

Régulation et sujets très âgés

M. VERGNE¹

Points essentiels

- « L'acte de régulation médicale aboutit à la prescription du juste soin représentant la réponse la mieux adaptée à la demande, compte tenu de l'organisation en place, des ressources disponibles et du contexte. »
- Les principes de la régulation médicale obéissent à des critères déontiques, techniques, socioculturels et éthiques.
- Les décisions de choix de moyens, de l'orientation et des stratégies thérapeutiques ne DOIVENT PAS DÉPENDRE DE L'ÂGE, mais de l'état fonctionnel, du cadre de vie et des critères éthiques.
- Une admission est justifiée si elle correspond au besoin du patient. Elle devient appropriée si elle constitue la réponse la plus efficiente.
- Il est nécessaire de cibler les personnes âgées qui peuvent bénéficier d'une prise en charge, invasive, pluridisciplinaire adaptée, quel que soit leur âge, de celles qui présentent un « syndrome de fragilité » qui justifient d'une prise en charge « non invasive » mais adaptée.
- Le réseau de soins du patient doit toujours être privilégié.
- Quelle que soit la décision prise en régulation, l'accord du patient ou de la famille est un prérequis incontournable.
- L'utilisation du score de dépistage de la fragilité, peut être une piste pour l'ébauche d'outils d'aide à la régulation des sujets âgés.

1. D' Vergne Muriel – SAMU 83 – Hôpital Font Pré, 1208 avenue du colonel Picot, BP 1412, 83056 Toulon cedex. Tél. : +33 (0)4 94 61 81 83. E-mail : muriel.vergne66@orange.fr

1. Introduction

Au-delà de cette limite, votre ticket n'est plus valable ? (1)

La gériatrie est une discipline médicale qui prend en charge les sujets âgés malades. C'est une spécialité qui se définit plus par la façon de soigner les malades que par l'âge. La régulation médicale fait partie prenante de la médecine d'urgence qui est également une spécialité médicale et la définition de l'acte de régulation médicale est la suivante : « L'acte de régulation médicale aboutit à la prescription du juste soin représentant la réponse la mieux adaptée à la demande, compte tenu de l'organisation en place, des ressources disponibles et du contexte. Il est effectué au bénéfice du patient, dans un contrat de soins respectueux de son libre choix. » (2)

La littérature spécifique sur la régulation des personnes très âgées est actuellement très pauvre et ne se résume souvent qu'à quelques lignes. L'augmentation de cette tranche de population, les projections démographiques la concernant imposent une réflexion plus approfondie sur leur spécificité et sur les critères de choix adaptés, quant à l'envoi de moyens et à leur orientation hospitalière.

2. Définitions : Qu'est-ce qu'une population de personnes âgées et/ou très âgées ?

Afin d'essayer de définir les critères caractérisant une personne âgée (PA), nous allons nous attacher aux particularités sémiologiques du sujet âgé.

2.1. Qu'est-ce que le vieillissement ?

Il est essentiel de préciser que le vieillissement n'est pas une pathologie. Il s'agit de l'action du temps sur l'être vivant et non pas l'action de la maladie. Tout ce qui se passe chez le sujet âgé n'est pas toujours lié à l'âge. Le vieillissement se déroule parallèlement mais non simultanément à l'âge chronologique. Les gériatres opposent le vieillissement physiologique (naturel) qui est primaire et normal au vieillissement pathologique, qui est secondaire et anormal. Le corollaire direct de cette définition est qu'il n'est donc PAS normal d'être malade en vieillissant même si on l'est plus fréquemment. Face à ces particularités sémiologiques, la définition de P. Jouanny, gériatre français, paraît être la plus pertinente : Le vieillissement est donc un processus physiologique complexe qui, au long des années, transforme un sujet adulte en bonne santé en un individu fragile, dont la compétence et les réserves d'énergie diminuent au niveau de la plupart des systèmes physiologiques, devenant de plus en plus vulnérable à de nombreuses maladies (3). Nous voyons que pour le médecin, tout au long des différentes filières du parcours de soins, plus que l'âge, c'est surtout l'intrication de problèmes psycho-sociaux à un certain profil de maladies particulières qui définira la vieillesse, et qui nous aidera à choisir la stratégie de prise en charge *ad hoc*.

2.2. Les conséquences du vieillissement

Le vieillissement, comme nous l'avons vu plus haut, entraîne une réduction des capacités fonctionnelles (ex : baisse de la capacité d'augmentation du débit cardiaque) et d'adaptation, un risque accru de pathologies et une très grande variabilité interindividuelle (du grand vieillard très performant au jeune retraité démobilisé...). Il est à l'origine non seulement d'une augmentation des comorbidités, mais également de l'apparition de pathologies spécifiques, qui ensemble vont fragiliser le sujet en particulier très âgé. Si l'on devait retenir un seul mot pour définir le vieillissement et ses conséquences, ce serait le terme FRAGILITÉ. La fragilité, définie par P. Jouanny dans les concepts de gériatrie, est un état instable de forte vulnérabilité aux événements, elle résulte d'une réduction des réserves adaptatives de multiples systèmes biologiques et physiologiques sous l'action conjuguée de l'âge, des maladies et du contexte de vie (3). Ainsi, en moyenne, alors que les sujets de moins de 65 ans présentent 3,2 pathologies, ceux de plus de 65 ans présentent 7,5 pathologies. Parmi les sujets de plus de 75 ans, seuls 15 % d'entre eux sont indemnes de toute pathologie. Chez les sujets de plus de 75 ans, non indemnes de pathologies, les affections cardiovasculaires représentent près de 20 % de ces affections, alors que les affections respiratoires et les cancers représentent les principales causes de décès (4). Ces données ont un impact direct sur l'activité des SMUR et des services d'urgences.

2.3. Définition de « la population âgée »

Les progrès de la médecine et l'amélioration de la qualité des conditions de vie rendent la population des PA plus importante mais aussi plus hétérogène en terme démographique, socio-économique et médicale, d'où la difficulté de donner une définition de l'âge à partir duquel un sujet devient « âgé » et *a fortiori* « très âgé ». On a vu dans les définitions précédentes, qu'il faut retenir les notions de vulnérabilité, fragilité et polyopathie. Dans la plupart des pays occidentaux, et d'après les données de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) le début de la vieillesse correspond au moment où les personnes prennent leur retraite, soit 60-65 ans (5). Devant la très grande hétérogénéité de la population des plus de 65 ans les gériatres anglo-saxons ont établi une première stratification, en « young-old » entre 65 et 74 ans, « middle-old » entre 75 et 84 ans et les « old-old » à partir de 85 ans (6), quelques années plus tard, une seconde stratification a été établie en « young-old » entre 65 à 80 ans, « old-old » entre 80 et 85 ans et les « oldest-old » à partir de 85 ans (7). Les patients de moins de 75 ans sont de plus en plus qualifiés de jeunes et actuellement la communauté gériatrique tend à considérer que le grand âge se définit à partir de 80 ans. Cet âge est d'ailleurs, souvent celui qui est retrouvé comme âge seuil dans les études. En tenant compte de ces considérations, il paraît légitime de qualifier d'âgé un sujet lorsque celui-ci a plus de 80 ans et de très âgé un patient qui a plus de 90 ans.

3. Données démographiques

En France comme dans les autres pays occidentaux, la population des PA est en pleine croissance. En 2002, selon l'INSEE, les personnes âgées (PA) de plus de 75 ans représentaient 8 % de la population métropolitaine, ils seront 9,6 % en 2020 et 16,1 % en 2040 (8). Les plus de 60 ans représenteront près de 20 millions de personnes en 2040, soit un tiers de la population (4). Cet accroissement sera encore plus marqué pour les plus de 85 ans dont le nombre passera de 1 100 000 en 2005 à 1 900 000 en 2015 (8, 9). Les conséquences directes de cette évolution sont la constatation d'une multiplication du nombre de pathologies et d'une augmentation estimée de 14 à 33 % du nombre de personnes dépendantes entre 2000 et 2020 (8).

Cependant, le taux d'institutionnalisation a tendance à augmenter avec l'âge : près d'un tiers des sujets de plus de 90 ans vit en institution ou dans des établissements spécialisés, et ce chiffre est en augmentation (36 % en 1999 *versus* 31,9 % en 1990) (4). Si on prend comme référence de population dite « très âgée », les centenaires, ceux-ci étaient en 2010, 15 000 vivant en France métropolitaine, ce qui représente treize fois plus que dans les années 1970. Mais au total, ils ne représentent que 0,02 % de la population (10).

On observe donc que l'amélioration régulière de l'espérance de vie associée à une diminution sensible de la natalité aboutit à deux phénomènes majeurs, qui sont d'une part l'augmentation en nombre absolu et en pourcentage des PA dans la population des pays occidentaux.

4. Spécificités de la régulation du sujet très âgé

4.1. Définitions et objectifs de la régulation

La mission principale des SAMU/Centre 15 est d'apporter une réponse adaptée aux besoins de soins réels des patients, dans les meilleurs délais. Les critères de régulation médicale comprennent des critères déontiques (la décision du médecin régulateur doit être conforme aux obligations des droits des patients), des critères techniques (adéquation entre les critères médicaux identifiés et la disponibilité des moyens et l'organisation en place..), des critères socioculturels (importance de la « valence sociale ») et des critères éthiques (la décision du médecin régulateur doit être conforme aux règles de l'éthique médicale) (2). Lors d'un entretien téléphonique, l'écoute des premiers mots est essentielle, car elle permet d'évaluer, l'état émotionnel, l'environnement, les compétences d'expression et de conceptualisation de l'interlocuteur et les premiers éléments sémiologiques (11). Il ne faut pas perdre de vue que le centre de régulation médicale a pour vocation de garantir à chacune des personnes pour lesquelles il est sollicité en urgence, l'accès au juste soin (2).

Un tel rôle n'est indispensable que dans la mesure où il apporte au patient une plus-value en terme de rapidité, d'efficacité, de qualité, de sécurité et d'humanité.

4.2. La régulation et les PA

À l'heure actuelle, on trouve dans la littérature des études françaises et canadiennes analysant les passages aux urgences des PA (12-13), en revanche, elle est très pauvre en ce qui concerne les analyses descriptives des appels de PA au SAMU. La population des PA étant en pleine croissance, on peut imaginer que dans les années à venir, celle-ci s'étoffera sur le sujet, car il s'agit d'un véritable enjeu de santé publique. La particularité d'un appel d'une personne âgée réside dans l'évaluation d'un patient spécifique (polypathologie, évolution d'une maladie chronique, degré de dépendance) et de son environnement (14).

Notre propre expérience au SAMU 83, sur les deux dernières années nous montre que 20 % des dossiers de régulation médicale (DRM) concernent les PA de plus de 75 ans, 0,15 % les centenaires. Les quatre premiers motifs d'appels rencontrés dans cette population sont, dans l'ordre de fréquence, les chutes, la dyspnée, le malaise et la douleur thoracique. Dans 88 % des cas, un vecteur a été envoyé. Quelques séries identifient des particularités pour les appels concernant les PA de plus de 75 ans (12). Par rapport à la population générale, cet appel provient plus fréquemment d'un médecin ou d'un intervenant médical que directement du patient ou de son entourage (12). La particularité de la prise en charge du sujet âgé malade, est qu'elle doit avoir comme priorité tout au long de la filière des structures d'urgence, une évaluation globale, médico-psychofonctionnelle et sociale. Le médecin doit distinguer trois éléments qui sont le vieillissement, les pathologies chroniques et les facteurs aigus, et ce dès l'appel initial en régulation. De façon générale, en gériatrie, l'objectif du médecin doit être de proposer une médecine adaptative plus qu'une guérison (3). Ce principe doit également s'appliquer lorsque le patient est dans la filière des structures d'urgence.

Tout acte de régulation est limité dans le temps mais pour ce type d'appel, le médecin régulateur doit prendre le temps d'interroger plus en détail son interlocuteur qu'il ne le ferait pour un autre patient. Pour adapter sa réponse et orienter ces patients, il va utiliser des critères décisionnels qui sont multiples. Il convient d'explorer les trois niveaux de demande qui sont, la demande exprimée par l'appelant en fonction de son ressenti, la demande réelle sous-jacente et le besoin de soins (réponse que le professionnel pense devoir donner en fonction de l'expertise technique de la demande réelle) (2).

Le médecin ainsi que l'auxiliaire de régulation médicale (ARM) doit adapter sa technique d'interrogatoire en fonction de l'appelant. Igor Ouss, dans le Guide d'aide à la régulation au SAMU Centre 15 (11), nous rappelle que lors d'un entretien téléphonique, l'écoute des premiers mots est essentielle, car elle permet d'évaluer l'état émotionnel, l'environnement, les compétences d'expression et de conceptualisation de l'interlocuteur ainsi que les premiers éléments sémiologiques. Lors d'un entretien téléphonique avec en particulier une PA, une des difficultés majeures va résider dans la qualité de l'écoute et de la compréhension. En effet, plus du quart des PA se plaignent de troubles de l'audition et le tiers présente une déficience auditive importante. Aux USA, 33 % des patients de 75 à

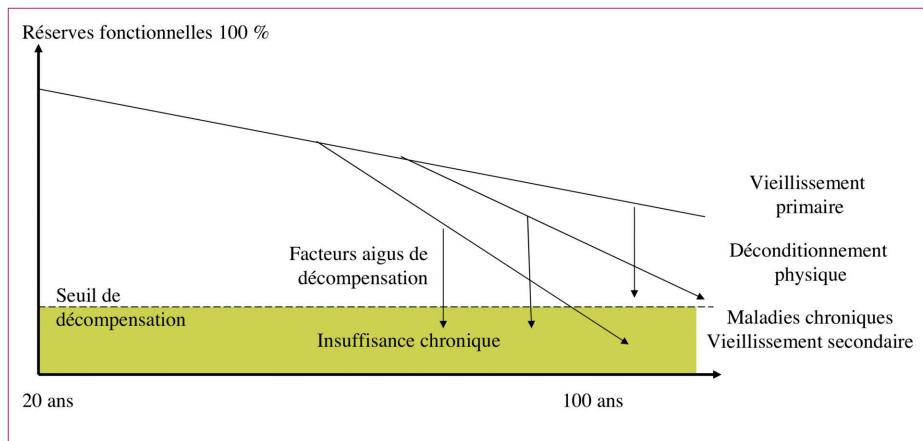
84 ans souffrent d'une déficience auditive, 48 % des plus de 85 ans en sont également atteints. La société canadienne de l'ouïe estime que 84 % des résidents de foyers pour PA souffrent de déficience auditive. Du fait de sa presbycusie, le déficient auditif âgé présente une perte d'audition aux fréquences élevées, celles où se situent les conversations. La parole lui est perceptible mais assourdie, difficile à comprendre, surtout s'il y a des bruits de fond (15). Pour pallier à ce handicap, P. Jouanny recommande une augmentation du volume de la parole avec un timbre plus grave lors de l'interrogatoire des PA (3). Pour faciliter la compréhension de l'interlocuteur, il faut aussi privilégier les questions simples (directes et ouvertes) aux questions multiples. La PA est souvent paniquée, lorsqu'elle appelle le Centre 15, car ce n'est pas son référent habituel. Elle a souvent essayé d'avoir son médecin traitant, a été mise en relation avec un répondeur qui la redirigeait vers le 15, ce parcours est anxiogène pour cette population qui perd ses repères en situation aiguë même s'il ne s'agit que d'une urgence ressentie. Il ne faut pas la « bousculer » par une avalanche de questions mais attendre sa réponse avant de reformuler. Il est essentiel de chercher à savoir le mode de vie du patient (à domicile, en institution, seul ou en famille), le niveau d'autonomie, l'état physique global, l'état clinique antérieur, la modification récente de ses activités physiques et/ou cognitives, d'éventuels modifications thérapeutiques récentes. Il faut montrer à l'appelant sa compréhension du ressenti, avoir une attitude empathique et adapter son élocution afin d'être compris.

En un temps « raisonnable » de régulation, le médecin doit apprécier le motif d'appel réel, doit chercher à évaluer d'éventuels motifs médico-sociaux associés (isolement, difficulté de maintien à domicile, lassitude de l'entourage), éléments qui caractérisent la fragilité du patient. Cette appréciation doit se faire en connaissant certaines particularités psychologiques du sujet âgé qui sont, une angoisse fréquente de la mort ou à contrario, un pseudo-fatalisme, une recherche de maternage, de dépendance, un refuge dans la maladie par le bénéfice secondaire qu'elle peut entraîner. Le médecin régulateur caractérise l'environnement psychosocial et précise le désir du patient et de l'entourage.

Nous allons revenir sur ces objectifs en détaillant leurs particularités. Concernant le motif d'appel, il est important de réussir à déterminer s'il s'agit d'une situation aiguë ou de l'évolution d'une pathologie chronique qui rentre dans le « syndrome de la cascade ». Ce syndrome résulte de la décompensation d'une ou plusieurs fonctions vitales entraînées par des affections aiguës (figure 1).

La symptomatologie clinique est souvent pauvre, atypique et donc trompeuse, ce qui majore la difficulté en régulation. Chez les PA, la douleur est absente dans 30 % des infarctus du myocarde, la fièvre est inconstante dans les infections. La polypathologie complique l'interprétation des signes comme par exemple l'acutisation de la douleur chez un algique chronique ou la majoration des troubles cognitifs chez un dément. Un élément contributif, essentiel est la recherche des critères de fragilité, décrits par Pierre Jouanny qui sont l'âge > 85 ans, la présence d'au moins un syndrome gériatrique (les troubles de la marche ou chutes, l'incontinence, la confusion mentale ou démence, la dénutrition), la présence de trois

Figure 1 – Les composantes du vieillissement (d’après P. Jouanny)



pathologies associées, un score ADL > 1 (**figure 2**) et un score ISAR \geq 2 (**figure 3**). Il faut aussi s’enquérir du désir des patients, des attentes de l’entourage familial car bien souvent il en est fait abstraction. En particulier, il faut chercher à savoir si des attitudes thérapeutiques et un projet de vie ont été décidés pour ce patient, ou éventuellement un projet de soins palliatifs. Dans la mesure du possible et au moins lors des heures ouvrables, le médecin traitant doit être un intermédiaire privilégié et l’idéal serait de réaliser une conférence à trois entre patient, médecin traitant et régulateur. Au total, le degré d’urgence prend en compte l’état clinique, le niveau d’autonomie et l’état général.

Figure 2 – Score ADL (activities of daily living) explorant les activités « de base »

Se laver seul	S’habiller seul	S’alimenter seul
Se rendre aux toilettes seul	Se déplacer seul	Être continent

6 critères, la présence de chacun compte pour un point
Score de 0 (totalement dépendant) à 6 (totalement autonome)

Figure 3 – Score ISAR (Identification of Senior at Risk)

Avant cette admission aux urgences, aviez-vous besoin d’aide à domicile ?	Oui	Non
Depuis le début des symptômes qui vous ont amené aux urgences, avez-vous eu besoin de plus d’aide à domicile que d’habitude ?	Oui	Non
Avez-vous été hospitalisé pour 1 ou plusieurs jours ces derniers mois ?	Oui	Non
Souffrez-vous de problèmes de vue ?	Oui	Non
Dans la vie quotidienne, souffrez-vous de problèmes de mémoire ?	Oui	Non
Prenez-vous plus de 3 médicaments par jour ?	Oui	Non

Un patient est considéré à risque d’événements indésirables (déclin fonctionnel, réadmission) à partir de 2 réponses positives.

5. Caractéristiques de la population âgée ayant recours au Centre 15

Y. Lambert retrouve un pourcentage de 11,7 % de PA de plus de 75 ans ayant eu recours au Centre 15 (12), nos propres statistiques sont à 20 % pour la même tranche d'âge. La différence peut s'expliquer en partie par le fait que la première série concernait l'année 2002 (12) et la seconde les années 2009 et 2010 et que la proportion de sujets âgés ne fait que croître. Il est constaté que la répartition des appels pour les PA, selon le nyctémère est semblable à la répartition par tranches horaires pour tous les appels. Il y a également comme pour le restant de la population, une augmentation d'appels concernant le week-end surtout pour ceux relevant de la permanence des soins. Lors des régulations concernant les PA, l'appel émane plus souvent d'un médecin quand il s'agit d'une PA de plus de 75 ans (9 % vs 3 %) ou d'un infirmier (9 % vs 2 %). Les catégories de pathologies le plus souvent rencontrées sont la cardiologie, la traumatologie (les chutes) et la médecine générale. Le devenir de ces patients après appel au centre 15 est le suivant : les transports SMUR pour les urgences représentent 4 % des appels, les transports SMUR directement en réanimation ou soins intensifs 7 % et les patients décédés sur les lieux 3 % (12). Le rapport annuel 2010 de l'Observatoire régional des urgences de Midi Pyrénées (ORU MIP) retrouve que 29 % des patients pris en charge par le SMUR sont âgés de plus de 75 ans. Une intervention du SMUR sur deux fait suite à une pathologie cardio-respiratoire et dans 40 % des cas, elle concerne un patient de plus de 75 ans. Ceux-ci représentent 14 % des passages aux urgences et restent hospitalisés dans 80 % des cas. Au niveau médical, les urgences cardio-vasculaires et les malaises prédominent entraînant 75 à 80 % d'hospitalisation. Un quart des urgences traumatiques chez les plus de 75 ans sont classées CCMU 3, 4 ou 5 (13). Les femmes sont majoritaires dans la patientèle au-delà de 80 ans et ce quelle que soit la gravité et la typologie, médicale ou traumatique. On constate que quelles que soient les régions de France, les caractéristiques concernant les appels et la typologie sont concordants (12,13).

6. Éléments de régulation orientant le choix des vecteurs et déterminant l'orientation des patients

6.1. Motifs de recours au Centre 15

Comme pour les passages aux urgences, on peut diviser entre deux grandes catégories les motifs d'appel au SAMU.

D'une part, les urgences ressenties par le patient et/ou l'entourage et d'autre part les urgences « vraies », qu'elles soient vitales ou non.

6.1.1. Gestion des urgences ressenties

Ces situations se retrouvent essentiellement la nuit, les week-end et jours fériés, lorsque les soignants référents ne sont pas disponibles. Il s'agit dans la plupart des

cas de situations où le rôle du médecin régulateur va surtout consister à dérouler l'imbricatio médico-psycho-social dans lequel se trouve le patient et/ou son entourage. Le médecin régulateur doit contribuer si possible à maintenir le patient dans son réseau de santé. Face à ce type de situations, le médecin régulateur a quatre options possibles que nous allons décrire par ordre de hiérarchisation.

Devant une demande d'adaptation thérapeutique, des résultats d'exams pouvant modifier un traitement (INR et anticoagulant, glycémie capillaire et insuline, ...) ou une anxiété sur sa pathologie, un éventuel sentiment de solitude face à la maladie ou à la société, un « simple » conseil téléphonique et une attitude empathique et rassurante permettent d'apporter une solution simple et le maintien au domicile de ces PA, de fait rassurées.

Lorsqu'une visite médicale s'avère indispensable, et qu'il ne s'agit pas d'une période de garde, le régulateur doit toujours privilégier le recours au médecin traitant, l'idéal étant une conférence à trois. Dans le cas, le plus fréquent, où le médecin traitant n'est pas joignable ou en horaire de garde, il faut favoriser la visite à domicile. Si cette solution est adoptée, il est préférable que ce soit le Centre 15 qui appelle la structure de PDS choisie, pour ne pas majorer l'anxiété de l'appelant qui a le sentiment d'être ballotté sur les différents acteurs de l'urgence. Dans le même temps, il est expliqué au patient la solution choisie après le processus de régulation. Son adhésion qui doit toujours être recherchée, est un prérequis incontournable. Lorsque la visite au domicile s'avère impossible, le régulateur n'aura d'autres choix que d'envoyer un vecteur qui transportera ce patient vers la structure d'urgences de proximité. On se place alors dans le cas d'une hospitalisation justifiée, car elle correspond au besoin du patient (eu égard à la disponibilité des différents effecteurs) et non pas d'une hospitalisation appropriée. Le transfert aux urgences, en ambulance est le troisième niveau de réponse, lorsque les solutions évoquées ci-dessus ne conviennent pas.

L'envoi d'un SMUR dans cette catégorie d'urgences est exceptionnelle, en dehors du cas particulier de la fin de vie que nous allons évoquer. Toutefois, il peut s'avérer nécessaire d'y avoir recours.

6.1.2. Cas particulier de la fin de vie

Cette circonstance relève à la fois de la catégorie « urgences ressenties » correspondant à la problématique de la permanence de soins et de la catégorie urgences « vraies » où l'envoi d'un SMUR est la règle au même type que pour les urgences vitales.

Dans ces situations, le régulateur a le plus souvent au téléphone les proches du patient, la personne de confiance, l'équipe soignante de soins palliatifs ou d'instituts spécialisés qui ont fait le 15, parce que tous leurs appels précédents ont eu « une fin de non recevoir ». Le régulateur se trouve confronté à une situation chronique qui s'est acutisée et qui a bien souvent épuisé les proches, qu'ils soient des familiers ou des professionnels. Rappelons que la loi Léonetti votée au parlement le 22 avril 2005, relative aux droits des patients en fin de vie, a

recherché une solution éthique à l'encadrement juridique de la relation médicale entre le médecin et le malade en fin de vie (16). Cette loi apporte trois dispositions essentielles à la relation de soins : interdiction de toute obstination déraisonnable, renforcement des droits du patient, collégialité et transparence de la décision chez le patient inconscient (4). La mission du régulateur est dans un premier temps d'identifier qu'il s'agit bien d'une situation de fin de vie qui rentre dans le cadre de la loi Léonetti. Il doit chercher par exemple l'existence d'un testament de vie, le « Do not resuscitate order » des anglo-saxons (4). Le principe du libre choix du malade doit être respecté. Ensuite, sa décision lors de l'appel initial dépendra de ce que l'appelant peut entendre et accepter. Le maintien sur son lieu de vie d'une personne âgée en fin de vie ou fortement dépendante est souhaitable, certes mais en pratique qu'en est-il ? Cette solution est effective si et seulement si, les proches ou les référents du réseau de soins du patient, après explications, se sentent accompagnés et adhèrent au projet proposé (17). Il se peut que parfois, la « simple réassurance téléphonique » ne suffise pas, auquel cas, l'envoi d'un médecin sur place devient indispensable. Lorsque la notion de fin de vie, conforme au cadre de la loi, ne peut être clairement identifiée et face à une urgence vitale, l'envoi d'un SMUR est la règle. L'orientation du patient par la suite se fera de façon collégiale entre le médecin SMUR sur place, le régulateur et le médecin receveur.

La solution de l'envoi initial d'un vecteur non médicalisé n'est absolument pas appropriée à cette situation clinique. Les équipes des VSAV ou des ambulances privées n'ont pas à assumer le maillon manquant dans le réseau de soins de ces patients. Ils sont utilisés comme vecteurs en cas de procédure dégradée, lors de l'indisponibilité de l'UMH mais on ne doit pas leur imposer une responsabilité qui dépasse leur domaine de compétences, pour masquer une défaillance dans la globalité du système de soins.

6.1.3. Gestion des « urgences réelles, vitales »

Dans notre système français de médecine préhospitalière, tout traumatisme identifié comme grave et/ou toute défaillance vitale aiguë doit bénéficier de l'intervention rapide d'un SMUR qui sera souvent associée à l'intervention simultanée de secouristes dans le cadre du prompt secours. L'âge ne doit pas être un facteur bloquant à l'envoi de moyens médicalisés, ce d'autant que cette donnée peut être erronée, surtout dans le cadre d'accidents survenant sur la voie publique (18). L'appréciation de l'âge par les témoins n'est pas forcément une science exacte au même titre que la description de la cinétique ou des lésions apparentes. Il est déjà parfois difficile d'obtenir des renseignements précis, objectifs par les proches lors de défaillance vitale à domicile. Lors d'un accident sur la voie publique l'aspect théâtral de l'intervention majore cette difficulté. Le doute, si doute il y a doit toujours profiter au patient.

6.1.3.1. Pertinence de l'envoi du SMUR lors de traumatismes graves chez les PA

Ce sujet est « en plein essor », eu égard à la démographie décrite plus haut, puisque cette thématique a fait l'objet d'un atelier lors des journées de la SFMU en

2010. Les auteurs affirment que si on observe un surcroît de mortalité chez le sujet âgé pour certains types de lésions, une prise en charge d'emblée maximale permet à un grand nombre de patients un retour à leur état fonctionnel antérieur (19-20). De plus, ils soulignent, au vu de la littérature que l'âge devient un facteur de mauvais pronostic dès que les patients dépassent 40 ans, donc bien avant d'atteindre la catégorie de population qui nous concerne (21). Ailleurs, dans une récente étude américaine incluant 75 658 patients majeurs, la mortalité augmente nettement après l'âge de 70 ans, âge considéré comme un seuil ou « cut off ». En revanche, les patients dont les âges sont compris entre 40 et 69 ans ont une mortalité superposable à celle des patients les plus jeunes à ISS équivalents (22).

En France, il y a par an 20 000 décès par accident de la vie courante, et les 3/4 concernent les PA de plus de 65 ans (source Inserm-CépiDC). Dans cette population, les principales causes de décès par traumatismes sévères sont les chutes et les accidents de la voie publique (23). Aux âges extrêmes de la vie, la fréquence des accidents de piétons augmente. Elle représente plus de 50 % des accidents de la circulation au-delà de 85 ans (23). Pour les accidents de la vie courante, le mécanisme le plus souvent impliqué est la chute (84 %) chez les plus de 65 ans et ne fait qu'augmenter avec l'âge (94 % chez les plus de 90 ans) (24). Cette donnée est corroborée par l'étude concernant les motifs d'appel au 15 (12).

La stratégie de prise en charge préhospitalière doit être identique pour tous les patients et ce quel que soit l'âge. Ils doivent donc bénéficier d'une prise en charge intensive (soutien hémodynamique par amines, ventilation mécanique) et être orientés vers une structure disposant d'un plateau technique performant permettant un bilan lésionnel précis. Dans un second temps, au vu du bilan lésionnel, de l'analyse individuelle et globale du patient (qualité de vie, autonomie, comorbidités associées, traitements habituels), de discussion avec les proches du patient, une décision pluridisciplinaire de poursuite active de soins pourra être prise (25). En revanche, pour des patients chez qui une limitation des thérapeutiques actives est clairement établie antérieurement au traumatisme, des moyens de réanimation invasifs pourraient être considérés comme « déraisonnables » et constituer un acharnement thérapeutique, dans l'esprit de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (16). Ces patients pourraient ne pas faire l'objet d'une admission en trauma center même si la gravité l'exigeait, s'inscrivant dans une stratégie globale de soins prévalant antérieurement (20).

6.1.3.2. Pertinence de l'envoi du SMUR lors de défaillance vitale chez les PA

Une équipe parisienne a réalisé une étude prospective sur la prise en charge de patients âgés de plus de 80 ans par le SMUR de septembre 2007 à août 2008 (26). Les résultats montrent qu'à moyen terme, les patients pris en charge par le SMUR réintègrent leur lieu de vie initial, et que leur état d'autonomie n'a pas été dégradé par l'épisode aigu. Ces constatations sont d'autant plus vraies, comme le soulignent les auteurs, lorsqu'il s'agit de pathologies cardiaques, quelles soient coronariennes ou rythmiques (26). En effet, les travaux d'Adnet *et al.*, il y a un peu plus de 10 ans, concernant les patients atteints de décompensations cardiaques majeure-

res nécessitant une intubation trachéale et l'instauration d'une ventilation mécanique en préhospitalier avaient une survie à 1 an de 69 %, et que 50 % de ces patients retrouvaient une autonomie satisfaisante (27). Ces résultats justifient une prise en charge invasive. À l'heure actuelle, les recommandations privilégient l'instauration précoce de la VNI, car elle a montré qu'elle permet d'améliorer l'oxygénation et de limiter le recours à l'intubation. Certaines études montrent même une diminution de la mortalité, lors de l'utilisation de cette technique (28-29). Il en est de même pour les pathologies coronariennes. Les recommandations actuelles sont basées sur une stratégie de prise en charge pharmacologique et de revascularisation de la maladie coronaire de l'octogénaire identique à celle du sujet jeune (30). Toutes ces études vont dans le même sens et permettent donc de légitimer une attitude « agressive » pour les PA dès l'appel initial en régulation jusqu'à l'orientation hospitalière (31-32). Il a été également montré qu'une prise en charge spécifique adaptée à la pathologie des PA limite le taux de réhospitalisation à court terme (33-34). Cette attitude est justifiée tout en sachant que le pronostic de survie est plus faible chez les PA, après un infarctus du myocarde, d'une part en raison de la pathologie coronarienne elle-même, et d'autre part en raison de l'augmentation progressive avec l'âge des risques des stratégies de reperfusion « agressives » (4).

Le bloc auriculo-ventriculaire complet, ou BAV3 est la troisième urgence cardiovasculaire par ordre de fréquence chez la PA. On a vu que sa fréquence était élevée à partir de 75 ans et qu'elle ne faisait que croître à partir de 90 ans. Là encore, il est tout à fait légitime d'avoir une attitude « agressive ». La médicalisation initiale de ce patient permet, d'une part de confirmer le diagnostic, et d'autre part, lorsque le BAV 3 est mal supporté d'instaurer précocement une thérapie adaptée, par l'administration d'isoprénaline ou le recours à l'entraînement électro-systolique externe à l'aide d'électrodes cutanées transthoraciques. Idéalement, là encore, ce patient doit aller en unité de soins intensifs cardiaques (USIC). La décision de l'implantation ou non d'un pace maker sera prise de façon collégiale, au vu de l'analyse individuelle du patient et après discussion avec lui et/ou la personne de confiance.

À travers ces trois exemples de pathologies cardiaques, nous voyons que l'âge civil seul ne peut pas et ne doit pas être un facteur limitant dans les décisions du médecin régulateur, qu'il s'agisse de l'appel initial au Centre 15 ou lors de la recherche de place et l'orientation des patients. Cependant, Josseume *et al.* montrent dans leur étude, que l'accès aux services spécialisés (type USIC, réa) reste encore limité et qu'il n'y a pas de concordance sur l'orientation entre la demande initiale de l'urgentiste préhospitalier et la destination finale du patient (9). Celui-ci est souvent dirigé par défaut aux urgences.

6.1.4. Gestion des « urgences réelles, non vitales »

La prise en charge de l'accident vasculaire cérébral (AVC) est un très bon exemple de la gestion des urgences réelles non vitales avec son corollaire qui est l'activation de la filière neuro-vasculaire et la confrontation avec la problématique de l'âge.

L'AVC représente une des premières causes de décès et de handicap sévère dans les pays occidentaux, et près de 80 % de ces AVC sont d'origine ischémique (35). Le traitement qui a prouvé son efficacité, et d'autant plus s'il est effectué précocement, est la thrombolyse. Les dernières recommandations de la HAS indiquent que la thrombolyse est indiquée lorsqu'elle est peut être débutée dans un délai de 4 h 30 maximum après le début des symptômes. Il s'agit donc d'un véritable défi pour les acteurs des structures d'urgence de réussir à inclure le maximum de patients dans cette filière.

Le principal facteur limitant de l'accès de cette filière après les contre-indications classiques de la thrombolyse est l'âge au sens chronologique. À l'heure actuelle, les indications de thrombolyse chez le sujet de plus de 80 ans, sont restreintes car les études ont montré une augmentation de la mortalité et une diminution de la récupération chez les PA, par rapport aux patients plus jeunes (36-37). Il est important de préciser que ces études montrent aussi que le risque de transformation hémorragique n'est pas plus élevé chez les sujets de plus de 80 ans que chez les plus jeunes (38-39).

Au vu de ces études et de leurs résultats, quid du sujet âgé présentant un AVC ?

Là encore, comme pour la gestion des autres urgences, le patient ne doit pas être considéré comme un numéro, son âge chronologique en l'occurrence, mais comme un individu qui a une histoire qu'il faut analyser avant de lui refuser l'accès au « juste soin ». Le chiffre 80 ne doit pas être une barrière infranchissable. Le médecin régulateur se doit de proposer à l'expert neuro-vasculaire, tout patient âgé de plus de 80 ans (dans une limite raisonnable) pour qui l'entrée dans la filière appropriée aura une plus value sur son avenir. La décision est ensuite prise de façon collégiale pour ce patient.

Lorsque le régulateur a diagnostiqué, suite à son entretien téléphonique initial, un AVC, qu'il a pu faire préciser avec certitude l'heure de début des symptômes, qu'il a éliminé les contre-indications à une thrombolyse, il doit tout mettre en œuvre pour faire transférer le patient le plus rapidement possible dans une USI neuro-vasculaire. Le vecteur choisi (de l'ambulance au moyen hélicopté) dépendra de sa disponibilité et de la distance à parcourir. On peut avoir recours à un transfert aérien médicalisé, même si l'état clinique du patient ne justifie pas une médicalisation, afin d'optimiser le délai d'accès à la filière spécifique.

Les patients souffrant d'urgences traumatologiques, non vitales, où il est pertinent d'effectuer un bilan lésionnel en milieu hospitalier, doivent être adressés en ambulance aux urgences de proximité. Pour tous les autres types d'urgences non vitales, où il n'y a pas de filière spécifique, le recours au médecin traitant ou la visite d'un médecin devra toujours être privilégié afin de ne pas déraciner le patient de chez lui. Malheureusement, la pratique quotidienne de la régulation au Centre 15 nous montre que bien souvent, la seule solution du médecin régulateur est de transférer en ambulance le patient aux urgences secteur pour une simple consultation.

7. Outils d'évaluation ou d'aides au raisonnement

Certes, cette population est très inhomogène, et tous ne relèvent pas d'une prise en charge maximale. En revanche, il est essentiel de ne plus « passer à côté » de ceux qui la justifient. Nous devons dorénavant inclure dans notre processus de réflexion, lors de la régulation, l'identification de critères qui définissent le « syndrome de fragilité » qui caractérise la PA, ce qui nous aidera à proposer en terme de vecteur et d'orientation, la réponse la plus appropriée. Il existe des outils d'aide au raisonnement pour la régulation, mais ceux-ci concernent les femmes susceptibles d'accoucher. À l'heure actuelle, aucun n'a été créé et *a fortiori* validé en ce qui concerne les PA. En revanche, un score de dépistage de la fragilité a été retenu lors de la conférence de consensus de la Société française de médecine d'urgence sur la prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences en 2003. Il s'agit du score ISAR, score Identification of Senior At Risk, basé sur 6 questions à réponses fermées, un patient étant considéré à risques d'événement indésirable, donc fragile avec plus de deux réponses positives (39) (figure 3). C'est un questionnaire canadien, validé en français, rapide et réalisable par l'ensemble des soignants. Il permet de repérer les personnes fragilisées. Il existe également le Score ADL, activities of daily living qui explore les activités « de base » (40) (figure 2). Actuellement, ces deux scores validés en gériatrie nous paraissent être les outils d'aides à la régulation des PA les plus pertinents. Il reste à créer un score qui combinera les résultats de la recherche du syndrome de fragilité à l'envoi de moyen adapté. Ce score pourrait être associé à un score corrélant les résultats de la recherche du syndrome de la fragilité à l'orientation des patients. Comme nous l'avons vu tout au long de cet exposé, il est nécessaire de cibler les PA qui peuvent bénéficier d'une prise en charge, invasive, pluridisciplinaire adaptée, quel que soit leur âge, de celles qui présente un « syndrome de fragilité » qui justifient d'une prise en charge « non invasive » mais adaptée.

8. Conclusion

Comme nous l'avons vu, le profil de la démographie française comme celle des autres pays occidentaux s'est modifié avec une part de plus en plus importante des PA. Le médecin régulateur doit donc lui aussi évoluer dans sa pratique quotidienne. Il doit adapter ses critères décisionnels dans le respect de la pratique de l'acte de régulation médicale et du patient.

L'âge ne doit plus être une barrière pour cette population dans l'accès au soin. Celui-ci doit s'étayer sur un faisceau de critères connus de tous.

Avec la définition et la mise en place d'outils d'évaluation, les filières clairement établies dans le réseau de soins, la gestion des PA, tout au long de la chaîne des structures d'urgence n'en sera que facilitée et adaptée.

Oui, les personnes âgées et très âgées sont un enjeu pour l'avenir et « leur ticket doit rester valable ».

Références

1. Au-delà de cette limite, votre ticket n'est plus valable. Romain Gary. 1975.
2. Guide d'aide à la régulation au SAMU Centre 15 (25 p). SAMU de France, 2^e édition-2009 SFEM Eds, Paris, 2009.
3. Jouanny P. Les grands concepts en gériatrie. *Ann Med Int* 2002 ; 153 : 397-402.
4. Chastre C, Vivien B. Traité de médecine d'urgence de la personne âgée. Arnette, juin 2011. Régulation par le SAMU d'une urgence chez un sujet âgé.
5. Definition of an older or elderly person. Disponible sur le lien internet <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>
6. Adelman R.D., Berger J.T., Macina L.O. Critical care for geriatric patients. *Clin Geriatr Med* 1994 ; 10 : 91-101.
7. Critères d'admission des personnes âgées en réanimation. B. Guidet, D. Pateron, A. Boumendil. Ch 30, Paris Urgences 2011.
8. 10^e Conférence de consensus : Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. Texte court. *JEUR* 2004 ; 17 (3C2) : 183-201.
9. Plan solidarité grand âge. Document disponible sur le site : <http://www.sante.pub.fr/blog/spip.php?Article42>
10. Blanpain N. Division Enquêtes et études démographiques, INSEE. INSEE Première. Octobre 2010. N° 1319.
11. Guide d'aide à la régulation au SAMU Centre 15. Ouss I : structure d'un entretien téléphonique (38-39 p.). SAMU de France, 2^e édition-2009 SFEM Eds, Paris, 2009.
12. Lambert Y., Caussanel J.M. Prise en charge de la population âgée aux urgences. Les admissions appropriées : le point de vue du 15. *JEUR* 2004 ; 17 (3C2) : 227-9.
13. O.R.U.-MIP, Rapport annuel sur l'activité des structures d'urgences en Midi-Pyrénées, 2010.
14. Guide d'aide à la régulation au SAMU Centre 15 : Penverne Y., Debierre V. : appel d'une personne âgée (412-413 p.). SAMU de France, 2^e édition-2009 SFEM Eds, Paris, 2009.
15. Patterson C. Prévention de la déficience auditive chez les PA. Ch 80.
16. Loi 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, décrets 2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées, décret 2006-120 du 6 février 2006 relatif à la procédure collégiale.
17. Guide d'aide à la régulation au SAMU Centre 15 : Auffret K., Braun F. : soins palliatifs (442-443 p). SAMU de France, 2^e édition-2009 SFEM Eds, Paris, 2009.
18. Ammirati C., Bertrand C., Bennaïli-Maire H., Tentillier E. L'accident grave : Quelle activation de moyens ? Quels moyens de transport ? Quelle orientation ? Actualités en réanimation préhospitalière 2002 : le traumatisé grave. Journées scientifiques du SAMU de France. Paris : Société Française d'Éditions Médicales ; 2002, pp. 9-24.
19. Jacobs D.G., Plaisier B.R., Barie P.S. et al. Practice management guidelines for geriatric trauma: the EAST Practice Management Guidelines Work Group. *J Trauma* 2003 ; 54 : 391-416.
20. Duchateau F.X., Bessereau J., Schmidt J. Sujets âgés et traumatisme. Actualités en médecine d'urgence. 2010 : Urgences traumatiques. Journées scientifiques de la SFMU. Société Française d'Éditions Médicales ; 2010 pp. 209-220.
21. Morris J.A., McKenzie E.J., Damiano A.M., Bass S.M. Mortality in trauma patients: the interaction between host factors and severity. *J Trauma* 1990 ; 30 : 1476-82.

22. Caterino J.M., Valasek T., Werman H.A. Identification of an age cutoff for increased mortality in patients with elderly trauma. *Am J Emerg Med* 2010 ; 28 : 151-8.
23. Chiron M. Conséquences sanitaires des accidents de la route : incidences et évolutions. *Registre Accidents Route Rhône*. Disponible sur le lien <http://www.rarr.inrets.fr/spip.php?article30>
24. Ermanel C., Thélot B., Jouglu E., Pavillon G. Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2002. *BEH* 2004 ; 42 : 328-30.
25. Bessereau J., Elikessikian A., Querellou E., Douplat M., Jacquin L., Chenaitia H., Michelet P., Auffray J.P. Traumatisme grave du sujet âgé. Maximaliste d'emblée... ou pas ! *Revue de Gériatrie* 2010 ; 35 : 25-31.
26. Josseaume J., Duchateau F.X., Burnod A., Pariente D., Beaune S., Leroy C., Judde de la Rivière E., Huot-Maire, Ricard-Hibon A., Juvin P., Mantz J. Observatoire du sujet âgé de plus de 80 ans pris en charge en urgence par le service mobile d'urgence et de réanimation. *AFAR* 30 (2011) 553-8.
27. Adnet F., Le Toumelin P., Leberre A., Minadeo J., Lapostolle F., Plaisance P., Cupa M. In-hospital and long-term prognosis of elderly patients requiring endotracheal intubation for life-threatening presentation of cardiogenic pulmonary edema. *Crit Care Med* 2001 ; 29 (4) : 891-5.
28. Peter J.V., Moran J.L., Phillips-Hughes J., Graham P., Bersten A.D. Effect of non-invasive positive pressure ventilation (NIPPV) on mortality in patients with acute cardiogenic pulmonary oedema: a meta-analysis. *Lancet* 2006 ; 367 (9517) : 1155-63.
29. L'Her E., Duquesne F., Girou E., de Rosiere X.D., Le Conte P., Renault S., Allamy J.P., Boles J.M. Noninvasive continuous positive airway pressure in elderly cardiogenic pulmonary edema patients. *Intensive Care Med* 2004 ; 30 (5) : 882-8.
30. Hanon O., Komadja M. Consensus d'experts de la Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG) et de la Société française de cardiologie (SFC) sur la prise en charge de la maladie coronaire chez le sujet âgé, 2009.
31. Duchateau F.X., Burnod A., Josseaume J., Pariente D., Mantz J. The benefits of out-of-hospital advanced life support in elderly. *JAGS* 2010 ; 58 : 606-8.
32. Duchateau F.X., Burnod A., Dahmani S., Delpierre S., Ricard-Hibon A., Mantz J. Out-of-hospital interventions by the French Emergency Medical Service are associated with a high survival in patients aged 80 years or over. *Intensive care med* 2008 ; 34 : 1544-5.
33. Stukel T.A., Alter D.A., Schull M.J., Ko D.T., Li P. Association between hospital cardiac management and outcomes for acute myocardial infarction patients. *Med Care* 2010 ; 48 : 157-65.
34. Dedhia P., Kravet S., Bulger J., Hinson T., Sridharan A., Kolodner K. et al. A quality improvement intervention to facilitate the transition of older adults from three hospitals back to their homes ; *J Am geriatr Soc* 2009 ; 57 : 1525-740.
35. Keating L., Bengner J.R., Beetham R., Bateman S., Veysey S., Kendall J., Pullinger R. The PRIMA study: presentation ischaemia-modified albumin in the emergency department. *Emerg Med J* 2006 ; 23 (10) : 764-8.
36. Lees K.R., Bluhmki E., von Kummer R., Brott T.G., Toni D., Grotta J.C., Albers G.W., Kaste M., Marler J.R., Hamilton S.A., Tilley B.C., Davis S.M., Donnan G.A., Hacke W. ; ECASS, ATLANTIS, NINDS and EPITHET rt-PA Study Group, Allen K., Mau J., Meier D., del Zoppo G., De Silva D.A., Butcher K.S., Parsons M.W., Barber P.A., Levi C., Bladin C., Byrnes G. Time to treatment with intravenous alteplase and outcome in stroke: an updated pooled analysis of ECASS, ATLANTIS, NINDS, and EPITHET trials. *Lancet* 2010 ; 375 (9727) : 1695-703.

37. Engelter S.T., Bonati L.H., Lyrer P.A. Intravenous thrombolysis in stroke patients of > or = 80 *versus* < 80 years of age - a systematic review across cohort studies. *Age Ageing* 2006 ; 35 (6) : 572-80.
38. Sylaja P.N., Cote R., Buchan A.M., Hill M.D. Canadian Alteplase for Stroke Effectiveness Study (CASES) Investigators. Thrombolysis in patients older than 80 years with acute ischaemic stroke: Canadian Alteplase for Stroke Effectiveness Study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006 ; 77 (7) : 826-9.
39. Chevalley T. Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences : données médicales indispensables. *JEUR* 2004 ; 17 : 235-9.
40. Principe A. 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 des urgences ? *JEUR* 2004 ; 17 : 303-9.