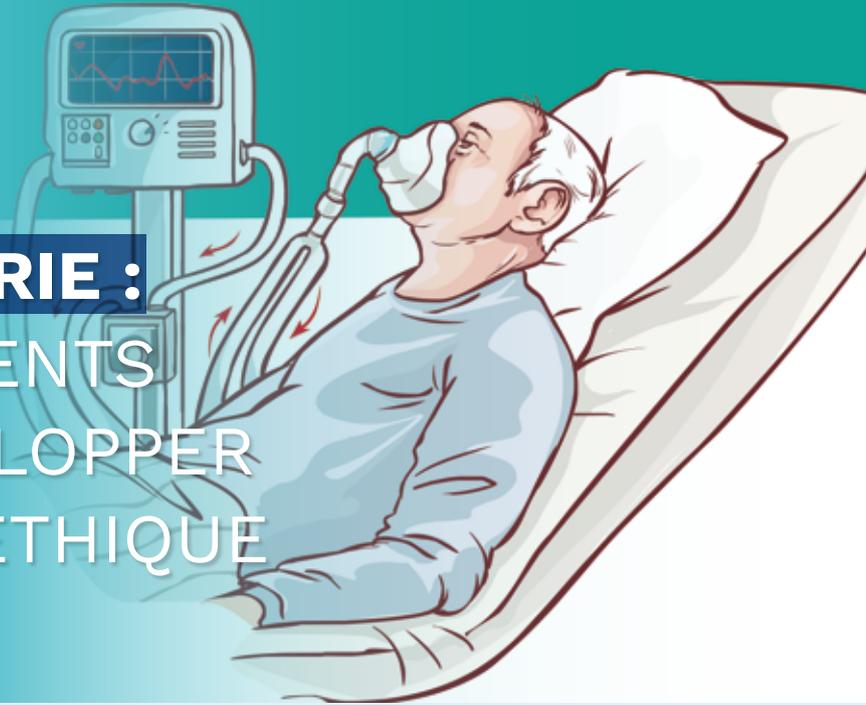


## DÉCISIONS D'INTENSITÉ DE SOINS EN GÉRIATRIE : QUELQUES ÉLÉMENTS CLÉS POUR DÉVELOPPER UNE RÉFLEXION ÉTHIQUE



Les décisions d'intensité de soins, même si elles sont le quotidien du gériatre, sont parfois parmi les plus délicates à prendre. Si nos réflexions doivent rester individualisées, adaptées à chaque patient singulier, apprendre à réfléchir à ces décisions de manière systématisée peut nous aider dans notre pratique.

### Définitions

On entend par décision d'intensité de soins, toute décision qui peut impliquer pour un patient un acte thérapeutique actif médical (massage cardiaque, intubation / ventilation mécanique, dialyse, drogues vasoactives, expansion volémique massive) ou tout acte chirurgical ou endoscopique. Peuvent aussi relever des décisions d'intensité de soins les traitements médicaux plus simples : perfusion, antibiothérapie...

### Processus décisionnel

#### Évaluer la gravité du patient et le degré d'urgence de la décision

Réaliser une première évaluation médicale du patient +/- les premiers gestes ou thérapeutiques pour stabiliser le patient.

#### Recueillir les éléments médicaux objectifs du dossier

Pour évaluer un patient âgé, il faut nécessairement recueillir des éléments clés du dossier médical :

- L'âge ;
- L'autonomie fonctionnelle (via l'échelle ADL / IADL), éventuellement le score GIR ;
- Le score de fragilité CFS ;
- Les comorbidités, stabilisées ou non, qui risquent d'impacter, via leurs décompensations en cascade, l'évolution du patient.

Sont à prendre en compte également :

- Le motif d'hospitalisation ;
- S'il y a eu une amélioration initiale ;
- Le motif de la décision d'intensité de soins actuelle.

Ces éléments clés sont le plus souvent connus lorsque le patient est hospitalisé depuis plusieurs jours ou est évalué dans son lieu de vie habituel par le médecin référent, mais ce n'est souvent pas le cas lorsque le patient vient d'arriver aux urgences. L'interrogatoire poussé de l'entourage (y compris soignant) permet de les recueillir.

Le raisonnement pourra être différent selon s'il s'agit d'une aggravation de la maladie initiale, ou d'une Nième décompensation de comorbidité pour une hospitalisation qui se prolonge.

Enfin,

- L'existence d'une démence évoluée pourra intervenir, non seulement de par son retentissement sur l'autonomie fonctionnelle du patient, mais aussi par la faisabilité des soins elle-même et la tolérance d'un environnement différent qui peut être vécu comme agressif.

### **Recueillir les éléments relatifs à la volonté du patient**

La loi du 4 mars 2002 affirme que tous les patients ont le droit d'être informés de manière claire, loyale et appropriée, sur leur état de santé, et de participer aux décisions les concernant en donnant leur consentement éclairé. Ce consentement n'est pas toujours évident pour les patients déjà fragiles sur le plan neurologique, et affaiblis par l'évènement médical aigu. L'avis du Comité Consultatif National d'Éthique de mai 2021 introduit la notion « d'assentiment<sup>(a)</sup> » à rechercher plutôt que de consentement éclairé stricto sensu (1).

Si le patient est hors d'état de comprendre et d'exprimer sa volonté, il conviendra de rechercher systématiquement la présence de directives anticipées (DA), et/ou d'une personne de confiance désignée, qui pourra rapporter ces DA ou à défaut, porter la parole du patient.

À défaut de ces éléments, les entretiens avec les proches peuvent permettre de préciser ce qu'aurait souhaité le patient afin de prendre la décision la plus ajustée possible.

### **S'appuyer sur les recommandations et l'évidence based-médecine**

Malheureusement peu de recommandations existent dans ce champ de pratiques. La SFMU et la SRLF ont rédigé des recommandations en 2003 puis 2018 pour l'aide à la décision d'intensité de soins dans les situations d'urgence (2, 3). De nombreuses études ont été faites sur le pronostic des patients âgés au décours d'un séjour en réanimation (4, 5). Cependant, si la littérature est abondante, les données qu'elle fournit restent statistiques, et souvent ne nous aident pas à prendre une décision pour un individu donné.

### **L'apport de la collégialité**

La collégialité a été rendue obligatoire par la loi Léonetti de 2005. Si dans la loi elle ne concerne que les décisions de limitations et arrêt des thérapeutiques actives (LATA) lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, par extension, elle devrait s'appliquer à toutes les décisions d'intensité de soins qui questionnent le clinicien. Elle permet à une équipe de décider pour le patient, lorsque celui-ci n'est pas capable de décider pour lui-même, lorsqu'il existe un désaccord entre les proches du patient et les propositions de l'équipe, ou dans une situation de refus de soins complexe. Son objectif est donc de s'approcher au plus près d'une décision la plus juste pour le patient. Elle permet de répartir le poids de la décision, d'éviter les décisions prises seul et donc la bascule dans la toute-puissance, et de définir un projet de soins commun avec l'équipe entière. Par ailleurs, elle peut permettre de favoriser le développement d'une réflexion éthique systématisée au sein des services, et l'apprentissage des plus jeunes de cette réflexion. Si en Gériatrie, la collégialité se fait souvent au sein des services du fait de la fréquence de ces situations décisionnelles, la loi impose de faire appel à un intervenant extérieur. Inclure l'autre dans un processus décisionnel, c'est développer sa propre réflexion éthique, en tant que personne et en tant qu'équipe. Le fait de questionner sa propre décision, d'inviter l'autre à réfléchir avec soi, permet déjà de se rapprocher d'une décision plus juste (6).

**Pour les décisions collégiales, toute l'équipe doit être impliquée au maximum : médecins, paramédicaux (IDE, AS, rééducateurs) + un intervenant extérieur.**

Ainsi, il ne faut pas hésiter à solliciter un tiers extérieur au moindre doute (réanimateur pour discuter d'une admission en réanimation, équipe mobile de soins palliatifs, urgentiste, médecin du SAMU...).

(a) « accord fondé sur une compréhension seulement partielle des enjeux. Très importante dans les situations où les capacités de discernement de la personne ne sont ni totalement présentes, ni totalement absentes, fragilisées sans être abolies, si bien que la personne en question ne peut peut-être pas donner un authentique consentement, mais où l'on ne peut pas décider pour elle ».

## Particularité des LAT (limitations des thérapeutiques actives) en Gériatrie

Souvent, pour une décision médicale, il n'y a pas de situation de « vrai doute », même s'il s'agit d'une décision d'intensité de soins, c'est-à-dire que la marche à suivre paraît évidente. Toutes les situations ne sont pas source de tension éthique, raison pour laquelle la collégialité (quand elle a lieu) est souvent faite au sein du service. Prenons l'exemple d'une patiente de 95 ans, ayant une maladie d'Alzheimer évoluée, grabataire mais qui a tout de même une vie relationnelle, hospitalisée pour détresse respiratoire aiguë sur sa troisième pneumopathie d'inhalation et déshydratation en un an. À la question : « Faut-il la transférer en réanimation ? », la réponse peut nous paraître « évidente ». Aux questions « Faut-il introduire une nouvelle cure d'antibiothérapie ? », « Faut-il introduire en complément d'hydratation une perfusion sous-cutanée au décours de cet épisode ? », les réponses sont moins faciles.

### Bienfaisance / non-malfaisance

Énonce la volonté de faire le bien pour tout ce qui touche au soin de la personne / et l'obligation de ne pas faire de mal, le *primum non nocere*.

Le médecin a donc obligation de réaliser les soins requis, d'agir dans le meilleur intérêt du patient, et en même temps doit être garant de la lutte contre l'obstination déraisonnable.

### Autonomie

À distinguer de l'autonomie fonctionnelle citée plus haut, l'autonomie ici fait référence à la fois aux capacités décisionnelles du patient (donc à sa compétence), mais également à ce qui fait de lui ce qu'il est, ses valeurs, ses croyances, ses actes antérieurs dans la vie, ce que Marta Spranzi appelle « l'autonomie authenticité » (8), souvent relatée par les proches.

Les DA et la personne de confiance peuvent nous donner une idée de ce qu'aurait souhaité le patient dans la situation présente.

### Justice et équité

Fait référence à une équité dans la répartition et la distribution des ressources disponibles au sein d'une société, et à une équité dans l'accès aux soins.

La non-discrimination, liée à l'âge entre autres, est un des arguments qui entre dans le principe de justice.

La juste répartition des ressources dans une situation de tension (manque de lits, impact financier au sein d'une société) en est une autre.

### Principes éthiques de Beauchamp et Childress (7)

Reposons-nous la question de l'indication de l'hydratation sous-cutanée chez cette patiente de 95 ans, une fois la phase aiguë passée. Les éléments suivants sont ressortis grâce aux discussions avec la famille, et avec l'ensemble de l'équipe soignante.

	Non-malfaisance / bienfaisance	Autonomie	Justice / équité
<b>Arguments en faveur</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perfusion sous-cutanée non douloureuse, pose facile.</li> <li>Vie relationnelle préservée avec ses proches.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patiente incapable de s'exprimer actuellement.</li> <li>Pas de DA ni de personne de confiance.</li> <li>La famille rapporte que la patiente ne souhaitait pas d'acharnement... ce qui ne nous avance pas.</li> <li>Les enfants sont plutôt en faveur de cette perfusion, compte tenu de la vie relationnelle préservée qu'ils ont avec leur mère.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toutes les vies sont identiques, et ne pas introduire d'hydratation, c'est raccourcir son espérance de vie de plusieurs mois – discrimination des PA avec troubles cognitifs vs les autres.</li> <li>Si décision de ne pas hydrater artificiellement, risque d'extension de cette décision à tous les cas similaires.</li> </ul>
<b>Arguments en défaveur</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risque de complications (abcès, draps mouillés...) et donc d'inconfort.</li> <li>Où mettre la limite de l'obstination déraisonnable ?</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Coût sociétal de maintenir une personne âgée en vie « artificiellement ».</li> </ul>

Ainsi, si ces principes ne nous permettent pas de trancher formellement dans un sens ou dans l'autre, ils peuvent constituer un guide pour classifier nos idées, et éclairer la réflexion éthique pour chaque décision donnée.

## Conclusion

Les décisions d'intensité de soins sont parfois complexes et doivent sans doute le rester. Si on dit classiquement que « le doute doit bénéficier au patient » (ce qui signifie que dans le doute, il vaut mieux agir que ne pas agir), il faut peut-être avoir une autre lecture de cette phrase : douter de sa décision, solliciter l'autre pour y participer, c'est également faire bénéficier le patient d'une remise en question de la pensée médicale qui tend à s'automatiser ou se figer.

**Dr Laura MOÏSI**  
Praticien Hospitalier  
UGA, Hôpital St Antoine  
laura.moisi@aphp.fr  
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

## Bibliographie

1. CCNE. Avis 136 : L'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin. 2021.
2. Haegy J-M. Ethique et urgences Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. :14.
3. Reignier, Jean B Thierry Reignier, Carpentier, Françoise, pour la SFMU et la SRLF. Limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale chez l'adulte dans le contexte de l'urgence. 2018.
4. for the VIP2 study group, Guidet B, de Lange DW, Boumendil A, Leaver S, Watson X, et al. The contribution of frailty, cognition, activity of daily life and comorbidities on outcome in acutely admitted patients over 80 years in European ICUs: the VIP2 study. Intensive Care Med. janv 2020;46(1):57-69.
5. Le Maguet P, Roquilly A, Lasocki S, Asehnoune K, Carise E, Saint Martin M, et al. Prevalence and impact of frailty on mortality in elderly ICU patients: a prospective, multicenter, observational study. Intensive Care Med [Internet]. 21 mars 2014 [cité 19 mars 2020]; Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s00134-014-3253-4>
6. Centre d'éthique Clinique de l'APHP. Workshop éthique collégialité à l'hôpital : Quels objectifs ? Quelles formes ? Quelles traçabilités ? 2021 mai 19.
7. Delassus E. Analyse critique du principisme en éthique biomédicale. 2017;12.
8. Foureur N. Plus de place au principe d'autonomie pour plus de respect des personnes âgées: Gériatologie Société. 9 sept 2016;vol. 38 / n° 150(2):141-54.

## Arbre décisionnel : éléments clés d'une réflexion éthique pour une décision d'intensité de soins

Evaluer la **gravité du patient et le degré d'urgence** de la décision (+/- premières mesures, stabiliser le patient)



Recueillir les **éléments médicaux objectifs** du dossier

- Âge, sexe
- Autonomie fonctionnelle (ADL / IADL), score de fragilité CFS, comorbidités
- Motif d'hospitalisation initial
- Motif de la décision actuelle, gravité de la situation



Que sait-on de la **volonté du patient** ?

- Discuter avec le patient, si possible
- Rechercher des DA / une personne de confiance
- Que disent les proches ?



Existe-il des **recommandations type** dans la situation actuelle ?



Solliciter un **avis extérieur** (pas d'auto-censure)



**Délibérer**, si possible de manière **collégiale**, en équipe



En l'absence d'accord sur la décision dans l'équipe elle-même, ou avec le patient ou ses proches :

- Différer la décision si possible
- Prévoir un nouveau temps de discussion à une date ultérieure