

Critères d'admission des personnes âgées en réanimation

B. GUIDET^{1,2,3}, D. PATERON^{3,4}, A. BOUMENDIL²

1. Introduction

L'objectif de la réanimation est la prise en charge de patients qui ont une défaillance d'organe potentielle ou avérée et qui nécessitent la mise en œuvre de techniques de suppléance. La réanimation est une discipline relativement onéreuse. Il est admis qu'aux États-Unis les coûts de réanimation représentent environ 1 % du produit intérieur brut. Il est intéressant de constater que l'offre de réanimation dans les différents pays occidentaux est assez variable (1), le nombre de lits de réanimation adulte pour 100 000 habitants est de 3,5 en Angleterre alors qu'il est de 24 en Allemagne. Pour la France, le chiffre est intermédiaire avec 9,3 lits pour 100 000 habitants. Il est évident que l'offre de lits de réanimation a un impact majeur sur les critères d'admission et la politique de limitations et arrêt de traitements (LAT). Il est donc indispensable de revoir les recommandations d'admission afin d'éviter le double écueil d'admettre par excès certains patients (attitude que l'on peut assimiler à de l'acharnement thérapeutique) ou à l'inverse de refuser l'admission pour des patients qui pourraient bénéficier de soins de réanimation (perte de chance). Dans le doute sur le bénéfice de la réanimation, il est courant de proposer une admission. Ce concept de réanimation d'attente permet de recueillir en quelques jours des éléments majeurs d'aide à la décision de poursuite de la réanimation: antécédents, anamnèse, réserve physiologique, autonomie, souhait du patient et de sa famille, avis du médecin traitant, réponse au traitement.

1. AP-HP, Hôpital Saint-Antoine, Réanimation Médicale, Paris, F-75012 France.

2. INSERM, U707, Paris, F-75012 France.

3. Université Pierre et Marie Curie-Paris 6, UMR-S707 Paris, F-75012 France.

4. AP-HP, Hôpital Saint-Antoine, Services des Urgences, Paris, F-75012 France.

Correspondance : Bertrand Guidet – Hôpital Saint-Antoine, Services de réanimation médicale, 184, rue du Faubourg Saint-Antoine, 75571 Paris cedex 12. E-mail : bertrand.guidet@sat.aphp.fr

Dans ce contexte il est très important d'analyser les pratiques d'admission et de soins pour les personnes âgées. On peut imaginer que dans une période de difficultés budgétaires avec réduction du nombre de lits, les personnes âgées risquent d'être discriminées. En revanche, il faut tenter d'identifier les patients qui vont bénéficier le plus des soins de réanimation. Dans l'introduction des recommandations nord-américaines d'admissions en réanimation (2), il est écrit « du fait du coût des soins de réanimation, les services de réanimation doivent être en général réservés aux patients qui ont des pathologies réversibles et pour lesquels il y a une perspective raisonnable de récupération ».

Ce chapitre se propose d'aborder les soins de réanimation pour les personnes âgées en abordant successivement les points suivants :

- Épidémiologie des personnes âgées en réanimation.
- Tri à l'admission.
- Soins en cours de séjour de réanimation.
- Évaluation des résultats.

2. Épidémiologie des personnes âgées en réanimation

2.1. Épidémiologie générale

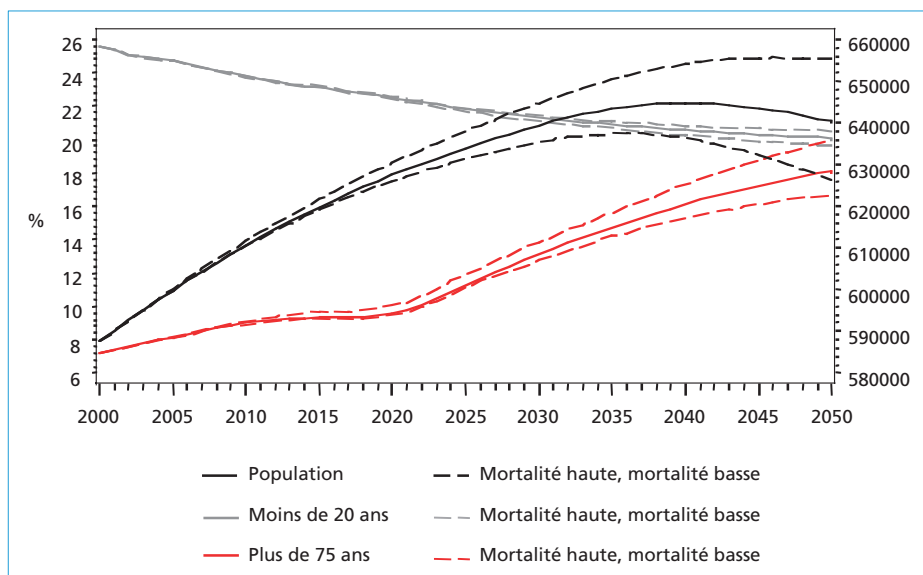
Le nombre de personnes âgées augmente considérablement dans les pays occidentaux (3). Ceci résulte d'un double phénomène : génération du baby boom et progrès de la médecine avec allongement de l'espérance de vie. Ainsi en France par exemple, la proportion des personnes âgées de plus de 80 ans va augmenter d'un facteur trois dans les 50 prochaines années (figure 1). La définition des personnes âgées doit être revue. Les anglo-saxons parlent de « young old » pour les personnes de 65 à 80 ans ; de old old de 80 à 85 ans et de oldest old au-dessus de 85 ans. Actuellement la communauté gériatrique tend à considérer que le grand âge se définit à partir de 80 ans mais cette notion d'âge seuil doit être relativisée et doit intégrer d'autres variables spécifiques des personnes âgées ce qui introduit le concept de fragilité ou de vulnérabilité et de polyopathie. Cette fragilité explique que les personnes âgées sont particulièrement exposées à une évolution défavorable suite à une agression. Ces patients sont habituellement identifiés par l'existence de chutes fréquentes, d'une perte d'autonomie et d'une vie en institution. L'exemple récent de cette catégorie de personnes particulièrement vulnérables a été donné par le surcroît de mortalité observé lors de la canicule de 2003 (4). Fried et coll. (5) ont défini la fragilité comme la présence d'au moins trois des signes suivants : diminution de la force de la main du côté dominant, faiblesse généralisée, marche à pas lents, perte de poids non intentionnelle et faible activité physique.

2.2. Impact sur les services de réanimation

Le vieillissement de la population se traduit par une augmentation du pourcentage de personnes âgées admises dans les services de réanimation ainsi dans la base de

Figure 1 – Estimation INSEE de l'évolution de la population jusqu'en 2050.

La ligne continue indique le résultat pour le scénario intermédiaire (intégrant la mortalité, la natalité et les flux migratoires).



données Cub Réa regroupant 35 services de réanimation, le pourcentage de personnes âgées de plus de 80 ans est actuellement de plus de 10 % et la médiane d'âge a augmenté de plus de 5 ans sur une période de 12 ans. Il faut noter que le pourcentage de personnes âgées admises varie considérablement d'une réanimation à une autre, ce qui peut être dû à des variabilités de recrutement mais aussi très probablement à des politiques variables d'admission.

Les motifs d'admissions en réanimation des personnes âgées sont différents des personnes plus jeunes avec plus de décompensations de pathologies chroniques sous jacentes, en particulier cardiaques et pulmonaires, et moins d'asthmes aigus graves, d'acidocétoses, d'intoxications volontaires. Il est à noter que dans la population âgée les femmes sont les plus nombreuses alors que chez des patients plus jeunes il y a une nette prédominance masculine.

3. Tri à l'admission

3.1. Considérations générales

Refuser l'admission en réanimation d'un patient au seul prétexte de l'âge est inacceptable. Rivlin a même considéré que « cette pratique pouvait être d'une part illégale et d'autre part assimilée à du "racisme" » (6). À l'inverse, d'autres auteurs, comme Callahan (7), considèrent dans les années 90 que proposer, pour une admission en réanimation, une personne en fin de vie c'est-à-dire de plus de

80 ans !! n'était pas raisonnable. Il s'agit essentiellement de décider quelles sont les personnes qui peuvent le plus bénéficier de la réanimation et appliquer le principe de justice redistributive. Il faut cependant reconnaître qu'il est souvent difficile de prendre une décision en l'absence de données complètes et que, dans ces circonstances, il apparaît licite, dans le doute, d'admettre une personne âgée en réanimation, d'évaluer sa réponse au traitement, de récupérer des informations sur son curriculum médical antérieur, de recueillir son avis ainsi que celui de la famille et, ainsi, de décider collectivement et collégialement de la poursuite ou non des soins de réanimation. Cette politique d'admission relativement libérale parfois appelée réanimation d'attente permet d'admettre plus de personnes âgées en réanimation et d'éviter des pertes de chance.

3.2. Critères d'admission

La décision de tri doit être basée sur des critères objectifs et doit intégrer les souhaits du patient. Dans l'étude Support (8), 85 % des patients avaient exprimé un souhait vis-à-vis de la réanimation cardiopulmonaire. Seuls 23 % en avaient parlé avec leur médecin traitant et, dans la moitié des cas les patients ne souhaitaient pas avoir ce type de réanimation. En France, les médecins disposent extrêmement rarement de directives anticipées, ils doivent donc fonder leur décision sur des éléments d'interrogatoire et d'anamnèse dont certains sont spécifiques de la population gériatrique. La décision d'admettre ou de ne pas admettre une personne en réanimation est connue sous le terme de triage ou tri. Cette décision est une première limitation thérapeutique si le choix fait est de ne pas admettre une personne âgée en réanimation. Le triage est influencé par de multiples facteurs qui peuvent être globalement classés en 3 catégories : demande d'admission par les médecins en amont de la réanimation (phase de pré tri), évaluation par le médecin réanimateur (tri proprement dit) et enfin les problèmes logistiques incluant la disponibilité de lits libres et des techniques (phase de post tri) (9). Ainsi le processus de tri ne concerne pas seulement les médecins réanimateurs mais tous les médecins exerçant à l'hôpital ou en préhospitalier et qui peuvent solliciter une admission en réanimation. Dans ce contexte, une réflexion commune doit être menée avec toutes les autres composantes du système de soin (médecine de ville, centre 15, spécialistes hospitaliers, médecins urgentistes). Il est particulièrement important de travailler à des recommandations communes avec les médecins urgentistes car, globalement, les personnes âgées dans les services de réanimation proviennent, pour environ 50 %, des services d'urgence pour les patients médicaux. La décision de tri à l'admission doit reposer sur des critères relativement objectifs ce qui, pour les personnes âgées, nécessite d'avoir des informations complémentaires spécifiques de cette population. Enfin la pertinence de la prise en charge des personnes âgées, que ce soit l'admission ou la poursuite de soins actifs pendant le séjour en réanimation, doit être évaluée à partir de critères objectifs si possible à distance de l'hospitalisation (3 mois, 6 mois, 1 an) et en intégrant d'autres variables de résultats que la mortalité en particulier l'autonomie de vie et la qualité de vie.

Dans notre étude prospective multicentrique sur un an (ICE-CUB) incluant 2 646 patients âgés de plus de 80 ans et se présentant aux urgences pour un motif potentiel d'admission en réanimation, les familles étaient présentes dans 41,3 % des cas mais leurs avis n'étaient demandés que dans moins de 10 % des cas. Il est aussi remarquable de noter que le patient ou la famille ont refusé l'admission en réanimation seulement dans 35 cas (1,3 %). Les admissions en réanimation exigées par la famille et jugées inappropriées par les médecins urgentistes et réanimateurs étaient exceptionnelles.

3.3. Spécificités gériatriques

L'âge est constamment retrouvé comme facteur pris en considération par les médecins pour décider d'une admission en réanimation. Dans un cas hypothétique, il était demandé à des médecins de choisir entre deux patients l'un âgé de 56 ans et l'autre de 82 ans alors qu'il n'existe plus qu'un seul lit disponible en réanimation. Lorsque seul l'âge est « disponible », les médecins réanimateurs acceptent le patient le plus jeune dans 80 % des cas, mais lorsque l'on apprend que le patient plus jeune est alcoolique, fume, et ne fait pas de sport alors que le patient plus âgé est professeur à la retraite, les médecins admettent à peu près autant le patient âgé que le patient jeune (10). Dans une autre étude, 300 médecins suisses ont répondu à un questionnaire demandant de classer les facteurs par ordre d'importance qui sont utilisés pour prendre une décision d'admission (11). La liste est la suivante : pronostic de la maladie sous-jacente, pronostic de la maladie aiguë, souhait du patient, disponibilité des lits, charge en soins infirmiers, politique d'admission de la réanimation, considération légale, état fonctionnel du patient, souhait de la famille, âge du patient, coût estimé en fonction de la survie, respect pour le patient des recommandations médicales. Les autres facteurs paraissent moins importants (alcoolisme chronique, maladie psychiatrique, état émotionnel, religion, caractéristiques socio-économiques).

Lorsque l'on analyse les études sur le tri et que l'on compare les caractéristiques des patients admis ou refusés, on note d'une part que le taux de refus varie considérablement d'une étude à l'autre allant de 23 à 72 % (12-20). Les facteurs associés au refus incluent l'âge élevé, l'existence d'une maladie sous-jacente, la perte d'autonomie, le statut médical, le motif d'admission en réanimation mais également des facteurs organisationnels comme l'existence d'une réanimation pleine, la localisation du patient avant transfert, l'expérience du médecin réanimateur et le moment de l'appel.

Très peu d'études se sont intéressées aux spécificités des personnes âgées. Une seule étude monocentrique (20) s'est penchée sur des patients âgés de plus de 80 ans. Dans cette étude française incluant 180 patients, le taux de refus était de 72 % et les facteurs indépendamment associés aux refus d'admission étaient l'âge supérieur à 85 ans, le statut médical et le fait que la réanimation soit pleine. À l'inverse, une bonne autonomie était associée à un taux élevé d'admission.

Tableau 1 – Résultats du Delphi. Les lignes grisées représentent les accords obtenus au second tour.

	Med (min-max) ou med (10 %-90 %) au 3 ^e tour	Indication	Agrément
Cardiovasculaires :			
Infarctus du myocarde compliqué	8,5 (5-9)	Indication	relatif
Infarctus aigu du myocarde	7 (5-9)	Indication	relatif
Choc cardiogénique	7 (1-9)	Indication	relatif
Arythmies nécessitant une surveillance électrocardiographique	5 (3-7)	Indécision	désaccord
Insuffisance cardiaque aiguë nécessitant la ventilation artificielle ou un support inotrope	9 (6-9)	Indication	fort
Insuffisance cardiaque aiguë nécessitant la ventilation non invasive	8 (2-9)	Indication	relatif
Urgences hypertensives	5 (2,4-5)	Indécision	relatif
Angor instable avec troubles du rythme, instabilité hémodynamique ou douleur thoracique persistante	7 (5-9)	Indication	relatif
Arrêt cardiaque	7 (5-9)	Indication	relatif
Tamponnade aiguë	9 (6-9)	Indication	fort
Dissection de l'aorte	7 (1-9)	Indication	relatif
Troubles de conduction aigus	8 (3-9)	Indication	relatif
Endocardite aiguë	5 (3-5)	Indécision	relatif
Choc hémorragique	8 (4-9)	Indication	relatif
Toxique :			
Tentative d'autolyse avec troubles de la conscience ou absence de protection des voies aériennes	8 (7,4-9)	Indication	fort
Intoxication volontaire ou involontaire avec complications immédiates ou potentielles	7 (1-9)	Indication	relatif
Convulsions d'origine toxique	7 (5-9)	Indication	relatif
Endocrinologie :			
Acidocétose	6 (2,8-7,6)	Indécision	désaccord
Hyperthyroïdie ou coma myxoedémateux avec instabilité hémodynamique	7,5 (2-9)	Indication	relatif
État hyperosmolaire	6 (5-7)	Indécision	relatif
Hypercalcémie aiguë avec troubles de la conscience nécessitant une surveillance continue	7 (3-9)	Indication	relatif
Hypo ou hypernatrémie avec troubles de la conscience ou convulsions	7 (2-9)	Indication	relatif
Hypo ou hypermagnésémie avec instabilité hémodynamique ou troubles du rythme	6 (5-7)	Indécision	relatif

Tableau 1 – Résultats du Delphi. Les lignes grisées représentent les accords obtenus au second tour. (suite)

	Med (min-max) ou med (10 %-90 %) au 3 ^e tour	Indication	Agrément
Hypo ou hyperkaliémie avec troubles du rythme ou paralysies	8 (2-9)	Indication	relatif
Hypophosphorémie avec un déficit musculaire	5 (3,4-5)	Indécision	fort
Acidose lactique	6 (5-7,2)	Indécision	relatif
Insuffisance surrénale aiguë	6 (3,8-7)	Indécision	relatif
Chirurgie :			
Patient en péri-opératoire nécessitant un support hémodynamique, respiratoire ou nursing important	9 (7-9)	Indication	fort
Neurologie :			
Accident vasculaire avec troubles de la conscience	5 (2,4-6,6)	Indécision	relatif
Coma métabolique	8 (2-9)	Indication	relatif
Coma toxique	8 (2-9)	Indication	relatif
Coma anoxique	3 (2-7,4)	Contre-indication	désaccord
Hémorragie intracrânienne avec engagement	1 (1-9)	Contre-indication	relatif
Hémorragie méningée	5 (3-6)	Indécision	relatif
Méningite avec troubles de la conscience ou encombrement respiratoire	8 (2-9)	Indication	relatif
Méningite purulente	7 (2-7)	Indication	désaccord
Atteinte du système nerveux central ou périphérique avec troubles de la conscience ou respiratoires	6 (5-7)	Indécision	relatif
État de mal convulsif	8 (5-9)	Indication	relatif
Prélèvement d'organes	7 (5-9)	Indication	relatif
Traumatismes crâniens sévères	7 (5-8,6)	Indication	relatif
Gastro-intestinal :			
Hémorragie digestive avec collapsus circulatoire ou associée à plusieurs comorbidités	6 (5-8)	Indécision	relatif
Hémorragie digestive abondante	7 (2-9)	Indication	relatif
Hépatite fulminante	5 (2,3-6,7)	Indécision	relatif
Pancréatite aiguë avec signes de gravité hémodynamiques ou respiratoires	7 (6-9)	Indication	relatif
Pancréatite aiguë nécrotico hémorragique	6,5 (2-9)	Indication	relatif
Perforation œsophagienne avec ou sans médiastinite	7 (2-9)	Indication	relatif
Colite grave	5 (5-6)	Indécision	fort

Tableau 1 – Résultats du Delphi. Les lignes grisées représentent les accords obtenus au second tour. (suite)

	Med (min-max) ou med (10 %-90 %) au 3 ^e tour	Indication	Agrément
Pulmonaire :			
Insuffisance respiratoire nécessitant la ventilation artificielle	9 (6-9)	Indication	fort
Embolie pulmonaire	5 (3,4-6,6)	Indécision	fort
Insuffisance respiratoire nécessitant une kinésithérapie importante ou une ventilation non invasive	7 (3-9)	Indication	relatif
Hémoptysie massive	7 (5,3-8,7)	Indication	relatif
Insuffisance respiratoire avec une intubation imminente	9 (7-9)	Indication	fort
Décompensation d'une insuffisance respiratoire chronique	6 (5-7)	Indécision	relatif
Fractures multiples de côtes	6 (5-7)	Indécision	relatif
Pneumopathie bilatérale hypoxemiante	7 (5-9)	Indication	relatif
Autres :			
Choc septique	8 (4-9)	Indication	relatif
Syndrome de Lyell	7,5 (4-9)	Indication	relatif
Polytraumatisme	8,5 (5-9)	Indication	relatif
Insuffisance rénale aiguë nécessitant la dialyse	7 (3-9)	Indication	relatif
Aplasia fébrile	5 (2,4-6)	Indécision	relatif
PTT et SHU	5 (2,8-6)	Indécision	relatif
Signes cliniques :			
Asymétrie pupillaire chez un patient inconscient	5 (2-6,6)	Indécision	relatif
Brûlures > 10 % de surface corporelle	7 (5-8)	Indication	relatif
Anurie	4 (2-5)	Indécision	relatif
Obstruction des voies aériennes supérieures	5 (5-7,2)	Indécision	relatif
Coma	6 (5-7)	Indécision	relatif
État de mal convulsif	8 (5-9)	Indication	relatif
Cyanose	5 (3-5)	Indécision	relatif
Tamponnade cardiaque	8 (5-9)	Indication	relatif
Signes cliniques ou biologiques :			
Fréquence cardiaque > 150 ou < 40 bpm	5 (3,4-5,6)	Indécision	fort
Pression artérielle < 80 mm Hg	5 (4,4-6)	Indécision	fort
Pression diastolique > 120 mm Hg	5 (2,4-5)	Indécision	relatif
Fréquence respiratoire > 35 / mn	6 (3,8-7)	Indécision	relatif

Tableau 1 – Résultats du Delphi. Les lignes grisées représentent les accords obtenus au second tour. (suite)

	Med (min-max) ou med (10 %-90 %) au 3 ^e tour	Indication	Agrément
Anurie	5 (2,4-5)	Indécision	relatif
Natrémie < 110 ou > 170 meq/L	7 (2-9)	Indication	relatif
Kaliémie > 7 ou < 2 meq/L	7 (2-9)	Indication	relatif
PaO ₂ < 50 mm Hg	7 (5-7,6)	Indication	relatif
Ph < 7,10 ou > 7,70	7 (6-8)	Indication	relatif
Anémie aiguë	5 (3,4-6)	Indécision	fort

Dans une étude récente (ICE-CUB), nous avons, dans un premier temps, établi par méthode Delphi une liste de diagnostics ou de situations qui nécessitent de proposer le malade pour une admission en réanimation.

Parmi les 74 critères retenus, 44 ont été considérés comme des critères absolus nécessitant une proposition en réanimation alors que pour 30 d’entre eux, la décision était équivoque. La liste des critères figure en annexe. À partir de ces critères a été réalisée une étude prospective multicentrique sur un an incluant les patients de plus de 80 ans se présentant aux urgences avec, au minimum, un des critères de la liste. Parmi les 1 426 patients avec des critères absolus, seuls 441 (30,9 %) ont été proposés pour une admission en réanimation et parmi ceux-ci 231 (52,4 %) ont été finalement admis en réanimation. Parmi les 1 041 patients avec un critère équivoque, seuls 180 (17,3 %) ont été proposés pour une admission en réanimation dont 79 (43,6 %) finalement admis en réanimation (21). Dans cette étude, les facteurs indépendants associés à la non proposition pour une admission en réanimation étaient l’âge, la présence d’un cancer actif, l’absence d’information sur des hospitalisations antérieures, l’absence de connaissance des conditions de vie, la prise de traitement à visée psychiatrique, et la sévérité du patient à l’arrivée. À l’inverse le maintien d’un bon état fonctionnel conduisait à proposer plus fréquemment les malades en réanimation.

4. Caractéristiques des séjours des patients admis en réanimation

Nous avons analysé les données de la littérature dans un éditorial et une revue générale récente sur le sujet (22-23). Nous ne reprenons ici que les éléments principaux. Globalement les durées de séjour en réanimation et à l’hôpital des personnes âgées de plus de 80 ans sont identiques ou plus courtes que pour les séjours de patients plus jeunes. La charge en soins globale est habituellement inférieure et certaines thérapeutiques lourdes de réanimation comme la venti-

lation mécanique ou l'hémodialyse sont moins fréquemment réalisées chez les patients âgés (24). Ces éléments suggèrent fortement que des décisions de limitation de soins sont prises de manière plus précoce chez les personnes âgées d'autant que les personnes âgées ont une réserve physiologique plus faible que les patients plus jeunes et donc devraient *a priori* nécessiter des soins plus prolongés.

5. Devenir des personnes âgées

5.1. Mortalité en réanimation

La mortalité des patients de plus de 65 ans est légèrement augmentée par rapport à la tranche d'âge inférieure. Dans les analyses multivariées des différentes études, la contribution de l'âge à la mortalité en réanimation est généralement bien inférieure à celles des dysfonctions d'organes ou des maladies sous-jacentes. Cependant lorsque la barre est mise à 80 ans, il existe, dans toutes les études, une surmortalité liée à l'âge.

Plusieurs études ont montré que la nécessité de ventilation artificielle chez des patients âgés étaient associées à un mauvais pronostic, par exemple dans l'étude de Cheng (25), la mortalité du SDRA est de 72 % pour les patients de plus de 60 ans alors qu'elle est de 37 % pour les patients plus jeunes. Dans l'étude de Ely et coll. la mortalité à J28 était à 50,3 % chez les patients âgés de plus de 70 ans alors qu'elle n'était que de 25,5 % chez les patients plus jeunes (26). Le taux de réintubation était deux fois plus important chez les personnes âgées (27).

5.2. Mortalité hospitalière

La mortalité hospitalière est plus élevée pour les personnes âgées. Lorsqu'on analyse la mortalité pour les patients sortis vivants de réanimation, elle est environ 2 fois plus élevée chez les patients âgés que chez les patients plus jeunes (23). Ceci suggère soit que des patients âgés sont sortis trop prématurément de la réanimation, soit que les services d'aval de la réanimation ne permettent pas d'assurer des soins de qualité suffisante pour des patients ayant nécessité une prise en charge lourde en réanimation, soit que la réanimation n'a fait que décaler un pronostic inéluctable. On peut espérer que la généralisation des unités de surveillance continue puisse améliorer le pronostic de ces patients particulièrement fragiles.

Il faut rappeler que les scores de gravité généralistes incluent tous l'âge mais, que pour les scores anciens, la population âgée était assez rarement représentée dans l'échantillon de validation des scores. Les scores les plus récents comme l'IGS II revisité (28) ou l'IGS III donnent une pondération différente à l'âge. Dans l'étude de Rosenthal et coll. (29), le risque de décès pour des patients âgés de 80 à 84 ans était 3,86 fois plus important que chez des sujets de moins de 35 ans et ce risque passait à 4,74 pour les patients de plus de 90 ans.

5.3. Mortalité à long terme

Dans l'étude HELP (30), les facteurs indépendants de survie étaient : la sévérité évaluée par le score Apache III, l'état de conscience, l'autonomie, la perte de poids, la qualité de vie et le diagnostic principal. Dans l'étude de Somme et collaborateurs (31), les facteurs associés à la mortalité à 3 ans après admission en réanimation était l'âge avec un odds ratio à 2,17 pour les patients âgés de 80 à 84 ans et une limitation fonctionnelle. Dans une précédente étude réalisée dans notre service, nous avons retrouvé que les patients avaient un taux de survie à deux mois de 59 %, à deux ans de 33 %, et à trois ans de 29 %. L'analyse multivariée avait identifié deux facteurs associés avec le décès après sortie de la réanimation : l'existence d'une maladie sous-jacente et une limitation fonctionnelle majeure (32). Il est important de noter que les facteurs prédictifs du décès en réanimation comme le score IGS II n'étaient pas associés avec la mortalité à long terme chez des patients survivant au séjour de réanimation. Dans cette étude, la médiane de survie en l'absence de facteur de mauvais pronostic était de 851 jours, ce qui correspond grossièrement à l'espérance de vie d'une population non admise en réanimation, mais aux mêmes caractéristiques d'âge et de sexe.

5.4. Qualité de vie

Les données générales sur la qualité de vie des personnes âgées sont reprises de manière tabulée dans notre précédente revue générale (23). Il faut noter que les échelles de qualité de vie sont probablement non adaptées pour la population âgée. Dans l'étude de Tsevat et coll. 1 266 patients de plus de 80 ans ont été interrogés pour savoir s'ils préféreraient une vie plus longue avec des limitations ou une vie plus courte. Parmi les 414 patients ayant répondu, il est remarquable de noter que 40,8 % des personnes interrogées ne voulaient aucune réduction d'espérance de vie et 27,8 % acceptent de perdre un mois d'espérance de vie pour avoir une excellente qualité de vie (30). Il est donc important de considérer l'avis des patients et non l'avis de l'entourage. Lorsqu'on analyse les résultats des questionnaires de qualité de vie chez les personnes âgées, globalement la qualité de vie est estimée aussi bonne que chez les patients les plus jeunes. La qualité de vie est considérée comme inchangée voire améliorée après un séjour en réanimation. Les éléments altérés sont le sentiment d'isolement, l'état émotionnel et la réduction de mobilité.

6. Conclusion

Le vieillissement général de la population a un impact majeur sur le recrutement des services de réanimation. Il n'existe actuellement aucune recommandation pour l'admission en réanimation des personnes âgées ce qui se traduit par une très grande hétérogénéité des pratiques d'un centre par rapport à un autre et d'un pays par rapport à un autre. Clairement, l'âge seul ne doit pas être pris en considération pour prendre sa décision d'orientation. Des éléments d'évaluation géria-

trique doivent être intégrés à l'évaluation du patient. En l'absence d'information spécifique et dans le doute, il est recommandé d'admettre une personne âgée en réanimation. Il est remarquable de noter que la charge en soins et la durée de séjour des personnes âgées est globalement plus faible que pour des patients plus jeunes ce qui suggère que des décisions de limitation de soins sont prises plus précocement dans cette catégorie d'âge. Les facteurs pronostiques à long terme sont liés à l'état sous jacent du patient en particulier son état nutritionnel et sa limitation fonctionnelle. Les patients survivant à un séjour en réanimation, globalement, ont très peu d'altération de leur état fonctionnel et conservent une qualité de vie similaire à ce qu'elle était avant l'admission en réanimation.

La décision finale d'admission en réanimation, puis de poursuite des soins doit être partagée avec l'équipe, avec le patient et sa famille. Il est remarquable de noter que les médecins déclarent prendre en compte l'avis du patient et de sa famille mais qu'en réalité la décision ne les implique que très rarement. Seule une étude prospective, centrée sur des patients âgés à bon pronostic général mais avec une défaillance aiguë potentiellement réversible permettrait de démontrer le bien fondé de l'admission en réanimation de cette catégorie spécifique de patients. Le critère de jugement de cette étude doit inclure un point à distance évaluant la mortalité mais aussi la qualité de vie et l'autonomie.

Références

1. Wunsch H., Angus D.C., Harrison D.A., Collange O., Fowler R., Hoste A.J., de Keizer N.F., Kersten A., Linde-Zwirble W.T., Sandiumenge A., Rowan K.M. Variation in critical care services across North America and Western Europe. *Crit Care Med* 2008 ; 36 : 2787-93.
2. Q.-C. Dinh, La population de la France à l'horizon 2050, *Économie et Statistique*, Insee, 1994, n8 274, pp. 7-32.
3. Recommendations for intensive care unit admission and discharge criteria. Task Force on Guidelines. Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 1988 ; 16 : 807-8.
4. Valleron A.J., Boumendil A. Epidemiology and heat waves: analysis of the 2003 episode in France. *C R Biol* 2004 ; 327 : 1125-41.
5. Fried L.P., Tangen C.M., Walston J., Newman A.B., Hirsch C., Gottdiener J., Seeman T., Tracy R., Kop W.J., Burke G., McBurnie M.A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 56 : M146-56.
6. Rivlin M. Should age based rationing of health care be illegal? *Bmj* 1999 ; 319 : 1379.
7. Callahan D. *Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society*. 1987, New York : Simon and chuster.
8. Hofmann J.C., Wenger N.S., Davis R.B., Teno J., Connors A.F., Jr., Desbiens N., Lynn J., Phillips R.S. Patient preferences for communication with physicians about end-of-life decisions. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preference for Outcomes and Risks of Treatment. *Ann Intern Med* 1997 ; 127 : 1-12.
9. Truog R.D. et al. Rationing in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2006 ; 34 : 958-63.
10. Nuckton T.J. and N.D. List, Age as a factor in critical care unit admissions. *Arch Intern Med* 1995 ; 155 : p. 1087-92.

11. Escher M., Perneger T.V., and Chevolet J.C. National questionnaire survey on what influences doctors' decisions about admission to intensive care. *Bmj* 2004 ; 329 (7463) : p. 425.
12. Levin P.D. and Sprung C.L. The process of intensive care triage. *Intensive Care Med* 2001 ; 27 : p. 1441-5.
13. Hurst S.A. et al. Prevalence and Determinants of Physician Bedside Rationing: Data from Europe. *J Gen Intern Med*, 2006.
14. Azoulay E. et al. Compliance with triage to intensive care recommendations. *Critical Care Medicine* 2001 ; 29 : 2132-6.
15. Garrouste-Orgeas M. et al. Triaging patients to the ICU: a pilot study of factors influencing admission decisions and patient outcomes. *Intensive Care Medicine* 2003 ; 29 : 774-81.
16. Joynt G.M. et al. Prospective evaluation of patients refused admission to an intensive care unit: triage, futility and outcome. *Intensive Care Medicine* 2001 ; 27 : 1459-65.
17. Metcalfe M.A., Slogget A., and McPherson K. Mortality among appropriately referred patients refused admission to intensive-care units. *Lancet* 1997 ; 350 : 7-11.
18. Sprung C.L. and Eidelman. Triage decisions for intensive care in terminally ill patients. *Intensive Care Med* 1997 ; 23 : 1011-4.
19. Frischo-Lima P. et al. Rationing critical care – what happens to patients who are not admitted ? *Theor Surg* 1994 ; 9 : 208-11.
20. Garrouste-Orgeas M. et al. Decision-making process, outcome, and 1-year quality of life of octogenarians referred for intensive care unit admission. *Intensive Care Med* 2006 ; 32 : 1045-51.
21. Garrouste-Orgeas M., Boumendil A., Pateron D., Aegerter Ph., Somme M., Tabasome T., Guidet B. On behalf of the ICE-CUB group. Selection of ICU Admission Criteria for Patients Aged 80 Years and Over and Compliance of Emergency and ICU Physicians with the Selected Criteria: An Observational Multicenter Prospective Study. *Crit Care Med* 2009 ; 37 : 2919-2928.
22. Boumendil A., Guidet B. Elderly and Intensive Care Medicine. Editorial. *Intensive Care Med* 2006 ; 32 : 965-7.
23. Boumendil A., Somme D., Garrouste-Orgeas M., Guidet B. Should elderly patients be admitted in Intensive care unit? Review. *Intensive Care Med* 2007 ; 33 : 1252-62.
24. Boumendil A., Aegerter P., Guidet B. CUB-Rea Network. Treatment intensity and outcome of patients aged 80 and older in intensive care units: a multicenter matched-cohort study. *J Am Geriatr Soc* 2005 ; 53 : 88-93.
25. Cheng I.W., Matthay M.A. (2003). Acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome. *Crit Care Clin* 19 : 693-712.
26. Ely E.W., Wheeler A.P., Thompson B.T., Ancukiewicz M., Steinberg K.P., Bernard G.R. (2002). Recovery rate and prognosis in older persons who develop acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome. *Ann Intern Med* 136 : 25-36.
27. Ely E.W., Ewans G.W., Haponik E.F. (1999). Mechanical ventilation in a cohort of elderly patients admitted to an intensive care unit. *Ann Intern Med* 131 : 96-104.
28. Aegerter P., Boumendil A., Retbi A., Minvielle E., Dervaux B., Guidet B. (2005). SAPS II revisited. *Intensive Care Med* 31 : 416-42.
29. Rosenthal G.E., Kaboli J.P., Barnett J.M., Sirio C.A. (2002). Age and the risk of in-hospital death: insights: insights from a multi-hospital study of intensive care patients. *J Am Geriatr Soc* 50 : 1205-1212.

30. Tsevat J., Dawson N.V., Wu A.W., Lynn J., Soukup J.R., Cook E.F., Vidaillet H., Phillips R.S. Health values of hospitalized patients 80 years or older. HELP Investigators. Hospitalized Elderly Longitudinal Project. JAMA. 1998 Feb 4 ; 279 (5) : 371-5.
31. Somme D., Maillet J.M., Gisselbrecht M., Novara A., Ract C., Fagon J.Y. (2003). Critically ill old and the oldest-old patients in intensive care : short- and-long-term outcomes. Intensive Care Med 29 : 2137-2143.
32. Boumendil A., Maury E., Reinhard I., Luquel L., Offenstadt G., Guidet B. (2004). Prognosis of patients aged 80 years and over admitted in medical intensive care unit. Intensive Care Med 30 : 647-654.