**Lignes directrice de l’Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) pour les malades gériatriques : sommaire exécutif**

**CONTEXTE**

À l’heure actuelle, 12 % de la population canadienne a plus de 65 ans. On s’attend à ce que ce pourcentage atteigne 20 % d’ici 2030, au moment où tous les enfants de l’après-guerre auront 65 ans. Les adultes plus âgés comptent pour 12 % à 21 % de toutes les visites au service d’urgence. La proportion des visites effectuées aux urgences par des personnes de plus de 75 ans est nettement plus élevée par rapport à leur nombre dans la population totale. L’engorgement des urgences demeure une source de préoccupation partout au pays. Les contraintes budgétaires actuelles laissent supposer que l’offre ne pourra pas suivre la demande. Pour mieux travailler dans ce contexte, il importe de trier les patients plus âgés en assurant leur sécurité et en les classant au niveau de l’ÉTG approprié.

**MÉTHODES**

Le Groupe de travail national sur l’Échelle canadienne de triage et de gravité (GTN ÉTG) étudie la nécessité d’améliorer le processus de triage des personnes âgées depuis un certain nombre d’années. En outre, les instructeurs et les intervenants veulent des directives plus précises sur la manière d’évaluer ce groupe de patients et de déterminer le niveau de priorité convenable.

En collaboration avec le Comité de la pratique clinique en gériatrie d’urgence de l’Association canadienne des médecins d’urgence (ACMU), nous avons déterminé ce qui empêche de trier convenablement et en toute sûreté les patients plus âgés. Nous avons également dressé une liste de la documentation scientifique afférente.

***Interprétation des signes vitaux (modificateurs de premier ordre)***

En vieillissant, les systèmes respiratoire, cardiovasculaire et de régulation thermique réagissent différemment aux déséquilibres homéostatiques.

1. **Système respiratoire**: En vieillissant, les poumons réagissent moins à l’hypoxie et à l’hypercapnie. La diminution du retour élastique et la dilatation des voies respiratoires entrainent une augmentation de l’espace mort. Ainsi, la ventilation s’effectue selon une plus grande fréquence respiratoire, et non pas en fonction de volumes d’air plus importants à chaque respiration. Une fréquence respiratoire de plus de 27 respirations par minute se révèle donc plus cruciale que le pouls et la pression artérielle pour déterminer si le patient est en phrase critique.
2. **Système cardiovasculaire**: L’épaississement du myocarde, la rigidité de la paroi artérielle et l’hypertension viennent tous exercer une pression accrue sur le cœur. On constate un plus grand écart de la pression différentielle et on observe une diminution de la réaction aux catécholamines. L’hypotension orthostatique est très courante. Avec l’âge, la fréquence cardiaque au repos augmente graduellement, tandis que la fréquence cardiaque maximale diminue. Ces changements risquent de cacher une affection sous-jacente et de donner un pronostic moins favorable dans les cas de maladie grave.
3. **Température :** La baisse du taux métabolique et le dérèglement du système hypothalamique entrainent souvent une baisse de la température corporelle interne et une perturbation du système de thermorégulation chez les personnes âgées. L’incapacité du corps à laisser monter la fièvre rend les personnes âgées plus vulnérables en cas d’infection. Ainsi, une variation de température aussi subtile soit-elle, y compris l’hypothermie, indique souvent une infection grave.

***Interprétation de la douleur (modificateurs de premier ordre)***

Un certain nombre de facteurs compliquent l’évaluation de la douleur. La sensibilité à la douleur semble s’atténuer avec l’âge. L’inflammation neurogène diminue avec l’âge, ce qui entraine au départ une baisse des signaux de douleur. Ensuite, le déficit cognitif et les troubles de la communication compliquent la possibilité de quantifier l’intensité de la douleur et de déterminer le degré de souffrance physique. De nombreux outils d’évaluation de la douleur chez la personne âgée ont été mis au point et validés (p. ex., l’échelle numérique et l’échelle visuelle analogue).

***Domaines de soins de santé exigeant des considérations particulières***

1. **Manifestations atypiques de maladies courantes :** Il arrive souvent que les patients plus âgés présentent des symptômes non spécifiques ou une faiblesse générale, mais qu’ils ont en fait un problème de santé grave. Le syndrome coronarien aigu se manifeste plus souvent sans douleur thoracique chez les personnes plus âgées, surtout si elles souffrent de diabète. Les patients de plus de 75 ans souffrant d’une pneumonie extra-hospitalière sont moins susceptibles de se plaindre de difficultés respiratoires ou de frissons suivis de sueurs. Si on associe plus souvent la *manifestation* d’une douleur abdominale à une pathologie grave chez les patients plus âgés, on constate que l’*intensité* de la douleur est souvent plus faible dans le cas de l’abdomen aigu.
2. **Déficit cognitif :** Au moins 25 % des personnes âgées qui se présentent aux urgences souffrent de délire et de démence, même s’il a été démontré que les deux troubles sont sous-diagnostiqués et insuffisamment documentés. L’évaluation du délire et de l’état de santé mentale ne peut pas faire partie du processus de triage dans les services d’urgence. Cela dit, il faudrait tout de même considérer un historique de changements cognitifs récents ou des symptômes révélateurs de changements dans l’état de santé mentale ou l’inattention comme un état de conscience altéré, et classer de ce fait le patient au niveau 2 de l’ÉTG.
3. **Chutes et traumatismes :** Les blessures sont l’une des principales causes de morbidité et de mortalité chez la population vieillissante même si les sources des traumatismes sont moins violentes. Ce sont les chutes qui causent le plus souvent des blessures. Un patient sur trois âgés de plus de 65 ans et un patient sur deux âgés de plus de 85 ans rapportent subir au moins une chute chaque année. Une chute sur cinq cause une blessure grave. Les fractures de la hanche et les traumatismes crâniens sont les blessures graves les plus courantes. Un traumatisme crânien léger chez les patients plus âgés présentant une atrophie cérébrale et sous anticoagulants oraux augmente considérablement le risque de saignements intracrâniens. Il importe également de reconnaître qu’un problème de santé aigu comme un incident cardiovasculaire ou vasculaire cérébral peut avoir précipité la chute. En raison des changements cardiovasculaires mentionnés précédemment, une pression artérielle systolique de moins de 110 mmHg présente le même risque de mortalité qu’une pression artérielle systolique de moins de 90 mmHg chez les plus jeunes adultes en santé.
4. **Polypharmacie :** Près de 50 % des patients de plus de 65 ans aux États-Unis prennent cinq médicaments ou plus par jour, ce qui rend cette tranche de population plus susceptible aux événements iatrogènes médicamenteux. De tels événements comptent pour 10 % des visites aux urgences et de 10 % à 17 % des admissions dans les hôpitaux pour ce même groupe d’âge. Les patients qui prennent des médicaments ayant des effets vasodilatateurs sont plus vulnérables aux syncopes et aux chutes de pression. L’acétylcholinolytique qui bloque la transpiration augmente le risque de coup de chaleur. Les analgésiques opioïdes et les calmants augmentent le risque de trouble cognitif et de chute. Un bon nombre de patients prennent des anticoagulants oraux pour traiter une fibrillation auriculaire, ce qui les rend vulnérables aux saignements. C’est encore plus le cas s’ils ont commencé à prendre de nouveaux médicaments qui potentialisent la warfarine et prolongent le RIN.

**CONCLUSION**

La proportion des visites de patients plus âgés aux urgences continuera d’augmenter dans un avenir prochain. Chez les patients sans symptômes apparents, la tachypnée se révèle un signe révélateur d’une maladie grave. L’hypertension et une fréquence cardiaque élevée au repos font partie du processus de vieillissement. Cela dit, une fréquence cardiaque et une pression artérielle « normales » chez un patient âgé ne devraient pas dissuader le personnel infirmier responsable du triage de considérer l’éventualité d’une maladie grave si l’évaluation clinique soulève un doute. Une réaction fébrile modérée exige de la vigilance pour y reconnaître un patient infecté, d’autant plus que le traitement précoce a un lien direct avec de meilleurs résultats.

Une moins grande sensibilité à la douleur conjuguée à un déficit cognitif peuvent nuire à la justesse de l’évaluation de la souffrance. Il faut demander l’aide de la famille et des personnes soignantes, croire ce que l’on vous dit et utiliser les échelles de douleur conçues pour les personnes âgées. De tels outils permettent de procéder à un triage plus juste. Un état de santé mentale changeant, un trouble d’inattention et l’apparition de nouveaux symptômes sont des signes de délire. Il faut y voir au plus tôt. Un traumatisme dû à une chute anodine peut entrainer des blessures graves. La polypharmacie constitue un problème de la plus haute importante chez les patients âgés en raison de la combinaison des changements physiologiques et de l’altération du métabolisme des médicaments, ce qui fait que les événements iatrogènes médicamenteux indésirables sont souvent la cause d’une visite aux urgences. Il est très important de connaître les attentes du patient et de sa famille, y compris les objectifs de traitement. Les directives médicales concernant la restriction des soins ne devraient en aucun cas influencer l’acuité du triage.