

[Admission of elderly in intensive care: does age affect access to care?].

Marie Borel, Benoit Veber, F. Robillard, Jean-Pierre Rigaud, Bertrand Dureuil, Christian Hervé

▶ **To cite this version:**

Marie Borel, Benoit Veber, F. Robillard, Jean-Pierre Rigaud, Bertrand Dureuil, et al.. [Admission of elderly in intensive care: does age affect access to care?].. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, 2008, 27 (6), pp.472-80. 10.1016/j.annfar.2008.03.015 . inserm-00561242

HAL Id: inserm-00561242

https://inserm.hal.science/inserm-00561242

Submitted on 31 Jan 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Admission du sujet âgé en réanimation: l'âge influence-t-il l'accès aux soins?

Admission of elderly in intensive care: does age affect access to care?

Borel M [1] marie.borel@chu-rouen.fr

Veber B [1]

Robillard F [1]

Rigaud JP [2]

Dureuil B [1]

Hervé C [3]

Département d'anesthésie-Réanimation-Samu, Rouen University Hospital, 1 rue Germont 76000 Rouen[1]

Réanimation Polyvalente, Centre hospitalier général de Dieppe, avenue pasteur 76200 Dieppe[2]

Laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale, Université René Descartes , 45 rue des saints pères 75006 Paris[3]

Résumés

Admission du sujet âgé en réanimation: l'âge influence-t-il l'accès aux soins?

Objectifs. L'espérance de vie de la population augmentant, contrairement aux ressources de lit en réanimation, la question de l'admission du sujet âgé en réanimation est de plus en plus fréquente. Nous allons nous intéresser au rôle de l'âge dans la prise de décision médicale.

Patients et méthodes. Un questionnaire a été envoyé aux réanimateurs d'un même département, puis, la cohorte des sujets refusés au sein d'une réanimation du CHU de ce même département a été étudiée.

Résultats. L'âge arrive en 3ième place parmi les facteurs de refus d'admission cités. Il ne semble pas être un critère rédhibitoire de prise en charge en réanimation, mais plutôt pousser à une évaluation plus approfondie du patient. Cette idée se traduit dans les questions ouvertes comme dans les mises en situation cliniques. L'âge module le recours à l'entrée en réanimation. Il tend à s'intégrer dans un procédé global d'évaluation d'un patient, même si le consensus n'est pas total... L'analyse de la cohorte des sujets refusés a montré un premier motif de refus qui est le manque de place. L'âge n'est pas cité.

Conclusions. L'âge ne semble pas un élément déterminant. Il ne peut résoudre la question qui est de savoir si l'admission en réanimation est pertinente ou non pour le patient proposé. Plus que l'admission ou non d'un sujet éventuellement âgé en réanimation, le problème réside dans la résolution avec justesse du dilemme aigu qu'est la prise de décision d'admettre ou de refuser un patient quel qu'il soit au bénéfice de la personne.

Mots clé. Admission, âge, sujet âgé, réanimation, accès aux soins, éthique

Admission of elderly in intensive care: does age affect access to care?

Objectives. The life expectancy of the population increasing, contrary to the resources of bed in reanimation, the question of the admission of the old subject in reanimation is increasingly frequent. We will be interested in the role of the age in the medical decision-making.

Patients and methods.. A questionnaire was sent to the intensivists of the same department, then, the troop of the subjects refused within a intensive care of the Universitary Hospital of this same department was studied.

Results. The age arrives in 3rd place among the factors of refusal of admission quoted. It does not seem to be a appaling criterion for access to intensive care, but rather to lead to a thorough evaluation of the patient. This idea is translated in the open questions as in the clinical settings in situation. The age modulates the recourse to the entry in intensive care. It tends to be integrated in a total process of evaluation of a patient, even if the consensus is not total… The analysis of the troop of the refused subjects showed a first reason for refusal which is the lack of place. The age is not quoted.

Conclusions. The age does not seem a determining element. It cannot solve the question which is to know if the admission in reanimation is relevant or not for the patient proposed. More than the admission or not of a possibly old subject in reanimation, the problem lies in the resolution with accuracy of the acute dilemma which is the decision-making to admit or refuse a patient whatever it is for the benefit of the person.

Keywords. Admission, age, elderly, intensive care, access to the care, ethic

Introduction

Les décisions d'admission en réanimation sont des décisions complexes, prises le plus souvent dans un contexte d'urgence. L'admission d'un patient en réanimation est souvent perçue comme une frontière. Il s'agit de décider rapidement du devenir d'un patient sur des éléments cliniques et anamnestiques souvent incomplets. Dans la majorité des situations, l'admission en réanimation est indiscutable et ne peut être l'objet de controverses [1]. L'âge, élément aisément et quasi-systématiquement recueilli, peut s'avérer un élément amenant à des soins spécifiques, et adaptés. Il pourrait aussi être un prétexte au refus d'un patient [2]. La population des sujets âgés augmentant, contrairement à la capacité de soins en réanimation, la question de leur admission est d'autant plus fréquente. La réflexion sur l'accès aux soins de réanimation du sujet âgé doit reposer sur la prise en compte de:

- la demande existante et légitime de ces patients, reflet du droit à la santé pour tous [3]
- la perspective d'une non admission équivalant à une limitation de thérapeutiques,
- l'offre restreinte en termes de lits, qui ne peut toutefois être un élément suffisant de décision.

La situation actuelle laissant à la fois le médecin juge et partie rend l'exercice de l'admission du patient en réanimation difficile. Il s'agit d'une situation violente dans laquelle dominent deux contraintes: proposer une admission au risque d'entraîner une logique d'obstination déraisonnable ou risquer de hâter le décès du patient en ne proposant pas ou refusant une admission en soins intensifs [4].

Notre travail cherche à appréhender la dimension de l'âge dans le processus d'admission en réanimation à travers l'analyse du discours d'un groupe de réanimateurs, puis l'analyse des pratiques d'une partie de ce groupe.

Patients et méthode

Deux types de travaux ont été menés de façon consécutive. Un groupe de réanimateurs d'un même département (Seine Maritime) a été tout d'abord interrogé. Il s'agissait d'un questionnaire anonyme composé de questions ouvertes, semi-ouvertes et fermées ainsi que de mises en situation à travers quatre cas cliniques. Les cas cliniques ont été construits à fin d'explorer des situations d'admission où l'âge du patient pourrait avoir une incidence sur la prise en charge. Le réanimateur interrogé devait donner son avis sur l'orientation la plus adaptée pour le patient proposé. Le questionnaire a été envoyé par courrier, associé à une lettre explicative, à l'ensemble des praticiens, après visite ou contact téléphonique avec un médecin référent par centre, de mai à juin 2006. Un rappel ciblé en fonction des retours de questionnaires a été effectué en septembre 2006. La population interrogée était l'ensemble des réanimateurs des principaux hôpitaux publics de Seine-Maritime à savoir: le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rouen, le Centres hospitaliers Généraux (CHG) du Havre, de Dieppe et d'Elbeuf. Ont été exclus les médecins travaillant dans les secteurs de réanimation spécialisés: réanimation post chirurgie cardiaque, unité de soins intensifs neurochirurgicale… Par la suite, une étude a été menée dans le cadre de la réanimation chirurgicale du CHU de Rouen. Il s'agissait de l'analyse de la cohorte des sujets non admis en réanimation. L'objectif était d'analyser la proportion des sujets âgés parmi les sujets refusés, les motifs de refus et le devenir de ces patients.

L'acquisition des données et l'étude statistique ont été réalisées à l'aide du logiciel EXCELSTAT 2007 pour windows. Les variables qualitatives ont été comparées avec le test du X^2 ou le test de Fisher exact en fonction des effectifs théoriques calculés.

Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme significative.

Résultats- étude du discours

Trente-quatre questionnaires ont été envoyés. Dix-neuf questionnaires ont été retournés. L'échantillon comporte treize hommes pour six femmes, d'une moyenne d'âge de 37±7 ans, ayant soutenu leur thèse d'exercice depuis en moyenne 8±7ans, avec un exercice en réanimation depuis 7±6 ans. Dix-huit praticiens pratiquent exclusivement en réanimation. Sept le font en réanimation polyvalente en CHG, douze en CHU dont cinq en réanimation médicale et sept en réanimation chirurgicale.

Pour l'essentiel des praticiens interrogés (treize médecins sur dix-neuf) il n'apparaît pas clairement de réflexion collégiale et détaillée quant à l'admission des patients ou au refus de certains. Toutefois un médecin souligne qu'en dépit de l'absence de démarche écrite et détaillée, il existe «une philosophie d'admission» alimentée par des discussions fréquentes. Un autre met en lumière le côté «rare» des critères de non-admission. Un dernier affirme une large prise en charge des patients spécifiques à la filière de sa réanimation. Trois praticiens indiquent une politique d'admission définie et collégiale. Trois praticiens ne se prononcent pas.

Le facteur de refus [tableau1], pour tout patient proposé, le plus souvent cité, est la notion d'antécédents particuliers propres au patient avec essentiellement la notion d'une perte d'autonomie ou d'une dépendance. Vient par la suite le fait que le patient concerné ait une pathologie non curable ou soit dans une situation de mort attendue prochaine, puis la notion d'un âge avancé sans précision numérique.

Dix-sept praticiens rapportent une influence de l'âge dans leur prise décision. Deux ne pensent pas être influencés par l'âge des patients proposés. L'âge élevé d'un

patient conduit à recherche plus précise des antécédents, et notamment de son autonomie. Pour la majorité des réanimateurs, il ne paraît pas être un élément de refus systématique mais plutôt un élément poussant à une évaluation plus approfondie. Pour deux réanimateurs, l'âge est mentionné comme un «élément négatif», poussant par lui-même à une limitation. Un patient est perçu comme âgé à partir de 81 ans en moyenne avec des extrêmes à 75-90 ans.

Résultats- cas cliniques [tableau 2]

Premier cas clinique

- *Mme X, 80 ans, a été renversée par une voiture. Elle présente un score ISS à 12, un score de glasgow à 13. Elle est stabilisée sur le plan des constantes vitales. Par ailleurs, on apprend que Mme X a une démence d'Alzheimer débutante, et qu'elle est très entourée par sa famille. Le médecin du SAMU qui la prend en charge vous appelle.*

Les réponses des réanimateurs interrogés sont diverses et ne montrent pas de consensus global. Seulement six réanimateurs proposent une admission en réanimation, neuf préférant une admission au service d'accueil des urgences première pour approfondir l'évaluation avant de discuter d'un projet de prise en charge, n'excluant pas formellement la réanimation. Un récuse la patiente pour la réanimation. Un réanimateur ne tranche pas et souhaite des éléments d'évaluation complémentaire avant de se prononcer. Deux réanimateurs ne se prononcent pas.

Deuxième cas clinique

- *Mr Y, 85 ans, a été victime d'un arrêt cardio-respiratoire récupéré au bout de 30 minutes de réanimation. Le médecin du SAMU qui le prend en charge vous*

appelle.

Seuls quatre réanimateurs proposent une admission en réanimation d'emblée, dix préférant une admission au service d'accueil des urgences (SAU) pour approfondir l'évaluation, sans exclure la réanimation par la suite. Un récuse ce patient pour la réanimation d'emblée. Quatre souhaitent des éléments d'évaluation supplémentaires avant de se prononcer. Ce cas clinique est majoritairement vécu comme complexe. La notion de limitation de thérapeutique précoce dès le SAU est indiquée par un médecin et deux indiquent la nécessité de réévaluation dans les 72 premières heures en réanimation. Les quatre praticiens ne se prononçant pas clairement soulignent le caractère «déraisonnable», la nécessité d'une «absence d'escalade thérapeutique», la difficulté de la prise de «décision d'orientation» compte tenu des parents proches.

- *Mr Y a 55 ans.*

Face à un patient plus jeune la prise de décision est modifiée pour sept réanimateurs dans le sens d'un accès favorisé vers la réanimation. Il ne s'agit non pas d'une perspective de survie améliorée, mais de la notion sous-jacente qui transparaît de la possibilité d'aller vers une procédure de dons d'organe.

<u>Troisième cas clinique</u>

- *Mr Z, 85 ans, comptant dans ses antécédents une bronchopathie chronique obstructive arrive au SAU de votre hôpital. Mr Z est un patient habituellement peu compliant à un suivi régulier. Il n'est pas revenu voir son pneumologue depuis plus de 5 ans. Mr Z présente une détresse respiratoire. Il pourrait bénéficier de ventilation non-invasive. Le médecin du SAU qui le prend en charge vous le propose.*

Douze réanimateurs acceptent d'emblée ce patient en réanimation. Cinq réanimateurs ne récusent pas l'admission, mais souhaitent une période d'évaluation prolongée au SAU ou en unité de soins intensifs (USI). Un réanimateur refuse ce patient. Un réanimateur ne se prononce pas. Il est souligné par deux praticiens la nécessité de prendre en compte l'avis du patient et l'acceptation du traitement. Cinq réanimateurs soulignent le caractère déraisonnable d'une intubation orotrachéale et la nécessité d'une réflexion précoce sur le niveau du projet thérapeutique

- *Mr Z a 55 ans.*

La prise de décision est modifiée par l'âge plus jeune du patient vers une prise en charge plus rapide en réanimation. Deux réanimateurs supplémentaires se prononcent en faveur de l'accès à la réanimation. Six réanimateurs modifient leur prise en charge vers une attitude plus invasive (intubation orotrachéale). Un ne se prononce pas.

Quatrième cas clinique

- *Mr W 90 ans est retrouvé par une équipe du Samu dans le coma suite semble-t-il a une tentative d'autolyse médicamenteuse. Le médecin du Samu qui vous appelle vous dit ne pas avoir d'information sur le terrain de ce patient, ni identifier avec certitude les toxiques pris. Il a par ailleurs été contraint de recourir à une intubation et de ventiler son patient. Il vous le propose à l'admission.*

Seize réanimateurs proposent une admission en réanimation, compte tenu d'une «pathologie aiguë», un certain «manque d'éléments», et «une intubation orotrachéale» déjà réalisée. La réalité technique (l'intubation) et le manque d'éléments l'emportent. Il n'est pas évoqué de réserve vis à vis de la volonté suicidaire possible d'un patient âgé, compte tenu, semble-t-il, de la pathologie aiguë

potentiellement réversible sur le plan organique et psychique. Trois souhaitent au mieux une transition par le SAU pour une réévaluation.

Résultats- étude de pratique

Du 1er Novembre 2006 au 31 Mars 2007, quatre-vingt patients proposés à l'admission en réanimation chirurgicale sont refusés; soit en moyenne, treize patients par mois, ou presque un patient refusé un jour sur deux. Il n'y a pas eu plus de trois patients refusés sur une même journée. Un dossier a du être exclu de l'analyse compte tenu d'un manque trop important de données. La moyenne d'âge des patients refusés est de 59ans± 22 (médiane 60 ans) avec vingt-trois patients de plus de 70 ans. Il est à noter que pour dix dossiers, l'âge n'est pas mentionné.

Le premier motif de demande d'admission [tableau 3] est une complication médicale péri opératoire. Vient ensuite la prise en charge d'un patient en péri-opératoire d'une chirurgie en urgence (vasculaire, abdominale, ou neurochirurgicale), puis la prise en charge d'un patient victime d'un accident de la voie publique, d'une pathologie circonstancielle ou d'un polytraumatisme, enfin la prise en charge post-opératoire d'une d'une chirurgie lourde. Il n'ya pas de différence statistiquement significative de la répartition du motif des demandes en fonction de l'âge.

Les patients sont essentiellement refusés pour un manque de place ou un manque de gravité [tableau 4]. De façon moins importante, les notions de patients présentant une gravité excessive, ayant de lourdes comorbidités ou une autonomie limitée sont aussi retrouvées. Il n'y a pas de différence statistiquement significative de la répartition des motifs de refus en fonction de l'âge.

L'orientation initiale est égale entre une réanimation autre que la réanimation chirurgicale ou un service clinique classique [tableau 5]. Les autres patients sont

essentiellement répartis (par ordre décroissant) entre la salle de réveil post-interventionnelle, ou la salle de déchocage du service d'accueil des urgences ou l'unité d'hospitalisation de courte durée. Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans l'orientation des patients en fonction de l'âge.

Dans les 48 heures, plus de la moitié des patients sont toujours vivants toujours dans le même lieu d'hospitalisation [tableau 6]. Quinze sont sortis de réanimation, d'unité de soins intensifs, ou de salle de réveil. Sept sont admis secondairement en réanimation, et sept sont décédés. Pour six patients le devenir n'est pas indiqué. Il a une différence statistiquement significative en fonction de l'âge en ce qui concerne le devenir des patients (p=0,003).

Parmi les sept patients décédés:

- un est décédé en réanimation chirurgicale, admis tardivement après un passage en salle de réveil, compte tenu d'un manque de place,
- un patient est décédé en réanimation médicale, refusé par manque de place.
- un patient est décédé en SSPI, refusé compte tenu de comorbidités trop lourdes,
- deux patients sont décédés dans un service de chirurgie, refusé compte tenu de comorbidités trop lourdes,
- deux patients sont décédés au SAU, refusés pour l'un sur un processus en cours trop grave, pour l'autre vu les comorbidités lourdes qu'il présentait.

Discussion

L'âge arrive en troisième place en termes de fréquence parmi les facteurs cités conduisant le plus souvent au refus d'un patient. L'influence de l'âge est reconnue. Il ne semble, le plus souvent pas être un critère rédhibitoire de prise en charge en

réanimation, mais plutôt pousser à une évaluation plus approfondie du patient. Cette pensée se traduit dans les questions ouvertes comme dans les mises en situation au travers des cas cliniques. Néanmoins, l'âge module le recours à l'entrée en réanimation [5]. Il tend à s'intégrer dans un procédé global d'évaluation d'un patient, même si le consensus n'est pas total. Par ailleurs, si l'âge n'est pas un critère strict de non accès à la réanimation, au travers des cas cliniques, il transparaît que l'âge mène plus souvent à une limitation de thérapeutique que chez un sujet plus jeune à cas équivalent.

En moyenne, un patient est dit âgé à partir de quatre-vingt ans pour les praticiens interrogés. Ce chiffre est cohérent par rapport à l'espérance de vie en France qui est actuellement pour l'homme de 76,8 ans et le femme de 83,8 ans. Il illustre l'évolutivité de la définition du sujet âgé.

La moyenne d'âge des patients refusés dans notre étude est plus élevée que celle des patients admis avec en 2006 (bilan annuelle de la réanimation chirurgicale du Chu de Rouen 2006), une moyenne d'âge à 51,7 ans pour une médiane à 53 ans. Concernant la population générale, il est inquiétant de constater que le premier motif de refus soit un manque de place. Cette donnée n'était pas à ce point perçue par les réanimateurs qui citaient des éléments de terrain comme facteur principal de refus. Par ailleurs, si l'adéquation du nombre de lits par rapport à la demande devait évoluer dans les années à venir, il serait nécessaire et intéressant de conduire une nouvelle étude de pratiques analysant les motivations des refus. En effet, les patients refusés par manque de place, seraient-ils admis si un lit était libre dans l'unité d'hospitalisation concernée?

Concernant les sujets les plus âgés, l'analyse des causes de refus montre à nouveau un motif essentiel de refus qui est un manque de place, à un taux peu différent par

rapport à la population générale. Concernant les décès, il est à remarquer que si les sujets âgés de plus de 70 ans tiennent une place relativement modérée dans la population des sujets refusés, ils sont concernés avec certitude par trois des sept décès répertoriés, soit près de la moitié des décès alors qu'ils comptent pour environ un tiers de la cohorte analysée.

Le discours et la pratique tendent à se rejoindre. L'âge semble être un élément d'estimation, tendant à pousser à l'évaluation, sans être un élément rédhibitoire à lui seul pour pouvoir accéder aux soins. Toutefois, l'étude est trop courte en termes de période, et s'intéresse à un effectif trop peu nombreux pour pouvoir apporter des conclusions définitives.… Il ne s'agit que d'une image à un temps donné pouvant servir de base à la réflexion du groupe interrogé.

Les réanimateurs interrogés ne perçoivent pas avec quelle force le manque de place semble jouer dans leur capacité à prendre en charge de façon adaptée les patients pour lesquels ils sont sollicités. Quelle destination auraient ces patients avec un nombre de places disponibles plus élevé? Ces patients sont-ils vraiment refusés parce qu'il n'y pas de place… ou ces patients auraient-ils, de toute façon, été refusés pour d'autres motifs.

Le travail que nous avons réalisé doit être remis dans son contexte. Il est couramment admis que par les modifications physiologiques liées à l'âge, la vieillesse fragilise le patient, altérant son pronostic vital. Pour certains, cela pourrait justifier une non admission en réanimation. Toutefois si la mortalité en réanimation tend à augmenter avec l'âge [6], la maladie causale ou les pathologies sous-jacentes semblent des critères prédictifs de mortalité plus fiables, l'âge ne semble pas à lui seul être un critère indépendant de mortalité [7, 8, 9, 10]. Par ailleurs, d'autres

justifieraient un non admission en réanimation du fait d'une probable qualité de vie future sombre après réanimation, risque qui serait augmenté du fait de l'âge du patient. Tout le problème est d'évaluer la qualité de vie future du patient non pas par rapport à son propre vécu, mais de se positionner par rapport au patient avec le plus d'objectivité possible. Ainsi, il a été montré que l'âge n'est pas un facteur d'absence de retour à une qualité de vie antérieure [11, 12]. De plus, le sujet âgé et ses proches semblent mieux accepter une qualité de vie altérée par rapport à leur qualité de vie antérieure que les sujets plus jeunes [13].

La prise de décision conduisant à l'admission ou au refus d'un patient est complexe. Des recommandations existent, émanant notamment de la Society of Critical Care Medicine basées sur une définition de patients potentiellement bénéficiaires, établies progressivement au cours du temps [14]. Il s'agit de recommandations de priorités pour l'admission et non pour la non admission. Ces recommandations sous-tendent l'évaluation du bénéfice attendu et de la probabilité de succès du traitement, du bénéfice de la réanimation en rapport avec la maladie initiale, de la qualité de vie probable future et du souhait du patient… autant de notions complexes et d'évaluations qui, si elles peuvent être argumentées par l'expérience et la littérature, restent un éternel recommencement, d'autant plus que la réflexion se mène dans un contexte d'urgence. En pratique ces recommandations s'avèrent peu applicables. Par ailleurs, il n'existe pas actuellement de recommandations récentes françaises émanant des sociétés savantes référentes (Société Française d'Anesthésie-Réanimation et Société de Réanimation de Langue Française). Compte-tenu de l'absence actuelle de solutions préconçues, ou d'algorithme décisionnel pré-établi pouvant permettre de faire du «tri» en amont, au bénéfice des patients, que le patient soit âgé ou non, avec certitude, il est nécessaire de favoriser

une réflexion au quotidien afin d'analyser les pratiques et les cas des patients, en particulier de ceux qui n'auraient pas pu être admis [1]. Il est probablement souhaitable de favoriser les discussions à posteriori après admission ou refus, de façon à augmenter la culture et l'expérience de chacun. La réflexion d'équipe peut permettre de soulager la lourdeur de la responsabilité du réanimateur. Il ne s'agit toutefois pas de soumettre toute décision à l'accord du groupe (ce qui paraît en pratique complexe), mais de favoriser un processus décisionnel tendant à une prise de décision éthique. Actuellement, la seule attitude recevable possible, paraît être d'avoir des critères larges d'admission, quitte à organiser par la suite des réunions précoces d'évaluation afin d'élaborer un projet thérapeutique réaliste. Le réanimateur reste maître et responsable de sa décision mais pourrait s'appuyer sur la réflexion du groupe. Il s'agit de tendre vers un fonctionnement proche des recommandations édictées par la loi et les sociétés savantes quant aux décisions relatives aux arrêts ou limitations de thérapeutiques en réanimation, qui insistent sur la nécessaire collégialité de la prise de décision, le refus d'admission d'un patient en réanimation étant une première limitation de niveau de thérapeutiques [15]. Il s'agit de favoriser un processus menant à la décision qui ne soit pas un simple débat d'opinion ou de conviction mais une discussion au sens de Habermas [16]. Le principe en est la confrontation d'arguments et de contre arguments entre plusieurs acteurs qui acceptent de se plier à l'argument du plus fort ou supposé tel. La discussion est un travail de la raison qui met en œuvre des rationalités différentes mais complémentaires. Elle permet la création d'un espace public critique qui permet si ce n'est de fonder, du moins de justifier les raisons des actes posés. La discussion ainsi entendue permettrait d'éviter en partie les tentations fortes en matière de morale ou d'éthique. Le consensus n'est pas en soi l'objectif de la discussion, mais il en est le

résultat probable. Cet accord critique contribue à valider les raisons pour laquelle une décision sera prise. L'enjeu de la discussion n'est pas le consensus, mais l'accord de tous par l'épreuve critique d'une confrontation d'arguments de différente nature qu'il s'agit d'articuler pour se déterminer.

L'interrogation à travers les soins de réanimation de l'accès aux soins du sujet âgé ne fait que souligner l'un des enjeux des années à venir, qui ne peut se limiter à la seule réanimation [17]. Ces dernières années, la vieillesse a tendu à devenir une image négative, que ce soit sur le plan de la vieillesse individuelle ou du vieillissement collectif. Les regards portés sur la vieillesse renvoient à la réalité de la mort sociale, elle-même annonciatrice de la mort biologique. On est passé du troisième âge des années 70 au quatrième âge des années 80 marqué par la dépendance et la pente du handicap. Parallèlement, le vieillissement est devenu le terrain d'actions des professionnels de santé, faisant perdre à la vieillesse sa dimension sociale. Dans le même temps, est née une véritable difficulté pour les soignants hospitaliers à appréhender le patient gériatrique. L'imbrication du médical et du social contribue à tendre les relations entre les soignants, les familles et les personnes âgées. L'augmentation du flux des personnes âgées voire très âgées, de plus en plus fréquemment dépendantes, à l'hôpital, donne à la médecine un fort potentiel de remise en question, afin de redéfinir ses finalités. Il doit être question d'une médecine prudente et mesurée, respectant le choix et la dignité de chaque personne, respectant l'intégrité du vieillard, avec un abord global clinique gériatrique, accompagné d'une réflexion éthique quotidienne sur la pratique soignante. Dans cette perspective, la réanimation prend sa place, devant pouvoir être si nécessaire, comme pour tout autre patient, le lieu de passage d'un cap aigu, avec des perspectives de survie raisonnable associée à une qualité de vie acceptable.

Conclusion

L'élaboration de ce document a pour objectif d'apporter des éléments de réflexion concernant l'admission en réanimation d'un patient, en particulier d'un patient âgé. Il apparaît que si l'âge en tant que caractère propre à un patient est susceptible d'être recueilli au cours de la recherche des éléments anamnestiques menant à l'admission d'un patient, celui-ci n'est pas rédhibitoire. Le recueil de l'âge, qui au départ pourrait sembler être un élément déterminant, n'est en fait qu'un élément parmi d'autres. A lui seul, il ne peut résoudre la question qui est de savoir si l'admission en réanimation est pertinente ou non pour le patient proposé. Plus que l'admission ou non d'un sujet éventuellement âgé en réanimation, le problème réside dans la résolution avec du dilemme aigu qu'est la prise de décision d'admettre ou de refuser un patient quel qu'il soit au bénéfice de la personne. Il s'agit de prendre une décision juste, pour un soin juste, éloignant toute perspective d'obstination déraisonnable.

Bibliographie

1) E. Roupie, Les décisions d'admission ou de non-admission en réanimation, Reanim, 2001, 10(7) : 679-684
2) L. Muller, J.Y. Lefrant, A. Gache, J.E. de La Coussaye , Critères d'admission du sujet âgé en réanimation, journées Médecine d'urgence SFAR, ed Elsevier, 2003, 29-37
3) Fondation Nationale de Gérontologie, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité , Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, 1997
4) F Pochard, Lemaire F, Admission en réanimation: consentement présumé? In Lemaire F, Problèmes éthiques en réanimation, ed Masson, 2003, 5-36
5) JB Lecharny, Ph Loirat , Éthique et réanimation du sujet âgé, Conférences

d'actualisation SFAR, ed Elsevier, 1997, 545-53.

6) Hamel MB, Davis RB, Teno JM, Knaus WA, Lynn J, Harrell F Jr, et al, Older age, aggressiveness of care, and survival for seriously ill, hospitalized adults. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments, Ann Intern Med 1999, 131(10): 721-8

7) Chelluri L, Pinsky MR, Grenvik AN, Outcome of intensive care of the "oldest-old" critically ill patients, Crit Care Med, 1992, 20(6): 757-61

8) Bo M, Raspo S, Massaia M, Cena P, Bosco F, Fabris F, et al, A predictive model of in-hospital mortality in elderly patients admitted to medical intensive care units, J Am Geriatr Soc, 2003, 51(10):1507-8

9) Nierman DM, Schechter CB, Cannon LM, Meier DE, Outcome prediction model for very elderly critically ill patients, Crit Care Med, 2001, 29(10):1853-9

10) Somme D, Maillet JM, Gisselbrecht M, Novara A, et al, Critically ill old and the oldest-old patients in intensive care: short- and long-term outcomes, Intensive Care Med, 2003, 29(12):2137-43

11) Hurel D, Loirat P, Saulnier F, Nicolas F, Brivet F, Quality of life 6 months after intensive care: results of a prospective multicenter study using a generic health status scale and a satisfaction scale, Intensive Care Med, 1997, 23(3):331-7

12) Baert O, Veber B, Jusserand d, Petit J, Dureuil B, Grand âge et réanimmation : une mortalité élevée, mais une autonomie préservée à un an chez les survivants [résumé], Ann fr Anesth Reanim 2007, 26(suppl1) : s229

13) Chelluri L, Pinsky MR, Donahoe MP, Grenvik, A Long-term outcome of critically ill elderly patients requiring intensive care, JAMA 1993, 269(24): 3119-23

14) Guidelines on intensive care unit admission, triage and discharge, Crit Care Med, 1999, 27: 663-8

15) Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

16) Habermas J, De l'éthique de la discussion, ed du cerf, 1992

17) P Boitte, Le vieillissement, chance d'une médecine à la recherche de ses finalités, Ethique et Santé, 2006, 3: 26-34

Tableaux

Tableau 1 : Facteurs de refus en réanimation, en fonction du nombre (n) de réanimateurs l'ayant cité

Facteurs de refus	N (%)	Facteurs de refus	N (%)
Terrain du patient	18 (94,7%)	Age élevé	7 (36,8%)
		Perte d'autonomie	10 (52,6%)
		Mort attendue ou pathologie non curable	9 (47,4%)
		Comorbidités lourdes	5 (26,3%)
		Non-observance des traitements	1 (5,2%)
		Qualité de vie antérieure altérée	1 (5,2%)
Patient trop grave	6 (31,6%)		
Patient pas assez grave	5 (26,3%)		
Manque de place	3 (15,8%)		
Refus du patient	1 (5,2%)		
Délai et niveau de prise en charge	1 (5,2%)		

Tableau 2 : Décision initiale prise par les réanimateurs (n) en fonction des cas cliniques, SAU : service d'accueil des urgences, USI : unité de soins intensifs ; différence statistiquement significative dans la répartition des réponses entre les cas des patients âgés 1,2,3,4 (p=0,002) ; pas de différence statistiquement significative entre les cas âgés et jeunes pour les cas 2 et 3.

	Cas 1	Cas 2		Cas 3		Cas 4
n=19	Mme X, 80 ans	Mr Y, 85 ans	Mr Y, 55 ans	Mr Z, 85 ans	Mr Z, 55 ans	Mr W, 90 ans
Admission en réanimation 1ère	6 (31,6%)	4 (21,0%)	11 (57,9%)	12 (63,2%)	14 (73,7%)	16 (84,2%)
Admission au SAU 1ère, ou USI spécifique	9 (47,4%)	10 (52,6%)	6 (31,6%)	5 (26,3%)	4 (21,0%)	3 (15,8%)
Patient récusé	1 (5,2%)	1 (5,2%)	2 (10,5%)	1 (5,2%)	0	0
Demande complément d'information	1 (5,2%)	4 (21,0%)	0	0	0	0
Pas d'avis	2 (10,5%)	0	0	1 (5,2%)	1 (5,2%)	0

Tableau 3 : Nombre de refusés (n) en fonction du motif de la demande d'admission en réanimation et de l'âge, novembre 2006-Avril 2007, CHU Charles Nicolle ; AVP : accident de la voie publique ; chirurgie urgente : chirurgie abdominale, ou vasculaire ou neurochirurgie ou chirurgie ORL ; pas de différence statistiquement significative des répartitions des demandes d'admission en fonction de l'âge.

n(%)	Age<70 ans n=46	Age≥70 ans n=23	Age inconnu n=10	Total n=79
Complication médicale péri-opératoire	11 (23,9%)	6 (26,1%)	1 (10%)	18 (22,8%)
Chirurgie urgente	6 (13,0%)	9 (39,1%)	2 (20%)	17 (21,6%)
AVP ou polytraumatisme ou pathologie circonstancielle	12 (26,1%)	1 (4,3%)	2 (20%)	15 (19%)
Surveillance postopératoire	8 (17,4%)	3 (13 ,0%)	3 (30%)	14 (17,7%)
Divers	7 (15,2%)	3 (13,0%)	1 (10%)	11 (13,9%)
Arrêt cardio-circulatoire	2 (4,3%)	0	0	2 (2,5%)
Motif inconnu	0	1 (4,3%)	1 (10%)	2 (2,5%)

Tableau 4 : Nombre de patients refusés (n) en réanimation chirurgicale, en fonction de l'âge et du motif de refus, novembre 2006-Avril 2007, CHU Charles Nicolle ; pas de différence statistiquement significative de la répartition des motifs de refus en fonction de l'âge.

n(%)	Age<70 ans n=46	Age≥70 ans n=23	Age inconnu n=10	Total n=79
Manque de place	21 (45,6%)	10 (43,5%)	8 (80%)	39 (49,3%)
Pas assez grave	20 (43,5%)	7 (30,5%)	1 (10%)	28 (35,4%)
Comorbidités multiples	3 (6,5%)	1 (4,3%)	0	4 (5,1%)
Gravité excessive	0	3 (13,0%)	1 (10%)	4 (5,1%)
Autonomie limitée	1 (2,2%)	1 (4,3%)	0	2 (2,5%)
Hors filière	1 (2,2%)	0	0	1 (1,3%)
Inconnu	0	1 (4,3%)	0	1 (1,3%)

Tableau 5 : Orientation initiale des patients refusés en réanimation chirurgicale, en fonction de l'âge, novembre 2006-Avril 2007, CHU Charles Nicolle; USI : unité de soins intensifs, SSPI : salle de surveillance post-interventionnelle, UHCD: unité d'hospitalisation de courte durée ; pas de différence statistiquement significative dans l'orientation initiale des patients en fonction de l'âge

n(%)	Age<70 ans n=46	Age≥70 ans n=23	Age inconnu n=10	Total n=79
Service chirurgie ou médecine	14 (30,4%)	8 (34,8%)	3 (30%)	25 (31,6%)
Autre réanimation ou USI	15 (32,6%)	7 (30,5%)	3 (30%)	25 (31,6%)
SSPI	8 (17,4%)	5 (21,7%)	0	13 (16,5%)
SAU ou UHCD	4 (8,7%)	1 (4,3%)	0	5 (6,3%)
Divers	2 (4,3%)	1 (4,3%)	0	3 (3,7%)
Inconnu	3 (6,5%)	1 (4,3%)	4 (40%)	8 (10,1%)

Tableau 6 : Devenir à 48h des patients refusés en réanimation chirurgicale, en fonction de l'âge, novembre 2006-Avril 2007, CHU Charles Nicolle ; USI : unité de soins intensifs, SSPI : salle de surveillance post-interventionnelle ; différence statistiquement significative du devenir des patients en fonction de l'âge (p=0,003)

n(%)	Age<70 ans n=46	Age≥70 ans n=23	Age inconnu n=10	Total n=79
Vivant, dans le même service	32 (69,6%)	10 (43,5%)	4(40%)	46 (58,2%)
Sorti de réanimation, USI ou SSPI	7 (15,2%)	7 (30,4%)	1 (10%)	15 (19,0%)
Admission 2aire en réanimation	4 (8,7%)	3 (13,0%)	0	7 (8,9%)
Décédé	3 (6,5%)	3 (13,0%)	0	7 (8,9%)
Inconnu	0	0	5 (50%)	5 (6,3%)