

LES PATIENTS ÂGÉS ET LES URGENCES HOSPITALIÈRES

Analyse et propositions*

ARBUZ G**

RÉSUMÉ

L'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité (EVSI) fait que l'âge ne doit pas être le critère discriminant pour décider de l'envoi aux urgences d'un patient âgé. Au même titre que les adultes, les "fit elderly", doivent pouvoir y être envoyés à la suite d'un accident domestique ou de santé. En revanche lorsque les patients âgés fragiles sont adressés aux urgences (hormis pour accident de santé bien identifié) la plupart du temps il est trop tard. C'est bien avant qu'il aurait été utile d'évaluer leur état de santé et de les soigner. Une démarche préventive devrait leur être systématiquement proposée de façon à intervenir le plus en amont possible en prenant en compte les facteurs médico-sociaux à l'origine de la fragilité et à éviter à la personne le stress de l'hospitalisation en urgence. La démarche d'aller au-devant de la personne au lieu de l'attendre dans son service ou son cabinet, de l'encourager à venir consulter, à se soigner quand c'est nécessaire, va être un enjeu important des prochaines années et demandera des transformations significatives de l'organisation et du fonctionnement de notre dispositif de soins.

Mots-clés : Urgence - Patient âgé fragile - Prévention.

INTRODUCTION

Une pratique fréquente : l'hospitalisation en urgence des personnes âgées

La population s'est légitimement émue, l'été 2003, du spectacle de personnes âgées en détresse, découvertes tardivement par leurs voisins, transférées par les pompiers à l'hôpital. Sans avoir toujours cet aspect dramatique, l'arrivée de sujets âgés aux urgences, à la suite d'un accident, d'une dégradation de leur état de santé, est un fait courant et se produit tout au long de l'année. Les trois quarts des sujets âgés sont hospitalisés dans le cadre d'hospitalisations non programmées. Le groupe des plus de 75 ans, qui représentent, selon le recensement de 1999, 7,7 % de la population, est le plus fort contingent de patients hospitalisés par les urgences, entre 10 et 20 % selon les régions. Ce mode d'admission a fait l'objet de nombreuses critiques. Des actions sont en cours pour le faire évoluer. Cependant,

* 2^e forum national sur l'évaluation des urgences. Toulouse, Hôtel-Dieu Saint-Jacques, CHU, 12 décembre 2003.

** Diplômé d'Anthropologie Sociale, Université de Chicago. Enseignant à Paris VII, UFR de Sciences Humaines Cliniques, et à Paris XIII, Faculté de Médecine de Bobigny.

Auteur avec Rémy BILLON, Régis GONTHIER et Eliane FELDMAN du livre : "Le Grand Âge : Chance ou Fatalité ?" Éditions Seli Arslan, 14 rue du Repos - F-75020 Paris.

même améliorée, on peut se demander si ce type de prise en charge constitue une réponse adéquate aux besoins de santé de tous les patients âgés, notamment aux besoins des plus fragiles. Après un rappel des difficultés que peut poser l'admission en urgence des patients âgés, l'objet du présent article est d'explicitier les raisons en faveur d'une autre approche des problèmes de santé de la population âgée fondée sur la prévention et de décrire la manière dont il conviendrait de la mettre en oeuvre.

UN MODE DE TRANSFERT DES PATIENTS ÂGÉS À L'HÔPITAL QUI SUSCITE NOMBRE DE QUESTIONS

L'observation de l'accueil des malades âgés aux urgences, source de perplexité et d'étonnement

La surprise vient du contraste entre l'aspect des lieux, modernes, fonctionnels, l'impression de compétence donnée par le personnel, la rapidité avec laquelle les "cas graves" (personnes en détresse vitale) sont pris en charge et le spectacle des malades âgés installés tant bien que mal sur un brancard, dans la salle d'attente, à l'entrée ou dans un couloir, attendant d'être examinés, qu'un lit dans un service se libère ou qu'une ambulance vienne les chercher pour une autre destination. Ne justifiant que rarement d'une prise en charge immédiate, une longue attente est le lot de la majorité d'entre eux. Or l'attente et l'angoisse qu'elle génère aggravent la plupart des syndromes gériatriques aigus dont souffrent ces malades. Dans leur cas tout semble difficile, retentit sur le fonctionnement du service et l'état d'esprit des urgentistes, non formés à la prise en charge de ce type patient, qui disent "perdre du temps", dans le recueil d'informations sur les antécédents médicaux du malade, dont l'absence rend diagnostique et pronostic difficiles ou impossibles à faire, d'autant plus que le sujet âgé malade présente souvent une symptomatologie complexe, perdre du temps aussi dans la recherche d'un lieu vers lequel l'orienter après examen. (il nous a été constamment rappelé qu'un service d'urgences était un lieu de passage et que pour pouvoir accueillir de nouveaux patients il fallait impérativement libérer de la place, trouver des lits de "dégagement" pour ceux qui avaient été examinés). Cette dernière difficulté résulte du fait que la majorité des hôpitaux n'ont pas de services d'aval compétents pour accueillir ces patients. Quand de tels services existent, leur capacité d'accueil est réduite (par exemple à la Salpêtrière, hôpital qui dispose du service des urgences le plus important de Paris, seuls 8 lits de gériatrie aiguë étaient disponibles au mois d'août 2004). D'où la pratique fréquente d'adresser ces malades vers des services qui ont des lits disponibles sans vérifier s'ils disposent de médecins et de soignants formés à leur prise en charge. L'évocation des circonstances précédant à l'arrivée des personnes âgées aux urgences, des diffi-

cultés rencontrées dans leur prise en charge, des perturbations occasionnées au bon fonctionnement du service permet de prendre la mesure de l'importance du problème⁽¹⁾. Mais au-delà de l'irritation, du temps perdu, notamment au téléphone en longs conciliabules, nombre de professionnels des urgences expriment des sentiments de culpabilité face à leur impuissance à gérer les situations de détresse physique et psychologique des patients accueillis.

Les difficultés de prise en charge des patients âgés aux urgences

L'accueil des malades âgés aux urgences est source de nombreuses difficultés tant pour les patients et leurs proches que pour les médecins et les soignants du service. Les difficultés sont récurrentes, importantes, se situent dans différents registres : médical, social, organisationnel. "On a souvent envie de baisser les bras", disent les soignants. La situation n'est pas nouvelle. En dépit des études, rapports, livre blanc, elle ne s'est pas améliorée au cours de la dernière décennie. Les services des urgences prenant en charge des malades de plus en plus âgés⁽²⁾, on peut prévoir (en l'absence de réformes) dans l'avenir une augmentation des difficultés actuellement constatées.

De simples mesures de réorganisation et d'enrichissement des compétences ne suffiront pas à les résoudre

L'accumulation des désordres n'est ni fortuite ni conjoncturelle. Elle met en évidence le décalage existant entre les priorités du service des urgences, les contraintes auxquels il doit faire face, et les caractéristiques médico-sociales d'une partie des patients âgés reçus pour laquelle une toute approche de ses problèmes de santé doit être imaginée. Malheureusement dans la majorité de villes de notre pays les urgences hospitalières sont le seul recours possible, solution qui crée ou accélère les "dépendances". Outre qu'une fraction significative des patients admis ne requiert pas d'hospitalisation, on estime aujourd'hui que ce mode d'admission n'est pas adapté aux sujets âgés pour lesquels elle est utile, qu'une filière spécifique devrait pouvoir leur être proposée⁽²⁾, qu'il est préférable, chaque fois que c'est possible, d'envisager une hospitalisation programmée, un suivi à intervalles réguliers permettant d'anticiper et d'éviter la survenue de crises⁽³⁾. Le départ du domicile pour une admission à l'hôpital par les urgences a en effet comme inconvénients, outre le stress de ce type de transfert, de confronter le patient âgé aux aléas de l'hospitalisation, au risque d'être envoyé dans un lieu d'hébergement inconnu, parfois éloigné de son lieu de vie, sans qu'il soit toujours en mesure de savoir s'il pourra rentrer chez lui, et dans l'affirmative dans quel délai, ou s'il doit se résigner à un hébergement institutionnel pour le restant de ses jours.

LES DIFFICULTÉS NE CONCERNENT QU'UNE PARTIE DES PATIENTS ÂGÉS ADMIS À L'HÔPITAL

Compte tenu des observations disponibles sur la manière dont se déroule l'accueil des patients âgés aux urgences, des difficultés pour recueillir les bonnes informations, faire le bon diagnostic, orienter correctement le sujet âgé, on peut être tenté de conclure que les personnes âgées malades n'y ont pas leur place, qu'elles devraient, soit être systéma-

* Le rapport annuel de l'ORUMIP portant sur l'activité des services d'urgence en 2002 indique que si plus de 25 % des interventions primaires se font au profit des plus de 75 ans, en un an, la fraction des plus de 90 ans est passée de 1 % de l'ensemble à 4,5 %, (p. 46, 47).

tiquement orientées ailleurs, vers un service de gériatrie aiguë par exemple, lorsqu'il existe, soit rester chez elles, bénéficier de soins à domicile. Cette conclusion est hâtive. La manière dont les choses se passent aux urgences dépend de l'état de santé du patient, de son environnement social, du motif d'admission. Dans un certain nombre de cas le passage par les urgences est justifié. La raison en est que la population âgée ne forme pas un groupe homogène. L'âge n'est pas le seul critère à prendre en compte. En matière de santé les différences entre individus du même âge sont importantes. On attribue cette inégalité de destin à l'action de différentes variables : l'hérédité génétique, le niveau d'étude, l'insertion sociale, les occupations professionnelles, le mode de vie. Elle conduit à distinguer au sein de la population des plus de 75 ans trois catégories de personnes.

Les trois catégories de patients âgés

Sous le vocable de patients âgés on regroupe abusivement trois catégories de personnes présentant des caractéristiques très différentes. S'inspirant des recherches menées par leurs collègues gériatres d'Outre-Atlantique, les spécialistes de ces questions, comme le professeur Régis Gonthier (CHRU de Saint-Étienne), proposent de distinguer :

- *Les fit elderly* : les seniors bien portants, personnes actives, bien insérées, autonomes et jouissant de bonnes capacités de communication. Elles constituent environ 50 à 55 % du groupe des plus de 75 ans. Admises à la suite d'un accident de santé, domestique ou de la voie publique, ces personnes ne posent pas de problèmes particuliers et suivent les filières habituelles de l'hospitalisation.

- *Les too sick* : les grands malades au pronostic vital en jeu. Ce groupe d'environ 5 à 10 % des plus de 75 ans comprend des personnes dont l'état est tellement détérioré qu'il est sage de ne rien tenter sur le plan curatif. Elles sont envoyées à l'hôpital pour y mourir. Leur cas non plus ne soulève pas de difficultés particulières hormis celle de trouver un lit et une équipe qui veuille bien les accueillir et les accompagner, ce qui est souvent une tâche ardue pour les urgentistes. La prise en charge des mourants de tous âges est en effet un problème nié par l'hôpital. À l'exception de la gériatrie, chaque service et la médecine de ville cherchent à se débarrasser de ses mourants.

- *Les frail elderly* : les personnes âgées fragiles. Fragile vient du latin *fragilis* qui se brise facilement, du verbe *frangere* : briser. Dans la discipline gériatrique ce concept a l'avantage de souligner le rôle des limitations fonctionnelles, des fonctions supérieures, de l'état nutritionnel et de la situation sociale et familiale dans l'équilibre et le maintien en bonne santé du sujet âgé. Il désigne des personnes dépendantes, isolées, vulnérables, avec une réduction multisystémique des capacités, des pathologies plus fréquentes et multiples, une plus grande sensibilité psychique aux événements que l'adulte et qui évoluent dans un environnement lui-même fragile. Le vieillard fragile souffre de plusieurs pathologies simultanément. Il est souvent gravement dénutri, infecté, déprimé, ayant perdu toute musculature, confiné chez lui au fauteuil, isolé socialement, insuffisamment ou mal soigné.

Ce troisième groupe représente 35 à 40 % de la population des plus de 75 ans (voir le chapitre 8 de notre ouvrage p. 167 et suivantes). Au vu de l'augmentation de l'espérance moyenne de vie dont nous sommes actuellement les témoins, être centenaire, d'exceptionnel au XX^e siècle va devenir un phénomène courant au XXI^e, et de la plus grande vulnéra-

bilité au stress et aux maladies qui caractérisent l'avancée en âge, son importance numérique risque de s'accroître sensiblement dans les prochaines décennies. Il est composé de sujets à l'état de santé intermédiaire en équilibre précaire sur le plan physique, psychologique et social, ce d'autant plus qu'il sont isolés et désadaptés et à risque de basculer dans la catégorie des grands malades.

Tous les professionnels des urgences des grands hôpitaux ont à l'esprit ces patients âgés qui arrivent le soir, la veille d'un week-end, au milieu des vacances, à la suite d'un appel du voisin, avec une ordonnance succincte du médecin et une demande l'hospitalisation. Le sujet âgé, souvent de sexe féminin, qui arrive dans ces conditions, se plaint de tous les maux, n'intéresse généralement personne. Les spécialistes se renvoient le problème, les équipes soignantes se montrent réticentes car il s'agit de patients lourds, posant des problèmes de manutention, de nutrition, de toilettes et demandant beaucoup d'attention. Le directeur de garde est finalement sollicité pour trouver un lit disponible. Bien souvent ils finissent là où il y a de la place, dans un lit de chirurgie souvent, alors que ce n'est pas leur place. Mettre le malade dans un lit disponible peut satisfaire la conscience du directeur, mais si l'équipe qui en a la charge n'a pas bénéficié d'une formation gériatrique le patient n'en tire aucun bénéfice.

À l'origine de toute défaillance multiviscérale chez le patient âgé existe une cause pathologique qu'il faut savoir identifier, déterminer si elle est curable ou non. Le diagnostic posé, faire le bon choix thérapeutique repose également sur des connaissances précises. Lorsque ces conditions ne sont pas réunies le malade risque de subir d'inutiles et pénibles acharnements thérapeutiques successifs. Ainsi aux difficultés rencontrées par le personnel des urgences pour les prendre correctement en charge, s'ajoutent les inconvénients, pour cette catégorie de patients, d'une hospitalisation à partir de ce lieu d'activité.

LE CAS PARTICULIER DES PATIENTS ÂGÉS FRAGILES

C'est cette catégorie de patients qui pose le plus de problèmes aux équipes des urgences et des services vers lesquels ils sont orientés :

- pour faire un diagnostic, de sa ou ses pathologies,
- pour évaluer son degré d'autonomie, la qualité de son environnement, (facteurs intervenant dans l'indication d'un retour à domicile), et lorsqu'une hospitalisation est nécessaire, pour trouver un service qui veuille bien l'accueillir.
- Les difficultés ne se limitent pas à celles du diagnostic et de la bonne orientation. Le stress généré par ce type d'admission, les démenagements de service en service, les problèmes pour assurer les soins de confort, la mobilisation du patient, compte tenu de la pénurie de personnel, venant s'ajouter aux autres facteurs de fragilité, peuvent avoir des conséquences irréversibles sur l'état de santé des patients âgés fragiles.

Le risque majeur de la fragilité : les phénomènes de décompensation en cascade

On appelle décompensation la faillite d'une fonction et des mécanismes régulateurs de l'organisme à la suite de laquelle les troubles dus à une maladie provoquent des perturbations dans d'autres fonctions. L'occurrence d'une déficience d'une fonction provoque des troubles de fonctionnement d'autres organes qui vont à leur tour perturber d'autres

fonctions. Certaines sont particulièrement vulnérables : la fonction cérébrale corticale, (risques de confusion, de dépression) et sous-corticale (régression psychomotrice), les fonctions cardiaque, rénale, d'alimentation. Ce que redoutent avant tout les médecins en charge des patients fragiles c'est le déclenchement des réactions en chaîne.

Les conclusions tirées à ce jour des difficultés de prise en charge des patients âgés fragiles

Pour les urgentistes, l'accueil de ce groupe de la population ne correspond pas à la vocation du service⁽⁴⁾. Les sujets âgés fragiles constituent une gêne pour son bon fonctionnement et doivent être orientés vers d'autres structures d'accueil. Pour les gériatres, les personnes âgées fragiles devraient disposer d'une filière spécifique leur évitant les attentes et les circuits inadaptés, sources de stress et d'aggravation de leur état de santé.

Nombre de constats et de propositions émanant du livre blanc du syndicat national de gérontologie clinique de 1999⁽⁵⁾, préconisant un autre mode de prise en charge, ont été repris par le ministère de la santé⁽⁶⁾ dans la circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière gériatrique.

En complément de ces mesures il conviendrait, au vu des caractéristiques de ce groupe, d'imaginer une démarche de prévention plus ambitieuse que celle existant aujourd'hui, dans l'esprit des nouvelles orientations annoncées le 2 octobre 2003 par le ministre de la santé⁽⁷⁾, avec comme objectifs :

- *d'éviter autant que possible aux patients âgés fragiles les situations de crise* : la finalité est de réduire la fréquence des admissions en urgence, de prévenir autant que possible les accidents de santé, de leur apporter des soins appropriés dans un environnement adapté ;
- *d'assurer un meilleur suivi de santé des personnes âgées robustes* : éviter que des personnes encore valides, bien portantes, appartenant au groupe des *fit elderly*, ne viennent rejoindre, à la suite d'un événement de santé, d'un deuil difficile, faute de soins et d'attention, la population des *frail elderly*. N'oublions pas que les vieillards robustes n'en sont pas moins des vieillards, avec le risque élevé de maladie intercurrente qu'apporte la vieillesse.

UNE DÉMARCHE ET UN DISPOSITIF DE SOINS PRENANT EN COMPTE LES CARACTÉRISTIQUES DES SUJETS ÂGÉS FRAGILES

Urgence et détresse⁽⁸⁾

Urgence vient du verbe latin *urgere* : pousser, presser. Le mot signifie la nécessité d'agir vite.

La raison d'être du dispositif est de sauver des vies, de lutter contre la mort imminente, de mobiliser compétences médi-

* Syndicat National de Gérontologie Clinique, 49 rue Mirabeau, 75019 Paris.

** Discours de Monsieur Jean-François Mattéi du 2 octobre 2003 à l'Assemblée Nationale. "D'abord consacrée à la prévention, la politique de santé publique a presque entièrement basculé, depuis un demi-siècle, vers la médecine curative. L'effort de soin ne trouve pas son équivalent lorsqu'il s'agit de prévenir, d'éduquer, de dépister : seuls 3,6 des 150 milliards d'Euros de dépenses de santé, soit 2,3 %, y sont consacrés. Régulièrement dénoncé, ce défaut n'a jamais été corrigé".

*** Urgence vient du verbe latin *urgere*. Est urgent ce qui résulte d'un événement subit, un accident, modifiant d'une façon soudaine l'état physiologique d'une personne. Détresse a comme racine *stin-gere*, étendre, entourer en serrant étroitement.

cales spécialisées et moyens techniques performants au profit des accidentés, notamment de la voie publique, de médicaliser le ramassage et le transport des patients, de les convoier dans les meilleures conditions de sécurité et de rapidité vers le site où ils bénéficieront des soins appropriés à la gravité de leur état de santé. L'élément déclenchant du dispositif des urgences est l'occurrence d'un événement interne ou externe grave entraînant une brutale dégradation de la condition physique et physiologique de la personne et nécessitant une mobilisation la plus rapide possible de moyens destinés à arrêter la propagation du désordre, à mettre la personne en sécurité, à soutenir ou palier ses ressources vitales, initier les procédures de réparation des conséquences de l'accident.

Le bon fonctionnement du dispositif des urgences repose sur l'hypothèse que le patient pris en charge dispose de réserves physiologiques et psychologiques, d'un environnement suffisamment étayant, pour que, une fois supprimée la cause de l'agression et réduites ses conséquences, la personne en faisant appel à ses propres ressources puisse retrouver son équilibre de vie antérieur ou s'adapter à sa nouvelle condition.

Intervenir en amont de la situation d'urgence dans le cas du sujet âgé

Le sujet âgé fragile ne dispose pas de telles ressources. Dans son cas l'intervention en urgence est trop tardive au vu de la dégradation de son état. Le stress généré par l'événement, les avatars de l'hospitalisation, présentent le risque de l'affaiblir davantage, de rapprocher son état général du seuil de décompensation et de ses conséquences en cascade.

De préférence à la notion d'urgence c'est celle de détresse qui s'applique le mieux à ce type de patient. Son état ne résulte pas d'un épisode soudain, imprévu mais d'un processus lent, progressif qui étreint peu à peu les ressources psychiques et physiques de la personne.

Les causes de l'état de fragilité des sujets âgés sont multiples. Celle-ci résulte non d'un événement subit mais d'un ensemble de processus opérant lentement, à bas bruit, entraînant une dégradation progressive des capacités physiques et psychologiques de la personne, d'un sentiment d'abandon, de solitude, d'impuissance. Attendre l'urgence dans le cas de ces patients et se trouver face à leur fragilité ne peut donner que des résultats catastrophiques, une prise en charge aux urgences n'apporte que des solutions limitées comparées aux risques de perturbation et de stress ainsi générés.

À l'inverse tout vieillard "*fragile*" devrait faire l'objet d'une évaluation gériatrique en hôpital de jour diagnostic - surtout jamais d'hospitalisation dans un lit pour bilan - démarche qui éviterait la grande majorité des hospitalisations en urgence et des "*placements*".

Le bien-fondé de la prévention en matière de santé de ce groupe de la population

Constatant que nombre de personnes âgées ne bénéficiaient pas d'un suivi satisfaisant alors même qu'un traitement médical ou une aide sociale adaptés leur aurait été profitable, Sir Ferguson Anderson⁽⁶⁾, médecin anglais, a défendu dès 1977 l'idée du bien-fondé d'une politique de prévention visant à maintenir les gens en bonne santé le plus longtemps possible, à éviter les admissions inutiles, plutôt que de les soigner une fois malades. Dépistée à temps la difficulté

de marcher aurait pu être soignée par la pédicurie ou la chirurgie, les cas d'insuffisance cardiaque être correctement pris en charge. Vingt-six ans plus tard le tableau dressé par ce chercheur est toujours d'actualité.

Selon le Professeur Françoise Forette, "*la majorité des maladies qui assombrissent le vieillissement et sont source de perte d'autonomie sont accessibles à la prévention*"⁽⁷⁾. Malheureusement la population n'est pas assez sensibilisée à cette réalité. Alors que l'on sait que l'hypertension artérielle est un facteur de risque des maladies cardiovasculaires et cérébrovasculaires "*la moitié des hypertendus ne sont pas diagnostiqués, la moitié de ceux-ci ne sont pas traités et la moitié de ces derniers ne sont pas normalisés*". Il existe de plus, dans la manière de s'occuper de leur santé, de grandes différences entre les membres des différentes classes sociales.

Partant du constat de l'attitude fataliste des personnes âgées et de leur entourage par rapport à leur santé, Sir Ferguson Anderson en était venu à l'idée de proposer à tout sujet âgé un examen de santé régulier dans le but d'un diagnostic précoce. Ce faisant il rejoignait les conclusions d'un comité d'experts de l'Organisation Mondiale de la Santé qui estimait que le contrôle régulier de la santé de ce groupe de la population devait être un impératif⁽⁸⁾. Sir Ferguson Anderson suggérait de faire appel à des visiteurs du service de santé (National Health Service), par exemple des infirmières spécialisées comme éducatrices sanitaires, l'équivalent des infirmières sociales au Luxembourg, qui, avec l'accord du médecin traitant, se chargeraient de visiter systématiquement toutes les personnes âgées de 70 ans et plus vivant dans leur propre foyer. Il pensait que pour ce genre de travail, "*une infirmière était particulièrement appropriée car*", écrivait-il, "*elle ne présentait pas le danger de faire entrer dans la catégorie des malades une personne saine, ainsi que pourrait le suggérer la visite inattendue et non désirée du médecin*"⁽⁶⁾.

S'il est exclu de leur demander de procéder à une évaluation globale de l'état de santé du sujet âgé, ces professionnels ont les compétences nécessaires pour dépister les signes avant-coureurs d'une affection somatique ou mentale, pour détecter un changement significatif de leur mode de vie et surtout pour créer une relation de confiance et inciter la personne âgée à s'adresser à intervalle régulier à un service gériatrique capable de dépister les maladies et handicaps de l'âge et proposer les soins adaptés. Il faut savoir que les contrôles de santé s'arrêtent à l'âge où débute le risque le plus élevé de maladie, et que proposer aux sujets âgés les examens systématiques imposés aux quadragénaires serait coûteux et inefficace. Seuls les centres gériatriques peuvent assurer, sans hospitalisation, une évaluation gériatrique multidisciplinaire. S'il s'avère qu'en dépit des soins prodigués une hospitalisation en urgence s'impose, on ne peut tout prévoir, le médecin urgentiste disposera d'un état circonstancié de la situation du patient (diagnostic, pronostic, capacités et incapacités) et du projet de prise en soin et de vie élaboré par le service évaluateur. Là où un tel service existe, il a su faire la preuve de son utilité.

Doter les services des urgences des compétences gériatriques leur permettant d'accueillir tous les patients âgés qui y sont adressés

Quelle que soit l'efficacité d'une politique de prévention, une partie des malades "*fragiles*" continueront en effet à être orientés vers des services d'urgence et auront toujours

à pâtir d'un séjour dans un service non préparé à leur prise en soins, quelle que soit la bonne volonté des soignants chargés de les accueillir- pire lorsque ces patients arrivent dans une atmosphère hostile, phénomène hélas encore très fréquent. Une telle situation est inacceptable. Les urgences doivent être capables de traiter tous les malades sans exclusion. La compétence des urgences en gériatrie doit être augmentée par la formation de base et continue, par la possibilité de faire appel à l'équipe mobile gériatrique venant du service de gériatrie aiguë. Les problèmes d'orientation en aval être résolus par la création d'un service de gériatrie complet dans chaque centre hospitalier général, mesure prévue par la circulaire ministérielle citée mais qui tarde à être appliquée.

Le rôle d'un observatoire des urgences dans le cadre d'une politique de prévention

Il peut être très utile à condition qu'il se ne limite pas, comme c'est le cas actuellement, au recueil d'informations sur les personnes reçues et les pathologies traitées aux urgences, mais qu'il contribue à une meilleure compréhension des causes à l'origine des accidents, de santé et domestiques, et des suites de l'hospitalisation, du devenir du patient une fois sorti de l'hôpital. Ceci va demander un élargissement en amont et en aval de son champ d'investigation, ne se limitant plus exclusivement aux activités médicales réalisées et aux pathologies traitées mais s'intéressant plus aux caractéristiques médico-sociales des usagers et à leur mode de vie⁽⁹⁾.

• Un exemple, l'analyse des causes des chutes des personnes âgées

Sur les 845 000 séjours hospitaliers résultant d'accidents de la vie courante, 198 000 sont causés par des chutes accidentelles. Soixante-quinze mille séjours concernent des femmes âgées de 85 ans et plus. Du fait de leurs conséquences potentielles, les chutes avec fractures représentent pour les sujets âgés un risque majeur. Soixante-et-onze pour cent des admissions pour cause de fractures sont le fait de personnes âgées par atteinte des membres inférieurs. Dans 42 % des cas il s'agit de fractures du col du fémur, environ 40 000 par an.

• La situation de la région Midi-Pyrénées

Sur les 12 200 personnes de plus de 75 ans reçues dans les services des urgences des hôpitaux de la région durant le premier trimestre 2001, 1 000, soit presque 10 %, l'ont été pour fracture. Cinq-cent-soixante-dix pour une fracture du col du fémur, 225 de l'avant bras, 197 pour une fracture de l'épaule ou de l'avant bras. Ce qui fait sur un an 48 800 personnes reçues de plus de 75 ans, 4 000 pour fracture (plus de 10 par jour) dont 2 280 pour une fracture du col du fémur. Or nous ne disposons pas à ce jour d'études exhaustives sur les causes de ces accidents. L'intention officielle est de réduire de 25 % le nombre des fractures de la population âgée dans les prochaines années. Agir pour diminuer le nombre de chutes et leurs conséquences supposera une meilleure connaissances de leurs causes.

UN NOUVEAU PROJET À RÉUSSIR

Mieux soigner les patients âgés dits fragiles, ou en voie de le devenir, ceux qui vivent seuls, isolés, ne prennent pas bien soin d'eux-mêmes, implique :

• d'aller au devant d'eux au lieu d'attendre qu'ils soient amenés dans un état grave aux urgences,

- de les inciter à faire régulièrement un bilan gériatrique, à maintenir des activités physiques et sociale, à bien utiliser le système de soins,
- de les aider à aménager leur domicile pour éviter les accidents,
- de veiller à ce qu'ils ne soient pas dénutris, isolés,
- de pouvoir leur proposer à l'hôpital compétences et soins adaptés.

Un dispositif nouveau, dont la mission sera d'assurer un meilleur suivi de la population âgée sur le plan médical et social, devra être mis sur pied. Il faudra notamment envisager une dérogation au principe de la liberté de choix du patient⁽¹⁰⁾, principe qui ne prend pas en compte l'attitude fataliste et résignée d'une partie des personnes âgées fragiles, attitude que Philippe Thomas appelle *démotivation* et qu'il définit comme suit : "*Sans projection dans l'avenir et persévérance dans ses choix, avec des sentiments neutralisés, la personne âgée devient indifférente, vit mal et ne vit pas de projets*"⁽¹¹⁾ et qui doit retenir notre attention. Supprimer le fossé actuel entre la médecine de ville et la médecine hospitalière, trouver d'autres modes de collaboration entre le médical et le social, entre la cité et l'hôpital, élargir les missions des CCAS (centre communal d'action sociale), procéder à une amélioration du dispositif d'accueil de ces patients à l'hôpital seront dans un proche avenir des objectifs importants à réaliser.

Il faut en effet avoir à l'esprit, comme le souligne Robert Moulias, que "*pour ce qui est de la gériatrie, une source de l'hésitation des médecins généralistes à envoyer leurs patients âgés à l'hôpital vient de l'absence de compétence hospitalière dans ce domaine. Le médecin de ville, même non formé à la gériatrie connaît son malade, dispose d'une certaine expérience. Quand il sait qu'à l'hôpital son malade ne rencontrera aucun référent spécialisé, sera accueilli dans certains services avec hostilité, lui sera renvoyé dans un état pire que celui d'avant son admission, sans qu'il ait reçu de compte-rendu ou pire lorsque le compte-rendu n'est pas pertinent, si le retour à domicile se fait sans que les services d'aide qui s'occupaient du quotidien du malade aient été informés, quelle confiance peut-il accorder à l'hôpital ? Avant même qu'une structure ville-hôpital ne soit mise en place, si le médecin de ville peut avoir recours à un référent compétent qui s'informe de ce qui se passe au domicile, veille à assurer un retour de qualité, et non à se débarrasser du malade quel que soit son état, les relations ville-hôpital seront plus satisfaisantes et le malade ayant besoin d'une hospitalisation ne passera plus obligatoirement par les urgences*". Les médecins urgentistes vont avoir un rôle à jouer dans la mise en place d'une nouvelle organisation, aux côtés des autres professionnels de soins et du social : médecins généralistes, gériatres, soignants, kinésithérapeutes, psychologues, assistants sociaux, pour renforcer les liens entre la ville et l'hôpital. Une telle démarche de santé publique, outre les bénéfices attendus pour les patients, permettra de réduire d'une façon importante l'encombrement des urgences ainsi que les coûts induits par les hospitalisations prolongées et récurrentes dans de mauvaises conditions des patients âgés.

Remerciements : La rédaction de cet article a bénéficié des remarques et suggestions du professeur Robert Moulias, président de la Société Internationale de Gérontologie, section Europe. Qu'il trouve ici l'expression de nos vifs remerciements.

SUMMARY

OLDER PATIENTS AND EMERGENCY DEPARTMENTS

A major consequence of the increase in disability-free life expectancy is that age can no longer be considered a discriminating factor for admitting the elderly to an accident and emergency department. In case of a serious health problem or a domestic accident, the "fit elderly" should be treated like any other patient and sent to an accident and emergency department when necessary. On the other hand, when frail elderly are sent to an accident and emergency department (apart from clearly identified health problems), it is often too late to provide adequate treatment. It would have been more useful to assess their health problems long before and to treat them accordingly. Every elderly should be offered a systematic preventive action taking into account the medical and social background underlying these frailties and thus help him to avoid as much as possible accident and emergency department related stress. This process of anticipating the patient's needs and motivating him to come and see a doctor and receive adequate treatment in due time, rather than waiting for him to take the decision to come to the hospital or to see a doctor in his consulting room, will be an important challenge in the years to come, will require significant changes in the organization and the functioning of our health system.

Keys words : Emergency - Frail-elderly - Prevention

RÉFÉRENCES

1. ARBUZ G, GONTHIER, BILLON R, FELDMAN E. "Le grand âge: chance ou fatalité?" Éditions Seli Arslan, Paris 2003;p134 et suivantes.
2. SEBAG-LANOË R, TRIVALLE C. "L'hospitalisation des femmes et des hommes âgés", Culture en mouvement, Sciences de l'homme et sociétés, Antibes 2003;n°61.
3. ARBUZ G, BILLON R, GONTHIER R, FELDMAN E. L'accueil des personnes âgées au service des urgences" in : " le Grand âge : chance ou fatalité ?" Éditions Seli Arslan, Paris 2003;p125 et suivantes.
4. Rapport sur la médicalisation des urgences, septembre 1993, dit "Rapport Steg", et rapport sur la prise en charge préhospitalière des urgences, septembre 1994, dit "Rapport Barrier".
5. Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière gériatrique.
6. SIR ANDERSON F. "Les aspects préventifs de la gériatrie", Revue de Gériatrie 1977;T2 n°3, juin:245-50.
7. FORETTE F. Le vieillissement de la population. in : "l'Hôpital au XXI^e siècle", APHP 7, 8 décembre 1999. Paris 2000:145.
8. World Health Organization. Planning and organization of geriatric services . Technical Report Series 1974;n° 548.
9. ARBUZ G, DEBROSSE D. Une démarche d'évaluation à la mesure des futures évolutions à réussir. (chapitre 10) in: "Réussir le changement de l'hôpital". Masson, Paris 1996:199-204.
10. HOERNI B, DUSEHU E. Le libre choix du patient. in : "Droit médical et hospitalier". Éditions Litec 2001;p1 et suivantes.
11. THOMAS Ph, HAZIF-THOMAS C. Démotivation et troubles de la conation. in : JM Léger (dir.) "Psychiatrie du sujet âgé". Flammarion Médecine-Sciences, Paris 1999:316-38.

