

L'âge, à partir de 80 ans, est-il un facteur modifiant la qualité de l'orientation hospitalière par un SAMU?

Pierre CONINX
Dea 1998

INTRODUCTION

En France, la médecine pré-hospitalière s'est développée depuis 1970 avec la création des SAMU et des SMUR qui permettent d'amener auprès du patient une équipe médicale pour le prendre en charge jusqu'à son arrivée dans un établissement de soins.

Tous les patients sont-ils pris en charge de la même façon y compris ceux qui n'ont pas la "chance" d'avoir une pathologie intéressante, à la mode ou, de par leur état physiologique ou leur âge, réputés de moindre intérêt? La durée de la vie augmentant, il a paru intéressant d'étudier la prise en charge des patients âgés à l'échelle d'un département au niveau d'un SAMU.

ORGANISATION DE LA REGULATION DU SAMU-CENTRE 15 DES HAUTS-DE-SEINE

La loi du 6 janvier 1986 et ses décrets d'application fixent les missions du SAMU-Centre 15 et les possibilités de coopération avec la médecine libérale et les autres partenaires de santé.

C'est dans le cadre de cette loi et dans un but d'efficacité et de complémentarité que :

- la régulation est une association de médecine publique pour les détresses et de médecine libérale pour les urgences ;
- le SAMU-Centre 15 envoie aussi bien des ambulances de réanimations publiques que des ambulances privées ou des médecins libéraux,
- les patients sont aussi bien dirigés vers un établissement de soins public que privé.

Le SAMU-Centre 15 des Hauts-de-Seine réceptionne et régule les appels médicaux urgents. Quelle que soit la provenance de l'appel, il apporte une réponse rapide et appropriée à la situation :

- simple conseil médical avec renvoi vers le médecin traitant ;
- envoi d'un médecin généraliste ;
- envoi d'un moyen secouriste de prompts secours ou de transport non médicalisé ;
- envoi d'une équipe mobile de réanimation (SMUR).

L'intervention d'une ambulance de réanimation.

Deux médecins vont prendre en charge le patient : l'un dit "médecin transporteur" à bord de l'ambulance et l'autre "régulateur" qui reste au SAMU.

Le médecin transporteur va examiner le patient, établir un diagnostic ou un bilan de gravité et commencer plus ou moins simultanément un traitement ou une mise en condition du patient pour lui permettre d'arriver dans les meilleures conditions à l'établissement de destination le plus adapté à sa pathologie qui aura été recherché après bilan par le médecin régulateur. Il accompagne le patient jusque dans le service de destination, le transport n'étant terminé que lorsque le contact aura été établi avec le médecin du service receveur assurant ainsi la continuité des soins du patient.

Le médecin régulateur du SAMU, après avoir décidé de l'envoi d'une ambulance de réanimation et reçu le bilan du médecin présent sur les lieux de l'intervention, va orienter le patient pris en charge vers le service d'un établissement de soins.

Hors désir particulier, le patient est dirigé vers les urgences de l'hôpital de secteur pour les cas simples ne nécessitant aucune technique particulière. Dans ce cas, le médecin régulateur avise chaque fois que possible le médecin des urgences.

Mais dans les autres situations plus graves, il est nécessaire de contacter une équipe médicale spécialisée qui prendra en charge ce patient. Le patient ne sera dirigé vers cet établissement qu'après accord du réanimateur ou du chirurgien ce qui garantit qu'il existe bien une place disponible et une équipe médicale prête à prendre en charge le patient.

Il existe également des situations intermédiaires où le médecin régulateur contacte les urgences d'un établissement autre que celui du secteur. Cela s'observe si le patient est soigné ailleurs, en cas de désir du patient ou de sa famille, et enfin lorsque les services ou la qualité du plateau technique de l'hôpital de secteur ne sont pas adaptés au problème du patient.

Ce système garantit donc en théorie au patient d'être adressé et attendu dans un établissement hospitalier adapté à son cas évitant ainsi un transfert secondaire.

Problèmes posés par la recherche de place en réanimation

Lorsque l'on contacte le réanimateur d'un service, la possibilité d'accepter ou de refuser un patient qui est accordée à un médecin lui donne la possibilité également de choisir ses patients en fonction d'autres critères : l'âge du patient, le lit que l'on réserve pour les urgences de l'intérieur de l'hôpital, le lit que l'on garde pour un patient qui entre dans telle ou telle étude, la spécialisation ou les goûts du service et aussi le désir plus ou moins grand de travailler de l'équipe de permanence.

C'est donc parfois une véritable négociation qui s'établit, le médecin régulateur devenant parfois un véritable avocat de la défense du patient pour plaider sa cause auprès de ses confrères ou hélas aussi contre ses confrères.

Le plus souvent, les difficultés sont résolues plus ou moins vite et il est licite de s'interroger sur la réalité et l'importance de ce problème.

Bien souvent en effet, par la connaissance personnelle des médecins de garde, on arrive à arranger les choses. Mais parfois les négociations peuvent paraître par leur délai compromettre la prise en charge du patient. et le patient est adressé avec retard dans un établissement de soins ou pas forcément dans le service le plus adapté à son cas le privant ainsi de certaines possibilités médicales.

Problèmes posés par la recherche de place aux urgences

Un médecin ne peut pas refuser d'examiner et de voir un patient. Il ne peut pas non plus refuser un patient originaire des communes du secteur dont les urgences sont assurées par cet établissement.

Mais cependant, s'il affirme qu'il n'a plus de place dans son établissement, il est illogique pour le médecin régulateur de lui adresser malgré tout le patient qui devra secondairement être transféré.

Dans d'autres situations, nous avons vu que le médecin régulateur contacte les urgences d'un établissement différent de celui du secteur (souhait du patient ou de sa famille, patient déjà connu d'un service, placement dans un établissement mieux adapté au cas du patient et dont la qualité du plateau technique sera mieux en adéquation avec l'état du patient). Dans ce cas, le médecin des urgences qui se sent responsable de la qualité des soins qu'il offre aux patients de sa région, s'estime beaucoup plus libre d'accepter ou refuser en fonction de la charge de travail de son établissement, de l'importance de l'activité aux urgences à ce moment.

Il est hélas regrettable que l'intérêt de la pathologie, l'âge du patient ou son état physiologique et l'ardeur de l'équipe des urgences à porter assistance aux malades puissent parfois interférer dans la décision du médecin des urgences quant à l'acceptation ou au refus du patient.

C'est dans ces situations également que le médecin régulateur, selon sa connaissance des établissements qui disent plus volontiers " oui " ou " non ", de sa lassitude à chercher des places, de l'importance de l'activité parallèlement à cette affaire et aussi de son caractère va plus ou moins vite baisser les bras dans la recherche de place pour les patients " moins intéressants "

La solution de facilité pour le médecin régulateur consiste alors à placer d'office le patient vers l'hôpital de secteur même si ce dernier n'est pas le mieux adapté au cas du patient.

Enfin, il est intéressant de noter que le médecin régulateur n'est à aucun moment le patient sous les yeux : il doit faire confiance au médecin transporteur.

Quant au médecin du service hospitalier qui accepte le patient, il doit faire doublement confiance d'une part au bilan que lui transmet le médecin régulateur par rapport aux informations qu'il a reçu et, d'autre part, à l'analyse et au bilan transmis par le médecin transporteur.

LES LITS D'HOSPITALISATION AIGUE DANS LES HAUTS-DE-SEINE

Il existe sur le département un total de 8132 lits d'hospitalisation aiguë dont 3116 de médecine, 4210 de chirurgie et 806 de maternité répartis dans :

- 6 hôpitaux de L'Assistance Publique ;
- 17 hôpitaux hors A.P. et établissements privés participant au service public ;
- 38 établissements privés.

Ces 8132 lits aigus sont répartis en :

ETABLISSEMENT	MEDECINE	CHIRURGIE	TOTAL
PUBLIC AP	1470	673	2349
PUBLIC NON A.P.	1165	1056	2511
PRIVES	481	2481	3272
TOTAL	3116	4210	8132

ELABORATION DE LA PROBLEMATIQUE MATERIEL ET METHODES

ELABORATION DE LA PROBLEMATIQUE

Tous les patients sont-ils pris en charge de la même façon y compris ceux qui n'ont pas la " chance " d'avoir une pathologie intéressante, à la mode, ou réputés de moindre intérêt en raison de leur état physiologique ou leur âge?

La durée de la vie augmentant, il a paru intéressant d'étudier la prise en charge des patients âgés à l'échelle d'un département au niveau d'un SAMU.

Sur environ 105 000 dossiers de régulation ouverts en 1997 par le SAMU-Centre 15 des Hauts-de-Seine, l'âge des patients est connu dans 79 229 cas.

15 % d'entre eux ont 80 ans ou plus.

21 974 personnes dont l'âge est connu ont été transportées vers un établissement de soins au cours de cette même année.

5245 patients ont 80 ans et plus soit 24 % d'entre eux.

Ces patients à l'origine de 15 % des appels réalisent 24 % des transports. Ils présentent donc statistiquement ($p < 0,001$) plus souvent que les autres des problèmes ne pouvant pas être simplement pris en charge par un médecin de ville à leur domicile.

Les patients de 80 ans et plus représentent 15 % des appels et 24 % des transports soit une part non négligeable de l'activité dans les Hauts-de-Seine.

Selon les personnes que l'on interroge, l'avis quant à ces patients diverge.

D'après les réanimateurs et médecins des services d'urgence : le SAMU n'adresse que des personnes âgées vers leur établissement.

D'après les médecins régulateurs, les services hospitaliers ne s'intéressent pas aux personnes âgées, et les refusent quand ils sont proposés.

Quelle est la part de vérité de chacune de ces deux affirmations ?

Ces réflexions ne finissent-elles pas à la longue par avoir une répercussion sur la prise en charge des patients ?

La question posée dans ce mémoire est :

“ L'âge, à partir de 80 ans, est-il un facteur modifiant la qualité de l'orientation hospitalière par un SAMU ? ”

Les modifications dans les pratiques observées pouvant être réalisées dans l'intérêt des patients, on dissociera cette question en :

- L'orientation hospitalière des patients de 80 ans et plus est-elle analogue aux autres tranches d'âge à pathologie comparable ?
- Si elle diffère, est-elle aussi bonne, les différences correspondant à des adaptations spécifiques à cette fraction de la population ?

Le champ de cette étude sera limité aux patients régulés par le SAMU 92 pris en charge dans les Hauts de Seine et adressés dans les établissements de soins des Hauts de Seine en intervention primaire (c'est-à-dire la prise jusqu'à son arrivée à un premier établissement de soins par opposition aux transports inter-hospitaliers qui sont dits “ secondaires ”).

MATERIEL ET METHODES

La régulation médicale du SAMU des Hauts-de-Seine est totalement informatisée depuis novembre 1996. Chaque appel donne lieu à l'ouverture d'une fiche de régulation informatique qui suit l'affaire depuis son initialisation jusqu'à sa clôture.

Etude des bases de données

Dans une première partie, l'étude repose sur des éléments extraits de la base de données constituée par l'ensemble de ces feuilles de régulation. Cette recherche a étudié sur un an (1997) l'orientation des patients transportés en SMUR vers les établissements des Hauts-de-Seine selon les tranches d'âge.

Ont été exclus dans ces requêtes :

- les interventions des SMUR pédiatriques, les dossiers annulés, les patients laissés sur place ou décédés.
- les patients de moins de 15 ans qui vont jusqu'à cet âge dans des services de pédiatrie.
- les transports secondaires inter-hospitaliers pour lesquels le choix des places ne dépend pas en général du SAMU.
- les patients dirigés vers des établissements hors du département vers lesquels un trop petit nombre de patients est dirigé vers chacun d'entre eux ce qui aurait rendu une répartition par tranches d'âge non significative.

Les requêtes ont porté sur :

- le mode de transport des patients selon l'âge.

- La répartition des patients par tranches d'âge.
- La répartition des patients par tranches d'âge dans les services d'urgences.
- La répartition des patients par tranches d'âge dans les services de réanimation.
- La répartition des patients par tranches d'âge selon le type établissement (public AP ou non AP ou privé).
- L'orientation par secteurs selon l'âge.

Etude sur deux mois des feuilles de régulation

Aucune pathologie n'est indexée dans la base de donnée et il n'est pas possible de faire une étude par pathologie.

Afin d'apprécier l'orientation des patients en fonction de leur état et de leur pathologie, toutes les fiches de régulation de transport par ambulance de réanimation des patients de 80 ans et plus au cours des mois de mai et juin 1998 ont été examinées.

Sur chaque fiche il a été recherché :

- l'existence de troubles mentaux sévères ou de patients ayant une perte d'autonomie importante ;
- la catégorie de la pathologie (cardiologie, neurologie...)
- la pathologie ;
- l'existence d'une détresse au cours du transport ;
- le type de service de destination ;
- le type d'établissement : hôpital de l'Assistance Publique, hôpital non A.P. ou établissement privé ;
- l'établissement de destination est-il l'hôpital de secteur du lieu d'intervention ?
- le moyen de transport effectif vers l'établissement de soins ;
- l'âge et le sexe ;
- l'existence d'anomalies de régulation.

RESULTATS

Etude de la répartition des patients pris en charge par le SMUR en 1997

Répartition dans les établissements sans distinction de service.

En moyenne, 24% des patients pris en charge et transportés ont au moins 80 ans.

Si un certain nombre d'établissements ont un recrutement de patients adressés par le SAMU Centre 15 conforme à cette moyenne, on constate pour d'autres établissements d'importantes variations.

Si certains ne reçoivent que 15 % de patients 80 ans et plus, d'autres ont un recrutement de patients de la même tranche d'âge qui dépasse 45 %

L'âge est-il un facteur de tri pour la régulation? Les patients de 80 ans et plus sont-ils pris en charge différemment les autres?

Répartition dans les services de réanimation.

3754 patients transportés dans les établissements des Hauts-de-Seine dont 1902 ont dirigés en réanimation soit 50% des patients.

Parmi les patients adressés en réanimation, 28% d'entre eux ont au moins 80 ans.

Si un certain nombre de réanimations ont un recrutement de patients âgés adressés par le SAMU Centre 15 conforme à cette moyenne, on constate pour d'autres établissements d'importantes variations allant selon les établissements de 21 % à plus de 50 %.

L'âge, facteur de tri pour l'orientation des patients est-il simplement un critère pour l'orientation vers un hôpital donné ou est-ce aussi un critère de choix vers un type de service donné?

Le problème éthique posé est : les patients de 80 ans et plus ont-ils des soins analogues au reste de la population ?

Répartition selon le type d'établissement privé ou public

La dernière analyse compare la répartition par âge en fonction du type d'établissement : (hôpital de l'Assistance Publique, hôpital hors Assistance Publique. et établissement privé).

En ne tenant pas compte de l'âge, 57% des patients vont vers des établissements publics de l'A.P., 22% vers des établissements publics non A.P. et 20% sont dirigés vers des établissements privés.

Ce pourcentage varie selon l'âge, les patients à partir de plus de 70 ans étant plus volontiers orientés vers le privé : 42% des patients adressés dans le privé ont plus de 70 ans pour seulement 30% des patients adressés dans les établissements de l'Assistance Publique.

Plus on avance en âge, plus le pourcentage de patients dirigé vers les hôpitaux de L'APHP diminue au profit d'établissements publics non A.P. ou des établissements privés ($p < 0,001$)

Etude du moyen de transport des patients selon l'âge en 1997

19962 patients de plus de 10 ans ont été pris en charge et transportés en intervention primaire suite à un appel au SAMU Centre 15 des Hauts de Seine en 1997 vers un établissement de soins.

Si on ne tient pas compte de l'âge, on remarque qu'en moyenne, 23 % de ces patients de plus de 10 ans ont été transportés en SMUR (10987), c'est-à-dire par une ambulance de réanimation et 55 % en ambulance privée (4540). Les 22 % restants correspondent aux patients transportés par les véhicule de premier secours des pompiers ou par les secouristes bénévoles de la Croix-Rouge ou de la protection civile.

En analysant la répartition pour chaque tranche d'âge de 10 ans entre 50 et plus de 90 ans, on observe que le pourcentage des transports en ambulances dans chaque tranche d'âge passe progressivement de 47 % à 65 %. Simultanément, la proportion de patients transportés en SMUR diminue dans des proportions analogues de 30 % à 23 %.

Ces chiffres soulèvent le problème : pourquoi existe-t-il cette évolution en fonction de l'âge ?

Est-ce lié à la pathologie des patients qui serait proportionnellement plus lourde autour de la cinquantaine et qui deviendrait proportionnellement plus bénigne avec l'âge ?

Est-ce lié à un nombre croissant de patients dont l'état physiologique rend déraisonnable une prise en charge dans un service de réanimation?

Est-ce lié enfin à un désintérêt des médecins d'urgence pour les patients au fur et à mesure que l'âge croît?

Cette étude globale sur un an ne permet pas de répondre à cette question. Afin d'apprécier l'état physiologique des patients et leur pathologie, elle a été poursuivie par l'analyse des feuilles de régulation des patients de 80 ans et plus transportés en SMUR sur une période de temps de deux mois.

Quel patient va vers l'hôpital de secteur ?

Chaque commune ou groupe de communes dispose d'un hôpital défini comme étant l'hôpital de secteur chargé d'accueillir ses patients. Le problème posé est : ce rôle est-il assuré et dans quelles proportions ?

En moyenne, 45 % des patients d'un secteur donné sans tenir compte de l'âge sont dirigés vers l'hôpital correspondant. Certains semblent mieux drainer la population de leur commune de rattachement avec jusqu'à 63 % de patients leur commune respective.

D'autres établissements en revanche n'attirent que 25 à 30 % des patients de leur commune.

Pour apprécier l'influence de l'âge, la même analyse a été reproduite pour les patients de 40 à 59 ans, de 60 à 79 ans et de plus de 80 ans.

On distingue des établissements dont la proportion de patients venant du secteur qu'il draine est indépendante de l'âge et d'autres dont cette proportion est plus faible pour les patients plus jeunes.

Dans le premier cas, on retrouve les hôpitaux qui disposent d'un ensemble varié de services comprenant médecine, chirurgie cardiologie et différents services de réanimation.

Pour les établissements où la proportion de patients provenant de son secteur augmente avec l'âge, on retrouve surtout des hôpitaux que l'on pourrait classer de proximité offrant un éventail de services limité et un plateau technique plus simple.

Si les secteurs correspondant à des hôpitaux offrant une bonne infrastructure reçoivent les patients jeunes, les communes pour lesquelles les structures hospitalières du secteur sont les moins équipées voient leurs patients les moins âgés orientés vers d'autres établissements contrairement aux patients de plus de 80 ans.

Passé un certain âge, le patient est de plus en plus systématiquement dirigé vers l'établissement correspondant au secteur de la commune où il réside. Les corrections apportées à la régulation par une orientation vers un service mieux adapté s'émeussent avec l'âge du patient.

Etude des patients transportés en SMUR du 1 mai 1998 au 30 juin 1998

Afin d'apprécier l'orientation des patients en fonction de leur état et de leur pathologie, toutes les fiches de régulation de transport par ambulance de réanimation des patients de 80 ans et plus au cours des mois de mai et juin 1998 ont été examinées.

Cet échantillon représente 215 patients.

42 des 215 patients étaient grabataires ou porteurs de troubles mentaux sévères ou d'une maladie de Alzheimer évoluée, soit environ 20 % des patients.

Le devenir des patients grabataires ou porteurs d'une maladie de Alzheimer évoluée est dans 3/4 des cas les urgences de l'hôpital de secteur, seuls 5 des 42 patients ont été placés en réanimation.

55 % des patients présentent une pathologie cardiologique, 15 % une pathologie neurologique et 10 % une pathologie pulmonaire.

116 des 215 patients ont été dirigés vers un service d'urgence qui est dans 70 % des cas les urgences de l'hôpital correspondant au secteur géographique de leur lieu d'intervention.

91 patients (soit 42 %) ont été directement adressés en réanimation.

Analyse par pathologie

Pathologie cardiaque

La pathologie cardiaque représente 55 % des interventions SMUR pour des patients de 80 ans et plus. 60 % des patients pris en charge pour une pathologie cardiaque sont dirigés directement dans un service de réanimation sans passer par le service des urgences.

Il est communément admis qu'un patient " cardiaque " aille dans un service de cardiologie et qu'un patient pris en charge par un SMUR pour une détresse cardiaque aboutisse dans un service de soins intensifs de cardiologie.

Pathologie neurologique

Les problèmes neurologiques représentent 15 % de l'ensemble des patients, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) (19 patients) étant les motifs d'interventions neurologiques les plus fréquents.

La fréquence des AVC est en fait bien supérieure car seules les formes sévères avec trouble de la conscience, troubles de la déglutition, épilepsie... sont prises en charge par le SMUR . Les autres patients, soit le plus grand nombre, sont pris en charge par des moyens de transport non médicalisés.

Seuls 4 des 35 patients dont le motif d'intervention est neurologique ont été adressés en réanimation, 28 ont été orientés vers le service d'urgence de l'hôpital du secteur et 3 ont bénéficié d'une recherche de place dans un service d'urgences différent de celui de l'hôpital de secteur.

Pathologie respiratoire

Les problèmes respiratoires avec 21 cas viennent par ordre de fréquence après les problèmes cardiaques et neurologiques.

Ces chiffres sont cependant à considérer avec prudence compte tenu du faible nombre de patients et de l'importance des facteurs saisonniers et climatiques qui influent sur cette pathologie.

Un tiers de ces patients ont été orientés vers un service de réanimation.

DISCUSSION

“ L'orientation hospitalière des patients de 80 ans et plus est-elle analogue aux autres tranches d'âge ? ”

A cette question, la réponse est négative. On a pu voir en effet que :

- le moyen de transport diffère avec l'âge : si le nombre de transports en SMUR augmente avec l'âge, il diminue en pourcentage par rapport au nombre d'appels par tranche d'âge ;
- le type d'établissement diffère avec l'âge : autour de la cinquantaine, il y a statistiquement plus de patients orientés vers les hôpitaux de l'Assistance Publique alors que l'orientation vers un établissement privé augmente avec l'âge ;
- il existe de grandes différences de proportion de patients âgés adressés selon les établissements ;

“ L'orientation hospitalière des patients de 80 ans et plus est-elle aussi bonne que dans les autres tranches d'âge ? ”

Les différences de régulation correspondent-elles à une adaptation à l'âge de l'orientation hospitalière afin de permettre des soins plus adaptés. ?

A cette question la réponse ne peut pas être aussi tranchée.

Plus de patients âgés sont orientés vers des cliniques privées. Cependant, il est impossible d'affirmer qu'un établissement de l'Assistance Publique est mieux ou moins bien qu'un établissement privé.

Tout semble se passer au niveau de la régulation du SAMU comme si, passé un certain âge, le patient était de plus en plus systématiquement dirigé vers l'établissement correspondant au secteur de la commune où il réside. Tant mieux pour lui s'il y a un service adapté à son cas et sinon...

L'hospitalisation en réanimation des personnes âgées

On observe d'importantes différences de proportions de patients âgés selon les réanimations. Si certains de ces services établissent une sélection de leurs patients, d'autres sont beaucoup plus souples dans leurs critères d'acceptation des patients.

Pourtant, on peut voir dans la littérature que :

- L'âge n'est pas un critère adéquat de prévision à long terme de la survie et de la qualité de vie des patients âgés après un séjour en réanimation (3). Si la mortalité des patients âgés est deux fois supérieure dans les 6 mois qui suivent une hospitalisation en réanimation, la qualité de vie des " survivants " n'est pas influencée par l'âge. (11) (12) Par ailleurs, la durée du séjour en réanimation n'est pas modifiée par l'âge.
- La mortalité à 6 mois des patients âgés est fonction de l'état fonctionnel, du diagnostic à l'admission et de l'état mental du patient. (13)
- L'âge seul n'est pas suffisant pour prévoir le devenir en réanimation (5) et qu'il n'affecte le pronostic que combiné à d'autres facteurs (14).
- Le passage en réanimation est de sombre pronostic pour les personnes âgées souffrant d'une pathologie chronique ; dans les autres cas, l'âge n'est pas une contre-indication au passage en réanimation. (18)

L'orientation des malades de cardiologie et de neurologie.

Les patients de ces deux spécialités présentent des schémas d'orientation hospitalière très différents.

Patients de cardiologie.

Il est considéré comme normal et évident par le corps médical qu'un patient de cardiologie soit pris en charge dans un service de cardiologie et qu'un patient présentant un problème grave de cardiologie soit orienté vers un service de réanimation comme c'est le cas de 60 % des patients de 80 ans et plus transportés par un SMUR pour un problème cardiaque.

C'est ainsi qu'il existe une dizaine de services de cardiologie dans les Hauts-de-Seine possédant une unité de soins intensifs avec un médecin réanimateur présent dans le service 24 heures sur 24.

S'il est communément admis qu'un patient " cardiaque " va dans un service de cardiologie en passant dans 60 % des cas par un service de réanimation, il n'en est pas de même pour toutes les disciplines.

Patients de neurologie

En neurologie (seconde spécialité concernée dans les urgences des personnes âgées), l'orientation en milieu de réanimation ou même plus simplement vers un service de la spécialité est au contraire l'exception.

Revoyns les chiffres sur deux mois :

4 patients sur 35 pris en charge par un SMUR dirigés en réanimation, 31 dirigés vers les services d'urgence dont 28 sur l'hôpital de secteur.

19 AVC (troisième cause d'intervention SMUR chez les patients de 80 ans et plus malgré un tri de la régulation qui envoie préférentiellement un moyen de transport non médicalisé sur ce type d'intervention) et deux patients seulement adressés en réanimation.

Cette orientation des patients vient d'une part du sentiment d'impuissance devant les accidents vasculaires cérébraux mais aussi d'une inadéquation entre les besoins et les services disponibles.

En effet, il n'existe pas de service spécialisé dans les urgences cérébro-vasculaires sur le département des Hauts-de-Seine. Les deux seuls services de la région fonctionnant nuit et jour sont à Paris (Salpêtrière et Lariboisière) et ils ne peuvent pas accueillir tous les patients.

Au niveau des services spécialisés en neurologie médicale, il n'existe que 64 lits dans les Hauts-de-Seine répartis sur deux hôpitaux situés à Beaujon et Foch.

Ces 64 vrais lits de neurologie correspondent à 0,8 % de l'ensemble des 8132 lits d'hospitalisation aiguë des Hauts-de-Seine (ou 2 % des 3116 lits de médecine) alors que cette spécialité est la deuxième par ordre de fréquence d'interventions des ambulances de réanimation pour les patients âgés.

Ainsi, le devenir hospitalier des patients de neurologie est presque exclusivement du ressort des médecins non-spécialistes dans un premier temps, d'abord au service des urgences puis, devant l'absence de structure spécialisée, dans un service de médecine. Ce n'est que secondairement qu'il sera vu par un neurologue avec plus ou moins de délai.

Ce sentiment d'impuissance des médecins est-il justifié ? Plus de structures adaptées à la prise en charge des AVC de services aigus adaptés à la prise en charge des personnes âgées améliorerait-elles leur devenir ?

La littérature montre pourtant que :

- L'évaluation initiale et la prise en charge initiale des patients présentant un AVC est souvent lente et inexpérimentée (2).
- Une unité d'urgence cérébro-vasculaire réduit la durée d'hospitalisation. (1)
- Une prise en charge neurologique des accidents vasculaires cérébraux améliore l'état fonctionnel, réduit l'hospitalisation (4) et le pronostic des AVC est meilleur lorsque les patients sont pris en charge par une équipe neurologique (6).
- Les complications extra-neurologiques dans le devenir immédiat d'un AVC sont fréquentes (7) et la dégradation de l'état de santé des patients après un AVC est principalement liée à des causes distinctes de l'accident initial (19).
- Le pronostic à un mois est principalement en rapport avec l'état de conscience et la continence sphinctérienne (21).
- Si l'âge est un facteur péjoratif dans la phase précoce suivant un AVC, il est sans influence au delà de 3 mois (22).
- Il existe une réduction de mortalité et des séquelles de 30% après un accident vasculaire cérébral non chirurgical lorsque cette prise en charge s'effectue en milieu spécialisé, mais le nombre actuel de lits en unités d'urgence neuro-vasculaire n'est pas suffisant (23).

La problématique éthique.

L'éthique pouvant se définir comme l'analyse objective et critique des éléments moraux, scientifiques, socio-économiques et humains qui nous permettent, dans une situation donnée, de choisir la moins mauvaise solution, il a été procédé de la façon la plus objective possible au recueil et à l'analyse des pratiques médicales. Ces pratiques ont été comparées aux éléments scientifiques qui se trouvent dans la littérature médicale en espérant que les questions soulevées aident à la prise en charge des malades.

L'interrogation et l'inquiétude éthique viennent de la légitimité de la divergence entre la " réalité des mœurs " et les " prescriptions de la morale " qui désignent les normes telles qu'elles sont vécues dans une communauté humaine donnée.

Ramené à la communauté médicale, on peut considérer la “ réalité des mœurs ” comme étant les pratiques médicales réelles telles que nous pouvons les observer et les “ prescriptions de la morale ” comme étant les bonnes pratiques au vu en particulier du code de déontologie médicale.

L'interrogation en éthique médicale prend alors comme point de départ la différence entre ce qui se fait et ce qui est considéré comme devant être fait pour le bien des patients. Est-il légitime qu'il existe des divergences entre les pratiques médicales telles qu'elles sont et telles qu'elles devraient être?

Selon Paul Ricœur (20) : "la visée éthique est celle de la vie bonne, avec et pour autrui, dans des institutions justes".

Toujours ramené à la pratique médicale, cette définition peut être paraphrasée en avançant que la visée éthique en médecine est celle d'une bonne pratique de la médecine, avec et pour les patients, dans des institutions médicales justes.

Pour définir les “ prescriptions de la morale ”, ou encore la “ bonne pratique de la médecine ” l'article 32 du code de déontologie dit : “ Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents. ” Ces bonnes pratiques, “ avec et pour le patient ” peuvent, dans le domaine médical, être assimilés à des soins consciencieux tenant compte des données acquises de la science.

Dans la question étudiée, nous avons analysé des pratiques médicales, des données acquises de la science et les institutions médicales.

Les pratiques médicales sont :

- Il y a une inégalité de traitement entre les patients selon leur âge.
- Il y a une inégalité de traitement entre les patients selon leur pathologie.
- Certains médecins réanimateurs sélectionnent le recrutement de leurs patients alors que d'autres ne le font pas.
- Il y a un abandon du corps médical devant la pathologie neurologique et les accidents vasculaires cérébraux qui sont considérés avec fatalisme.

Les données acquises de la science sont :

- L'âge seul n'est pas un critère suffisant.
- Certes l'âge aggrave le risque d'issue fatale en réanimation, mais, hors pathologie chronique, le pronostic passé trois mois et la qualité de vie ne sont pas modifiés par le passage en réanimation.
- L'âge ne modifie pas la durée de séjour en réanimation.
- Une prise en charge neurologique des patients porteurs d'accidents vasculaires cérébraux limite le risque de complications et améliore leur pronostic.

Les données des institutions sont :

- L'orientation médicale des personnes âgées est moins affinée.
- Un certain nombre d'établissements hospitaliers et de services limitent leur recrutement de patients après un certain âge.
- Les structures médicales ne sont pas adaptées à la demande des patients : seuls 64 lits sont véritablement spécialisés en neurologie médicale sur plus de 8000 lits aigus que compte le département.

Selon Madame Noëlle Lenoir (8) “ l'éthique, contrairement à la morale ne prétend pas délimiter à priori ce qui relève du bien et du mal. Certes, comme la morale, elle tend, en référence à des valeurs, à l'énoncé de principes destinés à servir de guide aux actions humaines. Mais elle le fait pour que chacun puisse se déterminer en individu libre et responsable, de manière à pouvoir répondre à des situations concrètes et souvent inédites. ”

Les principes énoncés ici sont de permettre à tous les patients d'être traités équitablement sans exclure ceux qui ont simplement le tort d'être plus âgés que les autres et d'adapter l'offre de soins aux besoins.

Il reste à tous ceux qui travaillent pour la santé à se déterminer en individus libres et responsables afin de permettre une bonne pratique de la médecine, avec et pour les patients, dans des institutions médicales adaptées aux besoins de ces mêmes patients.

CONCLUSION

L'étude sur un an du moyen de transport, de la nature de l'établissement et du type de service d'accueil montrent une prise en charge différente en fonction des tranches d'âge d'une manière hautement significative. Il existe de grandes différences dans la répartition des patients selon les âges vers les établissements de soins qui sélectionnent plus ou moins leurs patients.

L'orientation globale des personnes âgées semble cependant beaucoup plus passive, avec une recherche de place moins fine que pour les patients plus jeunes. L'âge est un facteur qui influe sur l'orientation hospitalière, cette régulation est moins affinée pour les personnes âgées.

Cette étude a montré par ailleurs de grandes différences de régulation en fonction de la pathologie. Ainsi, un patient ayant la "chance" d'être cardiaque sera hospitalisé le plus souvent dans un service de cardiologie et dans une unité de soins intensifs si nécessaire. Si malheureusement il présente un accident vasculaire cérébral, après un passage vers des urgences médicales, il sera hospitalisé dans une unité de médecine non spécialisée puisque le total des lits des services de neurologie ne représente que 0,8 % de l'ensemble des lits d'hospitalisation aiguë du département.

Ceci révèle la différence de prise en charge selon les pathologies ce qui soulève une interrogation à la charnière de l'éthique, de l'urgence et de la santé publique :

Est-il normal que l'éventail des services hospitaliers disponibles soit inadapté aux besoins des patients dans le domaine de l'urgence alors que c'est précisément le seul contexte dans lequel ils ne peuvent pas organiser leur hospitalisation à l'avance ?

BIBLIOGRAPHIE

1

BERLIT P, POPESCU O, KLOTZSCH C, DIEHL RR, BERG-DAMMER E - Treatment of acute stroke on the stroke unit. Initial experiences with an acute stroke unit in Germany - *Nervenarzt* 1997 Feb;68(2) :122-128

2

BRATINA P, GREENBERG L, PASTEUR W, GROTTA JC - Current emergency department management of stroke in Houston, Texas. - *Stroke* 1995 Mar;26(3) :409-414

3

CHELLURI L, PINSKY MR, DONAHOE MP, GRENVIK A - Long-term outcome of critically ill elderly patients requiring intensive care. - *JAMA* 1993 Jun 23;269(24) :3119-3123

4

DAVALOS A, CASTILLO J, MARTINEZ-VILA E - Delay in neurological attention and stroke outcome. Cerebrovascular Diseases Study Group of the Spanish Society of Neurology. - *Stroke* 1995 Dec;26(12) :2233-2237

5

HEUSER MD, CASE LD, ETTINGER WH - Mortality in intensive care patients with respiratory disease. Is age important? - *Arch Intern Med* 1992 Aug;152(8) :1683-1688

6

HORNER RD, MATCHAR DB, DIVINE GW, FEUSSNER JR - Relationship between physician specialty and the selection and outcome of ischemic stroke patients. - Health Serv Res 1995 Jun;30(2) :275-287
7

KSIAZKIEWICZ B - Evaluation of non-cerebral complications in light of ischemic stroke severity - Pol Merkuriusz Lek 1998 Mar;4(21) :119-122
8

LENOIR N - Les normes internationales de la bioéthique - PUF, Que sais-je? 3356 1998
9

LENOIR N - Le droit international de la bioéthique - PUF, Que sais-je? 3395 1998
10

MCMAHON DJ, SCHWAB CW, KAUDER D - Comorbidity and the elderly trauma patient. - World J Surg 1996 Oct;20(8) :1113-1119
11

MAURETTE P, VALENTIN ML - Resuscitation in the elderly : prognostic factors - Ann Fr Anesth Reanim 1990;9(3) :245-248
12

MAURETTE P, VALENTIN ML - Between therapeutic life support care and passive euthanasia : objective factors of intensive care in aged patients - Aggressologie 1990;31(10) :743-745
13

NARAIN P, RUBENSTEIN LZ, WIELAND GD, ROSBROOK B, STROME LS, PIETRUSZKA F, MORLEY JE - Predictors of immediate and 6-month outcomes in hospitalized elderly patients. The importance of functional status. - J Am Geriatr Soc 1988 Sep;36(9) :775-783
14

NEUNDORFER B, HILZ MJ, WIMBAUER M - Follow-up and prognosis of patients of a neurologic intensive care unit with special reference to age - Fortschr Neurol Psychiatr 1996 Aug;64(8) :285-291
15

NICOLAS F, LE GALL JR, ALPEROVITCH A, LOIRAT P, VILLERS D - Influence of patients' age on survival, level of therapy and length of stay in intensive care units. - Intensive Care Med 1987;13(1) :9-13
16

PETTY GW, BROWN RD JR, WHISNANT JP, SICKS JD, O'FALLON WM, WIEBERS DO - Ischemic stroke : outcomes, patient mix, and practice variation for neurologists and generalists in a community. - Neurology 1998 Jun;50(6) :1669-1678
17

QUERE F - L'éthique et la vie - Editions Odile Jacob 1991
18

RAPIN M, GOMEZ-DUQUE A, LE GALL JR, TRUNET P - The changes of survival of patients hospitalized in a resuscitation service. - Nouv Presse Med 1976 May 8;5(19) :1245-1248
19

REUTTER-BERNAYS D, RENTSCH HP - Rehabilitation of the elderly patient with stroke : an analysis of short-term and long-term results. - Disabil Rehabil 1993 Apr;15(2) :90-95
20

RICOEUR P - Soi-même comme un autre - Le Seuil, Paris, 1990
21

RODRIGUEZ R, LEMA M, PRIETO JM, CADARSO C, CASTILLO J, NOYA M - 3 year survival in patients hospitalized for acute cerebrovascular disorders - Rev Neurol 1996 Feb;24(126) :199-206
22

WESTLING B, NORRVING B, THORNGREN - Survival following stroke. A prospective population-based study of 438 hospitalized cases with prediction according to subtype, severity and age. - Acta Neurol Scand 1990 May;81(5) :457-463
23

WOIMANT F, LOT G - Accidents vasculaires cérébraux ischémiques et hémorragiques - Revue du Praticien - 16 juin 97; 386 : 25-28
24

Emergency brain resuscitation. A Working Group on Emergency Brain Resuscitation. - Ann Intern Med 1995 Apr 15;122(8) :622-627