

Université Paris 5 – René Descartes
Laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale

Master recherche: éthique médicale

Année 2006-2007

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

Directeur de mémoire: Pr C. Hervé

Co-directeur: Pr B. Veber

Présenté par: M. Borel

Sommaire

Introduction	3
Contexte.....	3
1) La population âgée: une population à part?	3
2) La réanimation: des soins de dernier recours... ..	4
3) Le sujet âgé en réanimation: un sujet débattu	5
4) Complexité du processus menant à une décision d'admission ou de refus	7
5) Considérations économiques	8
Problématique.....	9
1) Admettre ou non un patient dans une unité de soins: un enjeu éthique	9
2) L'admission en réanimation du sujet âgé: une situation à risque de tensions..	12
Ce qui est pensé: le discours	13
1) Méthodologie.....	13
2) Résultats	13
3) Discussion.....	22
Ce qui est fait: la pratique	29
1) Méthodologie.....	29
2) Résultats	30
3) Discussion.....	35
Discussion et perspectives.....	39
1) Le discours et la pratique tendent à se rejoindre	39
2) La réflexion des professionnels: impératif de la réflexion de groupe.....	39
3) Réseau d'admission: la nécessaire réflexion en commun d'un groupe à une plus grande échelle	41
4) La réflexion des professionnels: références au cours de la formation.....	41
5) Vieillesse de la population: un problème de société que la réanimation ne fait que souligner	42
Conclusion	43
Annexe: questionnaire	44
Bibliographie.....	51

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. 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. Nous allons nous intéresser à la dimension de l'âge dans la situation particulière qu'est l'admission en réanimation.

Contexte

1) La population âgée: une population à part?

a) Une population en pleine croissance

L'INSEE (1) estime qu'en 2004 l'espérance de vie en France d'un homme est de 76,8 ans et que celle d'une femme est de 83,8 ans. Selon Eurostat (2), les plus de 65 ans représenteront 19,5% de la population européenne en 2020. La part des aînés dans la population française comme européenne tend donc inexorablement à augmenter.

b) Une population hétérogène

Le vieillissement est un processus qui, au long des années, transforme un sujet adulte en bonne santé en un individu fragile, dont la compétence et les réserves d'énergie diminuent au niveau de la plupart des systèmes physiologiques, devenant de plus en plus vulnérable à de

nombreuses maladies et, susceptible de mourir rapidement (3). Le processus physiologique du vieillissement reste complexe. Il se déroule parallèlement mais non simultanément à l'âge chronologique. Chercher à avoir des critères pertinents aboutissant à une définition biologique du vieillissement est extrêmement difficile, contrairement à la description de la seule longévité qui est chronologique. Les progrès de la médecine et l'amélioration de la qualité des conditions de vie rendent la population des sujets de plus de 65 ans plus importante mais aussi plus hétérogène en terme démographique, socio-économique et médicale.

c) **Une population dont la demande de soins évolue**

Actuellement, du fait de l'absence de parallélisme entre l'âge chronologique et l'expression des manifestations biologiques du vieillissement, on observe un accroissement de l'espérance de vie sans incapacité, progressant plus que la longévité elle-même (recensement France 1999: 82% des personnes âgées, n'ont pas de problème de dépendance (1)). Il en découle naturellement une préoccupation accrue de la qualité de vie des personnes âgées préservées. Cette période reste toutefois transitoire, et laisse le plus souvent place par la suite à une évolution vers une dépendance physique ou psychique.

2) **La réanimation: des soins de dernier recours...**

a) **Historiquement**

La réanimation est une discipline médicale jeune d'à peine un demi-siècle (1953, naissance de la réanimation respiratoire moderne lors d'une épidémie majeure de poliomyélite au Danemark). L'évolution des termes qui l'ont désignée au cours de l'histoire témoigne des indécisions jusqu'à aujourd'hui mais aussi des rapports réels et imaginaires entretenus avec la notion de résurrection. La réanimation travaille sur la vie elle-même et à son maintien. Elle est donc naturellement tramée d'options, d'idéologies et de croyances nichées dans les mythes et fantasmes humains, de conceptions relatives à l'homme, à la vie, et aux valeurs culturelles et sociales qui lui sont rattachées (4). La réanimation représente un lieu de derniers recours qui tendrait à empêcher la mort, à préserver la vie, à reculer les limites de l'existence. La réanimation ne se réduit donc pas à un inventaire de techniques et d'appareils, pas plus que son histoire ne se résume à leur datation.

b) Actuellement

En France le Code de Santé Publique (5) définit les unités de réanimation «comme des unités aptes à prendre en charge des patients présentant plusieurs défaillances viscérales, circulatoires, rénales et respiratoires aiguës mettant en jeu leur pronostic vital». La réanimation a donc vocation à prendre en charge des patients avec des pathologies graves dont le taux de mortalité peut avoisiner les 50% (6). Il s'agit d'une discipline coûteuse avec un nombre de lits limités. Les politiques d'aménagement de la santé tendent à regrouper les unités, et à diminuer le nombre de lits parallèlement pour tendre vers plus d'efficacité (6)...

L'objectif d'une admission en réanimation est de proposer une survie après le passage d'un cap aigu, dans des conditions de vie acceptable. En n'admettant pas un sujet en réanimation, on touche donc à la question d'une limitation de thérapeutique qui peut lui être fatale, même si tel n'est pas l'objectif du refus.

3) Le sujet âgé en réanimation: un sujet débattu

Le questionnement vis à vis de l'admission d'un sujet âgé en réanimation sous-entend d'explicitier les raisons pour lesquelles un patient pourrait se voir refuser en réanimation, et la prise en compte de l'âge dans ce refus. Par les modifications physiologiques liées à l'âge, la vieillesse fragilise le patient, altérant son pronostic vital. Si la mortalité en réanimation tend à augmenter avec l'âge, la sévérité de la maladie causale ou des pathologies sous-jacentes semblent toutefois des critères prédictifs de mortalité plus fiables.

a) Résultat de la réanimation chez le sujet âgé

Quand on s'intéresse aux résultats de la réanimation chez le sujet âgé, il est nécessaire d'apprécier le fait que toutes les études publiées concernent des populations de patients sélectionnées puisqu'admis...donc pour lesquels notre problématique a été posée et résolue.

Dans l'étude SUPPORT (8), le risque de décès des patients admis augmente de 1% par année d'âge de 18 à 70 ans, et de 2% par année d'âge pour les patients de plus de 70 ans. Dans l'étude de Cohen (8), s'intéressant, à partir d'une importante base statistique au devenir du

patient ventilé mécaniquement en fonction de l'âge, 70% des patients de plus de 85 ans décèdent à l'hôpital contre 32% des patients de moins de 29 ans. L'étude de Dewar (10) va dans le même sens, montrant à partir d'une large population de 38 réanimations un risque relatif de décès augmenté pour les patients les plus âgés.

L'âge avancé semble donc augmenter le risque de ne pas survivre à un séjour en réanimation.

Toutefois, cela ne signifie pas que l'âge à lui seul implique un mauvais pronostic. Lorsqu'on considère des situations particulières, les conclusions sont moins tranchées. Ainsi, dans une étude s'intéressant au devenir de 774 patients après un arrêt cardio-respiratoire réanimé, si seulement 6% des patients de plus de 80 ans survivent à 6 mois (contre 32 % à 45 et moins) l'âge n'est pourtant pas retrouvé comme un mauvais facteur de pronostic neurologique (11).

De nombreuses études (12), (13), (14), (15)), utilisant des statistiques multivariées ont montré que l'âge n'était par ailleurs pas un facteur indépendant de mortalité.

L'âge ne paraît donc pas seul pouvoir prédire le devenir d'un sujet âgé admis en réanimation. Outre le motif d'admission, ou la gravité d'un patient, le statut fonctionnel avant admission semble fondamental. Il n'est pourtant pas pris en compte par les scores de gravité les plus courants (SAPS II, APACHE II notamment). Ainsi, en 1991, dans une étude s'intéressant aux facteurs prédictifs de mortalité du sujet âgé, Mayer Oakes trouve que les patients qui décèdent sont plus significativement totalement dépendant pour les activités de la vie quotidienne, que ceux qui survivent (15).

b) Qualité de vie après réanimation: acceptation de la qualité de vie post-réanimation chez le sujet âgé

La perception de la qualité de la vie est difficile et subjective. Quand le soignant s'appuie sur une probable qualité de vie future sombre après réanimation pour justifier un choix de non admission donc de limitation de soins, il se doit non pas d'évaluer un patient par rapport à son vécu propre de soignant mais, de se positionner par rapport au patient... avec le plus d'objectivité possible!...

Hurel montre que l'âge ne semble pas être un facteur prédictif d'absence de retour à une

qualité de vie antérieure (17). Par ailleurs, le sujet âgé et ses proches semblent mieux accepter une qualité de vie altérée par rapport à leur qualité de vie antérieure à la réanimation que les sujets plus jeunes. Dans une étude de Chelluri (18) sur une population de 97 patients de plus de 65 ans, dont 54% supérieurs à 75 ans, admis en réanimation (dont 79 survivent 12 mois après), la majorité décrivent leur qualité de vie comme satisfaisante et souhaitent bénéficier à nouveau de soins intensifs, si nécessaire...

4) Complexité du processus menant à une décision d'admission ou de refus

Il s'agit d'une décision qui doit être prise dans l'urgence. Des recommandations ont été édictées concernant les critères d'admission en réanimation, émanant de la société of Critical Care Medicine, basées sur une définition de patients «potentiellement bénéficiaires», établies progressivement au cours du temps (19). Il n'y a par contre pas de recommandations récentes françaises émanant des sociétés savantes référentes (Société Française d'Anesthésie Réanimation et Société de Réanimation de Langue Française...)

Il est fait mention que l'admission doit être réservée aux patients «présentant une chance raisonnable de récupération substantielle», qu'il est nécessaire d'écrire une politique d'admission de tri et de sortie des patients. Une catégorisation des patients est proposée en terme de niveau de priorité et de motif d'admission. Trois niveaux sont définis pour classer les motifs d'admission :

- Niveau 1: correspond à un motif convaincant et justifié sur des preuves scientifiques seules,
- Niveau 2: se réfère à des motifs raisonnablement justifiables par des preuves scientifiques et fortement sous-tendus par une expertise dans le domaine des soins intensifs,
- Niveau 3: correspond à un motif d'admission sans preuve scientifique mais sous-tendu par des données disponibles en particulier par l'avis d'expert.

Une catégorisation de patient est proposée avec:

- Niveau 1: patients critiques instables qui nécessitent des soins intensifs ou un monitoring impossible hors d'un service de réanimation,
- Niveau 2: monitoring intensif avec une potentielle intervention immédiate,
- Niveau 3: patients instables et critiques ayant de faibles chances de récupération en raison

d'une maladie sous-jacente ou d'un processus aigu non contrôlé,

- Niveau 4: patient n'ayant que peu de bénéfices à attendre des soins intensifs soit en raison d'une absence de gravité, soit en raison d'un processus terminal imminent.

Il s'agit de recommandations de priorités pour l'admission et non pour la non admission. Il n'est pas mentionné de situations où il est totalement inutile d'admettre un patient. Seuls deux situations se distinguent: les patients moribonds, ou qui ne présentent strictement aucun critère de gravité. 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.

5) Considérations économiques

La réflexion concernant l'admission des patients en réanimation peut rapidement être troublée par des considérations économiques. En effet, il s'agit d'une zone de soins ayant un coût élevé pour chaque patient admis; ce coût ne pouvant être amené qu'à s'amplifier dans les années à venir, vu le développement de nouvelles technologies coûteuses. Dans notre société, où le système de protection sociale tend à l'implosion compte tenu d'une absence d'équilibre économique, la question de limiter les coûts en fixant des critères d'accès à certains moyens thérapeutiques pourrait se poser. L'âge est alors un critère aisé à recueillir...La réflexion n'est actuellement pas posée en ces termes en France, contrairement à d'autres pays européens. Si le sujet n'est pas explicitement posé, on peut penser qu'il peut jouer de manière plus ou moins subjective.

Problématique

1) Admettre ou non un patient dans une unité de soins: un enjeu éthique

Se poser la question de l'admission d'un sujet particulier dans une unité de soins spécifique, c'est en fait s'interroger sur la possibilité de ne pas l'admettre...

La question de l'admission ou non d'un patient particulier dans une unité de soins implique de nombreux conflits de valeurs qu'il est nécessaire d'appréhender afin de mieux cerner les différents éléments concourant à notre problématique.

a) Intérêt individuel ou intérêt public

Trois entités entrent en jeu: une personne, un soignant et la société; la difficulté se trouvant dans le fait que les intérêts de la personne ne semblent pas toujours en accord avec les intérêts publics.

L'exercice de la médecine apparaît comme un service où l'individu semble primer par rapport à la collectivité: «le médecin au service de l'individu (...) exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de sa personne et de la dignité» (20)). La convention sur les droits de l'homme et de la biomédecine (21), réaffirme la primauté de l'être humain: «sur le seul intérêt de la société et de la science ». Par ailleurs, la loi interdit toute discrimination dans l'accès aux soins : (22), « aucune personne ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins ».

Si on ne s'attarde qu'à ces écrits, la question de l'admission ou non d'un sujet dans un service de derniers recours tel qu'une réanimation ne se pose pas, elle devrait se faire de façon systématique du moment qu'elle s'intègre dans une démarche de soins et dans une optique de bienfaisance...

Toutefois, si la médecine a un enjeu individuel certain, le médecin est aussi au service de la

santé publique (20). L'acte de soins n'est pas suffisant. L'intérêt général doit être pris en compte. Chaque décision prise par le médecin et assumée doit être au bénéfice non seulement de l'individu mais aussi de la collectivité.

Nous pouvons donc voir l'émergence de quelques difficultés à cette étape de notre réflexion. Un acte, s'il est bénéfique pour un patient, n'est peut-être pas le meilleur choix pour la collectivité. L'admission d'un sujet âgé en réanimation, suite à «l'acutisation» d'une pathologie chronique, sur le dernier lit d'une unité, bloque toute possibilité par la suite de prise en charge. Ainsi le soignant se retrouve au croisement d'intérêts individuels et collectifs qui traduisent bien des enjeux quotidiens: comment avoir une démarche de réunion face à des enjeux qui paraissent parfois antagonistes?

Le Comité Consultatif National d'Ethique s'est aussi interrogé sur la dimension éthique des choix collectifs dans le rapport «Progrès techniques, santé et modèle de société: la dimension éthique des choix collectifs» (23). La difficulté du positionnement d'une société face à des individus se traduit dans les conclusions larges qui sont alors rédigées...Des choix sont à faire, mais ils sont à évaluer!

b) Respect de la vie humaine ou obstination déraisonnable

Le respect de la vie humaine est un principe fondamental de notre civilisation. Il ne signifie pas la prolongation de la vie à tout prix. Hippocrate affirmait déjà cet enjeu et reconnaissait le principe de préservation de la dignité de la personne humaine avant la préservation de la vie à tout prix: " j'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité", "je ne prolongerai pas abusivement les agonies". L'idéologie du faire et d'un certain «jusqu'au boutisme» peut s'avérer perverse et contradictoire avec les intérêts de la personne soignée.

Il s'agit donc d'aller dans le sens du respect de la vie humaine en admettant un patient, mais de ne pas aller au delà de ce qu'il est légitime de faire pour un patient donné, de ne pas se diriger vers des thérapeutiques excessives qui ne seraient plus guidées par un principe de bienfaisance. A l'inverse, le devenir du patient non admis reste une incertitude: le priver d'accès à la réanimation le conduit vraisemblablement pour les cas les plus précaires à un décès certain et donc, directement, à un écourtement de sa vie.

L'objectif du soignant est de trouver un équilibre nécessaire entre le droit à l'accès aux soins, le respect de la vie humaine et un recours à des techniques lourdes, représentées par l'accès aux soins de réanimation, qui peuvent paraître parfois excessives, voir futiles, dans un objectif de juste soin. Ainsi, si admission il y a, elle ne doit pas se faire dans un contexte qui pourrait être qualifié d'obstination déraisonnable (24).

La situation est d'autant plus difficile que le jugement d'un médecin n'est pas forcément sûr! Le médecin est humain et donc faillible. La médecine reste un art même si elle se rationalise et devient peu à peu de plus en plus scientifique.

c) **Respect de la volonté d'un patient et devoir d'assistance du soignant**

Un patient a des droits fondamentaux dont celui d'accepter ou non un soin après une information adaptée (25). La situation d'un patient pour lequel se pose la question d'une admission en réanimation est difficile dans la mesure où il est le plus souvent inconscient, ou peu conscient, défaillant sur le plan organique, donc peu apte à recevoir une information claire, à consentir ou à refuser en connaissance de cause des soins pouvant être lourds. Il est de même difficile de prendre compte sa volonté qui aurait pu être clairement exprimée dans la mesure où trouver cette information nécessite un interlocuteur conscient, ou un proche informé. Par le développement de la personne de confiance (PDC) (26), la loi a tenté d'apporter une aide à la résolution de cette difficulté.

Le problème est d'autant plus aigu que la situation de l'admission ou non en réanimation est une situation d'urgence, où le temps est précieux, où la prise de décision doit être rapide et efficace, et où souvent un médecin, s'il n'y prend pas garde, se trouve isolé dans sa position de décideur.

Comment répondre à un refus de soins clairement exprimé, entraînant un risque fort de décès tout en respectant le devoir d'assistance de tout soignant, tout en ne tombant pas dans les travers de la médecine d'urgence décrits par J. Emmanuelli: «La médecine d'urgence au nom d'un idéal d'efficacité,(...) cherche à conjurer le moment de la fin en palliant à toute défaillance, y compris quand celle-ci est insurmontable » (27)?

2) L'admission en réanimation du sujet âgé: une situation à risque de tensions

La population des sujets âgés augmentant, contrairement à la capacité de soins en réanimation, la question de leur admission est d'autant plus fréquente. Dans une situation aussi aigue que le processus décisionnel menant à l'admission d'un sujet en réanimation, l'âge chronologique s'avère un élément aisément recueilli qui peut soit être éventuellement source de soins spécifiquement adapté au contexte d'une personne âgée fragilisée, ou pousser à une évaluation plus spécifique, soit pouvoir paraître servir de prétexte à un refus de prise en charge...

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 (28)*
- *La perspective d'une non admission équivalant à une limitation de thérapeutiques*
- *L'offre restreinte en terme de lits (qui n'est toutefois pas suffisante pour justifier une restriction dans l'accès aux soins)...*

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 dominant 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. La violence de la situation réside à trois niveaux (29): la maladie, l'incertitude et la décision.

Nous allons chercher 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.

Ce qui est pensé: le discours

1) Méthodologie

Nous avons étudié un panel de réanimateurs d'une même zone géographique.

La méthodologie choisie a été celle d'un questionnaire anonyme composé de questions ouvertes, semi-ouvertes et fermées ainsi que de mises en situation. Le questionnaire (cf annexe 1) 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 Centre hospitalier Général (CHG) du Havre, le CHG de Dieppe et le CHG d'Elbeuf... Ont été exclus les médecins travaillant dans les secteurs de réanimation spécialisés: réanimation post chirurgie cardiaque, unité de soins intensifs neurochirurgicale...

2) Résultats

a) Démographie

Trente-quatre questionnaires ont été envoyés. Dix-neuf questionnaires ont été retournés. Il est à noter que deux centres n'ont pas répondu malgré une relance. Les résultats sont donc le reflet de trois équipes de réanimations: celle d'un CHG, et celle des réanimations médicale et chirurgicale du CHU.

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 ± 7 ans, avec un exercice en réanimation depuis 7 ± 6 ans. Dix-huit praticiens pratiquent exclusivement en réanimation au

moment du sondage: sept en réanimation polyvalente en CHG, douze en CHU dont cinq en réanimation médicale et sept en réanimation chirurgicale.

L'expression des résultats se fera dans l'ordre du questionnaire.

b) Perception de l'origine des patients

L'admission dans leur service est perçue par les praticiens interrogés comme une activité essentiellement primaire (patient admis après passage par le service d'accueil des urgences ou après une prise en charge Samu) avec une estimation à 57% de l'ensemble des entrées pour une activité secondaire (transfert d'un autre service ou hôpital) sensiblement moindre estimée à hauteur de 46%. La provenance des patients joue dans l'analyse de notre problème dans la mesure où admettre ou refuser un patient présent devant soi ou après un seul contact téléphonique ne représente pas complètement les mêmes difficultés.

c) Réflexion collégiale et politique d'admission

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, enfin 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.

d) Réflexion collégiale et démarches de limitations de soins

Pour seize praticiens sur dix-neuf, il existe une réflexion collégiale quant aux démarches de limitations de soins. Le terme de collégialité apparaît explicitement dans la réponse de onze médecins avec toutefois quelques nuances quant à la place de l'équipe para-médicale soulignée initiale par quatre praticiens, secondaire ou non mentionnée pour les autres. Le fait qu'un protocole stratifié précis soit clairement écrit apparaît dans sept réponses. Seuls trois praticiens mentionnent la place de la famille. Elle apparaît informée secondairement de

l'attitude déterminée.

e) **Proposition d'admission- protagonistes**

i) **Décision d'admission ou de refus par un médecin seul?**

La décision d'admission ou de refus d'un patient paraît être un acte essentiellement solitaire. Quatorze praticiens déclarent prendre cette décision, seuls, dans plus de 70% des cas. Cinq disent prendre une décision d'admission ou de refus seuls seulement dans moins de 30% des situations.

ii) **Possibilité de recourir à l'avis d'un autre réanimateur?**

L'avis d'un autre médecin réanimateur paraît souvent possible. Onze praticiens déclarent toujours y recourir, huit parfois. La limite essentielle semble être la période de garde.

iii) **Recours à l'avis du médecin référent du patient?**

Pour trois praticiens, le médecin référent généraliste ou spécialiste n'a pas sa place dans la prise de décisions d'une admission. Ils ne cherchent jamais à l'interroger. Pour les autres, il apparaît être ponctuellement consulté sous réserve que cela soit possible (la problématique de la garde réapparaissant). Il paraît essentiel dans son rôle de source d'informations fiables sur le patient concerné par la réflexion en cours.

iv) **Recours à l'avis d'un proche ou de la personne de confiance?**

Deux praticiens ne cherchent jamais à recueillir l'avis des proches ou de la personne de confiance, dix-sept cherchent à les solliciter dont huit systématiquement. Il apparaît une réserve essentielle liée aux conditions de prise en charge: urgence fréquente de la prise de décision...

v) **Recherche de l'avis du patient?**

Trois praticiens ne cherchent jamais à recueillir l'avis du patient. Seize cherchent à le

solliciter dont huit parfois et huit toujours. Il est mentionné la difficulté de la situation aigue avec des patients en «situation de défaillance» qui rendent « un consentement éclairé» peu évident, ce qui nécessite donc une certaine « prudence».

vi) Influence de la périodicité (jour/ nuit) sur la façon de procéder?

Deux praticiens ne se prononcent pas. Neuf praticiens affirment une différence de procédure en fonction de la période jour-nuit. Huit disent procéder de la même façon quelque soit la période de la journée. Il est souligné que la période de garde implique une moins grande disponibilité des interlocuteurs, des examens complémentaires, et des collègues en cas de prise de décision difficile.

vii) Proposition d'admission-facteurs de refus

Facteurs de refus	n	Facteurs de refus	n
Trop grave- Pronostic catastrophique	6		
Pas assez grave- absence de défaillances	5		
Manque de place	3		
Terrain- Antécédents	18	Age	7
		Autonomie -dépendance	10
		Mort attendue- pathologie non curable	9
		Comorbidités- maladies chroniques évolutives	5
		Non-observance des traitements	1
		Qualité de vie antérieure	1
Refus du patient	1		
Délai et niveau de prise en charge	1		

Tableau I : facteurs de refus, et nombre (n) de médecins l'ayant cité

Le facteur de refus 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.

Il est à remarquer que les médecins interrogés ont répondu spontanément sans avoir à choisir parmi une liste d'éléments proposés. Les éléments de réponse ont été rapprochés par genre afin d'en faciliter l'analyse.

viii) Proposition d'admission- possibilité de se rendre au chevet du patient

Pour dix-huit praticiens, le fait de pouvoir se rendre au chevet d'un patient influence leur décision. Un praticien ne pense au contraire pas être influencé par la possibilité d'examiner cliniquement un patient.

Il apparaît dans les réponses le fait qu'un refus est difficile avec juste un contact téléphonique, et que le contact physique avec le patient est important. Il est dit qu'un patient ne peut s'évaluer correctement au téléphone, et que le fait de pouvoir se rendre au chevet d'un patient facilite la recherche d'éléments pertinents. Cette rencontre paraît d'autant plus importante pour les praticiens dans le cas d'admission potentielle de patients limites.

ix) Proposition d'admission- influence de l'âge

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.

x) Proposition d'admission-influence du devenir

Cinq praticiens ne se prononcent pas quant à l'influence du devenir du patient dans leur prise de décision. Six ne pensent pas que le devenir du patient influence leur prise de décision. Pour huit praticiens, le devenir du patient refusé s'intègre dans la prise de décision. Il paraît «plus

difficile de refuser un patient que de l'accepter». Refuser un patient n'implique «pas une absence d'adaptation des thérapeutiques» ni la recherche d'un «état de confort». «Le refus implique un avenir péjoratif». «Le potentiel devenir est toujours difficile à appréhender».

f) La réanimation

i) Inadéquation des capacités de soins par rapport à la demande au quotidien?

Sept praticiens déclarent être gênés dans leur exercice par une inadéquation de leurs capacités de soins par rapport aux demandes qui leur sont faites. Il est notamment mentionné «la nécessité de structure de soins intermédiaires, type unités de soins continus, la difficulté parfois de faire sortir certains patients, entraînant une carence de place pour un patient le nécessitant. Par ailleurs, un praticien souligne une certaine «frustration» engendrée par cette situation. Douze praticiens ne déclarent pas être gênés leur exercice par une inadéquation de leur capacités de soins par rapport aux demandes qui leurs sont faites.

ii) Définition de la réanimation par le Code de Santé Publique

Si on exclut la problématique des unités intermédiaires de soins continus, la définition est «adaptée», «réaliste» ou «correcte» pour neuf réanimateurs. Elle est «incomplète», «partielle», ou «réductrice» pour dix médecins. Il est souligné l'absence de prise en compte de certains types de défaillance (notamment neurologique) et la non prise en compte des patients surveillés compte tenu d'un potentiel évolutif à risque.

g) Objectif de l'admission en réanimation

Un praticien ne se prononce pas. La notion de «prise en charge de défaillance vitale» et de «passage de cap» apparaissent fortement. La réanimation est aussi défini par ses suites avec un: «objectif de retour à l'état antérieur sans perte d'autonomie», de «qualité de vie et quantité de vie correcte», de «retour à une vie sociale de qualité acceptable», de «faire sortir un patient vivant dans des conditions acceptables avec un avenir acceptable», de proposer «une perspective d'existence raisonnable». Par ailleurs la notion forte d'«accompagnement en cas d'échec» se retrouve dans les réponses.

h) Cas cliniques

i) 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

Six réanimateurs proposent une admission en réanimation. Neuf proposent une admission au service d'accueil des urgences première pour approfondir l'évaluation avant de discuter d'un projet de prise en charge, la réanimation n'étant pas clairement exclue. Un récuse la patiente pour la réanimation. Un réanimateur ne tranche pas et souhaite des éléments d'évaluation avant complémentaire avant de se prononcer. Un praticien juge l'appel non indiqué, et un dernier ne se prononce pas.

ii) 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.

Quatre réanimateurs proposent une admission en réanimation d'emblée. Dix proposent une admission au service d'accueil des urgences (SAU) pour approfondir l'évaluation, sans exclure la réanimation par la suite. Quatre souhaitent des éléments d'évaluation supplémentaires avant de se prononcer. Un récuse ce patient pour la réanimation d'emblée.

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.

La prise de décision est modifiée par l'âge plus jeune du patient pour sept réanimateurs vers un accès direct vers la réanimation favorisé. Il ne s'agit non pas d'une perspective de survie améliorée, mais de la notion sous-jacente qui transparait de la possibilité d'aller vers une procédure de dons d'organe.

iii) 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 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.

iv) Mme W 80 ans arrive au SAU de votre hôpital. Elle présente une pneumopathie hypoxémiante améliorée par la mise sous ventilation non-invasive. Le médecin du SAU qui le prend en charge vous la propose.

Treize réanimateurs acceptent cette patiente. Quatre proposent une admission en unité de soins intensifs ou une surveillance prolongée avec une réévaluation au SAU. Deux souhaitent des informations complémentaires.

Un réanimateur mentionne la nécessité d'une non escalade thérapeutique.

Mme W ne sort plus de chez elle.

La prise de décision est modifiée par la notion de dépendance lourde indiquée. Pour six réanimateurs, la décision est la même (trois: acceptation en réanimation, un: en soins intensifs et un: souhaite un complément d'information). Un médecin qui ne modifie pas sa décision d'admission en réanimation envisage une non escalade thérapeutique. Onze réanimateurs refusent Mme W. Un réanimateur qui acceptait la patiente en réanimation, et un autre qui indiquait une admission en USI ne se prononcent pas mais soulignent la nécessité d'envisager une non escalade thérapeutique.

v) Mr Z 90 ans est retrouvé par une équipe du Samu dans le coma suite semble-t-il à 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.

3) Discussion

a) Méthodologie

i) Justification de la méthode choisie

Le choix d'une population centrée par le Chu de Rouen, a été fait essentiellement pour des raisons de facilité présumée d'accès à cette population. Par ailleurs, le fonctionnement des structures dans lesquels travaillent les praticiens interrogés, pourrait évoluer vers un fonctionnement plus coordonné à l'image d'un réseau. En effet leur proximité et leur potentielle complémentarité pourraient permettre d'aller vers une formalisation des liens au bénéfice des patients, dans le sens d'une meilleure synergie. Pour travailler ensemble vers une optimisation de la gestion des ressources, il est toutefois nécessaire de construire un socle de références et réflexions communes.

Le choix d'un questionnaire anonyme a été fait afin de retrouver une certaine distance entre les questionnés et l'enquêteur. Le questionnaire a été composé de questions fermées, semi-ouvertes et ouvertes dans l'objectif d'avoir à la fois des données analysables précises sans qu'elles ne soient toutefois trop orientées par la formulation des questions.

L'architecture du questionnaire a été élaborée afin:

- d'appréhender en quoi l'âge est perçu comme un élément de prise de décision,
- de ne pas aborder la question de l'âge directement afin d'obtenir des résultats au plus proche du quotidien,
- d'identifier les éléments amenant à une décision d'admission ou de refus,
- de mettre en valeur la difficulté de la décision et de voir si des solutions appropriées sont utilisées ou pourraient être proposées.

L'interrogation par questionnaire comprend de multiples biais qu'il est nécessaire d'appréhender afin d'interpréter les données recueillies avec justesse. Ce qui est écrit n'est que le reflet de ce que les sondés veulent bien reconnaître ou admettre. Les données recueillies ne peuvent qu'être le reflet de l'opinion d'un groupe de personne et ne peuvent permettre d'établir des données avec certitude.

ii) Taux de réponse et qualité des réponses

Les taux de réponse ont été très hétérogènes en fonction des sites interrogés malgré une relance ciblée. Ainsi, sur les six réanimations interrogées représentées par leur réanimateur, trois ont été quasiment non répondeurs, malgré une impression initiale de bon accueil de la démarche, avant distribution du questionnaire. Les motifs de non-réponse ne sont pas clairs. Il peut s'agir d'un non-intérêt pour le sujet, d'une enquête ne correspondant pas aux préoccupations de ces praticiens ou peut-être d'un questionnement peu accessible au premier abord.

Il est par contre à souligner que les praticiens qui ont souhaité répondre l'ont fait de manière détaillée le plus souvent, fournissant ainsi une vraie matière à réflexion.

Après analyse des réponses, s'il était envisagé de prolonger l'enquête, il serait souhaitable de faire évoluer le questionnaire, en reformulant certaines questions ou en les précisant de façon à guider davantage le praticien interrogé.

b) Age: élément de décision?

L'âge arrive en troisième place en terme 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. 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. 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.

La notion d'âge physiologique ou sociétal souvent rapportée dans la littérature n'est pas discutée ni proposée par les praticiens interrogés.

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 actuellement. Il illustre

l'évolutivité de la définition du sujet âgé.

c) **L'admission en réanimation: un processus complexe, des ressources difficiles à utiliser**

Nous avons auparavant acté que la réflexion au sujet de l'admission d'un patient était complexe. Les moyens pouvant faciliter ce processus sont sous-utilisés.

En amont, malgré les quelques recommandations des sociétés savantes, il n'existe que trop peu de réflexion collégiale formalisée. Il est intéressant toutefois de souligner qu'en ce qui concerne les démarches de limitation ou d'arrêt thérapeutique, la démarche est plus formalisée et transparente. Cela pourrait être un bon indice de réflexion de groupe et d'une démarche éthique dans un service. Il s'agit d'une évolution culturelle, encadrée par une évolution législative récente. Une sensibilisation renforcée à la nécessité d'une réflexion d'amont sur la problématique de l'admission pourrait permettre d'aller vers plus de collégialité et plus de transparence.

L'admission reste le plus souvent un acte solitaire. L'aide du groupe est possible mais difficile compte-tenu de l'urgence du contexte et du temps de réflexion court. L'aide du médecin référent est de même sous-utilisée, le contexte de l'urgence de la prise de décision jouant à nouveau un rôle fondamental. La personne de confiance (PDC) pourrait être une aide possible, en étant le reflet de la volonté d'un patient. La culture PDC n'est toutefois que trop peu passée au près des patients comme auprès des soignants. Elle irait pourtant dans le sens du respect d'une autonomie renforcée du patient. Les difficultés sont majorées par la garde, où les équipes soignantes sont moins nombreuses et moins disponibles, et la distance. Un refus à distance est complexe. Cela met en valeur la nécessité d'un socle de réflexion commun afin de favoriser une relation de confiance entre praticiens. La place d'une structure proche d'un réseau prendrait alors tout son sens. Ainsi il semble exister une sous utilisation des éléments existant pouvant amener à une meilleure évaluation du patient. Qu'en penser? Même si la médecine reste un art, cela ne paraît pas suffisant.

L'aval retentit sur les possibilités et les difficultés d'admission. Une réanimation fonctionnant de manière isolée sans concertation avec ses structures d'aval risque d'amoinrir ses capacités d'accueil et de prise en charge de patients aigus. Pourtant, un réanimateur ne peut pas ne pas

accepter un patient parce qu'il n'est pas sûr de pouvoir par la suite lui trouver une structure d'aval. A typologie de patient équivalent mais âge différent, si l'âge peut jouer en défaveur d'un patient à l'admission...il peut en être de même au moment de la sortie...Ainsi concertation et réflexions en amont paraissent essentielles pour permettre d'alléger le processus d'admission ou de refus de contraintes de gestions administratives de lit...

La connaissance des alternatives joue une place dans le processus d'admission ou de refus en réanimation pour certains réanimateurs. Intervient alors la dimension du sens du refus, avec la prise en compte des perspectives offertes au patient en question. Le réanimateur s'intègre alors dans une démarche de soins globale. A l'inverse, certains réanimateurs ne semblent pas s'attacher au devenir d'un patient refusé, semblant détacher le rôle du réanimateur du reste de la démarche de soins. L'attitude peut interpeller mais doit aussi se comprendre. L'enjeu est de proposer l'admission en réanimation comme une possibilité de traitement avec des perspectives positives et non pas de pallier à une carence d'investissement thérapeutique ou un manque de lieu d'hospitalisation spécifique adapté... Ce qui est vrai pour tout patient est renforcé chez un patient fragilisé par son âge...Il est toutefois à rappeler que la Society of Critical Care Medicine, si elle entend la possibilité qu'un patient soit refusé en réanimation, opte pour le fait que cela doit mener à une proposition alternative (30).

La question vis-à-vis des objectifs d'une admission en réanimation fait apparaître une définition par la loi rigoureuse mais incomplète. L'analyse des éléments de définition proposés par les réanimateurs laisse entrevoir des objectifs d'efficacité de prise en charge pour chaque individu. Ainsi on s'attache quelque part à prendre en charge un patient dans son intérêt individuel tout en respectant l'intérêt public et le coût représenté. Le respect de contraintes éthiques individuelles chez tous les patients permettrait d'éviter que seuls les sujets âgés fassent le frais de contraintes supposées d'ordre économique... Les définitions proposées ne sont par ailleurs, pas dénuées d'humanité, avec notamment la poursuite des soins en cas d'échec. Ces éléments de définitions sont fondamentaux, car ils tendent à expliciter certains refus parfois incompris par les équipes proposant les patients.

d) Cas clinique

i) Mme X, 80 ans

Il s'agit d'une patiente, ayant une pathologie traumatique peu grave nécessitant au mieux une surveillance dans une unité de soins intensifs. Cette patiente a potentiellement une autonomie altérée due à sa maladie d'Alzheimer mais avec une qualité de vie semble-t-il préservée avec l'aide de ses proches. Elle pourrait être classée en niveau 2 (monitoring intensif avec potentielle intervention immédiate) selon la classification de la SCM..

La majorité des réponses va dans ce sens.

ii) Mr Y 85 ans

Il s'agit d'un patient dont le pronostic est inquiétant en terme de récupération sur le plan neurologique. Ce patiente pourrait être classée en niveau 3 (patient instable et critique ayant de faible chances de récupération en raison d'une maladie sous-jacente ou d'un processus aigu non contrôlé).

La complexité du cas est ressentie dans les réponses. En arrière-fond, on peut discerner, l'idée que ce sujet a potentiellement un avenir très sombre, mais qu'il est difficile de prendre en charge ces patients, quel que soit l'âge ailleurs qu'en réanimation.

Mr Y 55 ans

L'âge plus jeune ne change pas objectivement le pronostic...Le patient reste toujours un patient de niveau 3.

La prise en charge est globalement plus intensive, l'âge plus jeune laissant entrevoir notamment la possibilité d'une réanimation à visée d'un don d'organe mais rendant le contexte familial plus difficile avec un souhait de prise en charge de la famille plus poussé par les réanimateurs.

iii) Mr Z 80 ans

Il s'agit d'un patient insuffisant respiratoire chronique. L'interrogation mise en valeur est la non prise en charge par le patient de sa pathologie chronique potentiellement évoluée. La prise en charge en réanimation doit-elle pallier à la négligence de sa maladie par le patient? Ce patient peut être classé en niveau 1 (patient critique, instable, nécessitant des soins intensifs ou un monitoring impossible hors réanimation).

Globalement, ce patient est pris en unité de soins intensifs ou en réanimation. L'idée d'un niveau gradué de soins avec une discussion avec le patient apparaît, notamment vis à vis de soins agressifs comme une trachéotomie.

Mr Z, 55 ans

L'âge plus jeune ne change pas objectivement le pronostic...Le patient devrait toujours être classé en niveau 1 (patient critique, instable, nécessitant des soins intensifs ou un monitoring impossible hors réa).

L'attitude de soins est plus agressive d'emblée. Il s'agit probablement d'une maladie moins évoluée, avec le possible prolongement d'une vie de meilleure qualité que précédemment.

iv) MmeW, 80ans

Il s'agit d'une patiente présentant une détresse respiratoire aiguë, dans le cadre d'une pathologie aiguë. Cette patiente pourrait être classée en niveau 1.

Aucun réanimateur ne récuse formellement l'admission.

Mm W ne sort plus de chez elle

Cette patiente pourrait être classée en niveau 1. La notion mise en valeur est l'aspect de la dépendance qui risque d'entacher son pronostic.

La prise en charge est globalement moins invasive. Plus que l'âge, c'est la perte d'autonomie

qui semble motiver la restriction de soins lourds.

v) **Mr Z, 90ans**

Il s'agit d'un patient dans le coma probablement à la suite d'une tentative volontaire d'autolyse. Ce patient pourrait être classée en niveau 1. Les éléments remarquables sont d'un côté le contexte de tentative d'autolyse, donc le souhait aigu d'un patient de mourir et de l'autre une potentielle pathologie aiguë curable.

La prise en charge est invasive compte tenu d'un manque d'éléments et d'un niveau de technicité laissant peu de place à une prise en charge hors réanimation. Il n'est pas évoqué en période aiguë de restriction à l'admission, même si l'acte pourrait être perçu comme un refus de soins. L'âge ne semble pas entrer en jeu dans la décision.

e) **Synthèse**

Ces huit situations cliniques mettent en valeur une absence de consensus... Le sentiment global est que l'âge chronologique influence la prise de décision, et qu'il tend à pousser à un temps plus long d'évaluation. Il est à remarquer le fait que certains patients ne sont pas tant pris en charge pour une véritable motivation médicale, que pour l'impossibilité d'un autre choix.

Par ailleurs nous avons tenté de classer ces situations selon les critères de la SCM, et mis en valeur leur inadéquation avec la pratique, leur inadaptation à la réalité clinique. L'admission en réanimation, d'un patient ou non âgé reste un temps difficile où la subjectivité semble jouer un rôle prépondérant...

Ce qui est fait: la pratique

Après nous être intéressés à l'avis d'un pool de réanimateurs d'une même région, il nous est apparu nécessaire de nous attarder à la réalité des pratiques. Le choix a été fait d'analyser de manière prospective la cohorte des patients les plus âgés admis et refusés en réanimation. Compte-tenu d'une littérature abondante sur le plan de la réanimation médicale et plus pauvre sur le plan de la réanimation chirurgicale et pour rester dans la perspective du réseau, l'étude s'est centrée sur la seule réanimation chirurgicale du CHU de Rouen.

1) Méthodologie

Deux travaux ont été menés de façon parallèle dans le cadre de la réanimation chirurgicale du CHU de Rouen. Le premier concerne la cohorte des sujets les plus âgés admis. Le deuxième s'intéresse aux sujets refusés.

a) Sujets admis

Il s'agit d'une étude de cohorte s'intéressant aux patients de plus de 70 ans admis de façon non programmée. Étaient exclus de l'étude les patients de moins de 70 ans ou ne séjournant qu'aux soins intensifs post-opératoires.

Pour chaque patient, les éléments permettant d'évaluer l'état fonctionnel et organique avant l'admission, les types de soins et de thérapeutiques mis en œuvre, le questionnement de l'équipe face à une limitation de soins, le devenir de chaque patient à sa sortie de réanimation ont été recueillis. Tous les patients concernés ou un de leurs proches s'ils ne pouvaient recevoir l'information, ont été informés de leur inclusion dans une enquête prospective ne relevant pas de la loi Huriet et impliquant un suivi à distance.

Par la suite chaque patient sera suivi, afin d'évaluer le retentissement du passage en réanimation sur son mode de vie, l'occurrence de nouvelles admissions en réanimation ou hospitalisations classiques et le souhait ou non vis-à-vis d'une nouvelle hospitalisation en

réanimation.

b) Sujets refusés

L'objectif était d'analyser la proportion des sujets âgés parmi les sujets refusés, les motifs de refus et le devenir de ces patients.

Il s'agit de faire évoluer le recueil préexistant des refus d'admission. Il a été recueilli de façon prospective et systématique des éléments permettant d'analyser la décision du refus et le devenir du patient refusé. Dans les 48 heures suivant le refus un contact était pris avec le service demandeur initialement ou le service accueillant connu afin de connaître les suites: patient décédé, admis dans une autre réanimation, secondairement admis...

2) Résultats

a) Sujets admis

i) Démographie

Cinquante-six séjours de patients de plus de 70 ans ont été recensés sur la période du 1^{er} décembre 2006 au 31 mars 2007. Ils correspondent à cinquante-deux patients dont un a séjourné à trois reprises en réanimation chirurgicale et deux patients à deux reprises. Deux patients ne sont pas sortis de réanimation en date du 25 Avril 2007. Pour l'analyse, la fin de séjour a artificiellement est notée en date du 25 avril 2007. Pour chaque patient il est choisi de n'analyser que le séjour initial.

La moyenne d'âge est de 79 ± 6 ans. Vingt deux patients (42,3%) ont plus de 80 ans. La durée moyenne de séjour est de 12 ± 13 jours.

ii) Provenance

Trente-neuf patients (69,6%) sont de provenance intra-hospitalière. Vingt-neuf patients sont transférés d'un service. Dix patients sont pris en charge au service d'accueil des

urgences.

Treize patients (30,4%) sont pris en charge initialement en dehors du CHU: neuf par le Samu, quatre dans un autre hôpital ou une autre clinique de la région.

iii) **Motif d'admission**

Le premier motif d'admission est la prise en charge péri-opératoire d'une chirurgie abdominale en urgence le plus souvent dans un contexte de choc septique (seize patients). Vient ensuite la chirurgie vasculaire en urgence avec notamment les anévrismes de l'aorte abdominale en voie de rupture (treize patients), puis les complications médicales péri-opératoires (dix patients), les patients traumatisés crâniens ou polytraumatisés (cinq patients). Les huit derniers patients sont hospitalisés pour des causes très variées, et non significatives en terme numérique.

iv) **Terrain**

Le score de Mac Cabe est un score en trois point: un, en l'absence de maladie mortelle, deux, en présence d'une maladie mortelle dans les cinq ans, et trois, en présence d'une maladie mortelle à un an. Dix-huit patients ont un score de Mac Cabe à 2, les trente-quatre autres à 1, aucun à 3.

Le score de Knauss est un score indiquant l'activité et le suivi médical dans les six mois précédant l'admission en réanimation. A, signifie une santé normale, B, une limitation modérée, C, une limitation importante, D, un patient grabataire, présentant une restriction majeure d'autonomie. Treize patients ont un score de Knauss A, trente-trois patients ont un score B, cinq un score C, un un score D.

Le score activity of daily living (ADL), est un score en cinq points évaluant la dépendance lors des activités quotidiennes. En dessous d'un score de 3, le sujet est qualifié de dépendant, le score maximal est 6 et indique une autonomie complète. Le score ADL moyen de notre cohorte est de 6 ± 1 .

v) **Gravité**

Le score IGS2 est un score de gravité établi selon des paramètres multiples (cliniques dont l'âge, et biologiques), recueillis dans les 24 premières heures de réanimation et estimant la gravité du patient, et permettant de le faire rentrer dans un groupe corrélé à un risque de mortalité. Le score IGS 2 moyen est de 49 ± 17 .

Le score de Glasgow est un score clinique en trois points qui évalue la profondeur d'un coma. Trente quatre-patients ont un score de Glasgow inférieur ou égal à huit . Pour quarante-quatre patients, le recours à une ventilation mécanique est nécessaire. Pour trente-six patients, il est nécessaire de recourir à un soutien inotrope. Une technique de suppléance rénale est utilisée pour dix patients. Aucun patient n'a bénéficié d'une technique de suppléance hépatique.

Le score Omega est un score qui évalue la charge en soins de réanimation. Le score omega moyen est 337 ± 453 .

vi) **Limitation ou arrêt des thérapeutiques, décès en réanimation.**

Pour treize patients (25%), une décision de limitation ou d'arrêt thérapeutique est initiée. Dix huit patients (34,7%) sont décédés dont onze après une réflexion sur la limitation ou l'arrêt des thérapeutiques.

b) **Sujets refusés**

i) **Caractères généraux**

Du 1^{er} Novembre 2006 au 31 Mars 2007, quatre-vingt patients proposés à l'admission en réanimation chirurgicale sont refusés; soit en moyenne, 14,5 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 important de données. La moyenne d'âge des patients refusés est de $59 \text{ans} \pm 22$ (médiane 60 ans) avec dix-sept patients de plus de 70 ans. Il est à noter que pour neuf dossiers, l'âge n'est pas mentionné.

ii) Origine de l'appel

L'origine de la demande vient pour trente quatre patients d'un service du centre hospitalier universitaire (CHU) médical ou chirurgical, pour treize patients d'un des samu régionaux, pour quatorze patients du bloc des urgences ou de la salle de réveil post-interventionnel polyvalente, pour neuf patients du service d'accueil des urgences, et pour neuf patients d'une clinique ou d'un centre hospitalier de la région. Cinquante sept demandes (72,1%) émanent donc d'une origine intra hospitalière pour vingt-et-un demande extra CHU. Dans un dossier l'origine de l'appel n'est pas mentionnée.

iii) Motif de la demande

Le premier motif de demande d'admission est une complication médicale péri opératoire (dix-huit patients, 22,8%). Vient ensuite la prise en charge d'un patient victime d'un accident de la voie publique, d'une pathologie circonstancielle, ou d'un arrêt cardiocirculatoire dans dix-sept dossiers (21,5%), puis la prise en charge d'un patient en post-opératoire d'une chirurgie en urgence (vasculaire, abdominale, ou neurochirurgicale) dans seize dossiers(20,3%), la surveillance post-opératoire d'une chirurgie lourde dans quatorze cas, la surveillance d'un payant ayant une lésion mono-cérébrale (traumatique ou hémorragie méningée) dans six cas. Enfin six demandes viennent d'origines diverses, notamment pour des patients de la filière médicale. Pour deux dossiers le motif initial de l'appel n'est pas précisé.

iv) Motif du refus

Le premier motif de refus est le manque de place (trente-neuf dossiers, 49,4%). Puis sont retrouvés des patients relevés comme insuffisamment graves (vingt-huit cas, 35,5%), ayant un terrain très lourd en terme de comorbidités ou de défaut d'autonomie pour cinq cas, trop grave dans trois cas, ou n'étant pas de la filière dans un cas. Un dossier est incomplet.

v) Devenir initial

Trente deux patients (40,5%) sont orientés vers un service de chirurgie ou de médecine

classique (dont quatre ne bénéficient pas de la chirurgie programmée). Vingt-quatre patients (30,4%) sont admis dans une autre réanimation ou dans un service de soins intensifs. Quinze patients (19,0%) restent en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI). Quatre patients restent au Service d'accueil des urgences (SAU), ou sont admis à l'unité d'hospitalisation de courte durée dépendant du SAU. Pour quatre patients l'orientation primaire est ignorée.

vi) Devenir à 48 heures

Dans les 48 heures, quarante-cinq patients (57,0%) sont vivants toujours dans le même service. Dix-sept (21,5%) sont sortis de réanimation, d'unité de soins intensif, ou de salle de réveil. Sept (8,9%) sont admis secondairement en réanimation, et six (7,6%) patients sont décédés.

Parmi les six 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 SSPI, refusé compte tenu de comorbidités trop lourdes,
- deux patients sont décédés en chirurgie, refusé compte tenu de comorbidités trop lourdes,
- un patient est décédé au SAU, refusé sur un processus en cours trop grave,
- un patient est décédé en réanimation médicale, refusé par manque de place

Pour quatre patients le devenir n'est pas indiqué.

vii) Sujets âgés

Vingt et un patients (26,5%) ont plus de 70 ans, dont quatorze (66,7%) plus de 80 ans.

La demande est d'origine intra hospitalière pour vingt patients sur vingt et un.

Pour huit patients (38,0%), l'appel est motivé par une chirurgie urgente, pour sept autres (33,33%) par une complication médicale péri opératoire pour trois autres par une

surveillance post-opératoire. Parmi les trois deniers patients, un fait l'objet de mesure d'accompagnement thérapeutique au SAU.

Le refus est justifié pour neuf patients (42,8%), par un manque de place, pour six patients (28,6%) par un manque de gravité, pour deux patients (9,5%) par un défaut d'autonomie ou un terrain trop lourd, pour trois patients par un excès de gravité. Enfin un refus n'est pas clairement explicité.

La destination initiale est un service de chirurgie classique pour sept patients (33,3%), un séjour prolongé en SSPI pour six patients (28,6%), une autre réanimation ou une unité de soins intensif pour cinq patients (23,8%), la poursuite des soins au SAU pour trois patients (14,3%).

A 48 heures, sept (33,3%) sont toujours dans le même service. Cinq (23,8%) sont sortis de la SSPI ou de réanimation vers un service classique. Trois (14,3%) sont admis secondairement en réanimation. Deux patients (9,5%) sont décédés: un en réanimation (lieu initiale d'admission) et un au SAU. Un troisième patient n'a pas de devenir précisé, mais il est probablement décédé dans les suites d'une limitation de thérapeutique initiée au SAU.

3) Discussion

a) Justification de la méthode

Il a été choisi de concentrer l'étude sur la seule réanimation chirurgicale du CHU de Rouen compte tenu d'une littérature abondante sur le plan de la réanimation médicale et plus pauvre sur le plan de la réanimation chirurgicale, et du souhait de l'élaboration d'un travail réalisable sur le plan pratique, et pertinent en terme de retentissement immédiat sur les pratiques professionnelles.

Le choix d'une étude prospective a été réalisé afin d'obtenir des données riches et de qualité.

Le choix d'un seuil numérique se justifie par la question initiale qui est le retentissement de

l'âge numérique sur l'accès aux soins

Le suivi de la cohorte des sujets admis à distance n'a pu être réalisé dans les temps prévus initialement compte tenu d'une durée de mise en place du projet plus longue qu'estimée initialement.

Concernant la cohorte des sujets refusés, le recueil d'éléments démographiques, ainsi que des motifs justifiant les refus, est resté très simple, afin de tenir compte de ce qui se faisait antérieurement. En effet, la notification détaillée des refus dans un registre prospectif ne fait pour l'instant pas complètement partie des habitudes du service étudié. Un des objectifs par le biais du travail présenté est de sensibiliser les équipes et d'aller progressivement vers plus de transparence. Un recueil initial simple peut faire permettre de supposer un registre d'autant mieux rempli.

Par ailleurs, l'ensemble du projet a été accompagné d'une démarche de réflexion commune avec les équipes de gériatrie du CHU Charles Nicolle, en la personne du Pr Chassagne. Toutefois, la collaboration et la réflexion en commun s'est mise en route dans un délai trop court par rapport au rendu du mémoire, elle n'a donc pas pu complètement profiter à ce travail. Des projets futurs seront élaborés de concert.

b) Sujet admis

Les données relatives à la cohorte 2006-2007 sont à mettre en perspective avec un travail récent (31) qui concernait les sujets admis de plus de 80 ans. Il s'agissait d'un travail rétrospectif, prenant en compte les patients de plus de 80 ans admis sur 15 mois à partir de 1^{er} janvier 2004. Les données numériques sont comparables. La série concernée par ce mémoire semble donc valide.

D'après les données du Département d'Epidémiologie et de Santé Publique du CHU de Rouen (32), le nombre de sujets admis âgés de plus de 74 ans, en réanimation chirurgicale est régulièrement croissant avec une augmentation de plus de 59 % sur la période 2001-2005, mais, proportionnellement, le taux d'admis en réanimation chirurgicale est stable autour de 17%.

Les admis sont essentiellement d'origine intra hospitalière, ce qui permet de faciliter le temps de l'admission, en permettant notamment au praticien, si nécessaire de se rendre au chevet du patient.

Le terrain des patients âgés admis, est en faveur de patients qui avant l'hospitalisation ont une perspective de survie majoritairement estimée à plus de cinq ans (score de Mac Cabe), peu limité sur le plan médical (score de Knaus), et majoritairement indépendant (score IADL). Ces éléments sont conformes à ce qu'indiquaient les praticiens dans la première partie de ce travail en termes de facteurs de refus.

Les patients admis de plus de 70 ans sont plus graves et entraînent en moyenne une charge en soins plus lourde que les autres patients. En effet en 2006, l'IGS2 moyen en réanimation chirurgicale est $36 \pm 18,3$ (33) et le score Omega moyen total était de $331,5 \pm 527,6$ (33). Le score Omega élevé indique un investissement thérapeutique lourd envers cette cohorte de patients.

Le taux de décès parmi la population étudiée est plus élevé que la moyenne. En 2004, 15,5% (34) des patients admis étaient décédés.

Il est à remarquer que si certaines décisions de limitations thérapeutiques sont clairement explicitées dans les dossiers médicaux, elles ne précèdent pas toutes le décès des patients concernés. Nous n'avons pas de données concernant la réanimation chirurgicale et les décisions de limitation de thérapeutiques sur l'ensemble de la population des admis, afin de pouvoir donner plus de relief à ces chiffres.

c) Sujets refusés

Le recueil réalisé est globalement de bonne qualité avec relativement peu de données manquantes.

La moyenne d'âge des patients refusés est plus élevée que celle des patients admis avec en 2006, une moyenne d'âge à 51,7 ans pour une médiane à 53 ans (33). 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 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?

Parmi les patients refusés, par manque de place, pour un patient, il n'y a pas de place de soins intensifs (type notamment surveillance prolongée en SSPI) ou d'accès à une autre réanimation qui ne soit recherché ou retrouvé initialement et qui permette une survie à 48 heures (ce patient décède en réanimation chirurgicale). Si ce patient a le mérite d'être seul dans ce cas là, son décès est à analyser, compte tenu d'une possible perte de chance de survie liée à la non admission en réanimation chirurgicale par manque initial de place.

Concernant les sujets les plus âgés, le pourcentage moyen de refusés de plus de 70 ans tend à être similaire au pourcentage d'admis. Ainsi, pour mémoire en 2004 (32), le nombre de sujets admis âgés de plus de 74 ans réanimation chirurgicale était stable autour de 17%, pour dix-sept (21,5%) de patients de plus de 74 ans refusés dans notre série. 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 (49,8%) par rapport à la population générale (42,8%). 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 deux des six décès répertoriés, soit un tiers des décès alors qu'ils comptent pour environ un quart de la cohorte analysée.

Discussion et perspectives

1) 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.

Il est à souligner un écart fort entre le discours et la pratique sur les facteurs de refus. 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. En corollaire, il doit se poser une question que nous avons déjà commencée à évoquer: 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?

2) La réflexion des professionnels: impératif de la réflexion de groupe

Notre réflexion sur l'admission en réanimation a souligné l'absence actuelle de solutions préconçues, ou d'algorithme décisionnel pré-établi pouvant permettre de faire du «tri» en amont, au bénéfice des patients, avec certitude. La réflexion au quotidien est nécessaire afin d'analyser les pratiques et les cas des patients, en particulier de ceux qui n'auraient pas pu être admis. Les patients ne peuvent rentrer dans des cases... Quelles que soient les études et leurs résultats, chaque patient est unique... Il est probablement souhaitable de favoriser les discussions à posteriori après admission ou refus, de façon à augmenter la culture, l'expérience, le vécu 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.

Ces réunions de concertation d'équipe permettraient de renforcer l'expérience de chacun, et de rendre la prise de décision au quotidien plus facile. 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. 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 (35). 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 (36). 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.

Le temps de la réflexion des praticiens en commun permettrait de plus, à chaque participant, et notamment aux praticiens juniors, d'acquiescer précocement une certaine maturité. Il persiste très clairement une importante part de transmission orale dans l'enseignement médical.

3) Réseau d'admission: la nécessaire réflexion en commun d'un groupe à une plus grande échelle

A travers ce travail, à plusieurs reprises, nous avons mis en lumière la difficulté du temps de l'admission, et le risque sur un critère trop facilement recueilli de voir stigmatiser une population sans raison. Si nous avons auparavant insisté sur le caractère fondamental de la réflexion d'équipe pour anticiper la gestion de ces difficultés, il nous paraît aussi important d'envisager le fonctionnement des réanimations non pas en tant qu'unité solitaire, mais plutôt en tant que membre d'un réseau. Il s'agit, en démultipliant les moyens, de favoriser l'accès aux soins de réanimation à tout patient en ayant besoin, au travers de pratiques normalisées, abouties suite à des réflexions collégiales en amont, d'éviter l'arbitraire au profit d'un accès individuel au soin le plus adapté possible à la personne...dans la limite des moyens disponibles, quelque soit son âge.

Par ailleurs, il serait nécessaire que ces réflexions, dans le cadre d'un potentiel réseau, soient ouvertes aux intervenants des structures d'aval et d'amont. En effet, le refus d'un patient proposé est souvent mal compris de la part de l'équipe qui le propose, qui s'est investie dans sa prise en charge, si on ne prend pas suffisamment le temps d'en expliciter les raisons, que ce soit pour un sujet âgé ou pour tout autre patient. L'anticipation et la communication en amont avec des interlocuteurs référents permettraient d'apaiser les tensions possibles et de créer plus facilement des passerelles entre les structures.

4) La réflexion des professionnels: références au cours de la formation

Nous nous sommes déjà interrogés sur la réflexion des professionnels et les moyens d'acquérir précocement un certain vécu concernant ces problématiques. Si le compagnonnage paraît essentiel, la ressource écrite fait partie des outils fondamentaux. Ainsi, nous nous sommes attardés aux livres référents de langue française, dans la matière, qui accompagnent les jeunes réanimateurs en formation. Nous nous sommes demandés si un chapitre éthique était présent, voire, un chapitre sujet âgé, et à quelle place la problématique du refus ou de l'acceptation en réanimation était abordée, ainsi qu'éventuellement les questions particulières liées au sujet âgé.

Dans *Réanimation médicale* (37), il existe un chapitre qui s'intéresse à la spécificité du sujet âgé sur le plan physiopathologique dont la conclusion souligne la plus grande fragilité de ces sujets, et indique le fait que l'âge doit être un facteur favorisant l'admission. Un chapitre éthique médicale comporte un paragraphe d'une quinzaine de lignes sur le refus d'admission qui incite à favoriser des critères larges d'admission et à étudier ses pratiques.

Dans *Principe de réanimation chirurgicale* (38), on retrouve un chapitre s'intéressant aux problèmes éthiques centré sur le plan médico-légal et n'abordant pas précisément les difficultés possibles entourant le temps de l'admission. Il n'y a pas de chapitre consacré au sujet âgé.

Dans *Anesthésie-réanimation chirurgicale*, (39) il existe un chapitre sujet âgé centré sur les particularités anesthésiques. Un chapitre s'intéresse à l'éthique et la réanimation adulte: il comporte un paragraphe sur la question de l'admission... et souligne que les études ne peuvent remplacer la réflexion individuelle nécessaire, et la nécessité de l'évaluation des bonnes pratiques. Ces chapitres spécifiques disparaissent dans la troisième édition (2003), et sont réintégrés à minima dans d'autres chapitres.

Ainsi la réflexion éthique en réanimation existe, et se retrouve dans les ouvrages de référence d'enseignement. Elle paraît plus développée sur la question de l'arrêt des thérapeutiques, notamment favorisée par les réflexions des sociétés savantes aboutissant à la loi dite Léonetti. (40). La réflexion éthique concernant les refus d'admission semble être une réflexion actuellement moins aboutie, nécessitant plus de prise de recul; le sujet âgé n'en est qu'un cas particulier.

5) Vieillesse de la population: un problème de société que la réanimation ne fait que souligner (41)

Après avoir exploré quelques pistes de réflexion pouvant mener à une conduite du temps de l'admission en réanimation plus simple, il nous paraît nécessaire de revenir sur la problématique du vieillissement de la population. En effet à travers le sujet de notre travail, nous ne faisons finalement que souligner l'un des enjeux des années à venir, qui ne peut se limiter à la seule réanimation.

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.

Conclusion

L'élaboration de ce document permet 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 semble 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 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, tout en préservant la collectivité.

Annexe: questionnaire

1) Vous

a) Quel âge avez-vous?

b) Etes-vous un homme ou une femme

c) Depuis combien d'année avez-vous soutenu votre thèse d'exercice?

Si vous n'êtes pas thésé, précisez le nombre de mois depuis la première garde en tant que senior en réanimation:mois

2) Votre exercice

a) Depuis combien d'année exercez-vous effectivement en réanimation?

b) Exercez-vous dans:

- Un Centre Hospitalier universitaire ou général
- Une réanimation: médicale ou chirurgicale ou polyvalente

c) Votre activité en réanimation est-elle: exclusive à temps partiel
uniquement de garde

3) Votre service

a) Quelle est l'origine de vos patients? (sur 100%)

- SAMU-Smur
 - extra-hospitalier%
 - transfert inter-hospitalier%
- Transfert d'un autre service de votre hôpital%
- Service d'Accueil des Urgences de votre hôpital%
- Autre(*préciser:.....*)%

b) Y a-t-il eu dans votre service une réflexion collégiale concernant:

- Une politique d'admission commune? Oui Non Ne sait pas

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Si oui, pouvez-vous en préciser les grandes lignes?.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

- **Les démarches de limitations de soins?** Oui Non Ne sait pas

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Si oui, pouvez-vous en préciser les grandes lignes?.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4) Un patient vous est proposé pour une admission dans votre service

a) Quels sont les protagonistes?

- **Décidez vous seul de l'admission ou du refus de ce patient?**

Toujours parfois% jamais

.....
.....
.....
.....
.....
.....

- **Pouvez-vous avoir recours à l'avis d'un collègue réanimateur?**

Toujours parfois% jamais

.....
.....
.....
.....
.....
.....

- **Faites-vous intervenir le médecin référent du patient (généraliste ou spécialiste)?**

Toujours parfois% jamais

.....
.....
.....
.....
.....

- **Cherchez-vous à connaître l'avis de la personne de confiance ou des proches?**

Toujours parfois% jamais

.....
.....
.....
.....
.....

- **Cherchez-vous à connaître l'avis du patient?**

Toujours parfois% jamais

.....
.....
.....
.....
.....

- **Votre façon de procéder est-elle différente en fonction de la période de la journée (activité de garde/ jour ouvrable)?**

Oui non ne sait pas

.....
.....
.....
.....
.....

- b) **Quels sont selon vous, les facteurs menant le plus souvent au refus d'un patient en réanimation?**

.....
.....

.....
.....
.....
.....

c) La possibilité de se rendre au chevet d'un patient influence-t-elle votre décision?

Oui non ne sait pas

Pourquoi?.....
.....
.....
.....
.....

d) Le fait qu'un patient soit «âgé» influence-t-il votre décision?

Oui non ne sait pas

Comment?.....
.....
.....
.....
.....

Si oui, à partir de quel âge considérez-vous un patient «âgé»?

e) Le potentiel devenir d'un patient s'il est refusé influence-t-il votre décision?

Oui non ne sait pas

Pourquoi?.....
.....
.....
.....
.....

6) La réanimation

a) Pensez-vous au quotidien être gêné dans votre exercice par une inadéquation de vos capacités de soins par rapport aux demandes qui vous sont faites?

Oui non ne sait pas

Si oui, quelles répercussions cela a-t-il dans votre pratique?
.....

Qu'en pensez-vous?

.....
.....
.....
.....
.....

Si Mr Y avait eu 55 ans et non 85 ans, cela aurait-il changé votre réponse initiale?

.....
.....
.....

c) 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. Qu'en pensez-vous?

.....
.....
.....
.....
.....

Si Mr Y avait eu 55 ans et non 85 ans, cela aurait-il changé votre réponse initiale?

.....
.....
.....

d) Mme W 80 ans arrive au SAU de votre hôpital. Elle présente une pneumopathie hypoxémiante améliorée par la mise sous ventilation non-invasive.

Le médecin du SAU qui le prend en charge vous la propose. Qu'en pensez-vous?

.....
.....
.....
.....
.....

Vous apprenez que Mme W ne sort plus de chez elle, cela change-t-il votre attitude?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

e) Mr Z 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. Qu'en pensez-vous?

.....
.....
.....
.....
.....

Bibliographie

- 1) <http://www.insee.fr>
- 2) <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- 3) Comité Consultatif National d’Ethique, rapport n°59
- 4) Gros-Claude M, Vers une histoire de la réanimation, coll Histoire, Médecine, et Société, Glyphe& Biotem éditions, 2002
- 5) Code Santé publique, art r. 712-90, modifié par le décret du 5 avril 2002
- 6) Higgins TL, McGee WT, et coll, Early indicators of prolonged intensive care unit stay: impact of illness severity, physician staffing, and pre-intensive care unit length of stay, Crit Care Med, 2003 Jan; 31(1): 45-51
- 7) Agence Régionale d’hospitalisation, Schéma régional d’organisation sanitaire de la Haute Normandie, 2006
- 8) Hamel MB, Davis RB, et coll , 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 Nov 16, 131(10): 721-8
- 9) Cohen IL, Lambrinos J , Investigating the impact of age on outcome of mechanical ventilation using a population of 41,848 patients from a statewide database, Chest, 1995 Jun, 107(6): 1673-80
- 10) Dewar DM, Kurek CJ, et coll , Patterns in costs and outcomes for patients with prolonged mechanical ventilation undergoing tracheostomy: an analysis of discharges under diagnosis-related group 483 in New York State from 1992 to 1996, Crit Care

Med, 1999 Dec, 27(12): 2640-7

- 11) Rogove HJ, Safar P, et coll, Old age does not negate good cerebral outcome after cardiopulmonary resuscitation: analyses from the brain resuscitation clinical trials. The Brain Resuscitation Clinical Trial I and II Study Groups, Crit Care Med, 1995 Jan, 23(1): 18-25
- 12) Chelluri L, Pinsky MR, et coll,. Outcome of intensive care of the "oldest-old" critically ill patients, Crit Care Med, 1992 Jun; 20(6): 757-61
- 13) Bo M, Raspo S, Massaia M, et coll, A predictive model of in-hospital mortality in elderly patients admitted to medical intensive care units, J Am Geriatr Soc, 2003, Oct,51(10):1507-8
- 14) Nierman DM, Schechter CB, et coll Outcome prediction model for very elderly critically ill patients, Crit Care Med. 2001 Oct, 29(10):1853-9
- 15) Somme D, Maillet JM, et coll, Intensive Care Med. 2003 Dec;29(12):2137-43. Critically ill old and the oldest-old patients in intensive care: short- and long-term outcomes, Intensive Care Med. 2003 Dec, 29(12):2137-43
- 16) Mayer-Oakes SA, Oye RK, et coll Predictors of mortality in older patients following medical intensive care: the importance of functional status, J Am Geriatr Soc. 1991 Sep, 39(9): 862-8
- 17) Hurel D, Loirat P, Saulnier F, et coll, 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 Mar, 23(3):331-7
- 18) Chelluri L, Pinsky MR, Donahoe MP, Grenvik A Long-term outcome of critically ill elderly patients requiring intensive care, JAMA. 1993 Jun 23-30, 269(24): 3119-23
- 19) Guidelines on intensive care unit admission, triage and discharge, Crit Care Med, 1999, 27: 663-8

- 20) Code de déontologie médicale, article 2
- 21) Conseil de l'Europe, Conventions sur les droits de l'homme et de la biomédecine, 1996
- 22) Code de santé publique, article 1110
- 23) Comité Consultatif National d'Ethique, rapport n°57
- 24) Code de santé publique, article 37
- 25) Bouquier JJ, Du droit au consentement au droit au refus de soins, rapport adopté lors de la session du conseil national de l'Ordre des médecins, 29 et 30 janvier 2004
- 26) Loi du 4 mars 2002 (article 11) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- 27) Emmanuelli J, Ethique et médecine d'urgence, une contradiction nécessaire, mémoire DEA, 1995
- 28) Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, ministère de l'emploi et de la solidarité
- 29) Lemaire F, Problèmes éthiques en réanimation, Admission en réanimation: consentement présumé?, F Pochard, éditions Masson, mai 2003, 5-36
- 30) Society of Critical Care Medicine Ethics Committee, Consensus statement on the triage of critically ill patients, *Jama* 1994, 271: 1200-1203
- 31) Baert O, Mortalité et qualité de vie à 1 an des sujets âgés hospitalisés en réanimation chirurgicale du CHU de Rouen, thèse de médecine, 26 octobre 2006
- 32) Données du département d'épidémiologie et de santé publique du CHU de Rouen, intranet chu de Rouen

- 33)** Bilan d'activité annuelle de la réanimation chirurgicale du chu de Rouen 2006, en cours de publication, intranet chu de Rouen
- 34)** Bilan d'activité annuelle de la réanimation chirurgicale du CHU de Rouen 2004, intranet chu de Rouen
- 35)** Habermas J, De l'éthique de la discussion, ed du cerf, 1992
- 36)** Grassin M, Pochard F, Prise de décision: responsabilité et collégialité, études de synthèse, www.ethique.inserm.fr/
- 37)** Boles JM et coll, Réanimation médicale, éditions Masson, mai 2002
- 38)** Pourriat JL et coll, Principe de réanimation chirurgicale, Arnette, dec 2004
- 39)** Kamran S et coll, Anesthésie-réanimation chirurgicale, coll médecine-sciences, Flammarion, 1995
- 40)** Loi 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie
- 41)** P Boitte, Le vieillissement, chance d'une médecine à la recherche de ses finalités, Ethique et Santé, 2006, 3: 26-34