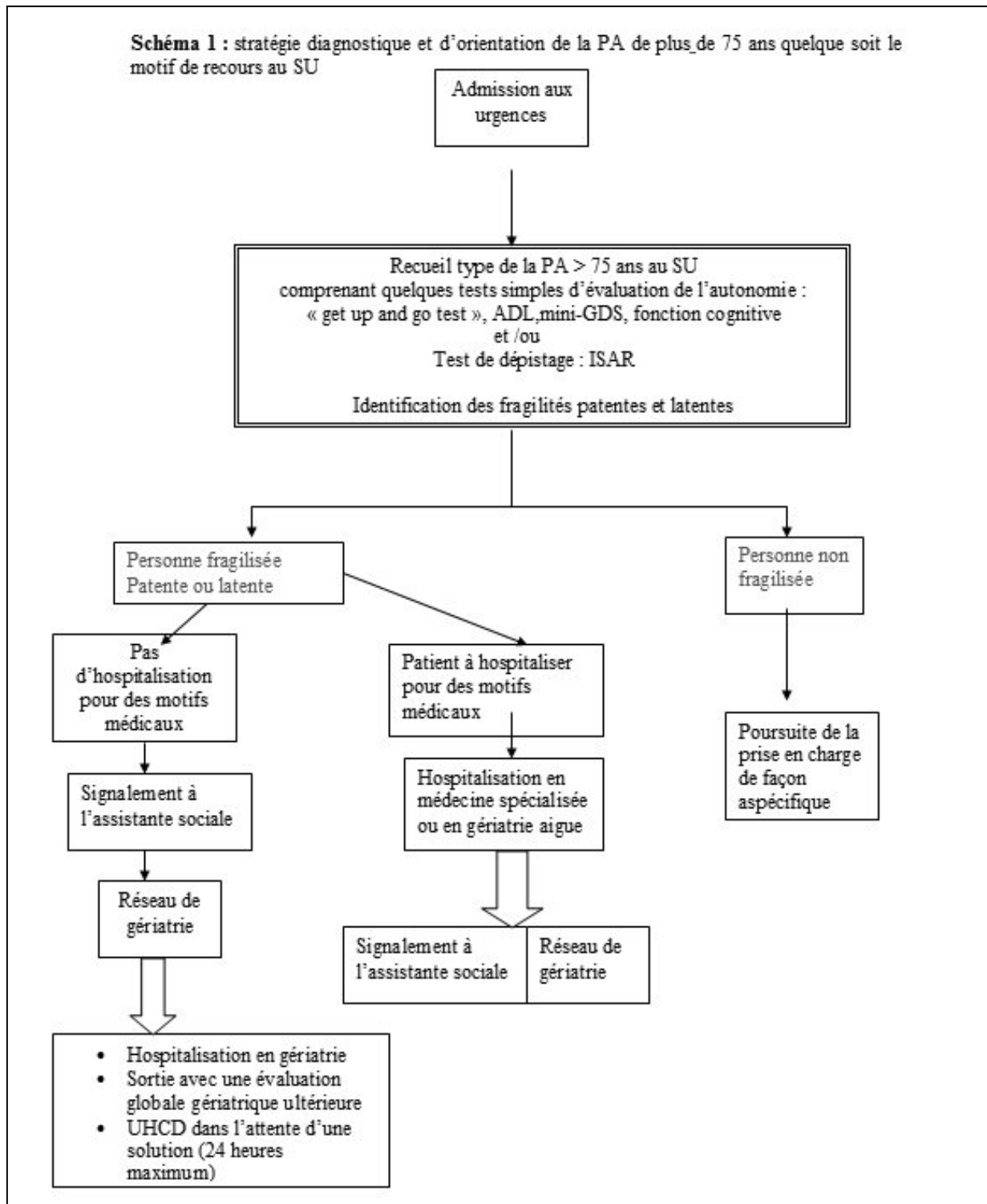
Vignette  
Personne âgée fragile

Le jury du consensus a défini la fragilité d'une personne âgée comme un risque de déséquilibre entre des éléments somatiques, psychiques et sociaux, provoqué par une agression même minime. En pratique, elle se manifeste et s'évalue par l'apparition de troubles cognitifs, comportementaux et sensoriels, de polyopathologies, de polymédications, et par l'accroissement des besoins d'aide dans la vie quotidienne. La fragilité peut être patente ou latente.

Patient gériatrique

La définition du patient gériatrique est « un patient âgé polyopathologique ou très âgé présentant un fort risque de dépendance physique ou sociale et ne relevant pas d'un service de spécialité » (circulaire DHOS du 18 mars 2002).

**Schéma 1 : stratégie diagnostique et d'orientation de la PA de plus de 75 ans quelque soit le motif de recours au SU**





Si l'hospitalisation est nécessaire en spécialité pour un problème somatique, l'équipe gériatrique intervient directement dans ces services et non au SU.

Si le patient n'a pas d'indication somatique à l'hospitalisation mais qu'il est repéré comme fragile son orientation dans la filière gériatrique est impérative. Les conditions d'entrée dans cette filière dépendent des modalités de coopération urgentistes-gériatres qui elles même sont fonction des particularités locales.

**Le jury recommande unanimement des relations étroites entre ces deux spécialités.** Le passage du malade en UHCD peut être justifié en raison du temps nécessaire au recueil des données utiles à l'orientation.

### III - LES DIFFERENTES PHASES DU RECUEIL DE DONNEES

#### A - Données pré-hospitalières

Les premiers éléments d'informations sont recueillis auprès de ces intervenants et accompagnants. Une importance toute particulière est donnée à la lettre du médecin traitant et aux documents des acteurs pré-hospitaliers. Ce recueil de données influence la qualité et la durée de la prise en charge au SU des PA et doit dans la mesure du possible être standardisé.

#### B – Données hospitalières

##### 1 – Eléments nécessaires au repérage et au diagnostic des patients fragilisés aux urgences

Le recueil des données médicales, psychologiques, environnementales et sociales se fait aux urgences tout au long de la prise en charge (IAO, zone de soins et UHCD) faisant intervenir tous les acteurs des urgences (aides soignantes, infirmière d'accueil et d'orientation, assistante sociale, infirmière de soins, médecins). C'est la sommation des données obtenues par chacun des acteurs des urgences qui va permettre le repérage et le diagnostic de fragilité. Ce diagnostic sera ensuite conforté par une évaluation gériatrique globale en dehors du service des urgences. Lorsqu'un doute existe dans l'esprit de l'urgentiste il pourra s'aider d'outils d'évaluation de l'autonomie, simples d'utilisation mais encore trop rares.

#### Informations à recueillir en zone d'accueil

- L'IOA recueille les informations nécessaires au tri qui sont d'ordre général ( motif de recours, critères de gravité immédiats, l'intensité de la douleur systématiquement, constantes si besoin, mode d'arrivée, lettre du médecin traitant, information données par les accompagnants). Pour une PA de plus de 75 ans, une attention toute particulière sera portée :
  - aux données apportées par les accompagnants notamment si ceux ci sont amenés à repartir,
  - à la présence de troubles cognitifs évidents qui nécessitent la mise en œuvre de moyens d'identification du patient
  - aux troubles du comportement plus fréquents chez la PA et qui peuvent conditionner le tri

Une feuille type peut être proposée pour aider l'IOA dans son recueil de données (tableau 1). Conformément aux recommandations concernant le tri cette évaluation ne doit pas excéder deux minutes et doit donc être sommaire.

#### Informations à recueillir en zone de soins (tableau 1)

- L'IDE de la zone de soins doit poursuivre et compléter le recueil de données débuté par l'IOA. Les données recherchées sont plus particulièrement centrées sur :
  - ✓ la perte d'autonomie
  - ✓ le mode de vie
  - ✓ la présence d'un entourage
  - ✓ l'état physique global du patient (hygiène, nutrition).

Elle peut s'aider du score ADL ( activities of daily living) qui en six items classe le patient de totalement dépendant (0 point) à totalement autonome (6 points) (tableau 2).

Le repérage des personnes fragilisées fait partie des missions propres de l'infirmière aux urgences. Son rôle est fondamental et central.

L'ensemble des constantes doit être pris et la douleur doit être évaluée avec un outil adapté à l'état cognitif du patient.

- Le médecin en zone de soins fait un interrogatoire complet du patient et de son entourage en insistant plus particulièrement sur le motif de recours, les éléments cliniques récents et l'histoire de la maladie. Les comorbidités souvent nombreuses et invalidantes doivent être listées ainsi que l'ensemble des médicaments effectivement pris. Le caractère âgé de la personne implique la recherche systématique de troubles de l'équilibre et chutes à répétition, de troubles nutritionnels, d'éléments dépressifs, confusionnels ou de troubles cognitifs. Des outils faciles peuvent aider le clinicien dans ces évaluations mais la plupart de ces tests restent à valider aux urgences.

➢ **Les troubles de l'équilibre et la mobilité** peuvent être évalués par le « get up and go test » en faisant lever le patient d'une chaise, en le faisant marcher trois mètres revenir sur lui-même et s'asseoir. Une cotation de 1 à 5 est effectuée par l'examineur. Un patient ayant une cotation supérieure à 3 est à haut risque de chute. Ce test n'est pas toujours réalisable aux urgences et peut être simplifié en demandant au patient de se lever et de faire le tour de son lit.

➢ **L'état confusionnel** fréquent chez la PA au SU peut être difficile à distinguer de troubles cognitifs sous-jacents ; il existe aux USA un test de dépistage qui différencie l'état confusionnel de la démence. Il n'a pas encore de traduction et de validation française. Il prend en considération la modification de l'état mental habituel en précisant s'il répond aux critères suivants : 1) un début brutal et une évolution fluctuante 2) une difficulté à focaliser l'attention 3) une pensée désorganisée et 4) un niveau de conscience altéré. L'état confusionnel est défini par la présence obligatoire des deux premiers critères associés au troisième ou au quatrième.

- **Les troubles des fonctions cognitives** sont étroitement liés au concept de fragilité et au risque de réhospitalisation précoce. Ils peuvent être difficiles à évaluer dans le cadre de l'urgence. L'urgentiste peut utiliser essentiellement dans un premier temps l'orientation temporo-spatiale du patient, sa capacité à tenir une conversation, l'observation de son comportement et sa présentation physique pour les repérer.
- **La dépression** est également étroitement liée au concept de fragilité et augmente le risque de réadmission précoce. Elle est très souvent méconnue alors qu'elle pourrait bénéficier de thérapeutique. Elle est difficile à appréhender dans le cadre de l'urgence. Le médecin peut s'aider du mini-GDS validé en France.

Un score supérieur à 1 est fortement suspect de dépression (tableau 3).

Au terme de cette évaluation transversale par l'équipe des urgences, la fragilité de la personne est retenue s'il existe un ou plusieurs troubles suivants : trouble cognitif, hygiène défectueuse, trouble du comportement, troubles sensoriels, dépression, perte d'autonomie, absence d'entourage, absence de données, trouble de l'équilibre avec chutes fréquentes, hospitalisation répétée dans les 6 derniers mois, poly-médications ou troubles nutritionnels.

A ce jour aucun score ne permet de repérer de façon fiable la fragilité au SU. Aucune pondération ne permet de déterminer les éléments les plus influents de cette liste. Le cumul et l'association des handicaps semble plus déterminant que la nature individuelle des déficiences.

Le diagnostic de fragilité au SU impose précocement l'intervention d'une assistante sociale (qui complètera le relevé des données) et d'un gériatre pour décider du lieu d'hospitalisation et de la nécessité d'hospitaliser le patient. Les données recueillies dans le cadre de la prise en charge normale du patient sont suffisantes pour engager la prise en charge gériatrique.

Au terme du repérage des patients fragiles par l'équipe des urgences, une évaluation gériatrique globale doit être faite. Le jury est unanime pour dire qu'il ne faut pas réaliser cette évaluation aux urgences et qu'il n'est pas dans la fonction des urgentistes de la faire. Le gériatre dispose d'un panel d'outils d'évaluation complexe de l'ensemble des dimensions humaines. Ces outils ne doivent pas être utilisés au SU.

IOA	IDE de soins et AS	Médecin
Lettre du médecin oui non	Préciser le cadre de vie	
Fiche de liaison IDE oui non	domicile seul ou accompagné	Fonction cognitive
Bulletin d'intervention des pompiers oui non	assistante de vie, aide ménagère, IDE, aide soignante	orientation temporo-spatiale
	maison de retraite	capacité à tenir une conversation
	foyer logement	comportement
	long séjour	
	HAD	
	Vie en famille	
Renseignements auprès de la famille	Autonomie (ADL) 0 ou 1 à chacun des items	Trouble de l'équilibre
*coordonnés des proches et du patient	- se laver	Test du get up and go
*motif de recours	- s'habiller	
*documents médicaux oui non	- se rendre aux toilettes	
	- se déplacer	
*coordonnées du médecin traitant	- s'alimenter	
	- être continent	
	Score de 0 ( totalement dépendent) à 6 ( totalement autonome)	
Renseignements médicaux antécédents principaux traitements spécifiques (ordonnance)	Hygiène propreté à l'arrivée aux urgences	Dépression : Mini-GDS
	continence	
Constantes cliniques si besoin et évaluation de la douleur	Etat cutané	
Renseignements environnementaux et sociaux : lieu et mode de vie présence d'aidant naturels présence d'aidant non naturels mesure de tutelle ou curatelle	Etat nutritionnel : bon / moyen / mauvais	
Particularités gériatriques : Problème de compréhension Agitation : oui / non	Atteinte sensorielle : cécité / surdité	
Famille prévenue oui / non		

**TABLEAU 1 : fiche de recueil d'informations**



ADL (Activities of daily living)
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se laver</li> <li>➤ S'habiller</li> <li>➤ Se rendre aux toilettes</li> <li>➤ Se déplacer</li> <li>➤ S'alimenter</li> <li>➤ Etre continent</li> </ul>
Score de 0 (totalement dépendant) à 6 (totalement autonome)
<b>TABLEAU 2 : score ADL (activities of living)</b>

Mini-GDS ou GDS 4-items	
1. Vous sentez-vous souvent découragé(e) et triste ?	oui = 1, non = 0
2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	oui = 1, non = 0
3. Etes-vous heureux(se) (bien) la plupart du temps ?	oui = 0, non = 1
4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	oui = 1, non = 0
<b>SI SCORE TOTAL ≥ 1, TRES FORTE SUSPICION DE DEPRESSION</b>	
<b>SI SCORE TOTAL = 0, TRES FORTE PROBABILITE D'ABSENCE DE DEPRESSION</b>	
<b>TABLEAU 3 : score de dépistage d'une dépression (Mini-GDS)</b>	

QUESTIONS	
<b>1- Avant cette admission aux urgences, aviez-vous besoin d'aide au domicile ?</b>	Oui /Non
<b>2- Depuis le début des symptômes qui vous ont amené aux urgences, avez-vous eu besoin de plus d'aide à domicile ?</b>	Oui/Non
<b>3- Avez-vous été hospitalisé pour 1 ou plusieurs jours ces 6 derniers mois ?</b>	Oui /Non
<b>4- Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de vue ?</b>	Oui/Non
<b>5- Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de mémoires ?</b>	Oui/Non
<b>6- Prenez-vous plus de 3 médicaments par jour ?</b>	Oui/Non
<b>Questionnaire de dépistage des patients âgés à risque d'évènements indésirables</b>	
<b>Un patient est considéré à risque d'événement indésirable ( déclin fonctionnel réadmission) avec plus de 2 réponses positives</b>	

**TABLEAU 4 : score ISAR (identification of senior at risk)**

## 2 - Eléments de dépistage

La démarche précédemment préconisée nécessite un temps important de recueil, et n'est pas applicable à l'ensemble des PA.. Si les éléments gériatriques ne sont pas patents et en première ligne, un risque réel de sous-diagnostic des problèmes gériatriques existe.

Ce déficit de diagnostic gériatrique est un facteur de mauvais pronostic au moins fonctionnel à court et moyen terme. L'alternative à une évaluation gériatrique systématique - irréaliste- de toutes les PA est d'utiliser précocement un test de dépistage permettant de cibler ceux qui devraient faire l'objet ensuite d'une évaluation sociale et gériatrique plus approfondie.

Un test de dépistage de fragilité doit être proposé aux PA sortant du SU si une évaluation plus globale n'a pu être faite. Le score ISAR (Identification of Senior At Risk) est un questionnaire canadien validé en langue française, rapide, réalisable par l'ensemble des soignants (tableau 4).

## RECOMMANDATIONS :

**Le jury recommande un repérage minimal de la fragilité chez toute PA de plus de 75 ans se présentant au SU (Grade C)**

**Le jury recommande l'utilisation d'outils pour repérer les PA fragilisées. Ces outils doivent être adaptés au caractère patent ou latent des troubles gériatriques et adaptés à la pratique des SU (Grade C)**

**L'ensemble de l'équipe du SU participe au recueil des données sociales, d'autonomie, psychiques, et fonctionnelles. Ce recueil de données doit être mis en commun et s'effectue dans les différents secteurs des urgences, de l'accueil à l'UHCD si besoin. L'apport des nouvelles technologies facilite cette mise en commun (Grade A)**

**Le jury recommande que les PA sans problème gériatrique patent, qui n'ont pas de raison médicale d'être hospitalisé et qui n'ont pas bénéficié d'une évaluation globale, fassent l'objet d'un test de dépistage avant leur sortie. Le test ISAR semble à ce jour le mieux adapté (Grade B). Les patients ayant des problèmes gériatriques patents doivent bénéficier au SU d'un recueil exhaustif de données générales en insistant fortement sur les données sociales, d'autonomie, sur le repérage des troubles cognitifs, des troubles de la marche et de l'équilibre, et des troubles dépressifs. Des outils sont préconisés pour évaluer de façon pertinente ces troubles (ADL pour l'autonomie, mini- GDS pour la dépression, « get up and go test » pour l'équilibre) (Grade C)**

### QUESTION 3 :

#### **Y A-T-IL DES PARTICULARITES DE L'EXAMEN CLINIQUE, DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES CHEZ LA PERSONNE DE PLUS DE 75 ANS**

L'examen clinique et les examens complémentaires aux Urgences ont pour but d'identifier une situation pathologique, de mettre en œuvre les premières actions thérapeutiques, de fournir les éléments d'appréciation permettant de décider de l'hospitalisation, de définir le service le plus approprié ou bien d'organiser la sortie dans des conditions adéquates.

Les PA ne diffèrent en rien des autres malades adultes. Les SU sont aptes à les prendre en charge en tenant compte de leurs spécificités.

#### **CARACTERISTIQUES DU MALADE AGE**

Chez l'adulte jeune, les fonctions physiologiques assurent l'homéostasie et offrent une réserve suffisante pour s'adapter aux divers stress de l'existence. En se référant à un standard de normalité, on peut identifier une pathologie et définir une présentation symptomatique dite typique.

Lors de l'avancée en âge, les organes vieillissent, certaines fonctions se maintiennent alors que d'autres déclinent, de manière hétérogène chez le même individu et variable d'une personne à l'autre. Le vieillissement, phénomène universel, crée donc des vieillissements individuels. Chaque personne âgée a son équation personnelle, résultant de l'évolution de ses propres fonctions physiques et psychiques corrélées à un environnement spécifique.

La circulaire relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique définit le patient gériatrique comme : « un patient âgé polyopathologique ou très âgé présentant un fort risque de dépendance physique ou sociale et ne relevant pas d'un service de spécialité ». Ceci est à rapprocher de la notion de *fragilité*, terme sans définition précise mais pierre angulaire de la réflexion gériatrique moderne (cf. vignette).

#### **Y A T-IL DES PARTICULARITES DE L'EXAMEN CLINIQUE CHEZ LA PERSONNE DE PLUS DE 75 ANS ? QUELLES EN SONT LA FAISABILITE ET LA PERTINENCE, LES VALEURS DIAGNOSTIQUES ET LES CONSEQUENCES SUR LA STRATEGIE DIAGNOSTIQUE ?**

L'examen clinique est indissociable d'un interrogatoire bien conduit, étape capitale souvent mal réalisée. Le temps passé à écouter le malade y compris dans ses digressions est toujours rentable.

L'examen physique du patient âgé ne relève pas d'une technique spécifique mais doit tenir compte des particularités séméiologiques de cette tranche d'âge, de l'importance des signes généraux dans le tableau clinique et des déficits fonctionnels surajoutés. Les signes généraux (fatigue, apathie, essoufflement, tristesse, laisser aller) sont si fréquents et banaux qu'ils finissent par constituer l'image banalisée de la personne âgée. Or ces signes ne sont pas normaux et méritent d'être pris en considération au cours de la démarche diagnostique.

Le recours aux urgences est généralement consécutif à un événement nouveau qu'il importe de reconnaître, de documenter (si nécessaire à l'aide des proches) et d'intégrer au contexte général du patient souvent polyopathologique. Seule la confrontation avec l'état antérieur habituel permet de noter les modifications et de choisir les investigations puis la prise en charge qui sont adaptées.

Une altération des fonctions supérieures ou des déficiences diverses peuvent entraver la communication ou la réalisation de l'examen clinique ; il ne faut toutefois pas préjuger d'un déficit sensoriel avant de l'avoir objectivé, et respecter autant que faire se peut le rythme propre du patient. La pertinence et la précision de l'examen sont d'autant plus importantes que les signes d'appel sont peu spécifiques ou ténus, comme un simple inconfort abdominal lors d'infection péritonéale. L'existence de signes cliniques de découverte fortuite (souffle cardiaque, dyspnée d'effort, pathologie articulaire) peut compliquer la tâche du clinicien.

#### **FORMES SEMIOLOGIQUES ATYPIQUES**

Beaucoup de personnes âgées expriment des symptômes de même nature que ceux rencontrés chez l'adulte jeune. Vingt-cinq pour cent des malades gériatriques ont une présentation modifiée ou masquée, source d'errance diagnostique.

La confusion mentale en est l'exemple type. Elle peut résulter de nombreux mécanismes : iatrogénie, état infectieux, déshydratation, globe vésical, artérite aiguë, agression ; la faillite des fonctions cérébrales est ici le mode d'expression d'hypothèses multiples qu'il s'agira d'identifier. La confusion aiguë se caractérise par un début récent et en principe datable, alliant désorientation, troubles de la vigilance, agitation et parfois troubles d'allure psychotique.

Les chutes sont un deuxième exemple : elles peuvent être habituelles et en rapport avec une pathologie déjà identifiée, et dans ce cas ne relever de l'urgence que lors de traumatismes ; elles peuvent aussi être la conséquence d'une multitude de symptômes accompagnants : état infectieux, incontinence, déshydratation, etc. Il s'agit alors non seulement d'en apprécier les implications, mais aussi d'éviter l'installation d'un syndrome post-chute.

#### **ELEMENTS SEMIOLOGIQUES ADDITIONNELS**

Certains éléments sémiologiques doivent être connus et le cas échéant intégrés à l'examen d'urgence :

- Au cours des états de déshydratation, la sensation de soif est un signe tardif voire absent, et la spécificité du pli cutané est médiocre. La sécheresse des muqueuses peut entraîner des troubles de l'élocution, et un syndrome confusionnel ou une fièvre.

- La température basale du sujet âgé est plus basse ; et la fièvre n'est pas systématiquement présente dans les 48 premières heures d'un état infectieux même grave. On définit la fièvre par une mesure supérieure à 37°8, ou deux mesures supérieures à 37°2, ou une variation de température de plus de 1,1 degrés.

- La douleur peut être modeste lors de maladies traditionnellement algiques (infarctus du myocarde, affection pleurale)

- Les troubles fonctionnels (instabilité à la marche, problèmes sensoriels, incontinence sphinctérienne) entraînent souvent des signes généraux et peuvent altérer l'autonomie du sujet âgé, surtout lorsque leur caractère transitoire ou réactionnel est sous-estimé.

#### Cas particulier de la iatrogénie

- On retrouve une pathologie iatrogénique médicamenteuse chez 20% des PA de plus de 80 ans hospitalisés. Les effets secondaires des médicaments fréquemment prescrits doivent donc être connus et recherchés, particulièrement lorsque le patient est considéré comme fragile ou qu'il présente une atteinte des organes les plus vulnérables aux accidents médicamenteux (moelle osseuse, foie, reins).

Parmi les manifestations les plus fréquentes, on relève les chutes et les malaises (en relation avec un effet direct des psychotropes ou des traitements à visée cardiovasculaire, un trouble métabolique induit, une hypotension orthostatique secondaire), les symptômes gastrointestinaux (dyspepsie, constipation, rarement hépatites), l'insuffisance rénale fonctionnelle (diurétiques) ou les hémorragies (surdosage en AVK). Enfin, des manifestations systémiques peuvent survenir après usage de collyres atropiniques ou bêta-bloqueurs.

#### PARTICULARITES DE L'EXAMEN CLINIQUE

Lors de l'interrogatoire, le clinicien doit s'adapter aux capacités sensorielles, intellectuelles et cognitives de son interlocuteur. Deux profils de PA ont été identifiés :

- En présence d'un patient âgé monopathologique et sans trouble majeur des fonctions supérieures (ne répondant donc pas à la définition du patient gériatrique citée précédemment), il n'y a pas lieu de modifier sa pratique. On effectuera donc un examen clinique orienté par l'anamnèse, les signes fonctionnels et le point d'appel clinique.

- En revanche, chez le patient d'âge extrême, polypathologique, se présentant avec des troubles mnésiques ou des signes généraux prédominants, l'examen physique devra associer à un examen général :

\* Un examen attentif de la cavité buccale et des muqueuses

\* Une prise répétée et régulière des constantes (tension artérielle debout/couché, fréquences cardiaque et respiratoire, et surtout une mesure de la température)

\* Une évaluation de l'orientation temporo-spatiale

\* Un examen de l'abdomen et des touchers pelviens (recherche de fécalome, de globe vésical, d'escarre)

\* Une évaluation de la station debout ou de la marche

#### En conclusion :

L'examen clinique du sujet âgé est pertinent si on tient compte des particularités sémiologiques, de la prévalence de certaines maladies et des présentations atypiques dans cette classe d'âge. Bien conduit, il mènera à un diagnostic de présomption, ou indiquera des examens complémentaires ciblés mais non obligatoirement centrés sur le symptôme de présentation. Ainsi, on ne se contentera pas de traiter

les manifestations psycho-comportementales d'un syndrome confusionnel sans en chercher attentivement la cause, souvent inattendue pour le jeune praticien. Les examens complémentaires seront indiqués avec d'autant plus de pertinence que l'examen clinique aura été judicieusement conduit.

Le jury recommande un examen clinique adapté comme décrit précédemment chez tout patient âgé sauf s'il est autonome et présente une monopathologie clairement identifiable.

#### Y A T-IL DES PARTICULARITES DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES CHEZ LA PERSONNE DE PLUS DE 75 ANS ? QUELLES EN SONT LA FAISABILITE ET LA PERTINENCE, LES VALEURS DIAGNOSTIQUES ET LES CONSEQUENCES SUR LA STRATEGIE DIAGNOSTIQUE ?

La prévalence des signes généraux et la présence de multiples pathologies intriquées impliquent souvent un recours aux examens biologiques et radiologiques. Comparés à une population générale, les PA ont en moyenne un tiers d'examens complémentaires en plus, pour un pourcentage de diagnostics identique.

Nous distinguons toujours les patients âgés monopathologiques et autonomes, pour lesquels nous ne proposons pas de prise en charge particulière, des patients très âgés ou polymorbides, auxquels s'adressent spécifiquement nos recommandations.

Les résultats biologiques anormaux sont rarement le fait du vieillissement seul. Les seuils de normalité ne varient que légèrement en fonction de l'âge. Certains paramètres sont moins discriminants que chez le sujet jeune (D-dimères, paramètres inflammatoires) mais le bilan biologique reste tout à fait pertinent dans la population âgée. Il nous semble justifié de recommander un ionogramme comprenant natrémie, kaliémie, calcémie, et protéinémie, en raison de la prévalence élevée des troubles hydroélectrolytiques. Il semble également raisonnable de compléter le bilan par une numération simple et une fonction rénale avec calcul de la clairance selon la formule de Cockcroft (cf.vignette), afin d'adapter d'éventuels traitements ultérieurement prescrits.

La prévalence de la maladie cardiovasculaire et l'importance de disposer d'examens comparatifs indiquent de façon systématique la réalisation d'un électrocardiogramme.

Le jury ne propose pas la réalisation systématique d'une bandelette urinaire en raison de sa mauvaise valeur prédictive positive chez la PA.

La réalisation d'un bilan radiologique de qualité peut se heurter à des difficultés pratiques liées à une collaboration ou une mobilité restreintes, ainsi qu'à d'éventuelles déformations du squelette. Cette particularité peut légèrement modifier la stratégie de prescription, qui doit de manière générale privilégier l'examen pressenti comme le plus contributif et tenir compte des conférences de consensus déjà existantes. Nous recommandons de pratiquer une radiographie du thorax dans le groupe de patients prédéfini.

Le cliché sans préparation de l'abdomen est souvent peu contributif ; ses indications principales sont la recherche de fécalome et le syndrome sub-occlusif. L'échographie abdominale ne nous semble pas nécessiter de recommandations particulières.

Le recours au scanner doit être précoce en raison de sa précision et de la quantité d'informations qu'il fournit, notamment lors de syndrome abdominal fébrile.

## EN CONCLUSION

**La pertinence des examens complémentaires chez le sujet âgé mériterait d'être mieux évaluée par des études cliniques, mais leur validité et leur interprétation ne semble pas différer des sujets jeunes. Un examen complémentaire n'a pas lieu d'être demandé si l'on sait que son résultat ne modifiera pas la prise en charge du patient. Il s'agit donc de développer une stratégie de prescription adaptée à une hypothèse diagnostique, dans la perspective d'une prise en charge thérapeutique globale.**

**La conduite diagnostique de la PA monopathologique, sans troubles cognitifs, n'a aucune spécificité.**

**Chez les autres patients gériatriques, le jury recommande la prescription d'un bilan sanguin comprenant NFS, ionogramme, calcium, protéines, créatinine, d'un ECG ainsi qu'une radiographie du thorax.**

## QUESTION 4 : RECOMMANDATIONS DE PRESCRIPTION CHEZ LA PERSONNE AGÉE DE PLUS DE 75 ANS

Les PA sont polypathologiques et donc polymédicamentées : après 65 ans, il existe en moyenne 5,6 lignes de médicaments, 7 lignes après 80 ans. L'ordonnance reproduit fréquemment le circuit médical du patient, avec la juxtaposition des prescriptions et des prescripteurs. Les médicaments les plus prescrits sont les médicaments du métabolisme, les cardiotropes et les psychotropes.

La conséquence de ces multiples prescriptions est la forte prévalence de la pathologie médicamenteuse iatrogène : après 65 ans, 10% des admissions sont liées à une pathologie iatrogène médicamenteuse, plus de 20% après 80ans.

Deux grandes causes sont responsables des effets indésirables des médicaments chez la PA :

- la mauvaise observance secondaire à des troubles cognitifs et/ou sensoriels, à la multiplication des prescriptions, au nombre journalier de médicament, à la fréquente automédication associée.

- un mécanisme toxique par surdosage relatif : la diminution physiologique de la fonction rénale, la durée et la posologie trop importante, la sensibilité accrue d'organe, les interactions médicamenteuses en sont les principaux facteurs.

Ainsi, la prise en charge thérapeutique doit être globale et adaptée reposant sur une bonne connaissance de la PA, les traitements en cours, la pathologie à traiter et le traitement envisagé . La prescription doit être hiérarchisée, réévaluée et régulièrement actualisée.

## Sur quels critères cliniques et biologiques doit-on se fonder pour adapter les traitements aux urgences ?

### Critères cliniques

\* L'âge : l'âge modifie toutes les étapes de la pharmacocinétique des médicaments (cf. tableau 5). En pratique, en dehors de l'insuffisance rénale, ces modifications s'équilibrent et n'impliquent pas de modifications de posologies par rapport au sujet jeune.

\* La déshydratation nécessite d'adapter la posologie, en fonction de la clairance de la créatinine (CL cr) appréciée par la formule de Cockcroft et Gault. Cette formule n'est pas validée après 80 ans ; elle sous estime la clearance de la créatinine chez le sujet très âgé.

\* L'état hémodynamique : un état hémodynamique précaire, instable, accroît les effets de la plupart des médicaments. En particulier, toutes les drogues, isolées ou associées, qui inhibent les réactions d'adaptation hémodynamique sont à éviter. Il en est de même pour les substances susceptibles de diminuer les réactions d'adaptation posturale.

\* La dénutrition entraîne une augmentation de la fraction libre des médicaments nécessitant une diminution des médicaments liposolubles.

\* L'hypotension orthostatique. Lorsqu'elle témoigne d'une hypovolémie ou d'une dysrégulation vasoplégique, la constatation d'une hypotension orthostatique contre indique tous les anti hypertenseurs. Les posologies des psychotropes et des médicaments à effet anti cholinergique doivent être diminuées, s'ils sont indiqués.

\* Les troubles cognitifs : il a été montré que la démence accroît la sensibilité des malades aux psychotropes (niveau 3)

### Formule de Cockcroft et Gault :

$$CL\ cr = \frac{(140 - \text{âge}) \times \text{poids}}{0.814 \times \text{créatinine sanguine (}\mu\text{mol/l)}}$$

Homme : résultat x 1 ; Femme : résultat x 0.85

### Critères biologiques :

Les seuls critères biologiques nécessitant une adaptation posologique sont l'insuffisance rénale (formule de Cockcroft), l'hypokaliémie et la biologie hépatique. L'hypokaliémie peut être particulièrement dangereuse lorsque des médicaments à activité stabilisatrice de membrane sont indiqués. Les anomalies du bilan hépatique doivent être prises en considération lorsque des médicaments hépatotoxiques doivent être prescrits (paracétamol)

**Prescriptions utilisables au SU chez la PA**

Parmi les traitements qui peuvent être initiés au SU pour le traitement de la pathologie aiguë, quelques précautions doivent être prises:

- antalgiques : il n'y a pas lieu de modifier les posologies de la morphine injectable tant dans la quantité que dans la répartition des bolus par rapport au sujet jeune, pour un même objectif (niveau 2). En revanche, la posologie initiale des opioïdes per os doit être réduite. Les patchs de fentanyl n'ont pas d'indication en situation aiguë. Sauf en cas d'atteinte hépatique patente, la posologie de paracétamol ne doit pas être modifiée.

**Quelle attitude doit-on adopter aux urgences à l'égard des prescriptions antérieures ?**

- Certaines prescriptions médicamenteuses sont inutiles car potentiellement dangereuses, antagonistes, inappropriés ou d'efficacité non prouvée :
- \* Les médicaments dangereux sont ceux dont le risque iatrogène est majoré par le contexte pathologique tels que : poursuite des diurétiques ou AINS ou IEC au cours d'une déshydratation, poursuite des biguanides en cas d'insuffisance rénale, poursuite des sédatifs en cas d'insuffisance respiratoire ou de psychotropes en cas de rétention d'urine.

Absorption	Métabolisme
Diminution de la vidange gastrique	Diminution du métabolisme hépatique des médicaments à forte extraction hépatique
Augmentation du pH gastrique	Diminution de la masse hépatique
Diminution de la motilité gastro-intestinale	Diminution du débit sanguin hépatique
Diminution du flux sanguin splanchnique	
Diminution de l'efficacité de systèmes de transport actifs	
<b>DISTRIBUTION ET TRANSPORT</b>	<b>EXCRETION RENALE</b>
Diminution du compartiment hydrique	Diminution du flux sanguin rénal
Augmentation de la masse grasse	Diminution de la filtration glomérulaire
Diminution de la masse maigre ou musculaire	Diminution de la sécrétion tubulaire
Diminution de l'albuminémie	Diminution de la réabsorption tubulaire

**TABLEAU 5 : Modifications pharmacocinétiques liées à l'âge**

- AINS : Les indications d'un traitement inflammatoire sont limitées aux douleurs avec une composante inflammatoire. L'utilisation de cette classe médicamenteuse doit être limitée en durée, la posologie minimale, la surveillance des effets secondaires précise, surtout lorsqu'il existe des associations potentiellement dangereuses (IEC, diurétiques, déshydratation).
- héparinothérapie : cette prescription doit tenir compte de la fréquente altération de la fonction rénale, ce qui limite l'utilisation des héparines de bas poids moléculaires (HBPM). Chez la PA, l'emploi des HBPM nécessite une surveillance biologique (dosage de l'activité anti-Xa) afin de dépister rapidement les effets secondaires et les surdosages.
- antibiothérapie : les doses d'aminosides doivent être adaptées à la fonction rénale. Une surveillance des dosages plasmatiques est recommandée.
- L'insulinothérapie par seringue autopousseuse est préférable à l'insulinothérapie discontinue ou au maintien des antidiabétiques oraux..
- L'utilisation de neuroleptiques est limitée aux états confusionnels ou délirants. Une grande vigilance est requise sur l'apparition des effets anticholinergiques ainsi qu'aux interactions avec les autres psychotropes et les antalgiques opioïdes.
- Un traitement anxiolytique, s'il est vraiment nécessaire, doit faire appel à de molécules de courte demi-vie sans métabolite actif, et à faible dose.

- \* Les médicaments ou traitements antagonistes : la poursuite d'un traitement antérieur peut avoir une action antagoniste avec le traitement entrepris aux urgences: une situation fréquente est la poursuite d'un diurétique alors que l'on met en route une réhydratation.
- \* Les médicaments ou traitements inappropriés : il s'agit des médicaments dont les propriétés pharmacologiques sont inadaptées à l'action thérapeutique recherchée chez la personne âgée. C'est le cas notamment des "neuroleptiques cachés", des benzodiazépines de demi-vie longue ou des associations redondantes (anxiolytique et hypnotique, antidépresseur sédatif et anxiolytique).
- \* les médicaments d'efficacité non prouvée : il s'agit des traitements vaso-actifs cérébraux, des veinotoniques, du dipyramidole (utilisé seul), des vitamines (à l'exception de la vitamine D), des pansements digestifs.  
Tous ces traitements doivent être arrêtés au SU.
- D'autres prescriptions sont utiles et doivent être maintenues à condition que :
  - ils n'interfèrent pas avec le traitement de la pathologie aiguë
  - ils ne soient pas responsables d'un effet indésirable .
  - les doses soient vérifiées et adaptées à la fonction rénale et à l'état d'hydratation.



Certains médicaments sont nécessaires pour la poursuite du traitement des pathologies chroniques associées. Par exemple :

- les médicaments cardio-vasculaires, notamment les anti-hypertenseurs, anti-arythmiques, médicaments anti-ischémiques et de l'insuffisance cardiaque, y compris les anticoagulants et les anti-agrégants plaquettaires,
- les médicaments à visée pneumologique (bronchodilatateurs),
- les antiparkinsoniens et les anti-épileptiques,
- les anti-dépresseurs et neuroleptiques,
- les collyres anti-glaucomateux,
- certains antidiabétiques (sulfamides et insuline)
- les antalgiques
- la corticothérapie au long cours.
- la poursuite d'un hypnotique n'est le plus souvent pas indispensable dans le contexte des urgences, mais son arrêt peut exposer à un syndrome de sevrage.

#### Au total,

Le rôle du médecin urgentiste est de savoir discuter et hiérarchiser les prescriptions antérieures, en fonction de l'état clinique et biologique du patient, de la pathologie aiguë à traiter en urgence. Les grands principes de prescription chez la PA reposent sur la préférence pour des médicaments à pharmacocinétique courte, à faible fixation protéique, à élimination mixte, la méfiance à l'égard des médicaments à marge thérapeutique étroite, la hiérarchisation des prescriptions en fonction de la priorité donnée aux pathologies et aux handicaps.

Les essais thérapeutiques incluent rarement les PA, a fortiori les PA très âgées. Les prescriptions sont alors faites par analogie avec les résultats observés chez des sujets plus jeunes, souvent sans l'autorisations de mise sur le marché (AMM) spécifique. Cet élément doit inciter à la plus grande prudence

Toutes les modifications apportées sur les prescriptions médicamenteuses doivent être justifiées et mentionnées de façon précise et explicite sur le document de sortie, en accord avec le médecin traitant. (cf. fiche de sortie de la PA)

#### QUELS SONT LES PRINCIPES DE PRESCRIPTION NON MEDICAMENTEUSE CHEZ LA PA ?

La mise en place d'une voie veineuse ne doit pas être systématique. Elle limite la mobilisation du malade et risque de conduire à une contention voire à une sédation.

La prescription de sonde urinaire n'est justifiée qu'en cas de rétention d'urine ou de surveillance de la diurèse. Si la sonde doit être maintenue, il est nécessaire d'indiquer le motif de sa mise en place initiale.

Pour les patients gériatriques hospitalisés à l'UHCD, il est recommandé un lever précoce et la prévention d'escarres.

#### QUESTION 5 QUELLES ORIENTATIONS POUR LES PERSONNES AGEES DE PLUS DE 75 ANS ?

##### A) Quels sont les critères de retour à la structure d'origine, dans quelles conditions ?

Au niveau de chaque structure hospitalière, les modèles d'organisation sont variables. Les relations avec la médecine libérale, l'existence de réseaux de soins, la présence de filières hospitalières gériatriques vont donc influencer la décision médicale dans le sens d'un retour à domicile ou non.

Le développement des filières permettra au médecin du SU de garantir à la PA et à son entourage un retour à sa structure d'origine (domicile ou autre) avec l'assurance d'un suivi et d'une continuité des soins.

##### 1) Critère de non hospitalisation

Il n'existe pas dans la littérature d'études spécifiques sur les critères de non hospitalisation des PA. En revanche, les critères de risques de réadmission ont été étudiés et seront développés plus loin.

La décision de non hospitalisation est une décision médicale. Elle ne peut se concevoir que pour les PA dont le pronostic vital n'est pas engagé et présentant un état clinique stable ; ces patients appartiennent le plus souvent aux classes CCMU 1 et 2.

En ce qui concerne les patients en soins palliatifs d'autres décisions spécifiques peuvent être prises (cf. Questions 5 E et F).

La présence d'une co-morbidité et sa gravité sont également des éléments à prendre en compte. La préservation des fonctions supérieures et de l'autonomie permettront plus facilement d'envisager un retour dans la structure d'origine.

Enfin le retour à la structure d'origine est effectif si l'environnement du patient le permet.

FACTEURS	SCORE**
2 DIAGNOSTIC RETENU (critères de gravité)	
3 SITUATION ENVIRONNEMENTALE (possibilité d'adaptation dans un délai court)	
Co-morbidité.* (critère de gravité)	
Avis du malade et de l'entourage	
Oui = +	
Non = +++	
Négociable = ++	

**TABLEAU 6 : facteurs décisionnels pour l'orientation de la PA**

\*Co-morbidité : pathologies chroniques actives, déficit sensoriel, dépendance physique, troubles cognitifs

\*\*Score : évaluation des facteurs par un niveau d'importance de + à +++

+ : peu grave ou délai court suivant le critère

++ : gravité moyenne ou délai moyen (24 heures)

+++ : très grave ou délai très long (supérieur à 3 jours)



L'urgentiste doit tenir compte d'un certain nombre de données avant de décider de la non hospitalisation du patient. Ce sont :

- le diagnostic médical et sa gravité
- les co-morbidités et leurs gravités (pathologies chroniques actives, déficit sensoriel, dépendance physique, troubles cognitifs)
- le niveau de soins requis
- la capacité ou non d'assurer les soins requis dans la structure d'origine
- la situation sociale et la capacité d'assurer les aides nécessaires dans la structure d'origine
- l'avis du malade et de son d'origine

Pour aider à la décision de l'orientation de la PA aux urgences et en l'absence de critères bien établis dans la littérature, nous proposons un tableau de facteurs décisionnels (tableau 6). Il regroupe les différents éléments avec un score évaluant les facteurs en fonction de leur niveau d'importance .

Si le diagnostic médical retenu est peu grave (+), s'il existe peu ou pas de co-morbidité (+) (non dément, autonome), si l'environnement est favorable (+) la PA doit retourner dans sa structure d'origine.

Si le diagnostic médical retenu est de gravité moyenne (++) , il faudra s'assurer de l'importance de la co-morbidité associée et des possibilités de l'adaptation de l'environnement. En effet, la présence d'une co-morbidité moyenne (++) - tels une démence, des troubles du comportement, une perte d'autonomie et la présence de plusieurs pathologies actives chroniques - oblige à faire une évaluation de la faisabilité du retour à la structure d'origine qui dépendra donc des possibilités d'adaptation de l'environnement. De même s'il existe un isolement social (++) ne permettant pas la continuité des soins, la sortie dépendra de la possibilité de mise en place d'aides adaptées dans un délai très court et de l'adhésion de la PA.

**Dès qu'il existe un diagnostic médical grave (+++) ou une co-morbidité importante (+++) ou un environnement inexistant ou inadapté (+++) , le retour à la structure d'origine ne peut pas s'envisager.**

## 2) Alternatives à l'hospitalisation

### a) Retour à domicile organisé (RADO)

Dans les cas limites de retour à domicile, en raison d'une co-morbidité moyenne et d'un environnement défaillant, l'intervention de l'assistante sociale des urgences est primordiale pour organiser les aides nécessaires : matériel, portage de repas, télé-alarme, association d'aide à domicile (aide ménagère, assistante de vie...), paramédical libéral (infirmière, kinésithérapeute, orthophoniste ...) , SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) avec aides soignantes et infirmières coordinatrices.

Ces différentes aides nécessitent un délai pour la mise en place qui varie de 24 heures à 10 jours selon la région et l'interactivité des structures. Cependant, une prise en charge transitoire par les aidants naturels en attendant une prise en charge dans la filière gériatrique doit être proposée. Les deux structures de cette filière qui semblent les plus adaptées sont les pôles d'évaluation et les hôpitaux de jour gériatriques (cf. infra)

Le passage aux urgences permet d'initier une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (par le

Conseil Général) et des aides financières diverses (CRAM, caisses de retraite complémentaires). Leur mise en place ne peut se faire que secondairement en raison de la complexité des démarches administratives.

### b) Activation du réseau gérontologique

La collaboration avec une équipe gériatrique médico-sociale constitue le pivot d'un véritable réseau gérontologique Ville-Hôpital et permet de mieux organiser le retour vers la structure d'origine. Cette équipe participe à l'organisation de la sortie en prévenant et informant :

- Le médecin traitant par contact direct (téléphone ou fax) des conditions de sortie et du plan d'aide et de soins mis en place.
- La structure d'origine : foyer logement, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).
- Le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) chargé d'informer et de coordonner les actions médico-sociales en faveur des personnes âgées.

**L'équipe gériatrique se charge d'orienter dans les plus brefs délais la PA, en coordination avec l'urgentiste selon les possibilités dans la filière gériatrique, vers :**

- **une consultation ou pôle d'évaluation gériatrique**
- **un hôpital de jour**
- **un court séjour gériatrique programmé**
- **une consultation géronto-psychiatrique**

### c) Accueil de jour ou hébergement temporaire

Deux autres alternatives à l'hospitalisation sont la prise en charge dans une structure d'accueil de jour ou l'hébergement temporaire sur une durée plus ou moins longue. Ces deux structures sont non médicalisées, et à la charge du patient, elles ne peuvent donc s'envisager qu'après une évaluation financière par l'assistante sociale.

### d) Hospitalisation à domicile

Dans la situation où la pathologie en cours nécessite une surveillance médicale et une prise en charge infirmière spécifique (soins d'escarres, sonde nasogastrique d'alimentation, sonde urinaire, pompe à morphine...) et si la PA a un environnement familial disponible, une Hospitalisation à Domicile peut être envisagée. Les difficultés actuelles sont l'insuffisance de places disponibles et le manque de réactivité en temps réel de ce type de structure à la sortie du service d'urgences.

## 3) Organisation optimale des conditions de sortie

Nous proposons de mettre en place une fiche de sortie pour réunir l'ensemble des données recueillies lors du passage au SU de la PA afin d'informer le médecin traitant du plan de soins et des consignes de suivi. Cette fiche sert également de guide pour vérifier que les différentes étapes de l'organisation de la sortie ont été réalisées. (cf. fiche de sortie du patient)

## B) Quel est le rôle de la filière gériatrique dans l'orientation de la PA aux urgences ?

Au cours de leur passage aux urgences, les PA présentent des risques de décompensation, de pathologies chroniques et invalidantes, risquant d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une dépendance difficilement réversible.

L'intervention du gériatre apporte une capacité d'analyse complémentaire de la problématique, une expertise pour la meilleure orientation possible, une connaissance des différents services d'aval et donc une facilité d'admission dans ces structures.

dossiers de prise en charge. Il permet d'actionner les services de soins infirmiers à domicile, les services d'aide ménagère, l'accueil de jour, le portage de repas, les aides techniques, les services de transport, de menus travaux... ». Les CLIC sont financés par l'Etat (DDASS) et le Conseil général.

Pôles hospitaliers	Domicile de la personne âgée
Equipe mobile gériatrique	Le médecin traitant
Court séjour gériatrique	Le CLIC
Hôpital de jour gériatrique	Les paramédicaux libéraux
Consultation gériatrique avancée	Les SSIAD
Pôle d'évaluation	Les associations d'aide à domicile
Consultation mémoire	
Soins de suite et rééducation gériatrique	
EHPAD et unités de soins de longue durée	

**TABLEAU 7 : Possibilités de ressources de la filière gériatrique.**

FICHE DE SORTIE DU PATIENT AGE					
Diagnostic retenu et co-morbidité					
Prescription de sortie					
Modifications du traitement habituel					
Organisation du retour	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	
Mesures mise en place					
	<input type="checkbox"/>	Aides			
	<input type="checkbox"/>	Paramédicaux			
	<input type="checkbox"/>	Matériel			
	<input type="checkbox"/>	Portage des repas			
	<input type="checkbox"/>	Autre			
Entourage informé	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	
Médecin informé	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	
Consigne de suivi :					

L'intervention du gériatre n'est efficace que s'il a la possibilité d'orienter le patient dans la filière gériatrique.

### 1) Définition de la filière gériatrique

Elle est définie dans la circulaire n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration des la filière de soins gériatriques et s'intègre dans les réseaux de santé définis par la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Cette filière a pour missions essentielles l'accès aux soins, la continuité des prises en charge sanitaires, l'assurance d'une prise en charge adaptée aux besoins de la PA tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins .

La filière gériatrique s'articule avec le reste du réseau grâce aux CLIC. Les CLIC sont définies par la circulaire n° 2001-224 du 18 mai 2001 qui précise les trois niveaux de labellisation :

- Label niveau 1 : mission d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles
- Label niveau 2 : prolonge le niveau 1 par les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'aide personnalisé.
- Label niveau 3 : prolonge le niveau 2 par les missions de mise en œuvre, de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisé. « Il aide à la constitution des

### 2) Ressources de la filière gériatrique

Les ressources de la filière gériatrique varient d'une structure hospitalière à une autre et d'une région à l'autre. Elles diffèrent également selon que l'on se trouve à l'hôpital ou à domicile, mais elles interagissent (tableau 7)

### 3) Rôle de la filière gériatrique à partir des urgences

Le rôle de la filière gériatrique est de :

- favoriser le retour à domicile
- faciliter les hospitalisations dans les structures de la filière gériatrique (circuit court)
- optimiser les soins de la personne âgée
- prévenir la dépendance

Cette filière gériatrique devrait exister dans tous les SU. Son mode de fonctionnement est variable d'un SU à l'autre. La population prise en charge est hétérogène en fonction des sites. Ces filières sont actuellement difficilement comparables. Dans la littérature française, les rapports d'expérience pilote aux SU sont nombreuses (niveau 3).

Dans la littérature internationale, les expériences sont également hétérogènes. Des études randomisées (niveau 1 et 2) comparant une prise en charge gériatrique versus une prise en charge standard ont montré les bénéfices d'une évaluation gériatrique en terme d'autonomie physique et cognitive, de mortalité, de morbidité et de retard d'entrée en institution.

Il n'est pas possible aujourd'hui d'envisager que toutes les PA puissent bénéficier de la filière gériatrique en raison du manque de moyens et de structures. Il est également difficile de définir la typologie des PA qui bénéficieraient de cette prise en charge en raison du déficit en outils d'évaluation performants.

Cependant un test (Score ISAR, cf. tableau 4) a récemment été créé et peut donc être utilisé aux urgences par l'équipe soignante pour dépister les PA à risque d'une évolution défavorable (réhospitalisation, institutionnalisation, décès dans les 6 mois) (niveau 1). Ces PA devraient être suivies prioritairement dans la filière gériatrique.

En raison de l'hétérogénéité des structures hospitalières actuelles, les urgentistes et les gériatres doivent définir ensemble les objectifs de la prise en charge des PA dans la filière gériatrique et les modalités de fonctionnement de l'équipe médico-sociale gériatrique au sein du SU au regard des moyens disponibles.

#### 4) Formation

Un des objectifs indiscutable d'une meilleure prise en charge des PA est la formation.

L'enseignement des « bonnes pratiques gériatriques » concerne tous les services hospitaliers, les partenaires du réseau, et bien entendu les SU. Cet enseignement initial et continu porte sur les particularités sémiologiques, les conditions de l'examen et de la prise en charge de la PA, la nécessité de l'approche globale non exclusivement centrée sur la pathologie, et l'apprentissage des différents tests de dépistage.

L'ensemble du personnel des urgences (médecins, soignants, travailleurs sociaux) doit être concerné par cet enseignement. Le renouvellement régulier du personnel de ce service justifie la répétition des messages.

La formation concerne également la connaissance des différents partenaires du réseau et leur fonctionnement.

#### C) Comment éviter les réadmissions précoces aux urgences ?

Plus de 8 % des PA sont réadmis dans les 15 jours. Ces réadmissions précoces correspondent souvent à un retour à la structure d'origine dont la qualité a été mal appréciée en terme d'environnement médico-social, mais également en terme de pathologies et de co-morbidité pour lesquelles le patient était admis initialement.

#### 1) Prévention de la réadmission précoce sur le plan social

- nécessité d'un recueil d'informations complet à l'admission en posant les questions adaptées à la compréhension du patient et de l'entourage

- faire un bilan social complet à la sortie avec un plan d'aide pour organiser le retour à la structure d'origine de façon adéquate avec les aides adaptées à l'état fonctionnel de la PA :

- o Les déplacements : s'assurer que la personne pourra faire ses transferts, se déplacer dans son logement ...
- o L'alimentation et la confection des repas par la PA ou un tiers
- o La toilette peut-elle être assurée par la personne elle-même ou par un tiers
- o La poursuite du traitement médicamenteux : la personne est-elle capable de préparer ses médicaments, de suivre la prescription...

- vérifier certaines conditions du retour :
  - s'assurer que le patient dispose des clefs de son appartement
  - éviter les retours nocturnes,
- les week-end s'assurer de la permanence des aides
- coordonner la sortie par contact téléphonique avec :
  - o le médecin traitant ou le médecin de la structure initiale pour l'informer du projet de soins
  - o les soignants du domicile ou de la structure initiale
  - o l'assistante sociale du conseil général et / ou l'équipe du CLIC
- informer le malade, sa famille ou son entourage par oral et par écrit des orientations prises pour s'assurer de leur adhésion avec le projet de soins.

#### 2) Prévention de la réadmission précoce sur le plan médical

L'analyse de la littérature (niveau 1 et 2) permet d'isoler plusieurs facteurs de risque de réhospitalisation précoce :

- antécédents d'une ou plusieurs hospitalisations dans les 6 mois précédents la venue aux urgences
- présence d'une situation de crise sociale
- survenue d'au moins 2 chutes dans l'année qui précède la venue aux urgences
- présence de troubles du comportement
- notion d'une hospitalisation pour troubles de la mémoire
- présence d'une démence avérée
- présence de pathologies multiples décompensées
- dépendance à un tiers
- perte d'autonomie récente
- dénutrition avérée
- iatrogénie médicamenteuse
- grand âge
- présence d'un syndrome dépressif
- troubles sensoriels

Ces différents facteurs de risque sont retrouvés dans le concept de « fragilité » de la PA qu'il convient de dépister (cf. Question 2).

Pour éviter une réhospitalisation précoce aux urgences, il est nécessaire, en collaboration avec le gériatre :

- de réaliser un interrogatoire et une évaluation globale de la PA
- d'établir une collaboration étroite avec le médecin traitant ou de la structure d'origine pour informer du diagnostic et de la thérapeutique et s'assurer du suivi des soins
- d'informer l'entourage de la prise en charge médicale et du suivi

Idéalement, un document contenant toute l'histoire médico-sociale de la PA, type Carnet de Santé (ou autre support magnétique ou informatique), réactualisé régulièrement permettrait une meilleure coordination et un suivi entre les différents acteurs de la prise en charge des soins.

#### D) Quels sont les critères d'admission en réanimation ?

La définition des critères d'admission des patients âgés en réanimation se heurte à des difficultés d'analyse en raison de l'hétérogénéité des études, des faibles nombres rapportés, de leur caractère rétrospectif et des différences dans les limites d'âge considérées.

Cinquante pour cent des patients hospitalisés en réanimation ont plus de 65 ans. Cette proportion est en augmentation constante en raison du vieillissement de la population. Environ 40% des patients sont admis à partir des services d'urgence ou directement par le SAMU.

Trente cinq à 53% des patients proposés en réanimation ne sont pas admis, tous âges confondus. Les motifs de refus sont essentiellement un état clinique insuffisamment sévère ou trop sévère ou l'absence de lit disponible.

L'âge n'est pas un facteur indépendant de mortalité des patients en réanimation. Il n'y a pas de différence en terme de survie et de qualité de vie après un séjour en réanimation entre les patients âgés de plus de 75 ans et les plus jeunes (niveau de preuve 2). L'âge ne devrait pas contre-indiquer l'admission en réanimation (niveau de preuve 2), cependant son poids dans la décision semble rester majeur. Les facteurs prédictifs du refus sont très proches de ceux limitant l'arrêt des soins dans un service d'urgences : âge élevé, pathologie chronique évolutive, (cancéreuse, pulmonaire, cardiaque ou neurologique), en échappement.

L'orientation et l'admission d'un patient en réanimation se réalisent toujours au terme d'un échange singulier entre le médecin des urgences et le médecin réanimateur. Elle doit tenir compte des critères mentionnés, intégrer le souhait du patient et/ou de la famille ou de la personne de confiance, et le bénéfice attendu. Celui-ci tient compte en outre de la gravité, des co-morbidités, de l'autonomie, des troubles cognitifs préexistants et du risque de dépendance définitive aux techniques de suppléance.

#### **En pratique nous recommandons de prendre en compte 4 types de situation**

- Pour le patient âgé, même très âgé, qui présente une défaillance viscérale aiguë, une pathologie chirurgicale opérable ou un traumatisme grave, sur un état antérieurement autonome avec intégrité des fonctions supérieures, il n'existe aucune réserve pour la prise en charge en réanimation.
- L'intervention du médecin réanimateur aux urgences pour le patient trop grave est un temps essentiel pour garantir une démarche éthique commune avec le médecin des urgences. Cette démarche permet au médecin urgentiste de sortir de l'isolement décisionnel en confortant parallèlement la décision d'abstention ou de limitation thérapeutique auprès de la famille.
- Le patient considéré comme insuffisamment grave pour justifier la réanimation doit pouvoir bénéficier d'un repérage et d'une prise en charge avec surveillance continue aux urgences (déchocage, UHCD) ou dans un service approprié ainsi que d'une réévaluation par le réanimateur dans un délai court.
- Dans les cas où persiste un doute sur le pronostic et pour se donner du temps, il est licite de proposer ce patient en réanimation ou de le prendre en charge au déchocage dans le cadre d'une *réanimation d'attente ou compassionnelle* selon les circonstances, pour permettre de réunir les informations et/ou prendre une décision éthique d'arrêt des soins en accord avec la famille.

#### **E) Quelle est la place des urgences pour les soins palliatifs chez la personne âgée de plus de 75 ans ? F) Les patients âgés doivent-ils venir aux urgences pour mourir ?**

L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches dans les services d'urgence est une

réalité qui possède des particularités singulières liées aux contraintes des services d'urgence et à la situation du patient (niveau de preuve 4). Les décès sont un évènement fréquent dans les SU. Leur incidence est estimée à 0,20% des passages, soit 26 000 décès par an, ce qui représente 5% des décès par an en France (531 000 décès). Dans certains établissements, les décès aux urgences représentent 17% des décès hospitaliers. Ces décès font suite, dans 37 à 57% des cas, à une décision d'abstention, de limitation, d'arrêt ou de désescalade thérapeutique.

La situation d'urgence impose des contraintes particulières dans l'accompagnement des personnes en fin de vie, liées au temps et à l'espace (le service d'urgence), et à une démarche éthique déterminante. Ces contraintes modifient l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches.

L'émergence de la problématique des situations de fin de vie dans les services d'urgence repose sur un *sentiment d'obstination déraisonnable* qui devra être formulé et décliné sur des critères cliniques :

- Forte probabilité de décès,
- Nature de la maladie chronique,
- Souffrances extrêmes,
- Incurabilité d'une affection aiguë,
- Qualité de vie inacceptable.

L'autonomie du patient, l'existence de troubles cognitifs et l'âge du patient viennent s'ajouter à ces éléments.

Aux urgences, la notion de fin de vie et de soins palliatifs se présente dans trois types de situation :

1) Patient adressé aux urgences avec la notion de fin de vie reconnue et acceptée, déjà pris en charge dans une filière de soins palliatifs. Le rôle de l'urgentiste est de s'assurer de la réalité de la situation, d'identifier et de traiter les pathologies aiguës accessibles à un traitement médical simple et d'orienter le patient vers la filière habituelle. Le motif d'admission peut masquer l'appréhension ou la peur des proches de devoir appréhender la fin, l'insuffisance de préparation de la famille au deuil et parfois l'impossibilité d'organiser la prise en charge matérielle du décès au domicile du patient. Ce patient peut être pris en charge dans un lit d'UHCD avant d'être transféré dans l'unité concernée. Le jury recommande d'orienter préférentiellement ces patients dans la filière de soins où ils sont connus.

2) Patient admis aux urgences pour lequel le sentiment d'obstination déraisonnable est présent dès le moment de l'admission.

- Poussée aiguë terminale d'une affection chronique débiliteuse ou affection intercurrente chez un patient dont la qualité de vie est dramatiquement limitée.
- Patient porteur d'une affection néoplasique présentant une défaillance aiguë normalement accessible aux soins de réanimation, ou adressé par le médecin pour valider surtout aux yeux de la famille qu'il est bien au dessus de toutes ressources thérapeutiques.

Pour ces patients, la démarche éthique en accord avec les proches aboutit à l'abstention ou la limitation thérapeutique.

Lorsque le décès est supposé à courte échéance, le jury recommande une hospitalisation à l'UHCD sur le principe de continuité et d'unicité du soin.

Lorsque le décès n'est pas imminent, le malade doit être transféré dans le service où il est connu ou dans son établissement d'origine après accord. La décision médicale est clairement explicitée, transcrite et argumentée sur le dossier médical et transmise aux soignants qui auront à prendre ce patient en charge.

3) Patient pour qui l'urgence commande une prise en charge maximale des soins et pour lequel le sentiment d'obstination déraisonnable apparaît progressivement avec l'évolution, le diagnostic, le recueil des informations et le contact avec la famille. Après une éventuelle réanimation d'attente, la démarche éthique pourra aboutir dans ce cas à un arrêt ou à un ajustement thérapeutique. Dans ces situations le décès étant proche, il est de la mission de l'équipe des urgences d'assumer ces patients.

En aucun cas les services d'urgence ne doivent se substituer aux filières de soins palliatifs. L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches obéit aux règles qui ont fait l'objet de recommandations notamment celles émises par la SFMU.

#### **Le jury recommande :**

- **La mise en place d'une procédure écrite permettant de clarifier la situation et les différents circuits des patients avec les services concernés,**
- **L'élaboration d'un protocole d'accompagnement des fins de vie,**
- **La transmission écrite et argumentée de la décision médicale,**
- **Une formation des soignants, la mise en place d'un groupe de réflexion éthique et le « debriefing », en raison de la charge émotionnelle engendrée par ces situations et de leur accroissement prévisible.**

#### **CONCLUSION**

**La prise en charge des PA de plus de 75 ans aux urgences est complexe. Cette difficulté est accentuée par un manque important de données scientifiques. A tous les niveaux de la prise en charge de ces PA, médicale et sociale, les niveaux de preuves sont le plus souvent faibles. Outre les recommandations classiques, cette conférence de consensus a permis de proposer des outils d'évaluation de prise en charge de la PA aux urgences, ouvrant des perspectives importantes de recherche, afin de les évaluer puis de les valider.**