

# Admission des personnes âgées en réanimation

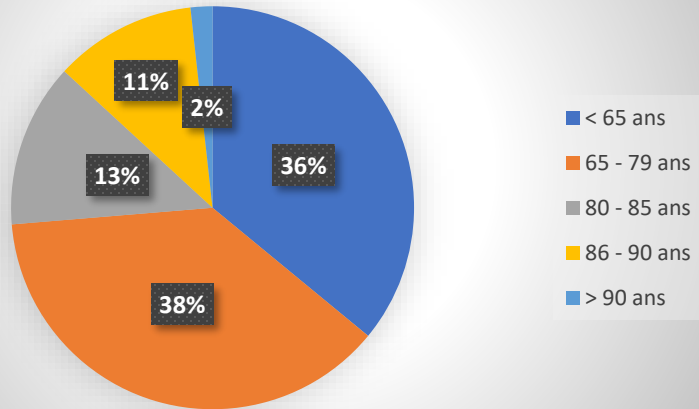
Dr Elodie Brunel 2023

# Personnes âgées en réanimation

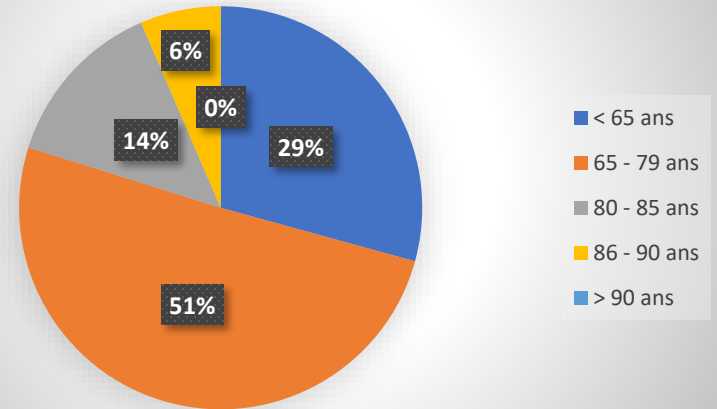
- > 65 ans : > 50%
- >75 ans, > 80-85 ans?
- > 80 ans : 12% (Danemark)
- France : 30 % « infections respiratoires » > 80 ans
- Très fortes disparités

# Réanimation Clinique Croix du Sud

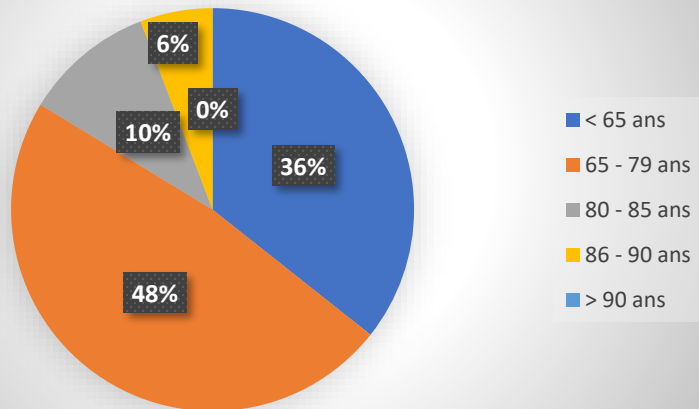
2019



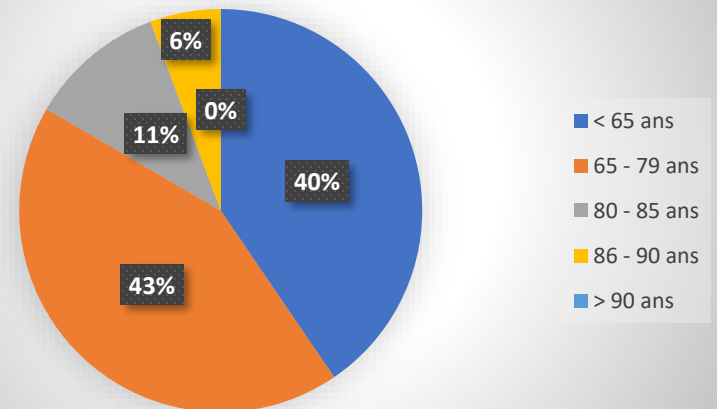
2020



2021



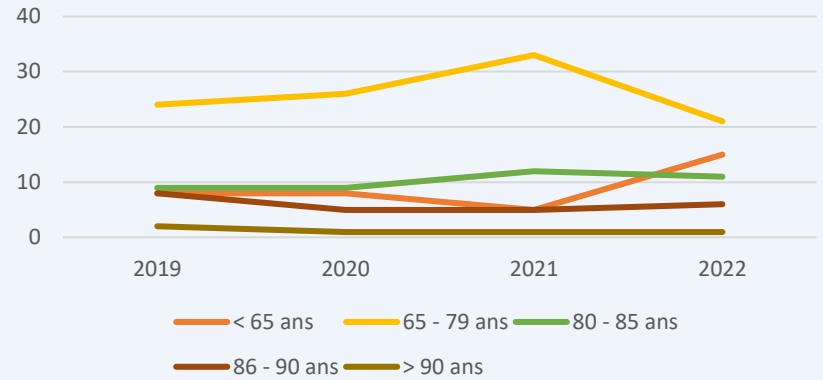
2022



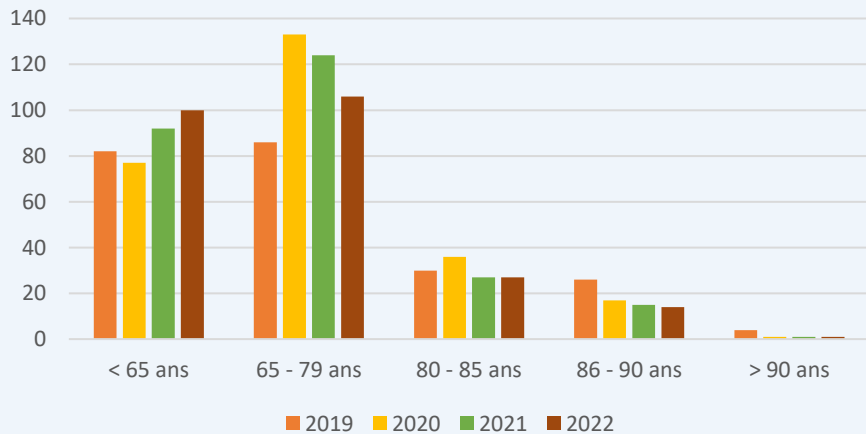
> 80 ans : 16 - 26%

# MORTALITÉ > 80 ans

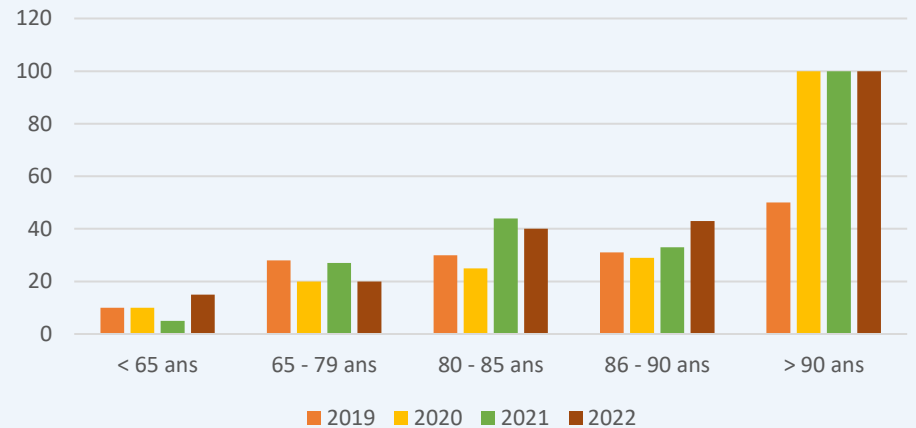
Nombre de décès



Nombre de patients



Mortalité en %



Réanimation Clinique Croix du Sud






H : 24 - 40 %  
 3 mois : 39 - 41 %  
 6 mois : 37 - 50 %  
 1 an : 44 - 68 %

## MORTALITÉ > 80 ans

- Plus élevée si motif médical ou chirurgical urgent
- Plus faible si chirurgie programmée
- Mortalité à 1 an : 55%
- Mortalité à 2 ans : 69%

« Le sujet âgé en réanimation » Compilation de 12 études. Philippe Seguin;  
Anesthésie et réanimation. 2019

# Personnes âgées en réanimation

- Patient  Médecin traitant  Urgentiste  Réa
- Souhais patients
  - Réa : 36 (réanimateur 44)
  - Pas de réa 14 (réanimateur 11)
- Critères ?

# Effect of Systematic Intensive Care Unit Triage on Long-term Mortality Among Critically Ill Elderly Patients in France

## A Randomized Clinical Trial

- 75 ans
- Pas de cancer
- ADL  $\geq$  4
- Pas de cachexie
- 24 Hôpitaux, 2012-2015, 3036 patients

61 % admissions / 34 %

Pas de diminution de mortalité à 6 mois (45/39 %)

**Corresponding Author:** Bertrand Guidet, MD, Medical Intensive Care Unit, Saint-Antoine Hospital, 184, rue du Faubourg Saint-Antoine, Paris, 75012, France ([bertrand.guidet@aphp.fr](mailto:bertrand.guidet@aphp.fr)).

# DÉCISION MÉDICALE

## Données factuelles

- Clinique
- EBM...

## Facteur liés au patient et au médecin

- Croyances / culture
- Valeurs personnelles
- Expérience
- Formation
- Affects

Connaissances

DECISION  
MÉDICALE

Recommandations

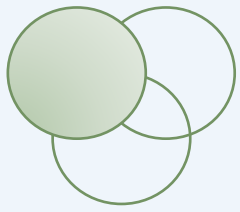
Ethique

Autonomie  
Personne de confiance  
Directives anticipées

## Contraintes

- Réglementaires et légales
- Temps
- Financières
- Places





# DONNEES FACTUELLES même...aux urgences

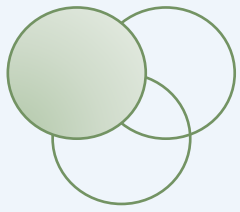
Médecin traitant

Spécialistes

Courriers

**INFORMATIONS DISPONIBLES LORS DE  
L'ARRIVEE DU PATIENT**

**COMPLEMENT D'INFORMATIONS A OBTENIR**



# DONNEES FACTUELLES

« Pyjama bleu »

Alzheimer

Cancer / Métastase

**Les données.....**

Cirrotique

« Ne veut plus vivre »

Dépendance

Soins palliatifs

Grabataire

Agé / Très âgé

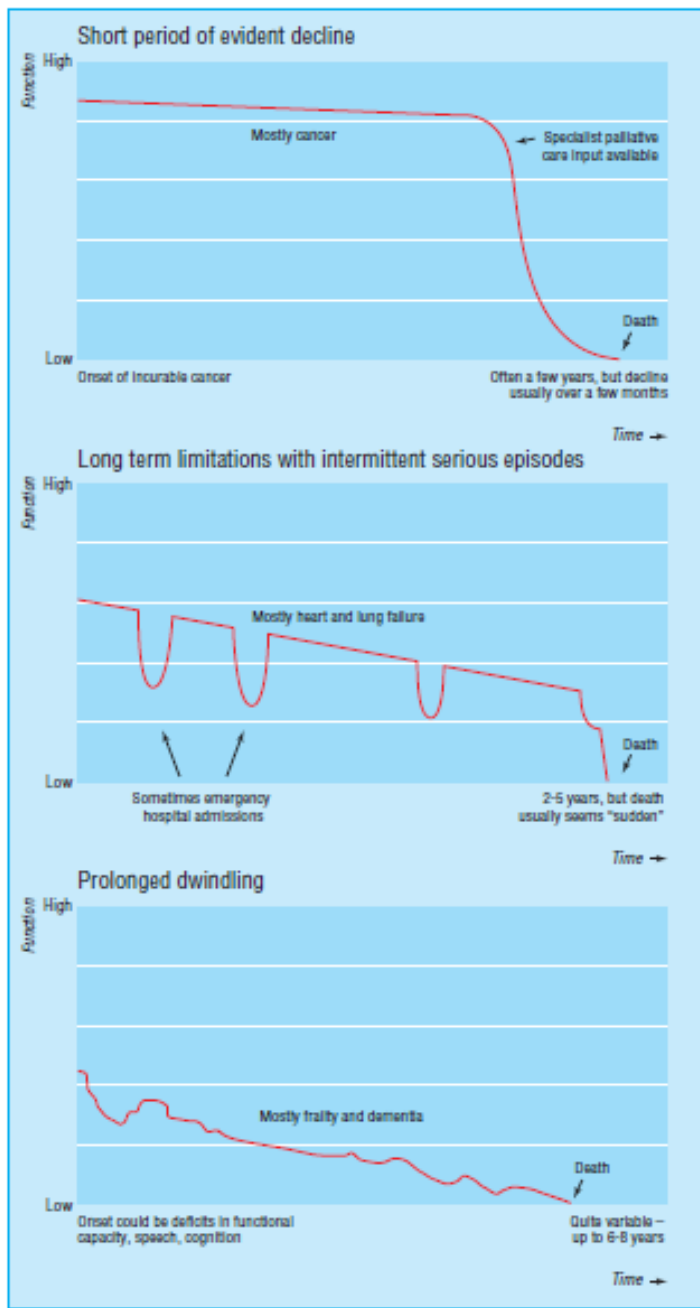
**...il faut les préciser**

# Agé / Très âgé

Cancer

ICC, IRC,...

Veillesse



# Agé / Très âgé

## « Syndrome de fragilité »

Risque de déstabilisation d'un équilibre précaire  
(troubles cognitifs, comportementaux, polypathologies,  
polymédication, accroissement des besoins d'aide)

**EVALUATION GERIATRIQUE**

# Critères de Fragilité

## Syndrome clinique

### Symptômes

- Perte de poids
- Faiblesse
- Fatigue
- Anorexie,  $\searrow$  prises alimentaires
- Inactivité

### Signes

- Sarcopénie
- Ostéopénie
- Troubles de l'équilibre et de la marche
- Déconditionnement
- Dénutrition
- Marche lente Risques chutes
- Baisse de la capacité à répondre à un stress

## Score de Fried

- 1 - Perte de poids :  $\geq 5\%$  par an
- 2 - Fatigue subjective : épuisé ou fatigué en permanence ou fréquemment ?
- 3 - Activité physique : aucune activité physique ou moins de 1 à 2 marches par semaine
- 4 - Vitesse de marche : difficulté à marcher 100 mètres
- 5 - Force «grip strength»

**3 ou plus = Fragile**

1 ou 2 = Pre frail

0 = Non fragile

Fried et al. J.Gerontol.A Biol.Sci.Med.Sci. 2001

L'index de fragilité de Rockwood (multimodale) est basé sur un recueil de données plus large qui intéresse plusieurs domaines d'investigations (70 items -> 40)

# Score de fragilité clinique

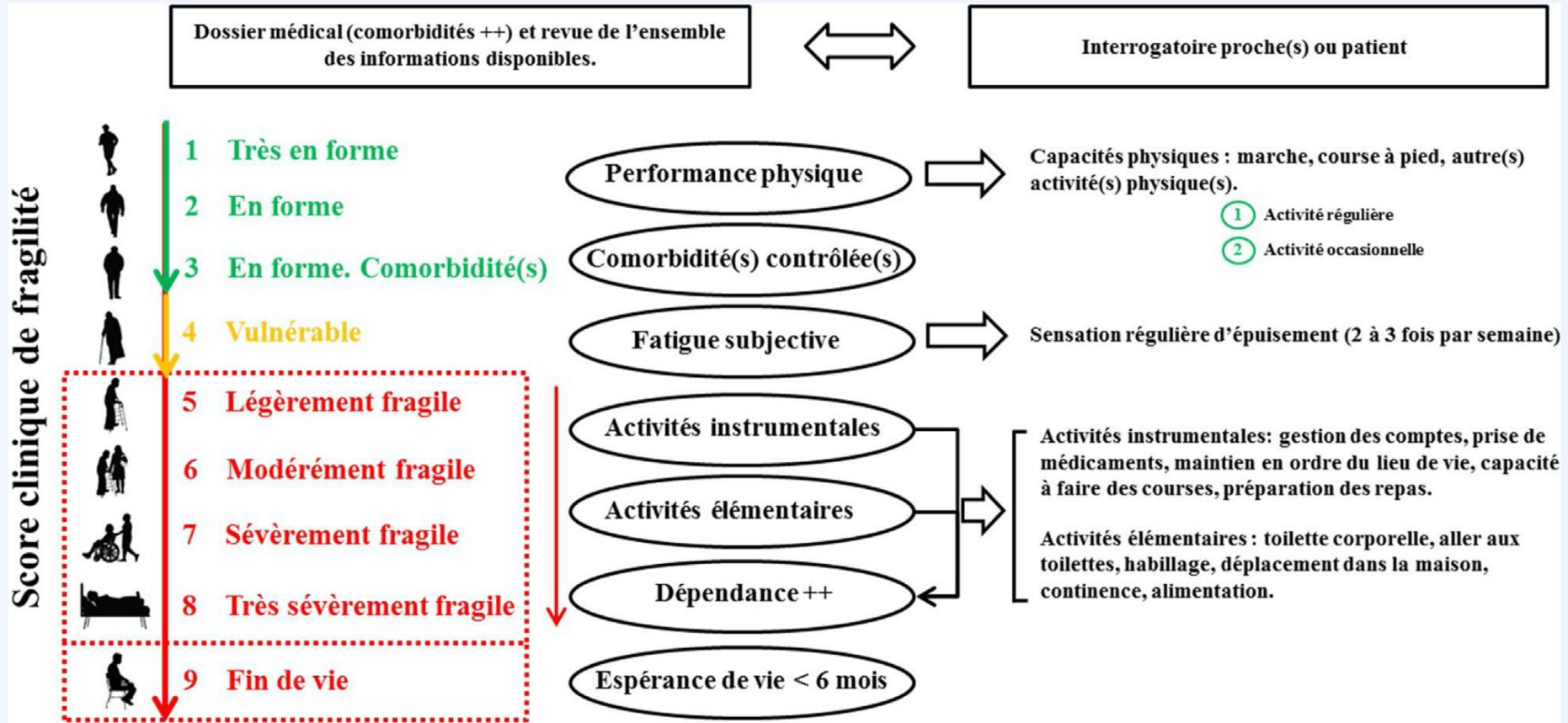


Figure 1  
Score clinique de fragilité et domaines explorés

**Fragilité = facteur de mortalité**

# Guide de questionnements de fin de vie de Mme Sebag Lanoë

TRÈS ÂGÉS?

1. Quelle est la **maladie principale** du patient?
2. Quel est son **degré d'évolution** ?
3. Quelle est la nature de l'**épisode actuel** surajouté ?
4. Est-il **facilement curable** ou non ?
5. Y a-t-il une **répétition** récente d'épisodes aigus rapprochés ou une **multiplicité d'atteintes** de pathologies diverses ?
6. Que dit **le malade**, s'il peut encore le faire ?
7. Qu'exprime-t-il à travers son expression corporelle et sa participation aux soins ?
8. Quelle est la qualité de son **confort actuel** ?
9. Qu'en pense **la famille** ?
10. Qu'en pensent **les soignants** qui le côtoient le plus souvent ?

# Qualité de vie

BMJ  
**open**  
accessible medical research

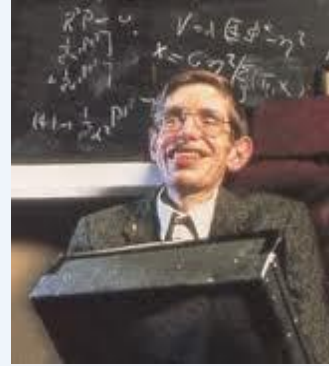
## A survey on self-assessed well-being in a cohort of chronic locked-in syndrome patients: happy majority, miserable minority



PRESS  
RELEASE

Marie-Aurélié Bruno,<sup>1</sup> Jan L Bernheim,<sup>2</sup> Didier Ledoux,<sup>1</sup> Frédéric Pellas,<sup>3</sup>  
Athena Demertzi,<sup>1</sup> Steven Laureys<sup>1</sup>

**Results:** 91 patients (54%) responded and 26 were excluded because of missing data on quality of life. 47 patients professed happiness (median ACSA +3) and 18 unhappiness (median ACSA -4). Variables associated with unhappiness included anxiety and dissatisfaction with mobility in the community, recreational activities and recovery of speech production. A longer time in LIS was correlated with happiness. 58% declared they did not wish to be resuscitated in case of cardiac arrest and 7% expressed a wish for euthanasia.



S. Hawking



P. Croizon



O. Goy

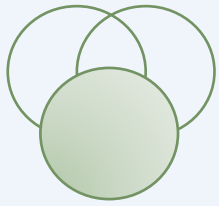


P. Vigan



JD. Bauby





# DIRECTIVES ANTICIPEES

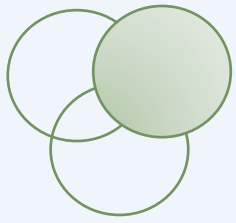
## Personne âgée...

Dr Fournier V. Directrice du Centre d'éthique clinique de l'hôpital Cochin. 2009, 200 pers. >75 ans

« beaucoup (...) ne veulent [pas] écrire de directives anticipées »

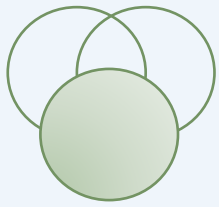
« ils ont bien trop peur qu'elles servent alors de blanc-seing aux médecins pour arrêter prématurément le combat »

## Autonomie



## RÉFLEXION COLLÉGIALE?

- Cultures de service
- Biais d'expérience
- Valeurs / croyances / culture...
- Pour l'admission?
- Réévaluation durant le séjour
  - Niveau d'engagement thérapeutique
  - Limitation voire arrêt de traitement



# EVOLUTION DU CADRE LEGISLATIF

Loi n°99-477 du  
9/6/1999

Accès aux soins  
palliatifs

Loi n°2002-303 du  
4/3/2002

Droits des malades et à  
la qualité du système  
de santé

Loi n°2005-370 du  
22/4/2005

Droits des malades et à  
la fin de vie

Loi n°2016-87 du  
2/2/2016

Droits en faveur des  
malades et des  
**personnes** en fin de vie

Refus par le patient de  
thérapeutique ou  
d'investigation

**Droit à ne pas subir  
d'obstination  
déraisonnable (OD)**

PEC Douleur

Personne de confiance

Droit à ne pas subir  
d'OD en **fin de vie ou  
pas**

Double effet

Directives anticipées\*

Procédure collégiale\*

**Devoir médical** de ne  
pas mettre en œuvre  
des traitements ou  
investigations qui  
résultent d'une OD

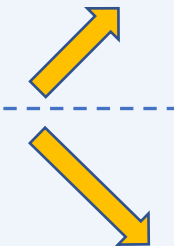
**Sédation PCMJD\***

Alimentation / H<sub>2</sub>O = TTT

# Changes in End-of-Life Practices in European Intensive Care Units From 1999 to 2016

Charles L. Sprung, MD; Bara Ricou, MD; Christiane S. Hartog, MD; Paulo Maia, MD; Spyros D. Mentzelopoulos, MD, PhD; Manfred Weiss, MD;

JAMA. 2019;322(17):1692-1704. doi:10.1001/jama.2019.14608  
Published online October 2, 2019. Corrected on November 5, 2019.



Limitation	2015-2016, No. (%)	1999-2000, No. (%)	Difference, % (95% CI)	P Value
Withholding of life-prolonging therapy	892 (50)	1143 (40.7)	9.3 (6.4 to 12.3)	<.001
Withdrawing of life-prolonging therapy	692 (38.8)	695 (24.8)	14.0 (11.2 to 16.8)	<.001
Failed CPR	110 (6.2)	628 (22.4)	-16.2 (-18.1 to -14.3)	<.001
Brain death	74 (4.1)	261 (9.3)	-5.2 (-6.6 to -3.8)	<.001
Active shortening of the dying process	17 (1.0)	80 (2.9)	-1.9 (-2.7 to -1.1)	<.001

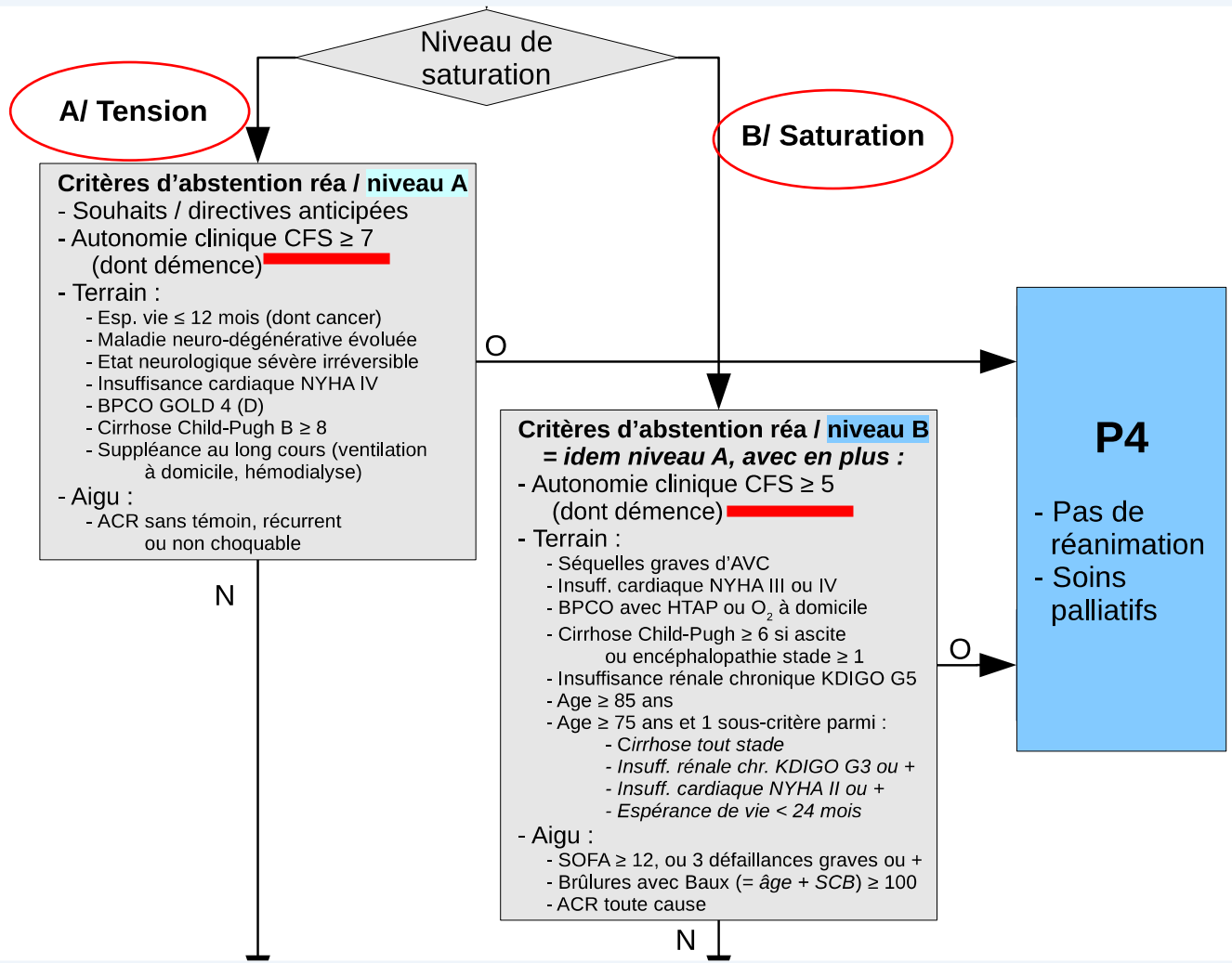
Characteristics	No. of Patients Who Died/Total No. (%)	
	1999-2000 (n = 2807)	2015-2016 (n = 1785)
Died without limitation of therapy <sup>b</sup>	889/889 (100.0)	184/184 (100.0)
Died with limitation of therapy	1812/1918 (94.5)	1274/1601 (79.6)

Situation sanitaire  
exceptionnelle  
SSE

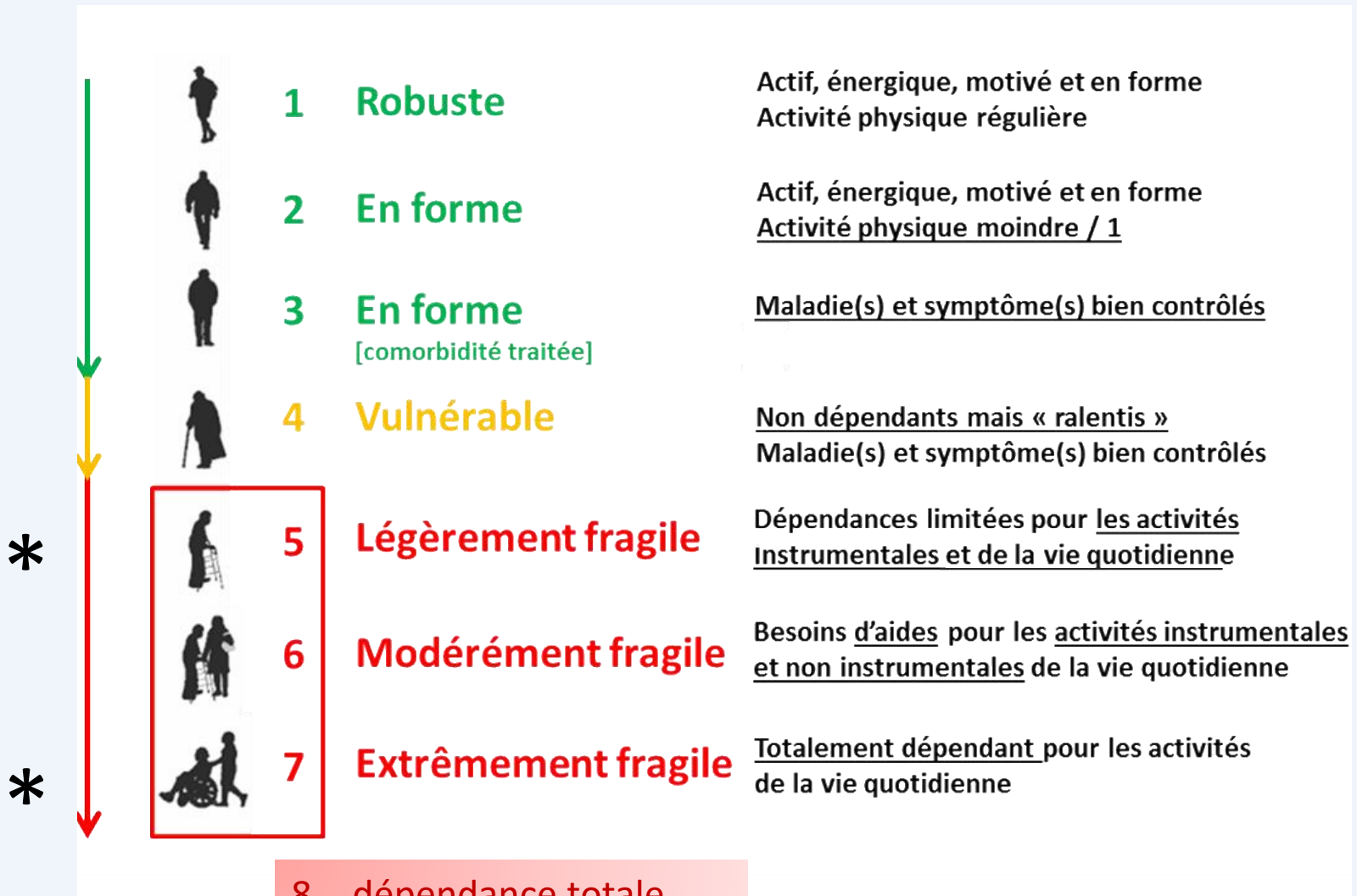


# Priorisation des traitements de réanimation pour les patients en état critique, en situation d'épidémie de COVID-19, avec capacités d'accueil de réanimation limitées

Version du 15 avril 2020 validée SFAR et SSA / École de Val-de-Grâce



# Critères de fragilité clinique



8 dépendance totale

9 maladie terminale

# Score de fragilité clinique : consensus des sociétés savantes pour les admissions en unités de soins critiques et en réanimation

SSE

*Clinical frailty score: Consensus of learned societies for  
admissions to critical care units and intensive care units*

**Claude Hautain** (médecin urgentiste, directeur de  
l'aide médicale urgente en Hainaut)

28, avenue Commandant Lachouque, 1410 Waterloo,  
Belgique

---

## DISCUSSION ET PROPOSITIONS [5–7]

Pour tout patient dont le score de fragilité clinique est entre un et cinq : l'admission en unités de soins intensifs (USI) est recommandée et l'hospitalisation en unité standard (COVID + ou non COVID) est recommandée.

Pour tout patient dont le score est égal à six : l'admission en USI n'est pas recommandée et l'admission en hospitalisation classique (COVID+ ou non COVID) est recommandée.

Pour tout patient dont le score de fragilité clinique est supérieur à sept : aucune admission en hospitalisation classique (COVID+ ou non COVID) ni en USI n'est recommandée.

Pour tout patient présentant un rythme non choquable et sans présence de témoin dont le score de fragilité clinique est supérieur à sept, il est recommandé de ne pas tenter de réanimation.

# Geriatric Choosing Wisely choice of recommendations in France: a pragmatic approach based on clinical audits

Le juste soin ?

Réflexion en équipe

Etudes à venir

Améliorer le post-réanimation : filière gériatrique



# CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE

## DEVOIRS ENVERS LES PATIENTS

Article R.4127-32 - Qualité des soins

Article R.4127-33 - Diagnostic

Article R.4127-34 - Prescription

Article R.4127-35 - Information du patient

Article R.4127-36 - Consentement du patient

Article R.4127-37 - Soulagement des souffrances - Non Obstination déraisonnable

Article R.4127-37-1 - Directives anticipées

Article R.4127-37-2 - Limitation ou arrêts des traitements

Article R.4127-37-3 - Sédation profonde

Article R.4127-37-4 - Accompagnement du patient et de son entourage

Article R.4127-38 - Soins aux mourants – accompagnement

- L'âge peut-il être un critère de refus d'hospitalisation en réanimation ?

Oui / Non

- Existe-t-il des critères validés dans la littérature pour décider quel patient âgé (plus de 80 ans) admettre en réanimation ?

Oui / Non

- La mortalité hospitalière d'un sujet âgé **fragile** admis en réanimation est-elle (indépendamment de l'âge ou des scores de gravité) :

La même qu'un sujet **robuste** ?

2 à 3 fois supérieure à un sujet **robuste** ?

5 à 6 fois supérieure à un sujet **robuste** ?

8 à 10 fois supérieure à un sujet **robuste** ?

- Après un séjour en réanimation la mortalité des plus de 80 ans à 1 an est de ?

15%

30%

55%

75%

Philippe Seguin; Anesthésie et réanimation. 2019

- La décision de non-admission en réanimation est-elle une limitation ou un arrêt de traitement relevant de la loi Claeys-Leonetti ?
- Questions ouvertes