

# Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences

## Texte court de la conférence de consensus

### Management of elderly patients aged 75 years and over in emergency departments

Société Francophone de Médecine d'Urgence

#### QUESTION 1

**Quels sont les critères d'admission dans un service d'urgence d'une personne âgée de plus de 75 ans ? vivant à domicile, vivant dans une institution non médicalisée, vivant dans une institution médicalisée**

Le motif d'admission des personnes âgées (PA) aux urgences n'est pas différent selon leur lieu de vie. Le diagnostic est d'ordre médical dans plus de 80%. Les traumatismes (16%) sont souvent consécutifs à des chutes (niveau de preuve 3).

Les déterminants de l'admission au service d'urgence (SU) sont l'état clinique (instable ou difficile à évaluer) et l'absence d'alternative (environnement social ou réseau déficients).

Le médecin régulateur du SAMU doit mener un interrogatoire détaillé comprenant :

- le motif d'appel,
- la symptomatologie clinique, souvent pauvre,
- le mode de vie, l'autonomie et l'isolement,
- l'état antérieur

- les attentes du patient et de l'entourage.

La décision médicale ne dépend pas de l'âge mais de l'état fonctionnel, du cadre de vie et de critères éthiques.

Une admission au SU justifiée correspond au besoin du patient. Elle devient appropriée si elle constitue la réponse la plus efficiente. Le besoin de soins n'est ni programmé, ni programmable. L'admission est souvent secondaire à un état de crise (urgence somatique, sociale et/ou psychologique) s'aggravant en l'absence d'intervention. Il est fait recours au SU si aucune alternative n'est organisée ou accessible. Les admissions non appropriées ne semblent pas varier avec l'âge. L'âge avançant, l'avis du patient est de moins en moins pris en compte (niveau de preuve 3).

Le jury recommande une information large et actualisée sur les filières de soins gériatriques et leur utilisation en direction des médecins généralistes, médecins régulateurs et établissements de soins.

Le jury recommande qu'un document accompagne le patient adressé au SU et qu'il comporte :

- l'identité et le lieu de vie du patient,
- le motif réel de recours au SU,
- les circonstances de survenue de la pathologie et son évolution,
- les antécédents,
- les traitements effectivement reçus ou pris,
- les traitements du suivi habituel (avec leurs coordonnées).

Le jury recommande que l'accord du patient, ou à défaut de la personne de confiance, soit recherché avant le transfert au SU.

**Conseiller scientifique :** JL. Lejonn.

**Jury du Consensus :** J. Bourget (président), M. Berthel, F. Berthier, J. Burghard, M. Ecoiffier, D. Febvre, JM. Haegy, M. Kopp, C. Kummerlen, V. Lambert-Eyton, C. Le Gall, E. Paillaud, M. Taralle.

**Groupe de lecture bibliographique :** H. Alipour Milajndi, S. Besson, A. Bucci, R. Ferry, J. Gogba, D. Heitz, F. Mainot, A. Pichot, A. Pirrippe, G. Sost.

*Société Francophone de Médecine d'Urgence. Conférence du 5 décembre 2003 à Strasbourg.*

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

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

## QUESTION 2

**Quels 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, d'ordre médical, psychologique environnemental et social ?**

## Vignette

**Personne âgée fragile**

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

**Patient gériatrique**

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

Le jury recommande un repérage de la fragilité (définie selon les termes de la vignette) chez toute PA de plus de 75 ans se présentant au SU (Rang C). Les informations et les éléments d'ordre médical, psychologique, environnemental et social permettent de repérer la fragilité, d'en identifier les formes patentes et latentes. Elles conduisent à une évaluation gériatrique et sociale globale.

Le jury recommande que des relations étroites soient tissées entre SU et gériatrie.

L'ensemble de l'équipe du SU participe au recueil des données. La mise en commun de ce recueil est facilité par les nouvelles technologies de l'information (Rang B). Le jury recommande l'utilisation d'outils de repérage uniquement des PA fragiles. Ces outils doivent être adaptés au caractère patent ou latent des troubles gériatriques et adaptés à la pratique des SU (Rang C) : Pour les formes patentes de fragilité, les données à recueillir sont :

- En zone d'accueil, l'infirmière d'organisation de l'accueil (IOA), en plus des informations nécessaires au tri, doit être attentive :

- aux données concernant les accompagnants,
- à l'identification du patient, notamment en présence de troubles cognitifs,
- aux troubles du comportement qui peuvent conditionner le tri.
- En zone de soins, l'IDE complète le recueil de données sur :
  - la perte d'autonomie,
  - le mode de vie,
  - la présence d'un entourage,
  - l'état physique global du patient (hygiène, nutrition),
  - les constantes et la douleur évaluée avec un outil adapté à l'état cognitif.

Le score ADL (activities of daily living) peut aider au recueil de ces éléments (tableau 1).

- Le médecin en zone de soins : les patients ayant des problèmes gériatriques patents doivent bénéficier au SU d'un recueil exhaustif de données générales en insistant fortement sur les données sociales, d'autonomie, sur le repérage des troubles cognitifs, des troubles de la marche et de l'équilibre, et des troubles dépressifs. Des outils sont préconisés pour évaluer de façon pertinente ces troubles : ADL pour l'autonomie (tableau 1), mini-GDS pour la dépression (tableau 2), "get up and go test" pour l'équilibre (Rang C).

Le relevé de toutes ces données nécessite un délai de réalisation important, et est donc réservé aux PA fragiles de façon patente. Chez ces malades, tous ces éléments permettront de réaliser ultérieurement une évaluation gériatrique globale. Le jury recommande pas que les urgentistes effectuent cette évaluation gériatrique globale, qui est du ressort de la spécialité de gériatrie.

Pour les PA sans problème gériatrique patent (forme latente de fragilité), qui n'ont pas de raison médicale d'être hospitalisées, et qui n'ont pas bénéficié de l'évaluation précédente, le jury recommande d'effectuer un test de dépistage simple avant leur sortie. Le test ISAR, réalisable par l'ensemble des soignants, adapté au SU, validé dans la prévention des réhospitalisations précoces, est recommandé par le jury (Rang B) (tableau 3).

**Tableau 1 : Score ADL (activities of daily living).**

Table 1 : ADL score (activities of daily living).

**ADL (Activities of daily living)**

- Se laver
- S'habiller
- Se rendre aux toilettes
- Se déplacer
- S'alimenter
- Être continant

Score de 0 (totalement dépendant) à 6 (totalement autonome)

**Tableau 2 : Score de dépistage d'une dépression (Mini-GDS).**

Table 2 : Detection of depression : Mini GDS.

Mini-GDS ou GDS 4-items	
1. Vous sentez-vous souvent découragé(e) et triste ?	oui = 1, non = 0
2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	oui = 1, non = 0
3. Êtes-vous heureux(se) (bien) la plupart du temps ?	oui = 0, non = 1
4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	oui = 1, non = 0

*Si score total  $\geq 1$ , très forte suspicion de dépression*  
*Si score total = 0, très forte probabilité d'absence de dépression*

**Tableau 3 : Score ISAR (identification of senior at risk).**

Table 3 : ISAR score (identification of senior at risk).

Questions	
1- Avant cette admission aux urgences, aviez-vous besoin d'aide au domicile ?	Oui/Non
2- Depuis le début des symptômes qui vous ont amené aux urgences, avez-vous eu besoin de plus d'aide à domicile ?	Oui/Non
3- Avez-vous été hospitalisé pour 1 ou plusieurs jours ces 6 derniers mois ?	Oui/Non
4- Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de vue ?	Oui/Non
5- Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de mémoires ?	Oui/Non
6- Prenez-vous plus de 3 médicaments par jour ?	Oui/Non

*Questionnaire de dépistage des patients âgés à risque d'évènements indésirables*  
*Un patient est considéré à risque d'évènement indésirable (déclin fonctionnel réadmission) avec plus de 2 réponses positives*

### QUESTION 3

**Y a-t-il des particularités de l'examen clinique, des examens complémentaires chez la personne de plus de 75 ans ? Quelles en sont la faisabilité et la pertinence, les valeurs diagnostiques et les conséquences sur la stratégie diagnostique ?**

#### Examen clinique

L'examen clinique est indissociable d'un interrogatoire bien conduit. Le temps passé à écouter le malade y compris dans ses digressions est toujours utile.

L'examen physique du patient âgé ne relève pas d'une technique spécifique mais peut être entravé par des déficiences diverses. Il est pertinent lorsqu'il tient compte du rythme propre du patient, de ses capacités cognitives et sensorielles, des particularités sémiologiques de cette tranche d'âge notamment les présentations atypiques et l'importance des signes généraux.

Beaucoup de PA expriment des symptômes de même

nature que ceux rencontrés chez l'adulte jeune. Un quart des malades gériatriques ont une présentation modifiée comme la confusion mentale ou les chutes.

Les éléments sémiologiques propres au patient gériatrique comprennent la déshydratation de présentation insidieuse, la faible élévation de température dans les états infectieux ou la prévalence des troubles fonctionnels. Chez 20% des PA de plus de 75 ans hospitalisées, une pathologie iatrogène est retrouvée.

En présence d'une PA monopathologique sans troubles majeurs des fonctions supérieures, le jury recommande de ne pas modifier la pratique médicale habituelle.

Chez le patient polyopathologique, se présentant avec des troubles mnésiques ou des signes généraux, le jury recommande de rechercher systématiquement une pathologie iatrogénique. Il recommande un examen physique complet qui comprenne en plus un examen de la cavité buccale et des muqueuses, une prise régulière des constantes, une évaluation de l'orientation temporo-spatiale, un toucher rectal et une évaluation de la station debout.

#### Examens complémentaires

Les résultats biologiques anormaux sont rarement le fait du vieillissement seul. Le bilan biologique est donc pertinent chez le sujet âgé.

La prescription d'examens radiologiques doit tenir compte des difficultés pratiques liées à une collaboration ou une mobilité restreinte, privilégier l'examen pressenti comme le plus contributif et intégrer les conférences de consensus déjà existantes.

Le jury recommande la prescription d'un bilan sanguin comprenant NFS, ionogramme (prévalence des troubles hydroélectrolytiques), calcium, protéines, créatinine, d'un ECG (fréquence des maladies cardiovasculaires) ainsi qu'une radiographie du thorax, sauf chez les PA monopathologiques autonomes, sans troubles des fonctions supérieures.

Le jury ne recommande pas la réalisation systématique d'une bandelette urinaire ou d'un examen radiologique particulier.

### QUESTION 4

**Recommandations de prescription chez la personne âgée de plus de 75 ans**

Les PA sont polyopathologiques et donc polymédicamentées. L'ordonnance reproduit fréquemment le circuit médical du patient, avec la juxtaposition des prescripteurs. La conséquence de ces multiples prescriptions est la forte prévalence de la pathologie médica-

menteuse iatrogène (>20% après 80 ans), dont les 2 causes principales sont la mauvaise observance et la toxicité des médicaments.

La prise en charge thérapeutique doit donc être globale et adaptée, reposant sur une bonne connaissance de la PA, les traitements en cours, la ou les pathologie(s) à traiter et le traitement envisagé. La prescription doit être hiérarchisée en fonction des pathologies et des handicaps, réévaluée et régulièrement actualisée.

Les grands principes de prescription chez la PA reposent sur le choix de médicament à pharmacocinétique courte, à faible fixation protéique et à élimination mixte. Le risque particulier lié aux éventuelles interactions médicamenteuses doit restreindre ce choix.

Pour adapter les traitements de la PA, le jury recommande de tenir compte des critères cliniques tels que la déshydratation, l'état hémodynamique, la dénutrition, l'hypotension orthostatique, les troubles cognitifs, et des critères biologiques tels que l'insuffisance rénale (appréciée par la formule de Cockcroft et Gault), une hypokaliémie, des anomalies du bilan hépatique. En dehors de ces éléments, l'âge seul n'implique pas de modifier les posologies de la plupart des médicaments.

For mule de Cockcroft et Gault :

$$CL_{cr} = [(140 - \text{âge}) \times \text{poids}] / [0,814 \times \text{créatinine sanguine (mmol/l)}]$$

Homme : résultat x 1 ; Femme : résultat x 0,85

Vis-à-vis des prescriptions antérieures, le jury recommande d'arrêter les prescriptions médicamenteuses inutiles car potentiellement dangereuses (risque iatrogène majoré par le contexte pathologique), les prescriptions antagonistes (médicaments dont l'activité est inverse du traitement entrepris aux urgences), inappropriées (propriété pharmacologique en opposition avec l'action thérapeutique recherchée) ou d'efficacité non prouvée.

Le jury recommande de maintenir les prescriptions antérieures à condition que :

- il n'y ait pas d'interférence avec le traitement de la pathologie aiguë,
- le(s) médicament(s) ne soi(en)t pas responsable(s) d'un effet indésirable,
- les doses soient vérifiées et adaptées à la fonction rénale et à l'état d'hydratation de la PA.

D'une manière générale, le jury recommande la plus grande prudence dans la prescription des médicaments récents, en raison de l'absence fréquente de validation scientifique et d'AMM chez la PA.

Le jury recommande que toute modification de prescriptions médicamenteuses avec sa justification soit mentionnée de façon précise et explicite sur le document de sortie. Le médecin traitant doit en être informé.

## QUESTION 5

**Quelles orientations pour les personnes âgées de plus de 75 ans ?**

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

### I. Critère de non hospitalisation

La décision de non hospitalisation est une décision médicale. Elle ne peut se concevoir que pour les PA dont le pronostic vital n'est pas engagé et présentant un état clinique stable (le plus souvent malades CCMU 1 et 2). La présence d'une co-morbidité (pathologies chroniques actives, déficits sensoriels, dépendance physique, troubles cognitifs) et de leur gravité, l'environnement de la PA interviennent dans la décision.

Pour aider à la décision de l'orientation de la PA aux urgences, le jury propose un outil d'évaluation comportant 4 facteurs déterminants décisionnels avec une échelle de pondération (tableau 4).

**Tableau 4 : Facteurs décisionnels de la non hospitalisation d'une PA.**

Table 4 : Decision making items to decide not to hospitalize.

Facteurs	Score**
<b>Diagnostic retenu</b> (critères de gravité)	
<b>Situation environnementale</b> (possibilité d'adaptation dans un délai court)	
<b>Co-morbidité*</b> (critère de gravité)	
<b>Avis du malade et de l'entourage</b>	
Oui = +	
Non = +++	
Négociable = ++	

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

\*\*Score : évaluer les facteurs par un niveau d'importance de + à +++  
+ : peu grave ou délai court suivant le critère  
++ : gravité moyenne ou délai moyen (24 heures)  
+++ : très grave ou délai très long (supérieur à 3 jours)

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

Les alternatives à l'hospitalisation sont :

- Retour à domicile organisé (RADO) : dans les cas limites de retour à domicile, en raison d'une co-morbidité moyenne et d'un environnement défaillant, l'intervention de l'assistante sociale du SU est recommandée pour organiser les aides nécessaires.

- Activation du réseau gérontologique : la collaboration avec une équipe gériatrique médico-sociale constitue le pivot d'un véritable réseau gérontologique Ville-Hôpital et permet de mieux organiser le retour vers la structure d'origine. Cette équipe participe à l'organisation de la sortie en prévenant et informant les différents partenaires du réseau. Elle se charge d'orienter dans les plus brefs délais la PA, en coordination avec l'urgentiste selon les possibilités de la filière gériatrique.

- Accueil de jour ou hébergement temporaire: alternatives non médicalisées et à la charge de la PA.

- Hospitalisation à domicile: l'insuffisance de places disponibles et le manque de réactivité en temps réel de ce type de structure à la sortie du SU limitent actuellement cette éventualité.

## 2. Organisation optimale des conditions de sortie

Le jury recommande de mettre en place une fiche de sortie pour réunir l'ensemble des données recueillies lors du passage au SU de la PA afin d'informer le médecin traitant du plan de soins et des consignes de suivi.

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

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

L'intervention du gériatre apporte une capacité d'analyse complémentaire de la problématique, une expertise pour la meilleure orientation possible, une connaissance des différents services d'aval. Son intervention n'est efficace que s'il a la possibilité d'orienter le patient dans la filière gériatrique.

### 1. Définition de la filière gériatrique et ses ressources

Cette filière a pour missions essentielles l'accès aux soins, la continuité des prises en charge sanitaires, l'assurance d'une prise en charge adaptée aux besoins de la PA. Elle s'articule avec le reste du réseau grâce aux Comité Local d'Information et de Communication (CLIC). Ses composantes sont résumées dans le tableau suivant :

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

### 2. Le rôle de la filière gériatrique à partir des urgences est de :

- faciliter les hospitalisations dans les structures de la filière gériatrique (circuit court),
- optimiser les soins de la personne âgée,
- prévenir la dépendance.

Il n'est pas possible aujourd'hui d'envisager que toutes les PA puissent bénéficier de la filière gériatrique en raison du manque de moyens et de structures. Cependant le jury recommande un test spécifique (Score ISAR - niveau 1), utilisable aux urgences par l'équipe soignante, pour dépister les PA à risque d'une évolution défavorable (réhospitalisation, institutionnalisation, décès dans les 6 mois). Les PA dont le score ISAR est positif devraient être suivies prioritairement dans la filière gériatrique (tableau 3).

En raison de l'hétérogénéité des structures hospitalières actuelles, le jury recommande aux urgentistes et aux gériatres, de définir ensemble les objectifs de la prise en charge des PA dans la filière gériatrique et les modalités de fonctionnement de l'équipe médico-sociale gériatrique au sein du SU au regard des moyens disponibles. Ces accords incluent une mission de formation aux "bonnes pratiques gériatriques".

### Comment éviter les réadmissions précoces aux urgences ?

Pour prévenir la réadmission précoce, le jury recommande sur le plan social un recueil d'informations com-

plet à l'admission, un bilan social à la sortie, et l'information de la PA et son entourage des orientations prises pour s'assurer de leur adhésion avec le projet de soins. Sur le plan médical, le jury propose de dépister les principaux facteurs de risque de réhospitalisation. Ces facteurs de risque sont retrouvés dans le concept de "la fragilité de la PA" (cf. Question 2). Il semble nécessaire d'effectuer en collaboration avec le gériatre une évaluation globale de la PA et de s'assurer à la sortie du suivi des soins.

### **Quels sont les critères d'admission en réanimation ?**

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

Les facteurs les plus importants à considérer chez la personne âgée sont l'état physiologique (conditionné par la gravité de la pathologie intercurrente), l'état fonctionnel, les défaillances d'organe antérieures et des facteurs liés au terrain. L'âge ne devrait pas contre-indiquer l'admission en réanimation (niveau de preuve 2) mais son poids dans la décision semble rester majeur.

L'orientation et l'admission d'un patient en réanimation se réalisent toujours au terme d'un échange singulier entre le médecin des urgences et le médecin réanimateur, échange qui doit tenir compte des critères mentionnés, intégrer le souhait du patient et/ou de la famille ou de la personne de confiance, le bénéfice attendu et le risque de dépendance définitive aux techniques de suppléance.

En pratique, 4 types de situation peuvent être distingués :

- Le patient âgé, même très âgé, pour lequel il n'existe aucune réserve pour la prise en charge en réanimation (défaillance viscérale aiguë, pathologie chirurgicale opérable ou traumatisme grave), sur un état antérieurement autonome avec intégrité des fonctions supérieures.
- Le patient trop grave doit faire intervenir le médecin réanimateur aux urgences pour garantir une démarche éthique commune avec le médecin des urgences.
- Le patient considéré comme insuffisamment grave pour justifier la réanimation doit pouvoir bénéficier d'un repérage et d'une prise en charge avec surveillance continue aux urgences ou dans un service approprié ainsi que d'une réévaluation par le réanimateur dans un délai court.

- Dans les cas où persiste un doute sur le pronostic et pour se donner du temps, ou par manque d'informations, le jury recommande de proposer ce patient en réanimation ou de le prendre en charge au déchocage dans le cadre d'une réanimation d'attente ou compassionnelle selon les circonstances. Ce temps permet de réunir les informations et/ou de prendre une décision éthique d'arrêt des soins en accord avec la famille.

### **Quelle est la place des urgences pour les soins palliatifs chez la personne âgée de plus de 75 ans ?**

#### **Les patients âgés doivent-ils venir aux urgences pour mourir ?**

L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches dans les services d'urgence est une réalité aux particularités singulières liées aux contraintes des SU et à la situation du patient (Niveau de preuve 4).

L'émergence de la problématique des situations de fin de vie dans les SU, repose sur un sentiment d'obstination déraisonnable qui devra être formulée et déclinée sur des critères cliniques suivants: forte probabilité de décès, nature de la maladie chronique, souffrances extrêmes, incurabilité d'une affection aiguë, qualité de vie inacceptable. L'autonomie du patient, l'existence de troubles cognitifs et l'âge du patient viennent s'ajouter à ces éléments.

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

- 1.** Patient adressé aux urgences avec la notion de fin de vie reconnue et acceptée, déjà pris en charge dans une filière de soins palliatifs. Le rôle de l'urgentiste est de s'assurer de la réalité de la situation, d'identifier et de traiter les pathologies aiguës accessibles à un traitement médical simple. Le jury recommande que la prise en charge palliative soit effectuée dans la filière ou l'établissement habituel où le patient est suivi.
- 2.** Patient admis aux urgences pour lequel le sentiment d'obstination déraisonnable est présent dès le moment de l'admission ou adressé par le médecin pour valider surtout aux yeux de la famille, qu'il est bien au dessus de toutes ressources thérapeutiques. Pour ces patients, la démarche éthique en accord avec les proches aboutit à l'abstention ou la limitation thérapeutique. Cette prise en charge est effectuée aux urgences ou dans un service en fonction du délai présupposé du décès du patient.
- 3.** Patient pour qui l'urgence commande une prise en charge maximale des soins et pour lequel le sentiment d'obstination déraisonnable apparaît progressivement avec l'évolution, le diagnostic, le recueil des informa-

tions et le contact avec la famille. Après une éventuelle réanimation d'attente, la démarche éthique pourra aboutir dans ce cas à un arrêt ou à un ajustement thérapeutique. Dans ces situations le décès étant proche, il est de la mission de l'équipe des urgences d'assumer ces patients.

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

Le jury recommande :

- La mise en place d'une procédure écrite permettant de clarifier la situation et les différents circuits de patients avec les services concernés,
- L'élaboration d'un protocole d'accompagnement des fins de vie,
- La transmission écrite et argumentée de la décision médicale,

- Une formation des soignants, la mise en place d'un groupe de réflexion éthique et le " debriefing " en raison de la charge émotionnelle engendrée par ces situations et de leur accroissement prévisible.

## CONCLUSION

La prise en charge des PA de plus de 75 ans aux urgences est complexe. Cette difficulté est accentuée par un manque important de données scientifiques. A tous les niveaux de la prise en charge de ces PA, médicale et sociale, les niveaux de preuves sont le plus souvent faibles.

Outre les recommandations classiques, cette conférence de consensus a permis de proposer des outils d'évaluation de prise en charge de la PA aux urgences, ouvrant des perspectives importantes de recherche, afin de les évaluer puis de les valider ■

# BRÈVES ... BRÈVES ... BRÈVES ...

Brève préparée avec l'aide de Successful Aging – Plus de brèves sur le site [www.saging.com](http://www.saging.com)

## Une alimentation riche en acide folique diminuerait le risque d'accidents vasculaires cérébraux ischémiques

*La littérature scientifique et médicale contient de nombreux travaux démontrant une association entre taux circulants élevés d'homocystéine et affections cardiovasculaires. Plusieurs facteurs peuvent être responsables d'une augmentation des taux circulants d'homocystéine, parmi lesquels une alimentation trop pauvre en acide folique, en vitamine B6 ou B12.*

*Une vaste étude épidémiologique dont les résultats viennent d'être publiés dans la revue Stroke a été réalisée sur une cohorte de 43 732 professionnels de santé américains afin de préciser le rôle de la prise alimentaire de vitamines dans la survenue de différents types d'accidents vasculaires cérébraux (AVC). Les participants, de sexe masculin, étaient âgés de 40 à 75 ans au début de l'étude qui a duré 14 ans. Les sujets étaient exempts de pathologie cardiovasculaire et de diabète lors de l'inclu-*

*sion. Leurs habitudes alimentaires ont été évaluées tous les 4 ans à l'aide d'un questionnaire.*

*Au total, 725 AVC ont été dénombrés au cours du suivi. Les sujets qui avaient la plus forte consommation de folates avaient un risque d'AVC d'origine ischémique diminué de près de 30% (RR = 0,71 ; IC à 95%, 0,52 – 0,96) par rapport à ceux qui en consommaient le moins. Une diminution comparable du risque d'AVC ischémique était également observée chez ceux qui avaient la consommation la plus élevée de vitamine B12 alors que ce n'était pas le cas pour la vitamine B6. En revanche, aucune relation n'a pu être montrée entre la survenue d'AVC hémorragique et la consommation de folates, de vitamine B6 ou B12.*

**He K. et al ; Stroke: 2004; 35, 169-174**