

1

Soins d'urgence

PHILIPP D. MAGIDSON ET ROBERT S. ANDERSONJR

PLAN DU CHAPITRE

Objectifs 3

Le rôle de la médecine d'urgence 3

- Les objectifs de soins sont mieux envisagés avant les soins d'urgence 4
- Différences de formation entre médecins généralistes et médecins urgentistes 4
- Limitation du risque en médecine d'urgence 4
- Motifs de recours au service des urgences 4

Le service des urgences 5

- Épidémiologie 5
- L'environnement physique du service des urgences 6
- Le service des urgences gériatriques 6
- Transfert en cours de soins 6

Situations courantes au service des urgences 7

- Douleur thoracique 7
- Dyspnée 7
- Douleur abdominale 9
- Traumatisme 9

Résumé 10

Références clés 10

Références 10.e1

Les compléments en ligne sont indiqués par le pictogramme.

OBJECTIFS

Après avoir achevé ce chapitre, le lecteur doit pouvoir :

1. Identifier les différences essentielles entre la pratique de la médecine d'urgence et les premiers soins en gériatrie.
2. Se rendre compte des problèmes et risques rencontrés chez des personnes âgées soignées dans le cadre des urgences.
3. Reconnaître les options et possibilités effectives des urgences et des médecins urgentistes pour assurer les besoins non urgents des personnes âgées.
4. Comprendre les particularités essentielles de la prise en charge des personnes âgées dans le cadre des premiers soins en cas de douleur thoracique, dyspnée, douleur abdominale ou atteintes traumatiques, et quand adresser ces patients au service des urgences.

◆ **Le nombre de patients âgés arrivant aux urgences continue à augmenter en dépit de la diminution des capacités d'hospitalisation.**

Le rôle de la médecine d'urgence

La médecine d'urgence n'a pas été officiellement reconnue comme sous-spécialité médicale par la Commission américaine des sous-spécialités médicales jusqu'en 1979, soit près de 10 ans après que la première Société de gériatrie eut été constituée^{2, 3}. L'évolution de cette spécialité, ainsi que des unités de soins, du personnel et du nombre des patients des urgences, a été significative lors des dernières 50 années. Avant les années 1970, les unités d'urgence étaient souvent peu équipées, avec des médecins peu formés devant recourir à des médecins senior d'astreinte assurant la majorité

des soins. Lorsque cette sous-spécialité s'est développée, avec du personnel bien entraîné et un accès plus large à des moyens de diagnostic et de traitement, il y a eu simultanément une augmentation du recours des patients aux urgences, ainsi qu'une diminution des unités d'hospitalisation. Depuis le début des années 1990, les consultations aux urgences ont augmenté nettement plus que l'accroissement de la population, avec près de 146 millions de consultants en 2016^{4, 5}. Cette croissance est de l'ordre de 62 % depuis le début des années 1990. La raison de cette croissance est probablement multifactorielle combinant le vieillissement de la population, l'augmentation des disponibilités technologiques aux urgences, et la difficulté d'accès aux soins ambulatoires dans des délais courts ou en urgence^{6, 7}. Durant cette même période cependant, le nombre de lits d'hospitalisation a diminué de 18 %⁸. Bien que les urgences constituent un dispositif de sécurité pour ceux qui n'ont pas accès aux soins de routine dans des situations chroniques, l'expérience

actuelle des urgences et de son personnel médical doit avant tout permettre la prise en charge des pathologies aiguës. En pratique, la « *definition of emergency medicine* » de l'*American College of Emergency Physician's* (ACEP) caractérise la médecine d'urgence comme « la spécialité médicale destinée au diagnostic et traitement des affections ou atteintes imprévues »⁹. Compte tenu des objectifs de cette sous-spécialité, du nombre considérable de consultants, et de la fréquence des interruptions de la prise en charge aux urgences comparativement aux soins ambulatoires, les personnes âgées avec des plaintes plutôt subaiguës ou chroniques devraient être prises en charge spécifiquement par les médecins généralistes plus compétents en soins ambulatoires chroniques. Le défi est de savoir quand et comment recourir à la médecine d'urgence et au service des urgences. Le but de ce chapitre est d'aider davantage les médecins traitants à relever ce défi.

◆ **Compte tenu de l'orientation de la médecine d'urgence et de l'environnement de la pratique des soins aux urgences, les personnes âgées avec des processus pathologiques subaigus ou chroniques sont mieux prises en charge en soins ambulatoires de ville.**

Les objectifs de soins sont mieux envisagés avant les soins d'urgence

Parmi les patients âgés, 75 % sont vus aux urgences dans les 6 derniers mois de la vie, et plus de 50 % dans le dernier mois¹⁰. Dans la caractéristique de l'urgence médicale, il y a l'objectif primordial du recours à des actes de réanimation agressifs pour des affections aiguës, même si ces interventions ne sont pas des demandes de soin de la part du patient ou de la famille. Même si plus de 90 % des urgentistes estiment que la discussion des propositions de soins entre dans le cadre de leur exercice, 66 % d'entre eux signalent des difficultés d'entreprendre une discussion par insuffisance de temps, manque de communication avec le patient, et parfois malgré les attentes des patients¹¹. Cela souligne l'importance de cette discussion dans la décision des soins initiaux, en particulier chez des patients âgés avec des affections évoluées ou proches de la fin de vie. Bien entendu, il est particulièrement crucial qu'il y ait une communication des priorités aux urgentistes, soit oralement par un appel aux intéressés ou par écrit avec des informations médicales sur le traitement du maintien de vie, ou des instructions aux soignants sur la forme du traitement de maintien de vie.

Différences de formation entre médecins généralistes et médecins urgentistes

Dans le domaine de la santé, ce n'est pas un secret que certaines sous-spécialités sont plus attractives. Cependant, le processus de choix personnel excepté, d'autres facteurs, telles les stratégies de résolution d'un problème acquises en cours de formation de spécialité, vont différencier davantage les soignants dans certains domaines, ainsi que dans leur façon d'aborder les soins au patient. L'aptitude à évaluer un patient indifférencié en rassemblant un nombre limité de données, et aussi le faire rapidement dans une certaine confusion, est peut-être plus spécifique à la médecine d'urgence. Une modalité est de pratiquer la méthode heuristique de la prise de décision. La prise de décision heuristique est une stratégie orientée sur des facteurs de prédiction peu nombreux mais significatifs. En pratique, beaucoup de règles de décision clinique couramment utilisées aux urgences,

comme les critères d'exclusion de l'embolie pulmonaire, le score HEART, ou l'évaluation rapide de défaillance d'organe, prennent en compte des critères décisionnels très spécifiques, en négligeant certaines autres informations disponibles. Cette modalité de prise de décision heuristique tend à aboutir à une sensibilité élevée avec une plus faible spécificité^{12, 13}. Les médecins généralistes ont tendance à avoir plus de familiarité avec les patients, à rechercher une information plus large, et à prendre plus de temps pour la décision clinique et, de ce fait, utilisent une approche plus déductive. Aux soins ambulatoires, il y a aussi la perspective d'un diagnostic définitif, même s'il n'est pas immédiat, ce qui est souvent partagé par le généraliste et le patient. Cela est en contradiction avec la médecine d'urgence où les urgentistes doivent simplement veiller à la pathologie menaçant la vie du patient, alors que le patient espère un diagnostic définitif comme aux soins ambulatoires.

◆ **La pratique en soins ambulatoires et aux urgences diffère dans la formation, l'analyse du niveau de risque, l'information disponible, et les interruptions durant le bilan du patient.**

Limitation du risque en médecine d'urgence

Les urgentistes ont tendance à pratiquer un examen plutôt restrictif dans le cadre d'une pratique médicale conservatrice. Comparativement à d'autres sous-spécialités à haut risque, les médecins urgentistes demandent plus d'examen qu'il n'est indiqué, selon leurs propres comptes rendus¹⁴. Malgré ce type de pratique, les urgentistes ont à peine un peu plus de réclamations de mauvaise pratique par rapport aux autres médecins. Malgré tout, le taux de réclamations de mauvaise pratique parmi les urgentistes est d'environ 50 % plus élevé que celui des sous-spécialités de premiers soins aux adultes¹⁵. La cause en est multifactorielle. Les raisons comportent probablement une plus longue et meilleure communication entre les généralistes et leurs patients, des diagnostics à risque plus nombreux aux urgences, l'affluence aux urgences, et une documentation moins complète et approfondie aux urgences¹⁶. D'après ces considérations et la complexité à soigner les personnes âgées, ces dernières sont soumises à beaucoup d'examen diagnostiques et de consultations médicales dans le cadre des urgences comparativement à des adultes plus jeunes¹⁷⁻¹⁹.

Motifs de recours au service des urgences

Les raisons courantes de recours des personnes âgées aux urgences pour des affections non évidentes, à la fois par décision personnelle et recommandation de leur généraliste, ainsi que les problèmes associés, sont présentées dans le [tableau 1.1](#). Il est important pour le généraliste de comprendre quels sont les types d'affections qui doivent conduire aux urgences, afin d'éviter des recours inutiles et apaiser les attentes du patient et de la famille.

Une des premières étapes pour identifier une véritable urgence médicale, ainsi que le recours nécessaire aux urgences, est d'apprécier s'il y a une atteinte en cours ou imminente des voies respiratoires ou de l'état circulatoire. Cette première étape connue comme évaluation des voies aériennes, de la respiration et de la circulation est importante pour tous les généralistes et urgentistes, qui doivent agir comme s'ils étaient confrontés à une véritable urgence. L'évaluation d'une atteinte neurologique aiguë élargit le cadre du premier examen. Le [tableau 1.2](#) montre des situations spécifiques qui nécessitent un recours rapide aux urgences.

TABEAU 1.1 Recours évitables courants aux urgences

Motifs de consultation	Problèmes associés	Alternative possible
Patient anémique asymptomatique venant pour une transfusion	Des transfusions sanguines de routine aux urgences peuvent causer des difficultés aux urgentistes qui ne connaissent pas le patient ou conduisent à un bilan inutile (si la cause est connue). En plus, beaucoup de services d'urgence ont des instructions d'hospitaliser les patients qui requièrent une transfusion	Des centres de transfusion reçoivent des patients ambulatoires sur rendez-vous ou de façon régulière, le patient y étant connu. Ils ont la capacité de faire des transfusions en ambulatoire
Renouvellement de produits soumis à prescription contrôlée	Presque aucun généraliste n'enverrait son patient aux urgences pour un renouvellement, mais cela peut arriver lorsque le généraliste est inaccessible. Des remplaçants ou secrétaires peuvent envoyer des patients aux urgences pour renouvellement de produits sous contrôle. En raison de la grande vigilance dans la prescription à haut risque et de certaines dispositions légales aux urgences, les urgentistes sont peu enclins à fournir de telles ordonnances ²⁰	Il faut envisager en amont la manière de répondre à de telles demandes, en accord avec les prescripteurs. Des ordonnances pré-écrites peuvent être faites lorsqu'il est prévu que les patients auront à renouveler l'ordonnance. Elles peuvent rester au secrétariat, à disposition des patients même en l'absence du généraliste
Examens d'imagerie complexes, non urgents	Bien que les urgences fonctionnent 24 h/24 et 7 j/7, tous les services ne sont pas disponibles. L'imagerie haut de gamme comme le scanner, l'IRM ou l'échographie peut ne pas être disponible à toute heure. Des patients qui viennent avec des ordonnances pour de telles imageries peuvent se trouver renvoyés sans l'examen ou hospitalisés pour un examen d'imagerie ambulatoire	Il faut inciter les patients à passer leurs examens d'imagerie non urgents en ambulatoire autant que possible. En cas d'impossibilité, il faut s'assurer auprès de l'urgentiste de la disponibilité du type d'imagerie avant d'envoyer le patient aux urgences
Hypertension asymptomatique	Une prise en charge fortement agressive d'un patient hypertendu ne survient en général que dans le cadre d'une dysfonction terminale d'organe. Les patients adressés aux urgences pour une hypertension asymptomatique n'ont aucune probabilité d'y recevoir des actes en urgence. En fait, l'ACEP a une ligne de conduite clinique pour ce type d'affection, que la plupart des urgentistes observent, et qui déconseille tout traitement ou intervention agressifs ²¹	L'ajustement de médication pour la pression artérielle peut se faire au cabinet médical, par téléphone, ou par visite à domicile. Son efficacité est bonne sinon meilleure que lors d'une consultation aux urgences. En cas d'hypertension, il faut éduquer les patients à la pratique de prise de tension artérielle
Plaintes dentaires sans infection systémique	Malheureusement, les urgentistes ne sont généralement pas mieux informés que les généralistes à propos des problèmes dentaires de routine. Chez un patient aux voies aériennes libres, sans signe d'infection systémique, les urgentistes se contentent de prescrire des antalgiques et d'adresser au dentiste	Les personnes âgées en bonne santé apparente, sans aucun signe d'infection systémique sont à adresser directement au dentiste et non aux urgences

ACEP : American College of Emergency Physicians.

TABEAU 1.2 Signes d'alarme de décompensation imminente

Voie aérienne	Cédème de la voie aérienne, stridor, inconscience partielle ou totale
Respiration	Bradypnée (< 10 cycles par minute), ou tachypnée extrême (> 32 cycles par minute), hypoxie récente avec saturation d'oxygène < 93 % chez des patients sans atteinte pulmonaire ou < 88 % chez des patients avec atteinte pulmonaire
Circulation	Signes d'hypoperfusion d'organes terminaux : cyanose, troubles du comportement, extrémités froides avec pouls faibles, ou fréquence cardiaque < 50 battements par minute ou > 120 battements par minute, ou pression artérielle systolique < 100 mmHg
Neuromotricité	Changement ou baisse de l'état mental, anomalies pupillaires, ou déficit neurologique récent. Évaluation fréquente d'après l'échelle de coma en 15 points de Glasgow

Le service des urgences

◆ Aux urgences, les personnes âgées attendent plus longtemps, nécessitent plus d'examens diagnostiques et de prise en charge sociale, et ont plus de probabilités d'être hospitalisées que des patients plus jeunes.

Épidémiologie

En 2016, les patients âgés de 65 ans ou plus représentaient 23 millions de recours aux urgences, ou près de 16 % de toutes les consultations aux urgences aux États-Unis. La probabilité d'arrivée aux urgences en ambulance ou par des services de secours augmente avec l'âge⁵. En pratique, plus de 40 % des patients de 75 ans ou plus arrivent en ambulance. En plus, les personnes âgées ont à leur arrivée aux urgences une probabilité plus élevée d'être plus haut placés dans la classification de gravité initiale. Les patients âgés passent 20 % de temps en plus aux urgences, ont près de 50 % d'examens diagnostiques en plus, et nécessitent probablement 400 % de plus de prise en charge sociale que des

patients plus jeunes²²⁻²⁴. Ces patients sont aussi nettement plus souvent admis en unité d'hospitalisation conventionnelle ou en unité de soins intensifs. Chez les personnes âgées ayant quitté les urgences, il y a un déclin fonctionnel considérable, ainsi qu'un retour significatif aux urgences^{19, 25}. En plus, les patients âgés vus aux urgences ont des taux élevés d'évolution défavorable après la consultation initiale, une étude signalant 34 % de mortalité à 1 an²⁶.

Malgré les problèmes liés aux soins pour les patients âgés aux urgences, et l'augmentation de morbidité et mortalité liée à ces consultations, la plupart des patients âgés ont un généraliste et beaucoup l'ont consulté avant d'aller aux urgences. Une étude a démontré que 32 % des patients ayant un généraliste et des problèmes médicaux non urgents n'arrivent pas à accéder au généraliste et se rendent de ce fait aux urgences⁶. Dans certains cas, le généraliste a adressé le patient aux urgences pour un bilan, ce qui donne l'opportunité d'investigations pluridisciplinaires. Il est ainsi possible de constater les recours adéquats ou inadéquats aux urgences, et d'améliorer la communication entre généraliste et urgentiste^{25, 27-29}.

L'environnement physique du service des urgences

Très peu d'urgences sont dédiées à l'intention des patients âgés. Les urgences ainsi que les lieux de leur pratique sont spécifiquement adaptés pour permettre de prendre en charge une maladie et un traumatisme dans les meilleurs délais par un triage rapide et des processus diagnostiques et thérapeutiques. En plus, il y a un effort constant pour voir plus de patients rapidement, comme le montrent les données d'une corrélation positive entre le surpeuplement des urgences et la mortalité aux urgences³⁰. Dans un tel environnement sont défavorisés les patients qui ont des pathologies complexes, des antécédents médicaux compliqués, de longues listes de médicaments, ou des difficultés sensorielles ou de communication^{27, 31}.

Le risque de syndrome confusionnel est significatif pour les patients âgés aux urgences. Avec la limitation de la lumière naturelle, la circulation continue de patients et l'activité autour d'eux, et un accès improbable à la nourriture, les urgences ne sont pas seulement génératrices d'état confusionnel, mais de nombreux patients âgés confus ne sont pas reconnus comme tels à leur prise en charge aux urgences^{32, 33}. Cet état confusionnel non reconnu a des implications significatives sur la morbidité et la mortalité dans la population âgée. En plus, la prise en charge de patients aux urgences après décision d'hospitalisation (une procédure de routine à beaucoup de services des urgences) peut perturber la nature des soins dans les cas complexes chez des personnes âgées. Pour ces raisons, il est préférable d'éviter les urgences pour les patients âgés, s'il existe des alternatives.

Le service des urgences gériatriques

Un effort de collaboration entre les sociétés professionnelles de médecine d'urgence, de gériatrie et de soins infirmiers a abouti à la publication en 2014 de *Geriatric Emergency Department Guidelines*³⁴. Le but de ces recommandations est d'aider à reconnaître les meilleures pratiques de soins aux patients âgés, et a ouvert le chemin à l'ACEP pour donner une accréditation formelle afin d'atteindre et dépasser les critères standard³⁵.

Ces services d'urgences gériatriques offrent généralement aux patients âgés des prestations de qualité dans quatre domaines³¹ :

1. Organisation du personnel : les urgences gériatriques ont plus de probabilité de disposer de soins infirmiers bien rodés prodigués aux patients âgés, ainsi qu'une bonne prise en charge sociale pour les cas gériatriques. Avec l'augmentation du besoin d'assistance sociale pour ces patients, de solides équipes interdisciplinaires sont primordiales et souvent disponibles aux urgences gériatriques. Un rapport a montré que la disponibilité d'une meilleure prise en charge sociale des patients âgés aux urgences pouvait faire diminuer le taux de réadmission³⁶.
2. Amélioration de l'environnement : dans de nombreux services d'urgences gériatriques, l'espace disponible pour les patients et les familles est plus confortable lors de la consultation : par exemple, la disponibilité d'équipements adaptés – dont des systèmes d'amplification sonore, d'agrandissement pour la lecture, des sols antidérapants, des barres d'appui, des sièges confortables pour la famille – et un meilleur accès aux aides à la mobilité durant le séjour et à la sortie des urgences³⁷.
3. Lignes de conduite et procédures spécifiques à la gériatrie : comme composante de l'accréditation des urgences gériatriques par l'ACEP, il est nécessaire d'avoir organisé des lignes de conduite ou d'interventions spécifiques à la gériatrie. À cette fin, de nombreux services d'urgences gériatriques utilisent une large gamme de modalités telles que le bilan comparatif des médicaments, les tests cognitifs, l'analyse de fragilité, et le bilan de l'état fonctionnel et des chutes^{38, 39}.
4. Formation et entraînement du personnel : la plupart des urgences gériatriques signalent avoir comme mission spécifique une préparation formelle de leur main-d'œuvre aux soins des patients âgés. En général, aux urgences gériatriques, les infirmiers et médecins qui y travaillent ou y ont des responsabilités ont suivi et participé à des formations continues sur les bonnes pratiques pour les personnes âgées³¹.

◆ **Les services d'urgences gériatriques se chargent de l'organisation du personnel, des améliorations de l'environnement, des procédures et de la formation spécifique à la prise en charge des patients âgés et à leurs besoins.**

En adressant un patient âgé aux urgences, il est important de comprendre que toutes les urgences, qu'elles soient spécifiques à la gériatrie ou non, peuvent fournir d'excellentes prestations de soins à tous les patients, y compris les plus âgés. Les urgences gériatriques cependant offrent aux patients âgés et à leur famille un accueil et des prestations particuliers qui peuvent améliorer le bien-être du patient et fournir des soins gériatriques de meilleure qualité, fondée sur des preuves.

Transfert en cours de soins

Les patients âgés sont, probablement plus que d'autres groupes de patients, transférés entre plusieurs établissements^{40, 41}. Environ un quart des résidents en maison de retraite sont annuellement transférés aux urgences⁴². En dépit de la fréquence élevée de transferts pour soins, de nombreuses études ont montré que des informations essentielles, telles que la symptomatologie du patient, la liste des médicaments, les références sur l'état cognitif, les statuts administratifs et les objectifs de soins, manquent dans près de 90 % des cas lors du transfert de patients entre les urgences et la maison de retraite⁴³⁻⁴⁶.

Ce manque de transmission d'informations n'est pas sans conséquence, à la fois pour le patient et pour le système de santé. Une étude sur les changements du régime des médicaments entre les unités de soins aigus et de long séjour a identifié des effets indésirables dans 20 % des cas⁴⁷. En plus, des études évoquent une insuffisance de communication entre les structures de long séjour et les urgences, avec pour résultat une augmentation inutile de recours aux urgences, ainsi qu'à l'hospitalisation et aux services de soins de suite^{40, 48}.

En considérant les bonnes pratiques pour améliorer la transmission réciproque des soins entre l'unité de séjour et les urgences, un certain nombre de procédés ont été utilisés, tels que l'envoi de messages à partir du dossier médical électronique entre les urgences et les soignants extérieurs, le transfert électronique de résultats, la communication directe de directives précises aux soignants ou des recommandations médicales pour le maintien de vie, et l'emploi d'une infirmière coordonnatrice en gériatrie ou d'une planification des sorties^{40, 49, 50}. D'autres méthodes ont pour but de réduire les transferts de soins, en ayant recours à des modèles de soins alternatifs, tels les programmes de soins tout inclus pour les personnes âgées, ou la mise en œuvre de l'hospitalisation à domicile. Il est manifeste que des programmes tels l'hospitalisation à domicile peuvent réduire les coûts, améliorer la satisfaction du patient, et réduire les événements indésirables et le déclin fonctionnel, lorsqu'ils sont appliqués à des populations appropriées de patients⁵¹⁻⁵³.

Situations courantes au service des urgences

Douleur thoracique

CAS CLINIQUE 1

M. Allen (1^{re} partie)

Vous recevez dans votre clinique M. Allen, homme de 72 ans, pour douleur thoracique. La femme du patient a appelé la clinique auparavant, expliquant que son mari s'est réveillé avec une nouvelle douleur thoracique. Le patient dit qu'il s'est trouvé, le jour précédent, plus fatigué que d'habitude. Il s'est cependant réveillé ce matin avec une douleur thoracique qui semblait plus forte lorsqu'il s'est habillé pour la journée. Il la décrit comme une pression avec irradiation dans le bras droit. Il n'a jamais eu cette douleur auparavant. Le patient a des antécédents d'hypertension et un diabète bien contrôlé. Ses signes généraux sont normaux. Il semble un peu mal à l'aise lorsque vous l'observez allant dans la salle d'examen, sa douleur thoracique réapparaissant à ce moment. La douleur régresse lorsqu'il s'assoit sur la table d'examen. Son examen physique est par ailleurs sans particularité.

La douleur thoracique représente aux États-Unis plus de 7 millions de consultations aux urgences par an⁵. C'est le motif le plus courant chez les patients âgés. Le diagnostic différentiel pour la douleur thoracique est vaste, et la décision du généraliste d'avoir recours aux urgences peut être mise en question. La plupart des généralistes cependant (de même que les urgentistes) savent reconnaître rapidement un syndrome coronarien aigu chez les patients âgés avec douleur thoracique, car plus de la moitié de tous les infarctus du myocarde surviennent chez des adultes de plus de 65 ans⁵⁴. Bien que chez les patients âgés des symptômes et signes atypiques comme une parésie, un malaise général ou une douleur dorsale, soient plus courants que chez des adultes plus jeunes, la douleur thoracique avec irradiation dans les deux bras,

la douleur semblable à des épisodes ischémiques antérieurs et les changements de nature de la douleur thoracique en 24 heures sont très évocateurs d'un processus ischémique^{55, 56}. Un patient présentant de tels symptômes à la consultation du généraliste doit avoir en urgence un électrocardiogramme (ECG), avec si possible comparaison à des ECG antérieurs, et doit être aussitôt transporté aux urgences, si c'est compatible avec des objectifs thérapeutiques. L'initiation d'objectifs thérapeutiques est à proscrire dans cette situation. Le seul traitement du généraliste en phase aiguë peut consister en une dose unique d'aspirine entre 160 et 325 mg, qui a l'avantage d'un effet favorable contre la mortalité⁵⁷.

La dissection aiguë de l'aorte, bien que rare, peut être sévère, avec des taux de mortalité atteignant 60 % pour certains types particuliers⁵⁸. Même chez les patients âgés, la douleur thoracique est de loin la plainte la plus courante. Un début brusque de la douleur thoracique augmente la suspicion clinique de dissection aiguë⁵⁸. Bien qu'il soit tentant de réaliser une radiographie du thorax, en particulier en ambulatoire, près de 40 % des patients avec une dissection aiguë de l'aorte n'ont pas le classique « élargissement du médiastin », et plus de 12 % ont une image tout à fait normale⁵⁸. De ce fait, la forte suspicion clinique pour cette atteinte justifie le recours aux urgences de façon rapide. Il est par conséquent important de poser les bases des objectifs thérapeutiques avant les urgences.

L'embolie pulmonaire est une éventualité particulière chez des patients avec des antécédents d'embolie ou de thrombose veineuse profonde, et qui se présentent avec une douleur thoracique. Chez les patients âgés avec un diagnostic d'éventuelle embolie pulmonaire, une syncope et une hypoxie sont plus courantes que chez des adultes plus jeunes⁵⁹.

Le zona (herpès zoster) est une autre cause de douleur thoracique chez les patients âgés ; s'il est suspecté, il est facilement identifié au cabinet médical. Avec l'augmentation du recours aux examens de laboratoire et d'imagerie, un bon examen de la peau ne doit pas être négligé par le généraliste, ainsi que l'urgentiste. Le reflux gastro-œsophagien est aussi courant chez les personnes âgées, mais doit rester un diagnostic d'exclusion en cas de douleur thoracique inaugurale chez un patient sans antécédents connus de reflux.

CAS CLINIQUE 1

M. Allen (2^e partie)

D'après la symptomatologie et les antécédents du patient, vous évoquez surtout un syndrome coronarien aigu. L'ECG que vous avez pratiqué montre une inversion nouvelle de l'onde T. L'état fonctionnel général du patient est bon. Pendant que votre secrétariat appelle l'ambulance, vous administrez 324 mg d'aspirine par voie orale. Aux urgences, un nouvel ECG montre une élévation du segment ST. Le patient est pris en urgence pour une coronarographie qui montre une occlusion de l'artère coronaire droite. Il a été hospitalisé, un stent (endoprothèse à élution médicamenteuse) a été posé avec succès, et il a pu retourner au domicile en bonne forme après une brève hospitalisation.

Dyspnée

Comme chez les patients présentant une douleur thoracique, les causes de dyspnée sont vastes. Chez les patients avec cette plainte en ambulatoire, il est important d'envisager les signes d'alarme de décompensation cités précédemment (voir [tableau 1.2](#)) pour aider à trier le patient pour traitement en ambulatoire ou à adresser

aux urgences. Toutes irrégularités significatives dans les signes d'alarme doivent aboutir à un recours rapide aux urgences.

L'insuffisance cardiaque décompensée est la raison la plus courante d'admission à l'hôpital pour les patients âgés⁶⁰. La décision du recours aux urgences pour insuffisance cardiaque est fondée sur la capacité du généraliste à identifier la cause déclenchante, le degré de décompensation, et la notion d'épisodes antérieurs. Par exemple, des patients avec de discrets symptômes, qui déclarent avoir interrompu leur traitement, ne doivent pas être adressés aux urgences sans au moins un essai de reprise du traitement en ambulatoire. Des études ont montré que chez des patients âgés hospitalisés, il peut se produire d'importantes modifications de la médication parfois dangereuses ou inutiles. Des essais de reprise du traitement en ambulatoire, sans consultation aux urgences, peuvent aider à réduire ce risque⁶¹.

Pour les généralistes qui ont accès à un centre médical où peuvent être pratiquées des perfusions de diurétiques en ambulatoire, il est évident de proposer ce recours afin de réduire l'hospitalisation pour insuffisance cardiaque congestive⁶². Lorsque la prise en charge en ambulatoire n'est pas possible ou que la décompensation paraît imminente, le recours aux urgences est justifié. Comme cité précédemment dans ce chapitre, les patients âgés ont tendance à avoir de nombreux bilans aux urgences. Ceci étant, si une cause connue ou fortement suspectée d'exacerbation d'une insuffisance cardiaque congestive est constatée, une communication avec l'urgentiste peut permettre de réduire les examens inutiles et la durée de présence de ces patients aux urgences.

◆ **L'utilisation de méthodes codifiées d'aide à la décision clinique, comme le score CURB-65, peut permettre de décider du recours aux urgences pour des patients atteints de pneumonie (tableau 1.3).**

TABEAU 1.3

Score CURB-65 et interprétation

Paramètres CURB-65	
Syndrome confusionnel	1 point pour oui
Urée sanguine > 19 mg/dL	1 point pour oui
Fréquence respiratoire ≥ 30 cycles/min	1 point pour oui
Pression artérielle systolique < 90 mmHg ou diastolique ≤ 60 mmHg	1 point pour oui
Âge ≥ 65 ans	1 point pour oui
Score CURB-65	Mortalité à 30 jours
0 – Risque faible, prévoir traitement à domicile	0,6 %
1 – Risque faible, prévoir traitement à domicile	2,7 %
2 – Courte hospitalisation ou traitement ambulatoire sous surveillance stricte	6,8 %
3 – Pneumonie sévère, hospitalisation recommandée	14 %
4 ou 5 – Pneumonie sévère, hospitalisation en unité de soins intensifs	27,8 %

La pneumonie est une cause courante de dyspnée chez le patient âgé, survenant quatre fois plus souvent que dans la population générale⁶³. Le diagnostic de pneumonie peut souvent être fait en ambulatoire par le contrôle des signes généraux, l'examen clinique, les résultats classiques de laboratoire, ainsi que les examens d'imagerie. La décision de transférer un patient pour davantage de bilan et de traitement de sa pneumonie peut être guidée par des méthodes codifiées d'aide à la décision clinique, dont les scores PORT et CURB-65 de gravité de la pneumonie^{64, 65}. Ces codes permettent aussi de prévoir le faible risque chez des patients pouvant ainsi être pris en charge en ambulatoire. Ils nécessitent cependant des résultats de laboratoire.

L'histoire naturelle de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est telle que de fréquentes exacerbations ne sont pas inhabituelles. Elles sont souvent déclenchées par des infections virales ou bactériennes, mais d'autres facteurs (comme l'insuffisance cardiaque, les changements du temps, le tabac, ou une autre affection systémique) peuvent décompenser des patients stables pour leur BPCO⁶⁶. Des exacerbations modérées peuvent en général être facilement prises en charge en ambulatoire par augmentation des médicaments à domicile, ou par une courte cure de stéroïdes ou d'antibiotiques en systémique. Des patients avec des exacerbations plus sérieuses peuvent nécessiter le recours aux urgences suivi d'hospitalisation⁶⁷. Le défi est d'identifier quels patients nécessitent un tel recours.

Lors de l'examen initial, une tachypnée, une respiration aux lèvres pincées ou par les muscles accessoires évoquent une affection respiratoire évoluée. Une altération ou modification de l'état mental est fortement évocatrice d'hypoxie ou d'hypercapnie, et est une vraie urgence médicale⁶⁸. Chez les patients ambulatoires, où un recours aux urgences est moins évident, le bilan complémentaire peut comporter l'oxymétrie de pouls, la radiographie du thorax pour rechercher une pneumonie concomitante et la mesure des gaz du sang. Alors que la mesure des gaz du sang artériel peut être difficile à obtenir en clinique, des mesures du pH et du CO₂ du sang veineux peuvent être réalisées plus facilement, et ont montré une excellente corrélation avec les valeurs artérielles chez les patients en exacerbation de BPCO⁶⁹. Une hypercapnie significative et des signes d'acidose doivent faire recourir rapidement aux urgences.

Si la dyspnée initiale du patient est couplée avec un examen pulmonaire normal ou une oxygénation normale, il faut envisager l'éventualité d'un syndrome coronarien aigu, d'une embolie pulmonaire ou d'un trouble métabolique.

Une embolie pulmonaire se présente souvent avec un examen pulmonaire normal, mais un examen physique minutieux comportant la recherche d'une expansion basale asymétrique ou d'une douleur peut accroître la suspicion de ce diagnostic. Chez les patients âgés, on rencontre plus souvent une hypoxie et une cyanose, et si l'examen ne trouve pas de foyer pulmonaire, un recours rapide aux urgences s'impose pour rechercher une embolie pulmonaire.

La radiographie du thorax et les D-dimères sont des examens diagnostiques qui peuvent être pratiqués en ambulatoire. Le signe de Westermark et la bosse de Hampton, classiquement enseignés, sont certes spécifiques pour le diagnostic d'embolie pulmonaire, mais les deux ont une faible sensibilité⁷⁰. Chez les patients à faible risque où l'embolie pulmonaire peut être évoquée, les D-dimères peuvent être demandés. Il est important pour le généraliste de savoir à l'interprétation de ce test que chez les patients âgés des taux faussement élevés des D-dimères sont courants. En général, la valeur limite inférieure est de 500 µg/L d'après la littérature⁷¹.

Un ajustement en fonction de l'âge augmente la spécificité pour les patients âgés. Chez les patients ayant une probabilité d'embolie pulmonaire d'après les examens préalables, il convient de pratiquer un angioscanner pulmonaire ou une scintigraphie de perfusion/ventilation. Bien que ces examens puissent être pratiqués dans un cadre ambulatoire, leur réalisation rapide chez le patient âgé en dyspnée aiguë justifie en général le passage par les urgences.

Pour des patients stables et plus jeunes avec embolie pulmonaire aiguë, certaines littératures proposent qu'une anticoagulation soit pratiquée en toute sécurité en ambulatoire⁷². Chez des patients choisis, il peut effectivement être plus approprié de pratiquer l'anticoagulation à domicile, et d'éviter le recours aux urgences ou à l'hospitalisation en urgence⁷³.

Douleur abdominale

Après la douleur thoracique et la dyspnée, la douleur abdominale aiguë est la troisième cause courante de consultation aux urgences pour les personnes âgées. La possibilité de combinaison entre un large diagnostic différentiel et des modifications physiologiques dues à l'âge rend délicate l'identification des processus pathologiques abdominaux à risque vital, surtout dans un délai court⁷⁴.

Le généraliste peut avoir tendance à recourir rapidement aux urgences pour les patients âgés avec une douleur abdominale indifférenciée, dans le but d'un bilan ou pour pratiquer une imagerie spécialisée. La plupart des symptômes ou signes classiques d'affection systémique, tels une poussée de fièvre (atténuée chez 20 à 30 % des patients âgés) ou un taux élevé de globules blancs, sont généralement absents^{75, 76}. La triade anorexie, fièvre et douleur de la fosse iliaque droite n'apparaît que dans 20 % des cas d'appendicite chez le patient âgé⁷⁷. De même, la douleur abdominale associée à une lombalgie, une hypotension et une masse pulsatile se voit en général dans moins de 50 % des cas d'anévrisme de l'aorte abdominale^{78, 79}. La triade de Charcot pour une cholangite, comprenant des poussées de fièvre, la douleur de l'hypocondre droit et un ictère, est présente dans moins de 30 % des cas chez les patients âgés atteints^{80, 81}.

◆ **Les symptômes classiques ou signes d'affection systémique, comme la fièvre, la leucocytose et la douleur localisée, sont en général peu courants chez les patients âgés ayant une pathologie intra-abdominale importante.**

Chez beaucoup de patients, le bilan diagnostique nécessite une imagerie : radiographie, échographie et scanner. L'utilisation de produit de contraste intraveineux (IV) est privilégiée chez les patients ayant une douleur abdominale indifférenciée, bien que la fréquence de l'atteinte de la fonction rénale chez les patients âgés en ait limité l'usage. Un grand nombre de travaux et de données récentes signalent que la néphropathie induite par le produit de contraste IV a été surestimée⁸²⁻⁸⁴. Étant donné l'utilité diagnostique du produit de contraste IV chez le patient âgé avec douleur abdominale, et les nouvelles données signalant que les produits de contraste actuels posent peu de risque de néphropathie, il est important pour tous les consultants, y compris ceux du secteur ambulatoire, d'en envisager l'utilisation.

Bien qu'une pathologie intra-abdominale bénigne ou grave doive être envisagée chez des patients âgés avec douleur abdominale aiguë, les consultants doivent aussi envisager l'éventualité de causes extra-abdominales chez ces patients. Le [tableau 1.4](#) pré-

TABEAU 1.4

Douleurs abdominales rapportées

Organe/système	Causes non abdominales de douleur
Cardiaque	Angor ou ischémie myocardique, péricardite ou myocardite, insuffisance cardiaque
Pulmonaire	Pneumonie du lobe inférieur, pneumothorax, embolie pulmonaire
Neurologique	Tumeur de nerf périphérique
Métabolique	Acidocétose diabétique ou alcoolique, insuffisance surrénalienne, hypocalcémie, urémie
Hématologique	Leucémie aiguë, hématome de la gaine du muscle droit de l'abdomen
Infectieux	Zona, cellulite, prolapsus utérin ou vésical, rétention d'urine
Toxicologique	Surdose en fer ou métal lourd, syndrome de manque aux opiacés, effet indésirable d'antibiotique

sente des diagnostics différentiels de causes extra-abdominales chez le patient âgé vu pour douleur abdominale.

Traumatisme

CAS CLINIQUE 2

M^{me} Guiterrez (1^{re} partie)

Une femme de 66 ans vient consulter à propos d'une céphalée qui persiste depuis une chute survenue la veille. La patiente, dont les seuls antécédents sont de l'arthrose et une fibrillation atriale pour laquelle elle prend un bêtabloquant et un anticoagulant oral, dit qu'elle a trébuché hier par-dessus son chat dans la cuisine. Elle dit avoir chuté et cogné sa tête contre un meuble. Elle se souvient de tout l'événement, et est certaine de ne pas avoir perdu connaissance. Elle a pu se relever elle-même et continuer son activité quotidienne, malgré un petit tremblement. Au soir, elle a eu une céphalée du côté gauche, qui persiste encore ce matin.

Prendre en charge un traumatisme chez des personnes âgées représente un défi particulier pour le généraliste ainsi que pour l'urgentiste. Beaucoup de personnes âgées peuvent présenter des lésions graves à la suite de traumatismes apparemment mineurs, et les intervenants médicaux manquent souvent de reconnaître de telles lésions dans un délai rapide⁸⁵⁻⁸⁸. Les nombreux troubles biologiques et physiologiques concomitants dus à l'âge expliquent pourquoi le risque de mortalité par traumatisme est double chez les personnes âgées par rapport à des plus jeunes⁸⁹.

Les chutes sont la principale cause de décès par traumatisme chez les patients âgés, et le taux de décès par chute a augmenté d'environ 30 % depuis 2007. Les lésions traumatiques cérébrales en sont la principale cause directe^{90, 91}. Lors de la prise en charge de patients âgés à la suite d'une chute, que ce soit lors du premiers secours ou par téléphone, il est important pour le généraliste de tenir compte des critères suivants pour décider si l'urgence est justifiée :

1. Les signes généraux peuvent être faussement rassurants après un traumatisme accidentel. Même de petites anomalies de la

fréquence cardiaque, de la pression artérielle ou de discrètes modifications de l'état mental sont associées à une évolution plus mauvaise et à une mortalité accrue. Les patients avec de telles anomalies doivent être adressés aux urgences, idéalement un centre régional de traumatologie en vue d'un bilan complet^{92, 93}.

2. La gravité des fractures de côtes chez les patients âgés est largement sous-estimée, même par les urgentistes. Chez les patients âgés, pour chaque fracture de côte supplémentaire la mortalité augmente de 19 % et le risque de pneumonie de 27 %⁹⁴. Pour cette raison, tout traumatisme de la paroi thoracique (même mineur) avec suspicion ou certitude de fracture de côte justifie le transfert aux urgences et un bilan traumatique complet. Une prise en charge énergique de la douleur est nécessaire, pouvant comporter des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) tel l'ibuprofène, des analgésiques en topique du type lidocaïne, des opiacés en complément, et dans certains cas une analgésie par cathétérisme péridural⁹⁵.
3. Les patients qui après une chute ont des difficultés nouvelles en raison de leur poids, même avec des radiographies négatives, doivent avoir des examens d'imagerie plus approfondis et un probable recours aux urgences. Bien que les radiographies standard permettent d'identifier la plupart des lésions traumatiques de la hanche, des fractures occultes peuvent rester méconnues. Chez ces patients, le scanner ou l'IRM peuvent être nécessaires ; de ce fait, un transfert aux urgences ou un centre de traumatologie est indiqué⁹⁶.

◆ **Les patients âgés sont souvent insuffisamment orientés en cas d'atteinte traumatique. Pour cette population de patients, le recours aux urgences ou à un centre de traumatologie local doit être fortement envisagé, même pour les traumatismes apparemment mineurs.**

Un autre problème dans la prise en charge post-traumatique des patients âgés est la prise en compte de ceux sous-anticoagulants. Bien que la décision de prescription d'anticoagulants aux

patients âgés soit hors des limites de ce chapitre, la fréquence de leur utilisation est avérée, soit par les traditionnels antagonistes de la vitamine K comme la warfarine, soit par les anticoagulants oraux directs. La décision de faire pratiquer un examen d'imagerie, en particulier un scanner cérébral, est un choix important du généraliste lors de l'examen clinique du patient ou dans le contexte d'appels téléphoniques de patients ou de membres de la famille.

Il est tout à fait évident que même un traumatisme crânien mineur chez des patients âgés sous anticoagulants augmente le risque d'hémorragie intracrânienne immédiate ou différée⁹⁷⁻⁹⁹. Une telle hémorragie intracrânienne n'est pas sans conséquence significative. Selon certaines estimations, le taux de mortalité est de 15 % chez les patients âgés ayant une hémorragie intracrânienne post-traumatique¹⁰⁰. De ce fait, le recours aux urgences et à des centres de traumatologie doit être large pour les patients âgés sous anticoagulants après traumatisme crânien même mineur.

Même en l'absence de fracture ou d'autre blessure grave, les patients âgés victimes de traumatismes doivent avoir une évaluation minutieuse concernant les modifications de la marche, l'aptitude aux activités de la vie quotidienne, la disponibilité de services à domicile, et l'éventuelle nécessité de kinésithérapie et d'ergothérapie. Cette approche multidisciplinaire est une autre raison d'envisager fortement le recours aux urgences ou centre de traumatologie local pour ces patients.

CAS CLINIQUE 2

M^{me} Guiterrez (2^e partie)

Bien que la patiente n'ait aucune plainte neurologique focalisée, vous restez préoccupé par la persistance de sa céphalée dans le contexte d'une anticoagulation. Vous recommandez à la patiente d'aller aux urgences, ce qu'elle accepte à contrecœur. Vous parlez à l'urgentiste et exprimez vos craintes à propos d'une hémorragie intracrânienne aiguë. Peu après l'arrivée de la patiente aux urgences, elle a rapidement un scanner cérébral qui montre une hémorragie sous-arachnoïdienne. Son anticoagulant est arrêté, et elle est admise en neurochirurgie pour la suite du traitement.

Résumé

Les patients gériatriques peuvent se présenter au médecin généraliste pour des plaintes urgentes ou d'apparition récente. Chez cette population de patients, le défi est d'identifier dans un délai court et avec des moyens limités une affection ou atteinte qui peut se présenter de façon atypique, avec des signes généraux discrets.

La communication entre le généraliste et l'urgentiste est une partie essentielle de la transmission de la charge clinique du patient ambulatoire vers le service des urgences. C'est peut-être la voie la plus sûre pour faire coïncider les attentes du patient et celles du médecin, lorsqu'il s'agit du patient gériatrique gravement malade.

Références clés

4. Institute of Medicine. Hospital-Based Emergency Care: At the Breaking Point. Washington, DC: National Academies Press; 2007.
6. Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, et al. Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. Acad Emerg Med 2004;11(12):1302-10.
16. Ferguson B, Gerald J, Petrey J, Huecker M. Malpractice in emergency medicine - A review of risk and mitigation practices for the emergency medicine provider. JEmerg Med 2018;55(5):659-65.
32. Han JH, Wilber ST. Altered mental status in older patients in the emergency department. Clin Geriatr Med 2013;29(1):101-36.
91. Allen CJ, Hannay WM, Murray CR, et al. Causes of death differ between elderly and adult falls. J Trauma Acute Care Surg 2015;79(4):617-21.

La totalité des références est consultable en ligne à l'adresse suivante : <http://www.em-consulte/e-complement/478089>

