

## « L'âge et le soin, à la lumière de la crise du COVID-19 »

### Échange de points de vue :

Ont contribué à cette discussion

- Jean-Pierre Bénézech (médecin PH au CHU de Montpellier, Responsable de l'équipe médicale Unité Mobile de Soins Palliatifs)
- Xavier Bioy (professeur de droit, Université Toulouse Capitole, Codirecteur du Master « Éthique, soin et recherche »)
- Olivier Jonquet (médecin PU-PH réanimateur au CHU de Montpellier, président de la commission spécialisée de l'organisation des soins).
- Jacques Lagarrigue (neurochirurgien, CHU Toulouse, Espace de Réflexion Ethique Occitanie)

#### Table des matières

Exposé synthétique de la discussion (X.B.).....	1
Introduction du débat (X. B.).....	2
Une réponse de la justice.....	2
Eléments d'analyse juridique (sous l'angle de la discrimination uniquement) X. B.....	4
Point de vue d'un médecin réanimateur (O. J.).....	6
Point de vue d'un médecin en service de soins palliatifs (J-P B.).....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Approche médicale globale et éthique de la prise en charge du patient âgé (J. L.).....	6

### Exposé synthétique de la discussion (X.B.)

*Pendant la crise du COVID, l'opinion publique s'est inquiétée du sort des aînés, particulièrement en EHPAD. Ont-ils bénéficié des meilleurs soins alors que le confinement entravait leur accès aux médecins et aux moyens médicaux, particulièrement, en urgence, aux services de réanimation.*

*De nombreuses recommandations d'associations médicales et académiques ont porté des préconisations rappelant et adaptant les critères de prise en charge, de priorisation ou d'exclusion. En s'appuyant, parmi d'autres, sur le critère de l'âge, ne s'exposent-ils pas aux soupçons de discrimination puisque l'âge ne doit en principe pas entrer en considération pour une décision (acte juridique privé ou public) ?*

*Le juge répond que si ce critère n'est pas le seul déterminant, cela ne révèle pas une pratique discriminatoire. Cela correspond à la pratique médicale qui tient compte principalement des données propres à l'état individuel du patient, tout en les évaluant au regard de la normalité statistique de patients comparables, donc d'âge équivalent (souvent par groupes ou seuils). On parle alors de « fragilité » dans l'état de départ, dans la réaction aux soins, dans la capacité à retrouver une « normalité » ensuite.*

*Les paramètres des pathologies, comme ceux de la capacité de les surmonter, sont toujours ceux d'un « normal » subjectif (lié à l'individualité du patient) qu'il faut objectiver pour rationaliser les choix. Le regard du réanimateur,*

*dans l'urgence de la situation objectivise d'avantage qu'il ne peut s'adapter à un patient mal connu. A cela s'ajoute la volonté du patient et son institutionnalisation légale. L'âge apparaît alors comme une « construction académique » pertinente en pratique, qui résume un grand nombre de variables évoluant avec le temps et affinées selon la constitution de groupes de plus en plus caractérisés (mode de vie, comorbidités, ...). Mais il faut garder en tête que, comme tout « construit social », il peut fausser la décision individuelle, puisque les études qui en révèlent la pertinence l'ont introduit dès le départ comme élément de synthèse des autres paramètres. Inévitablement sa pertinence se vérifie statistiquement. Les études montrent aussi le caractère déterminant de la représentation que le médecin réanimateur se fait de l'âge et d'un « droit à la réanimation », à avoir toutes ses « chances », alors même que la réanimation lourde peut être une épreuve aussi violente que la maladie elle-même.*

*Il est donc essentiel de n'utiliser le critère de l'âge que de manière subsidiaire et critique, pour une démarche éthique, et toujours en lien avec l'objet même de la décision, pour respecter la légalité.*

## Introduction du débat (X. B.)

L'épidémie de COVID-19 a exposé sous une lumière plus crue la question de l'accès aux soins des personnes âgées, fragiles, vulnérables... Très tôt l'épidémie a été associée au grand âge car il a été dit (et confirmé) que le nombre des victimes augmente avec l'âge. Puis différentes associations de médecins et académies dont le rôle est de conseiller les pouvoirs publics ont émis des recommandations qui mettent en avant ce critère de l'âge (entre autres) comme paramètre du type de soins, notamment la réanimation.

Cela a suscité des interrogations, puis des indignations autour de l'idée, fantasmée ou réelle, aucun élément officiellement établi ne l'établissant, que des patients, qui en d'autres temps auraient été admis en réanimation ne l'ont pas été au profit de moins âgés.

« Selon *Le Canard enchaîné*, en quelques jours, « les patients de plus de 75 ans en réanimation sont passés de 19 % à 7 % et ceux de plus de 80 ans de 9 % à 2 %. » On frémit à l'idée que des médecins, dans la France du début du XXI<sup>e</sup> siècle, se croient autorisés à accompagner vers la mort des milliers de personnes « fragiles ». (Blog Mediapart)

L'emballage médiatique a été réel : parmi d'autres :

<https://blogs.mediapart.fr/dominique-vidal/blog/280420/personnes-agees-voila-la-circulaire-de-la-honte>

<https://www.lefigaro.fr/sciences/les-personnes-agees-infectees-ont-elles-ete-privees-d-hospitalisation-20200423>

<https://www.jim.fr/e-docs/admission-des-plus-ages-en-reanimation-des-instructions-trop-strictes-ont-elles-ete-donnees-182714/document-actu-pro.phtml>

La question de l'âge est-elle un élément objectif qui constitue une situation objectivement différente justifiant un traitement différent ? Est-il un critère illégitime quel que soit le contexte ?

## Une réponse de la justice

Le Conseil d'Etat a été saisi de cette question par une association qui affirme que l'Etat a commis une discrimination.

**CONSEIL D'ETAT** statuant au contentieux  
**N° 439910**  
ASSOCIATION CORONAVICTIMES ET AUTRES  
Ordonnance du 15 avril 2020

« 18. A ce titre, a été notamment adoptée le 24 mars 2020 une recommandation professionnelle multi-disciplinaire opérationnelle élaborée sous la responsabilité de la société de réanimation de langue française (SRLF), de la société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG), de la société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR), de la société de pneumologie de langue française (SPLF), de la société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF), de la société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) et de la société française de médecine d'urgence (SFMU), sous l'égide de la mission « COREB nationale » (coordination opérationnelle du risque épidémique et biologique), intitulée « aspects éthiques et stratégiques de l'accès aux soins de réanimation et autres soins critiques en contexte de pandémie COVID-19 ». Cette recommandation rappelle que la décision médicale d'admission ou de non-admission en réanimation, comme la réévaluation d'une décision d'admission en réanimation, sont commandées par les principes éthiques de non-malfaisance, de respect de l'autonomie du patient et de sa dignité, quelles que soient ses vulnérabilités, jusqu'à la fin de sa vie. Elle met en exergue également le nécessaire respect du principe de non-discrimination qui implique que de telles décisions ne puissent être fondées sur un seul critère d'âge ou sur tout autre critère pris isolément. Enfin, elle préconise de fonder cette décision médicale, qui doit être autant que de possible collégiale, sur une liste d'éléments objectifs, parmi lesquels le recueil de la volonté du patient ou, à défaut, de la personne de confiance qu'il a désignée ou des membres de sa famille et de ses proches ainsi que, le cas échéant, de l'avis de son médecin traitant, l'état préalable sous-jacent du patient, et l'estimation de la gravité actuelle de l'état du patient à l'aide des éléments cliniques et para-cliniques disponibles.

19. De même, la société française de réanimation de langue française (SRLF) a adopté le 9 avril 2020 une position, qu'elle a rendue publique, relative aux « critères d'admission et modalités de prise en charge en réanimation en contexte pandémique ». Elle y indique notamment que « l'âge ne peut pas être retenu comme seul critère d'admission ou de refus d'admission en réanimation » et qu'une « évaluation minutieuse des caractéristiques médicales du patient » et du « bénéfice attendu des soins critiques restent les critères essentiels d'orientation des patients ». Elle mentionne aussi que « les procédures décisionnelles utilisées habituellement en réanimation pour déterminer si un patient peut bénéficier des soins critiques s'appliquent à la situation actuelle », que « dans la mesure du possible, la décision médicale de ne pas admettre un patient en réanimation doit rester collégiale et prendre en compte les volontés du patient, l'avis de la personne de confiance, des proches et du (des) médecin(s) traitant(s) et/ référent(s) » et qu'« il ne faut pas admettre en réanimation au motif d'infection par le COVID-19 un patient dont l'admission aurait été refusée en toute autre circonstance en raison d'un rapport bénéfice/risque à l'évidence défavorable ».

20. En outre, ainsi que le recommandait le Comité consultatif national d'éthique dans son avis du 13 mars 2020 sur « les enjeux éthiques face à une pandémie », des

« cellules éthiques de soutien », instituées au plan régional, permettent d'appuyer les professionnels de santé dans les décisions qu'ils prennent s'agissant des patients les plus graves.

21. Dans ces conditions, et à défaut d'éléments circonstanciés produits par les requérants, il n'est pas établi, en l'état de l'instruction, que les décisions médicales d'admission en réanimation reposeraient de manière générale sur des critères qui auraient été rendus plus stricts du fait de l'anticipation d'une éventuelle saturation de l'offre de soins de réanimation en raison de l'épidémie de covid-19 ou qui, en isolant le critère de l'âge, discriminent, au sein des patients atteints d'une infection due au covid-19, ceux qui sont les plus âgés. »

Si la question juridique « semble réglée », les interrogations éthiques demeurent et interrogent la pratique médicale qui accorde depuis toujours à l'âge une place dans la décision médicale (qui est toujours aussi un peu sociale). Si les statistiques corrélaient âge et succès des soins faut-il en tirer une norme ? Si la pratique conduit à refuser des soins, n'entraîne-t-elle pas mécaniquement des statistiques confirmant que l'âge est un bon critère ? Peut-on éviter d'évoquer l'âge pour se concentrer sur des critères plus précis ou en adéquation avec le traitement ?

Autant de questions qui méritent d'être posées à la lumière de l'actualité.

-----

## Eléments d'analyse juridique (sous l'angle de la discrimination uniquement) X. B.

L'accès aux soins (not. X. Bioy, « Le droit d'accès aux soins : droit fondamental ? », in *L'accès aux soins*, sous la Direction d'I. Poirot-Mazères, LGDJ-PUSST, 2011, p.45.) ne saurait juridiquement se satisfaire d'une différence de mise en œuvre selon l'âge de la personne. Les textes de droit européen (art. 8 et 14 CEDH, art. 23 Charte sociale européenne<sup>1</sup>), le code de la santé (l'article L. 1110-3 de ce code : « *Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès (...) aux soins (...)* ») et le code pénal (art. 225-1) s'y opposent clairement. Mais reste à voir ce que cela désigne.

L'article 1er de la loi n° 2008-496 du 27 mai 2008 fait écho à la notion de discrimination issue des directives européennes relatives à l'égalité de traitement et reprend l'âge parmi les critères illégitimes. Ainsi, « constitue une discrimination directe la situation dans laquelle, sur le fondement de (...) son état de santé, de sa perte d'autonomie, de son handicap, (...) de son âge, (...) une personne est traitée de manière moins favorable qu'une autre ne l'est, ne l'a été ou ne l'aura été dans une situation comparable ». Et « constitue une discrimination indirecte une disposition, un critère ou une pratique neutre en apparence, mais susceptible d'entraîner, pour l'un des motifs mentionnés au premier alinéa, un désavantage particulier pour des personnes par rapport à d'autres personnes, à moins que cette disposition, ce critère ou cette pratique ne soit

---

<sup>1</sup> Article 23 Droit des personnes âgées à une protection sociale : « En vue d'assurer l'exercice effectif du droit des personnes âgées à une protection sociale, les Parties s'engagent à prendre ou à promouvoir, (...) – à permettre aux personnes âgées de choisir librement leur mode de vie et de mener une existence indépendante dans leur environnement habituel aussi longtemps qu'elles le souhaitent et que cela est possible, moyennant (...) ; b. les soins de santé et les services que nécessiterait leur état;

objectivement justifié par un but légitime et que les moyens pour réaliser ce but ne soient nécessaires et appropriés ».

Ce peut être le cas des personnes âgées lorsqu'on leur refuse un traitement médical en raison de leur âge, qu'on ne leur donne pas un diagnostic exact de leurs symptômes sous couvert de vieillissement ou encore qu'ils sont placés dans des services qui offrent des services inappropriés ou non spécialisés.

Cependant, toute différenciation liée à l'âge ne constitue pas nécessairement une discrimination si elle demeure en rapport avec l'objet de la décision. L'âge peut en effet être corrélé à la pertinence d'un soin. Mais sur ce point, l'approche médicale doit être prudente car l'âge en soi ne signifie rien quant à la pertinence d'un traitement. Dans la pratique médicale, la référence à l'âge agit comme un sous-entendu qui résume en fait à lui seul un certain nombre de paramètres qui évaluent l'état général d'un corps et d'une personnalité (capacité de réaction au traitement, de récupération, degré de dépendance, risques d'effets secondaires...). L'âge n'est pas en soi pertinent, mais sa mention condense des critères qui eux le sont pour savoir si la réanimation sera efficace et proportionnée pour un patient donné. Pourquoi donc maintenir ce critère dans la liste ? Si un patient doit être admis en réanimation et même s'il doit être prioritaire ce ne peut être qu'au regard d'éléments médicaux concrets et non simplement de l'âge (même parmi d'autres critères) car alors il s'agit bien de présupposés sociaux portant sur la valeur d'une personne.

Tout autre se révèle son usage en situation de pénurie de places en milieu hospitalier (situation que les pouvoirs publics nient avoir rencontré, notamment grâce à l'évacuation de patients vers des régions ayant gardé leurs capacités d'accueil). Il s'agit alors de priorisation dont la référence n'est plus le meilleur choix pour un individu mais celui d'accueillir celui qui a les meilleures chances et donc de comparer pour exclure.

Le Conseil d'Etat s'en remet à la fiche « Établissements de santé Consignes et recommandation concernant l'appui des établissements de santé aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes »<sup>2</sup>, laquelle entend se référer à une recommandation de la société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR)<sup>3</sup> « Décision d'admission des patients en unités de réanimation et unités de soins critiques dans un contexte d'épidémie à Covid-19 » ; recommandation publiée par l'Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France et à laquelle le Conseil d'Etat se réfère également dans la présente ordonnance.

La recommandation préconise, en cas de pénurie, le transfert dans une autre structure de réanimation qui aurait une place disponible et s'en remet au rôle de régulation du SAMU et « les recensements faits en temps réel par l'ARS ». Cela ne fait, dans l'absolu, que déplacer le problème. Les alternatives étant soit de sortir précocement un patient intubé moins prioritaire (ce qui lui fait perdre une chance) soit, en attendant, d'optimiser l'oxygénation du patient (« mode dégradé » de la prise en charge).

Deux points attirent l'attention sous l'angle de la non-discrimination. D'abord, le rôle de prévention que joue la collégialité attendue pour une telle décision d'admission des patients en unités de réanimation et unités de soins critiques ; ensuite les éléments à combiner, outre la volonté du patient exprimée ou rapportées par la personne de confiance : d'abord l'état antérieur

---

<sup>2</sup>31/03/20201Coronavirus(COVID-19),<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche-ehpad-etablissements.pdf> (consulté le 13 mai 2020)

<sup>3</sup> <https://sfar.org/download/decision-dadmission-des-patients-en-unites-de-reanimation-et-unites-de-soins-critiques-dans-un-contexte-depidemie-a-covid-19/>

du patient c'est-à-dire sa fragilité évaluée selon une échelle comportant 9 degrés (de « très en forme » à « phase terminale »). Les stades 5 à 8 s'intitulant « légèrement », « modérément », « sévèrement », « très sévèrement fragile » ; mais aussi son âge (« à prendre particulièrement en compte pour les patients COVID ») ; ensuite ses comorbidités, son état neurocognitif, la cinétique de dégradation de son état général au cours des derniers mois ; la gravité clinique actuelle par l'évaluation du nombre de défaillances d'organes au moment de la prise de décision, l'utilisation éventuelle du score de SOFA, l'évaluation de son confort, la « garantie d'un accompagnement et de soins pour tous, respectueux de la personne et de sa dignité ».

Pourtant, les médias ont dénoncé qu'après cette recommandation, en quelques jours, les patients de plus de 75 ans en réanimation seraient passés de 19 % à 7 %, et ceux de plus de 80 ans de 9 % à 2 %. Les requérants ici tiennent pour acquis que les résidents d'EHPAD, qui en temps normal auraient été admis en réanimation ne le sont plus, ce qui semble attester d'une discrimination systémique. Le Conseil d'Etat n'examine pas vraiment l'argument en réduisant l'âge à un facteur parmi d'autres. De fait, le Covid a été tôt associé aux personnes âgées et « fragiles », mais on ne saurait écarter la discrimination du seul fait que le critère illégitime se mêle à d'autres qui le sont. Ce n'est pas parce qu'un critère interdit se mêle à d'autres qu'il en devient admissible. Le juge dirait-il la même chose si parmi les critères retenus figurait le handicap ou l'obésité ?

La réserve d'interprétation du juge administratif estimant que l'âge ne saurait être le seul élément pris en compte se révèle chimérique. La loi la prohibe et le juge aurait dû l'exclure, sans que cela ne nuise, par ailleurs, à l'appréciation des critères pertinents pour un individu donné. Le risque du maintien de ce réflexe médical est d'alimenter l'impression, qu'en cas de pénurie de places ou de produits, les « vieux » sont explicitement les sacrifiés.

Cette désinvolture fait écho à celle de la Cour de cassation qui juge que « le principe de non-discrimination en raison de l'âge ne constitue pas une liberté fondamentale consacrée par le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 ni par la Constitution du 4 octobre 1958 » (Soc. 15 nov. 2017, n° 16-14.281).

Bien sûr, la plus grande difficulté sera celle de la preuve. Nul doute que la motivation de la décision d'admission ne mentionne ni la priorisation du patient ni le motif lié à l'âge et ainsi semblera toujours justifier le refus de soin par l'obstination déraisonnable et l'offre de soins palliatifs.

## Point de vue médical

- Age et discrimination (JL)

Dans l'exercice médical l'âge est généralement admis comme un facteur à prendre en compte mais cette banalité ne risque-t-elle pas de dériver vers une discrimination dans certaines situations ?

En soins courants, le raisonnement de démarche diagnostique tient compte des différences d'incidence et de prévalence de symptômes et d'étiologies liées à l'âge dans la plupart des pathologies. Les thérapeutiques sont toujours adaptées à l'âge indépendamment des critères de poids et taille des malades, en raison de la toxicité potentielle de nombreux médicaments qui augmente avec l'âge, parallèlement à la réduction des métabolismes et la diminution des fonctions rénales et hépatiques.

L'augmentation de l'âge, identifiée comme facteur de risque isolé dans certaines études, intervient aussi indirectement par l'incidence croissante des comorbidités.

Il est donc normal et utile de considérer l'âge comme un critère fondamental dans toute prise en charge de soins.

Une différence majeure doit être faite entre l'âge comme variable continue au long de la vie, et son interprétation comme valeur *seuil ou borne* parfois arbitrairement associée.

L'âge de la majorité en est un exemple : après avoir évolué au cours des années il commence à être dissocié, et l'on considère par exemple l'*âge de majorité sexuelle*.

L'évolution de l'âge chronologique est une fonction linéaire, proportionnelle alors que celle de l'âge physiologique suit plutôt une courbe exponentielle.

En santé les risques de morbidités et de décès s'expriment par des courbes, rarement des droites, mais ne se présentent jamais en paliers ou ruptures brutales de pentes. Cela s'explique en partie par le fait qu'elles expriment des moyennes avec des écarts parfois importants qui introduisent un lissage.

Ainsi il paraît impossible, sinon dangereux, de définir un seuil de « vieillesse ». Les statistiques de référence sont souvent faites par tranches d'âge de dizaines d'années et il n'est pas scientifiquement licite d'en déduire des paliers. L'observation de la courbe des décès en fonction de l'âge (ref.) l'illustre clairement : on admet facilement que l'on vieillit régulièrement mais qui peut dire à partir de quel âge on est vieux ?

S'il peut être utile de définir des seuils d'âge, par exemple pour des tarifs d'assurance, il faut bien admettre qu'ils ne relèvent le plus souvent que de l'usage ou de conventions arbitraires.

En santé, la détermination de seuils d'âge ouvre donc un risque de discrimination banalisée.

Les recommandations des sociétés savantes intègrent souvent l'âge, mais leur construction doit être très prudente et leur application raisonnée, en considérant les incertitudes et nuances rappelées ici.

Pour une évaluation du pronostic il faut surtout ne considérer que leur valeur indicative et statistique, acceptable pour des groupes, et ne pas les appliquer lors des décisions médicales sans une réflexion particulière de chaque cas comme le recommande l'éthique appliquée au soin. La courbe du risque de décès par COVID en fonction de l'âge ne montre pas de seuil au-delà de 60ans (ref.)

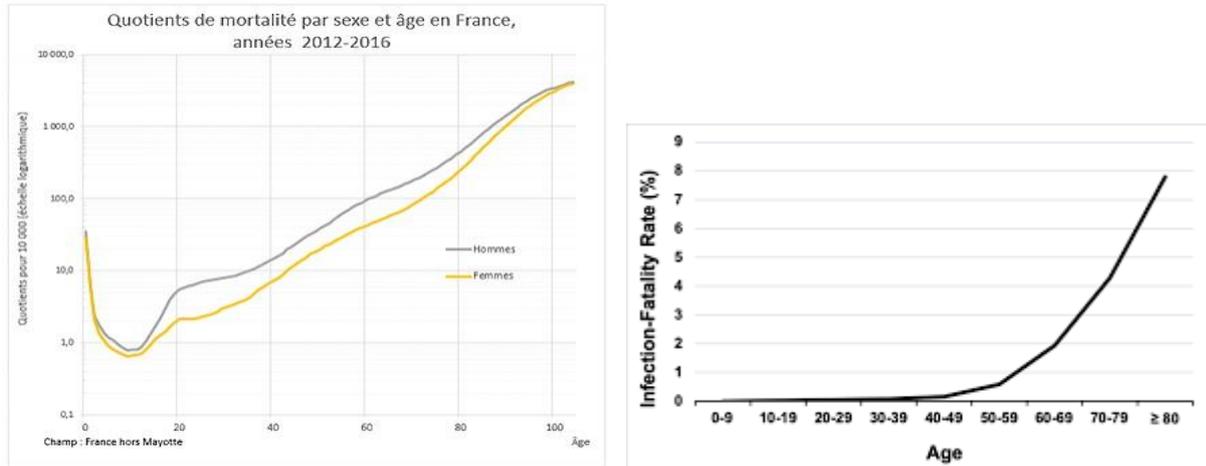
Le risque de discrimination lié à l'âge a pu apparaître au cours de la pandémie. Par exemple des résidents en établissement médico-social ont-ils été exclus du recours à des soins appropriés ? Il semble que cela ait pu survenir dans deux contextes :

- pas de demande de transfert par l'EMS malgré l'impossibilité de délivrer en son sein les soins appropriés,
- refus d'admission par les hôpitaux de recours pour insuffisance de moyens ou choix d'orienter différemment les moyens disponibles.

Dans les deux cas les modalités de prise d'une telle décision doivent assurer le respect des procédures collégiales et un accompagnement adapté malgré la situation d'urgence. L'analyse a posteriori de ces situations devrait répondre à la question.

Le projet thérapeutique orientant le patient vers une prise en charge en réanimation ou unité de soins critiques ne doit pas être posé en fonction de l'âge. L'objectif est d'aboutir au soin le plus pertinent possible, résultant d'un choix raisonné entre obstination déraisonnable et discrimination arbitraire liée à l'âge, dans une analyse proportionnée fondée sur les besoins et la tolérance du patient. Au cours de la pandémie, les réanimateurs ont appris que les modalités d'assistance respiratoire utilisées n'étaient pas toujours indispensables au traitement des complications

respiratoires du COVID19 et que des patients pouvaient être améliorés par des techniques plus spécifiques et moins invasives. Ce changement a pu permettre une ventilation « moins agressive » et mieux tolérée par des sujets âgés. Ainsi, outre la règle éthique de proportionnalité des soins, la pertinence du soin intègre cette notion médicale et technique de compliance réciproque entre patient et projet thérapeutique.



- Age et soins critiques (J-P B)

« La relation entre l'âge et le pronostic des patients admis en unité de soins intensifs est étudiée depuis plus de trente ans. Etre âgé est associé à une plus grande mortalité dans de grandes études prospectives. De semblables résultats sont obtenus dans de plus petites études investiguant le devenir de sous-groupes de patients avec des insuffisances d'organe<sup>4</sup>.»

Cette introduction sert de point de départ à une étude de plus de 23 000 dossiers de l'AP-HP de patients admis en réanimation. Plus de 3200 ont plus de 80 ans. Le croisement de toutes les données montre une augmentation de mortalité en lien avec l'âge, indépendamment de la gravité clinique et quel que soit le traitement reçu. Les auteurs indiquent pour l'avenir, la nécessité de mieux comprendre ces liens entre âge et mortalité en soins intensifs. Ce problème est d'autant plus complexe que certaines études montrent que des facteurs pronostic de préadmission en soins intensifs peuvent ne pas être pertinents<sup>5</sup>.

Autre étude française d'envergure, la cohorte de 133 966 patients issus des PMSI de malades admis en réanimation en 2013<sup>6</sup>. 17,4% avaient plus de 80 ans. Ils sont suivis à 3 mois et 3 ans. Une étude par tranche d'âge de la mortalité, immédiate, à trois mois et à trois ans, montre l'augmentation progressive avec l'âge, avec une nette inflexion de courbe à partir de 80 ans. « Cela suggère que le seuil permettant d'accueillir un patient en réanimation pourrait être autour de 80 ans. » Cependant, l'espérance de vie des personnes âgées qui passent le cap de la réanimation

<sup>4</sup> Peigne V, Somme D, Guerot E, Lenain E, Chatellier G, Fagon JY, St Jean O. Treatment intensity, age and outcome in medical ICU patients: results of a French administrative database. *Ann Intensive Care*. 2016; 6: 7.

<sup>5</sup> Nguyen YL, angus DC, Boumendil A, Guidet B. The challenge of admitting the very elderly to intensive care. *Ann Intensive Care*. 2011; 1: 29.

<sup>6</sup> Atramont A, Lindecker-Cournil V, Rudant J, Tajahmady A, Drewniak N, Fouard A, et coll. Association of Age With Short-term and Long-term Mortality Among Patients Discharged From Intensive Care Units in France. *JAMA Netw Open*. 2019 ; 2(5): e193215.

(30% de mortalité...), demeure proche de la population générale du même âge, ce qui n'est pas le cas de la population plus jeune par rapport à sa tranche d'âge. En effet, presque 40% des patients, tous âges confondus, passés par la réanimation, sont décédés à trois ans de cet événement. Ainsi, deux lectures différentes peuvent être faites : 1) mortalité importante liée à l'âge (citation pouvant récuser les octogénaires et plus) ; 2) la convalescence de ces gens âgés qui sortent de réanimation modifie peu leur potentiel de vie, par rapport à une population standard du même âge (a contrario des patients plus jeunes)...

Ainsi, des individus âgés tirent leur épingle du jeu de la réanimation (en acceptant que presque un tiers d'entre eux y décèdent...), sans qu'à ce jour nous ayons tous les tenants et aboutissants de cette capacité. D'où l'émotion suscitée par cette notion de « tri » avant la réanimation qui donne le sentiment à une partie de la population que le corps médical ne veut plus s'occuper d'elle à partir d'un certain âge. Ce n'est pas la réalité.

Témoin de la volonté médicale de prendre en charge les patients âgés en réanimation, cet article d'experts internationaux en soins intensifs<sup>7</sup> (une trentaine), à la recherche d'un consensus sur le tri des malades : parmi les nombreux items, 100% des répondants refusent que l'âge puisse être un critère de sélection. Mieux encore, un accord ne peut être trouvé sur l'item « si le patient a une chance sur 1000 ou moins de survie, devrait-il ne pas être admis en réanimation ? » : près d'un quart des réponses manifestent qu'on ne peut pas ne pas admettre le patient... Ainsi, l'obstination médicale demeure une valeur forte sur laquelle la population peut s'appuyer<sup>8</sup>, que ce soit raisonnable ou pas...

En effet, l'appréciation de tous ces pourcentages demeure affaire de philosophie de vie. Constatons que nous vivons dans une société qui s'inscrit de plus en plus dans un « droit à la thérapeutique ». Si l'article 1111-4 du Code de Santé Publique<sup>9</sup>, consacrait en 2002 l'avènement de l'autonomie du malade, la lecture qui en est faite se modifie au fil du temps. Une approche kantienne privilégiait la *Rencontre*<sup>10</sup> et la partie médiane de l'article (le médecin « comme fin en soi » dans l'écoute de ses conseils...). L'inflexion utilitariste qui prévaut de plus en plus raccourcit notre article : toute personne prend les décisions concernant sa santé... et le médecin n'est plus qu'un *moyen* pour accéder à la thérapeutique jugée bonne sur des critères personnels : « Prenez-moi en réa, c'est moi qui vous le demande (ou la famille...) », « Opérez-moi, je préfère prendre le risque de mourir sur table », « N'arrêtez-pas la chimio, je veux continuer »... Disparaissent dans cette évolution, le « *Primum non nocere* » qui devient affaire de choix du malade et non préoccupation médicale<sup>11</sup> ; disparaissent la justice distributive, chacun voulant le maximum de thérapeutiques pour soi-même, à grand frais de sécurité sociale dans notre pays, au détriment d'autres secteurs (prévention, santé publique..) moins perceptibles par chacun...

Au final, à la demande de la population de pouvoir bénéficier des progrès de la technique sans limitation d'âge, correspond une offre médicale qui s'amplifie et répond à ce désir<sup>12</sup>.

---

<sup>7</sup> Sprung CL, Danis M, Lapichino G, Artigas A, Kesecioglu J, Moreno R, et coll. Triage of intensive care patients: identifying agreement and controversy. *Intensive Care Med.* 2013; 39: 1916–1924.

<sup>8</sup> Bénézech JP. *Les soins palliatifs ?... merci, pas maintenant... !* Sauramps médical 2014.

<sup>9</sup> Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

<sup>10</sup> Geoffroy M. *La patience et l'inquiétude.* ed Romillat 2004. Paris.

<sup>11</sup> « Une étude britannique originale a exploité, après un recueil prospectif, les données cliniques et biologiques d'environ 600 patients décédés au cours des 30 jours suivant une chimiothérapie anticancéreuse cytotoxique . La très large majorité des patients avaient été traités sans but curatif.

Pour environ un quart des patients ayant reçu une chimiothérapie sans but curatif, celle-ci est apparue avoir causé ou accéléré le décès.

40 % des patients décédés dans les 30 jours après la chimiothérapie avaient subi un effet indésirable grave du traitement cytotoxique, entraînant parfois une hospitalisation : infection, trouble de la coagulation, trouble digestif, insuffisance rénale.

Près d'un quart des patients étaient en mauvais état général au moment de commencer la chimiothérapie. »

*Revue Prescrire* 2011;31:24.

<sup>12</sup> Nguyen déjà cité.

L'obstination déraisonnable demeure un concept juridique vide de toute jurisprudence la soutenant. La tendance sociétale à recourir à la technique pour tenter d'échapper à la Mort ne peut que conduire à des postures tranchées opposées et complémentaires : réanimation ou sédation profonde (ou euthanasie...) <sup>13</sup>.

En conclusion, l'avancée dans l'âge est un facteur de mortalité... Monsieur de la Palice aurait pu en dire autant, et l'entrée en service de soins intensifs ne fait pas exception à la règle. Reste que nous ne sommes pas égaux dans le vieillissement, que les facteurs prédictifs de la capacité à supporter une réanimation demeurent imparfaits et statistiques, et que le « pourcentage de chances » de bénéficier de celle-ci est davantage facteur de philosophie que de médecine (même si, on le voit, la médecine se fait avec une certaine philosophie...). Libre à chacun de récuser, sur ses directives anticipées, l'intubation et la ventilation qui en découle, à partir d'un certain âge. (Pour un meilleur éclairage de ce consentement aux soins, une visite d'un service de réanimation peut être instructive...). L'ambivalence humaine vis-à-vis de la médecine reste très forte et le recours final à l'hôpital pourvoyeur de décès hospitaliers <sup>14</sup> (deuxième lapalissade...). Si le malheureux de La Fontaine <sup>15</sup> repoussait la mort de sa forte voix, l'Humain du XXIème siècle appelle le réanimateur...

- Enseignements du COVID 19 (O. J.)

La décision d'admission ou de refus en réanimation, comme dans les circonstances de l'épidémie COVID, se font (ou se sont faites) souvent en urgence devant une situation qui n'a pas été, ou pu être anticipée. Elles se prennent au mieux quand le réanimateur a pu examiner le malade en service d'urgence avec un minimum de critères d'évaluation, voire plusieurs heures ou quelques jours auparavant sur un malade dont l'état était susceptible de décompenser et peser le pour et le contre d'une prise en soin si besoin en réanimation en concertation avec toutes les parties prenantes.

En pratique, la décision se prend souvent au téléphone sur la foi d'éléments dont il est difficile de mesurer la pertinence. Ces éléments transmis oralement sont susceptibles d'être présentés d'une certaine manière par la structure qui adresse le patient et/ou d'être interprétés par le réanimateur en fonction de critères subjectifs. Dans le contexte de l'épidémie COVID, la surcharge des services de réanimation dans les régions qui ont été soumises à un afflux massif de patients a pu conduire dans les régions moins touchées à limiter *a priori* des admissions pour anticiper le risque de surcharge.

Dire qu'en cas de surcharge, il est possible d'évacuer des patients dans les services des régions moins touchées est toujours envisageable est une formule rhétorique. Cela a été fait et c'est bien. On sait cependant par expérience que le transport de ces malades graves, fragiles, intubés, ventilés avec des paramètres de ventilation (volume, pressions...) non « standard » nécessite une logistique lourde, avec des risques, que les respirateurs de transport n'ont pas les performances de ceux de réanimation. Il faut savoir dire qu'en situation de crise on fait au mieux avec ce que l'on est et ce que l'on a.

---

<sup>13</sup> Bénézec JP. *Et si les soins palliatifs étaient une parenthèse de l'Histoire*. Sauramps médical 2017.

<sup>14</sup> « Alors que 81% des français souhaiteraient passer leurs derniers instants chez eux, seuls 25,5% des décès surviennent à domicile » Observatoire National de Fin de Vie. Rapport 2013 p 12.

<sup>15</sup> Fables de la Fontaine La Mort et le Malheureux.

Le problème va être de vérifier la "traçabilité" de la "réflexion collégiale" aboutissant à une "décision médicale" à trois heures du matin quand le sujet arrivant nécessite une intubation immédiate...

On peut certes faire comme le FBI "on tire d'abord et on s'explique ensuite". La loi permet de revenir en arrière après le rassemblement d'éléments permettant une décision médicale rationnelle. C'est pourquoi l'anticipation autant que faire se peut est indispensable. Elle peut être préparée, anticipée par les dispositifs prévus (directives anticipées, personne de confiance, volonté du patient) mais c'est théorique dans l'urgence ou la semi urgence de 24-36h quand une situation imprévue survient à domicile, dans un EHPAD, voire dans un service hospitalier. La dégradation de l'état respiratoire est parfois subreptice. Les signes cliniques (dyspnée ressentie par le malade, cyanose) sont souvent absents au début et lorsqu'ils apparaissent les choses vont très vite. Il faut être attentif à l'angoisse, à des modifications du comportement notamment chez la personne âgée) la fréquence respiratoire (>25/mn). Les personnels sont souvent isolés et connaissent mal ces signes d'alerte. On se retrouve alors en situation de réaction avec ses limites.

Cette crise illustre les difficultés pratiques de la mise en oeuvre de la loi Léonetti dans les situations d'urgence. Cependant, il y a un avant et un après. C'est une belle loi, elle donne un cadre. A nous médecins d'assumer, de naviguer dans ce cadre et de pouvoir justifier médicalement nos décisions, sans avoir peur des procédures, la justice.