

## Améliorer la prise en charge de nos aînés : l'impératif besoin de liens étroits pédagogiques et cliniques entre deux jeunes spécialités

### Improvement in Elderly Management Involves Teamwork between Two Young Specialties

H. Vallet · J. Boddaert

© SFMU et Lavoisier SAS 2018

Deux articles de ce numéro des *Annales françaises de médecine d'urgence* concernent les patients âgés et rappellent les liens étroits entre médecine d'urgence et gériatrie.

Le premier aborde la problématique des centenaires qu'il n'est plus rare de prendre en charge en urgence et surtout de voir ressortir de l'hôpital après hospitalisation [1]. Caractérisés par une grande vulnérabilité, liée aux conséquences du vieillissement d'organes (cœur, sensoriel, etc.), ces patients sont très sensibles à la pathologie iatrogène qui, rappelons-le, commence par un manque de mobilisation, source de dépendance iatrogène [2]. Cette notion de dépendance iatrogène, encore trop méconnue, interroge nos pratiques chez les patients les plus vulnérables, le plus souvent âgés, comme les patients centenaires. La mise au point publiée sous l'égide de la Haute Autorité de santé (HAS) et du Conseil national professionnel de gériatrie (CNPG) en 2017 en reprend les points principaux. Elle se définit par une perte fonctionnelle aux activités de base de la vie quotidienne entre l'entrée et la sortie d'hospitalisation et concerne de 30 à 60 % des patients âgés de plus de 70 ans. Ses principales causes en sont l'immobilisation, la confusion, la dénutrition, les chutes, l'incontinence urinaire et les effets secondaires des médicaments. Tous ces facteurs relevant de l'expertise gériatrique concernent la médecine d'urgence au premier plan. Il est donc essentiel de changer notre paradigme de pensée chez les patients âgés admis en urgence et ne plus parler que de parcours de soins. Ainsi, le séjour aux urgences est la première étape d'un parcours de soins menant si possible en gériatrie, et la prise en charge de ces patients ne doit pas se reposer sur « ça, ils verront en aval »... Car le compte

à rebours pour « bien faire » chez les patients âgés est enclenché dès l'enregistrement à l'accueil des urgences, bien au-delà de la pathologie aiguë qui relève de l'expertise urgentiste. La problématique du nombre de lits d'aval en gériatrie, dont l'insuffisance est régulièrement montrée dans les médias à travers le nombre de patients âgés dormant sur des brancards, est un autre enjeu tout aussi essentiel de l'amélioration de la prise en charge des patients âgés. Car la proportion importante de patients âgés qui consultent aux urgences en France (12 % des passages aux urgences adultes [3]) augmente régulièrement et représente un enjeu de santé publique majeur.

Le second article aborde l'intérêt de la tomographie abdominale chez le sujet âgé et rappelle le grand piège sémiologique que représente l'abdomen du patient âgé [4]. S'il faut garder à l'esprit que la sémiologie qui nous a été enseignée reste le plus souvent valable chez les patients âgés, ils représentent cependant souvent un véritable challenge pour l'urgentiste. En effet, l'interrogatoire n'est pas fiable chez 60 % d'entre eux, du fait de troubles cognitifs, de troubles de conscience ou de confusion [5]. La symptomatologie est parfois plus fruste chez la personne âgée, notamment pour les pathologies digestives, infectieuses ou coronariennes, et le recours aux examens complémentaires est plus fréquent (imagerie, examens biologiques) [3], mais aussi source de pathologie iatrogène. L'article de Lafay et al. [4] rapporte les résultats de l'utilisation du scanner abdominal dans les syndromes abdominaux aigus et suggère sa grande rentabilité diagnostique. Si la décision de faire cet examen repose sur une évaluation du rapport risque (injection d'iode, délai)/bénéfice, elle est largement supportée par les expériences que nous avons tous d'abdomen souple dépressible et quasi indolore sur une péritonite aiguë. L'usage large du bon examen sans perte de temps pour suppléer aux atypies et aux pièges sémiologiques est un autre progrès essentiel dans la prise en charge des pathologies graves des patients âgés.

On le voit, la médecine d'urgence et la gériatrie ont encore beaucoup à apprendre l'une de l'autre. La création

H. Vallet (✉) · J. Boddaert  
Unité périopératoire gériatrique (UPOG),  
groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière-Charles-Foix,  
Assistance publique - Hôpitaux de Paris,  
81, boulevard de l'Hôpital, F-75013 Paris, France  
e-mail : helene.vallet@gmail.com

Sorbonne Université, 91-105, boulevard de l'Hôpital,  
F-75013 Paris, France

en 2017 de deux nouveaux diplômes d'études spécialisées (DES) de médecine d'urgence et de gériatrie est d'abord la reconnaissance de ces deux spécialités qui se caractérisent par la diversité des pathologies rencontrées et les risques différents, mais immédiats en cas d'erreur. À travers ces enseignements, ces spécialités devront apprendre aux jeunes urgentistes les particularités des patients âgés dans l'urgence et aux jeunes gériatres la gestion efficace de l'instabilité et de la situation grave. Les maquettes de stages proposées aux internes par ces deux DES leur permettent d'aller se former, le temps d'un stage, dans l'autre spécialité, ce qui à terme contribuera à renforcer la collaboration entre urgentistes et gériatres. Souhaitons surtout à l'avenir que les services d'urgence, qui représentent la première porte d'entrée hospitalière en particulier dans le grand âge, continuent de collaborer étroitement avec les services de gériatrie à travers des filières de soins structurées. Les filières d'unités postopératoires de gériatrie (UPOG) ont montré tout leur intérêt chez les patients âgés avec fracture de l'extrémité supérieure du fémur [6], les filières autour de la réanimation des sujets âgés représentent un enjeu important de cette prise en charge mutualisée [7]. C'est aux services de gériatrie d'organiser ces filières pour apporter des solutions « clés en main » pour ces problématiques fréquentes de médecine d'urgence de la personne âgée. Mais c'est aussi aux services d'urgence de s'impliquer fortement dans ces filières et de se considérer comme le premier maillon d'une chaîne où chaque erreur peut avoir de lourdes conséquences chez les patients âgés.

**Conflits d'intérêts :** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

1. Gast C, Leveau M, Valentian M, et al (2018) Caractéristiques des patients centenaires consultant dans un service d'accueil et d'urgences. *Ann Fr Med Urgence* 8 (3):159-64
2. Haute Autorité de santé (HAS) (2017) Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées. [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2801190/fr/prevenir-la-dependance-iatrogene-liee-a-l-hospitalisation-chez-les-personnes-age](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2801190/fr/prevenir-la-dependance-iatrogene-liee-a-l-hospitalisation-chez-les-personnes-age) (Dernier accès le 17 mai 2018)
3. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) (2014) Colloque Drees du 18 novembre 2014 : résultat du questionnaire patient — le parcours des personnes âgées aux urgences. [http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/session\\_3\\_-\\_resultats\\_pa.pdf](http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/session_3_-_resultats_pa.pdf) (Dernier accès le 17 mai 2018)
4. Lafay M, Chenevier-Gobeaux C, Paslaru L, et al (2018) Intérêt du scanner abdominopelvien chez les patients âgés de plus de 75 ans consultant aux urgences pour douleurs abdominales. *Ann Fr Med Urgence* 8 (3):152-8
5. Naughton BJ, Moran M, Ghaly Y, Michalakes C (1997) Computed tomography scanning and delirium in elder patients. *Acad Emerg Med* 4:1107-10
6. Boddaert J, Cohen-Bittan J, Khiami F, et al (2014) Postoperative admission to a dedicated geriatric unit decreases mortality in elderly patients with hip fracture. *PloS One* 9:e83795
7. Vallet H, Riou B, Boddaert J (2017) Réanimation du sujet âgé en 2016 : revue de la littérature et point de vue du gériatre. *Rev Med Interne* 38:760-5