

CARACTÉRISTIQUES DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES INSUFFISANTES RÉNALES : SUR LE PLAN ÉTHIQUE



Professeur Michel HASSELMANN,
Service de Réanimation Médicale -
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
Laboratoire Ethique et Pratique Médicale Institut de
Recherches Interdisciplinaires sur les Sciences et la
Technologie (IRIST) EA3424 -Université de Strasbourg

Dans le contexte économique qui aujourd'hui est le nôtre, l'idée que les soins lourds et onéreux puissent être réservés à certaines personnes, celles censées en profiter le plus, risque de fructifier sur l'autel de l'utilitarisme.

Il s'agirait alors de procéder à des tris parmi les postulants pour en sélectionner un certain nombre et laisser les autres au bord du chemin. Le propos ainsi formulé trouvera à coût sûr un certain nombre de partisans. Mais sur quels critères fonderont-ils leur sélection dans la mesure où les données scientifiques actuelles sont insuffisantes pour guider leur choix ? Alors, dans l'incertitude, et face à la montée en nombre des personnes âgées, la facilité pourra peut-être faire désigner le « Vieux » comme celui qu'il est possible de sacrifier sur l'autel des pressions économiques toujours plus exigeantes. La pratique de l'hémodialyse chez les personnes âgées s'inscrit parfaitement dans cette dialectique du fait du caractère onéreux de la méthode et surtout, en raison du nombre croissant de personnes âgées dans la population. L'âge avançant s'accompagne d'une dégradation de sévérité variable, des fonctions organiques et le rein n'est en rien épargné par cette « usure du temps ». Si une telle sélection « utilitariste » prenait effet, elle ferait en même temps advenir l'idée d'une inégalité de traitement des citoyens allant contre le principe de justice. Car il est difficile d'admettre que dans le domaine de la santé, l'allocation de ressources, ne soit pas nécessairement celle qui est optimale du point de vue médical.

Rappels éthiques

Pour réfléchir à la question de l'allocation des ressources, ici en matière d'insuffisance rénale et d'épuration extrarénale, il est utile de rappeler les éléments essentiels convoqués dans le discernement éthique.

La morale : du latin *moralis* « relatif aux mœurs », concerne les sujets du juste et de l'injuste, du bien et du mal. Elle prescrit un ensemble de devoirs, impératifs catégoriques qui commandent de faire le bien posé comme valeur absolue.

L'éthique : du grec *ethos* (...), est relative au lieu de vie, aux habitudes, aux

mœurs et aux caractères. Par un raisonnement conscient appliqué à la réalisation des besoins, elle vise à combler la tendance naturelle à chercher le bon et éviter le mauvais. Elle vise à améliorer la perception de la réalité par une attitude raisonnable, dans la recherche du bonheur pour tous. L'éthique n'est pas théorique, mais une pratique et ne peut se développer que dans l'action.

Aristote, dans l'*Ethique à Nicomaque*, disait ceci : « *Ce n'est donc ni par un effet de la nature, ni contrairement à la nature que les vertus naissent en nous ; nous sommes naturellement prédisposés à les acquérir, à condition de les perfectionner par l'habitude* »¹

Paul Ricoeur, définissait l'éthique comme « *Une vie bonne avec et pour les autres dans des institutions justes* »²

Pour penser l'allocation des moyens, il faut en repérer la motivation. Elle peut être sous-tendue par la conviction et par la volonté d'appliquer des principes. Le risque dans cette attitude est qu'en privilégiant la conviction dans la motivation, celle-ci devienne son but véritable. Pour Max Weber « *Le partisan de l'éthique de conviction ne se sentira "responsable" que de la nécessité de veiller sur la flamme de la pure doctrine afin qu'elle ne s'éteigne pas* »³ Mais la motivation peut aussi être mue par le souci du sens de l'acte, ici la sélection pour l'attribution de moyens. Elle s'intéresse alors aux conséquences de la décision pour tous les acteurs impliqués. Deux penseurs américains⁴, T.L. Beauchamp, J.F. Childress, ont proposé une vision opérante de l'éthique qui s'appuie sur quatre principes :

Bienfaisance/non-malfaisance : les soins prodigués doivent faire du bien, on doit s'abstenir de nuire, tout traitement n'apportant aucun bénéfice doit être arrêté, il y a obligation de ne pas imposer un traitement dont les inconforts générés dépasseraient le bénéfice escompté.

Respect de l'autonomie : donne le droit à chaque personne de prendre les décisions, qui la concernent (acceptation ou refus de soin). Sous réserve d'une information bien comprise et acceptée, il est la base du consentement aux soins. Le désaccord n'est pas nécessairement un trouble du jugement et il n'est pas éthique de vouloir démontrer à tout prix qu'il existe un trouble psychiatrique chez un patient qui refuse par exemple, d'être dialysé.

Humanité : caractère inaliénable de la nature humaine, respect des choix du patient, respect de la dignité qui est ontologiquement attachée à l'homme.

Justice : chaque personne doit avoir un droit d'accès au système de soin compatible avec le même droit d'accès pour tous. Cette façon d'analyser un questionnement éthique, même si on peut critiquer son formalisme, est largement utilisée en clinique. Ces principes peuvent être convoqués aussi bien par le patient que par les soignants dans une situation pratique. En matière d'hémodialyse par exemple, un patient peut convoquer le principe de non-malfaisance en critiquant la lourdeur de la technique, en pensant que les inconvénients l'emportent sur les avantages attendus ou en estimant que son utilité est douteuse. Il peut aussi se référer au principe d'autonomie pour refuser une dialyse. Il faut bien sûr en chercher la cause qui peut être la peur, une façon de contester, un mécontentement, une façon de dire autrement quelque chose que l'on n'entend pas, mais aussi restée introuvable. Si le patient est conscient et pas trop déficitaire, si son refus est clairement exprimé et réitéré et si les diverses raisons sont expliquées, le médecin doit les entendre et en dernière instance, les respecter comme ceci est prescrit par la loi Leonetti sur le droit des malades et la fin de vie du 22 avril 2005. Mais bien sûr, les soignants peuvent aussi convoquer les principes de Beauchamp et Childress, pour justifier leur action car ils veulent traiter au mieux un patient et mettre toutes les chances de

son côté (bienfaisance). Mais ils doivent respecter le principe d'autonomie et toujours se souvenir qu'il n'est pas éthique de faire plus que nécessaire pour ne pas nuire à la personne soignée (non malveillance) ni, en donnant trop à celui-ci, priver le tiers d'une juste attribution des moyens (justice).

Le vieillissement de la population

Le deuxième élément qu'il faut apporter dans cette réflexion, est le vieillissement de la population. Selon les prospectives de l'INSEE, en 2050 les plus de 60 ans représenteront 35% de la population générale contre 21% actuellement. Cette mutation démographique est bien visible dans la plupart des services de réanimation français. En 10 ans, la moyenne d'âge des patients a augmenté de 5 ans⁵ et l'on estime que 2/3 des patients admis auront plus de 72 ans à partir de 2015⁶. Ce phénomène s'explique en partie par le fait que plus une personne vieillit, plus elle risque de présenter un nombre croissant de défaillances organiques pouvant nécessiter, pour chacune d'elle, une assistance instrumentale temporaire. Cette avancée en âge qui reflète les progrès médicaux-sociaux d'une société, s'inscrit dans un contexte médical de sophistication des techniques diagnostiques et thérapeutiques, dans celui d'impératifs nouveaux de qualité et, pour le politique, dans une obligation de donner à chaque membre de la collectivité la possibilité d'y accéder. Elle s'inscrit par conséquent dans un emballement des dépenses de santé.

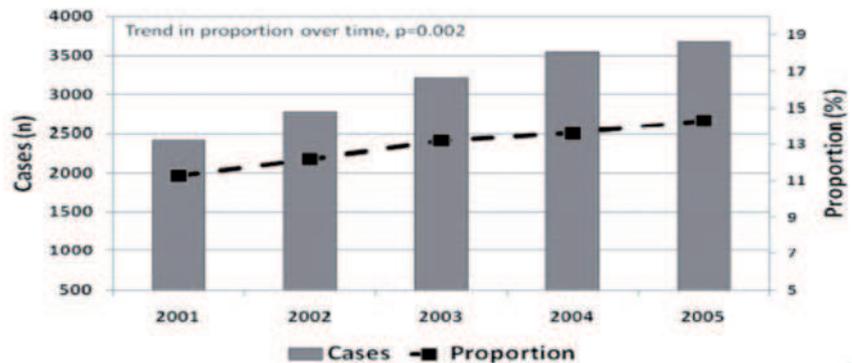
Devant la dégradation des moyens financiers de la nation et face à l'augmentation constante du nombre de personnes âgées qui peuvent avoir besoin d'une épuration extrarénale ou d'une admission en soins intensifs ou en réanimation, la question suivante peut être formulée :

Le tri des patients profiterait-il à la collectivité ?

Sur le plan économique, la réponse est clairement oui car, sans lui, il faudrait augmenter le nombre lits de soins intensifs et de réanimation. Or, ceci est impossible dans un contexte économique précaire qui participe déjà en partie à des dépenses de santé. Toute mise de fond supplémentaire se fera au détriment des autres missions régaliennes de l'Etat. Les dépenses de santé qui étaient inférieure à 6% du PIB en 1970, atteignent aujourd'hui 12% de celui-ci.

L'objectif national des dépenses de l'assurance-maladie (ONDAM) voté par le Parlement est passé de 91,5 milliards d'euros en 1997 à 171 milliards d'euros en 2012 dont 45% sont destinés à l'activité hospitalière. La réanimation est impliquée dans cette majoration des coûts. Tout en ne représentant

Nombre et % de patients de plus de 80 ans en réanimation



en France que 5% des lits d'hospitalisation de court séjour, elle consomme 20% des ressources hospitalières publiques. Ainsi, toute limitation du nombre de lits de réanimation mais aussi probablement de soins intensifs, indépendamment des conséquences humaines qu'elle induirait, est en première analyse, profitable à l'équilibre financier de la nation. Lui est aussi profitable, le fait que ce type de services, où sont mises en œuvre les techniques d'assistance lourdes, soit utilisé à bon escient, c'est-à-dire que le patient qui y est admis, a des chances raisonnables de guérir et pourquoi pas de reprendre une activité professionnelle. Or, ceci est en contradiction avec le statut de la personne âgée, habituellement en cessation d'activité professionnelle et chez laquelle les capacités de guérison et de récupération sont amoindries.

L'impossibilité structurelle d'augmenter le nombre de lits dévolus à cette médecine très technologique, oblige à en améliorer l'efficacité c'est-à-dire, contrôler les dépenses de fonctionnement, réduire les durées de séjour et n'y admettre, autant que faire se peut, que des personnes qui peuvent en bénéficier. Ceci sous-entend une limitation d'accès aux soins que pourtant aucun règlement, aucune loi en France n'autorise explicitement. L'arrêt Mercier (cour de cassation 1936) et la loi du 4 mars 2002, obligent à ce que toute personne, sans discrimination, puisse bénéficier des soins les plus adaptés à son état de santé, conformément aux connaissances médicales avérées. Ceci suppose qu'elle doit par exemple pouvoir être dialysée et transplantée en cas de nécessité. Malgré cette volonté officielle de ne pas discriminer la population en matière de soins, en pratique, l'âge est souvent un critère implicite de tri, en particulier pour l'entrée en réanimation et pour la mise en œuvre de techniques lourdes. Plusieurs études montrent cette réalité. Selon Garrouste-Orgeas et col. 36% des personnes de plus de 85 ans étaient refusées en réanimation, contre 23% des 75-84 ans et 12% des 18-44 ans⁷. Sur 2646 patients de 80 ans et plus admis dans des services d'urgence

français et ayant au moins un critère de transfert en réanimation, 662 furent proposés aux réanimateurs et 329 y furent effectivement admis⁸. Azoulay et col. montrèrent en 2001 que, bien que l'âge ne soit pas un critère de refus d'admission en réanimation, il est l'un des premiers cités par les réanimateurs quand on les questionne de façon anonyme sur les déterminants de leur décision⁹.

Supprimer l'âge comme critère de tri, profiterait-il aux personnes âgées ?

Rétablir la justice envers les personnes âgées, oblige à bannir dans les pratiques toute discrimination uniquement liée à l'âge. C'est reconnaître que l'économique ne peut s'imposer comme nouvel étalon de la valeur éthique d'un acte et affirmer que les citoyens disposent tous des mêmes droits dans la société. C'est aussi la façon de ne pas priver un patient de traitements lourds comme la dialyse ou la transplantation dont il peut, peut-être bénéficier. La prudence oblige alors à ce que l'on propose à tous les citoyens les mêmes chances de guérison sans discrimination dans les moyens techniques.

Si cette prise de position semble heureuse, il faut cependant s'interroger sur une donnée supplémentaire : celle de la résistance de la personne âgée soumise à ces techniques. En effet, exiger un même niveau d'engagement thérapeutique pour tous citoyens, sous-entend que l'âge, en tant que tel, n'influence ni la réponse à ces traitements, ni la tolérance à l'agression aiguë, ni la capacité de récupération postagressive. Cette volonté d'équité porterait en elle l'idée qu'une personne âgée à autant de potentialités de résistance et de récupération qu'un sujet jeune. Les modifications de la composition corporelle, en particulier la sarcopénie, et celles des défenses immunitaires qui accompagnent le vieillissement seraient tenues pour négligeables. Cette attitude dirait aussi que l'espoir et l'élan vital tapis au cœur de chaque patient, n'ont rien à voir avec son âge. Bien que les études en ce domaine apportent parfois quelques résultats contradictoires, elles infirment majoritairement cette idée. Le syndrome de fragilité décrit par

les gériatres, qui résulte de diverses modifications physiologiques liées à l'âge, fragilise les organismes dans les actes essentiels de la vie mais plus encore lors d'une hospitalisation. Cette fragilisation a un effet sur la survie et la capacité de récupération des malades et ce, d'autant plus que l'agression initiale a été violente et prolongée.

Ainsi, pour évaluer au mieux la relation qui lie l'âge du patient et les bienfaits que celui-ci peut tirer par exemple d'une mise en dialyse ou d'une hospitalisation en réanimation, il ne faut pas se limiter à l'analyse de la mortalité précoce, trop dépendante de facteurs intriqués, mais intégrer la mortalité, les séquelles et la perte d'autonomie à distance de l'épisode aigu^{10,11,12}. La plupart des études rapportent que pour des affections identiques et d'un même niveau de gravité, plus l'âge est avancé, plus la mortalité hospitalière est élevée¹³, supérieure d'environ 20% à celle des patients plus jeunes^{14,15}. La mortalité à un an, qui rend compte des atteintes organiques séquellaires est également bien plus élevée chez les « vieux ». Elle est liée aux comorbidités avant l'admission et à la perte d'autonomie post-réanimation et peut dépasser 70% selon la pathologie initiale. Le taux de mortalité des personnes âgées dépend aussi du type d'admission.

Ainsi, selon le principe de non-malfaisance, le tri des personnes âgées pouvant accéder aux techniques instrumentales lourdes, peut leur être profitable. Car, ne pas essayer de sélectionner les personnes qui en tireront bénéfice, expose à une surmortalité, précoce et tardive et à une dégradation de la qualité de vie et de l'autonomie à distance de l'épisode aigu.

Indiquer les techniques d'assistance avec discernement

Mais ce tri est particulièrement difficile, car comment différencier ce qu'il est bon de faire et ce qui est théoriquement bon, mais qu'il n'est pas souhaitable de faire dans le cas présent ?

Comment savoir à qui bénéficieront des soins lourds ? Sur quels critères, en temps réel, trier les patients ? Ces questions restent globalement sans réponse. Ceci entre autre par le fait que chaque histoire clinique est irréductible à une statistique générale dont participe les recommandations des sociétés savantes. Pour les personnes âgées, la décision est plus ardue encore car, pour cette partie de la population, il faudra non seulement évaluer si la situation aiguë a des chances raisonnables d'être réversible mais aussi si le patient pourra, à terme, retrouver une qualité de vie proche de ce qu'il avait avant l'épisode aigu. Pour améliorer la pertinence du tri et le rendre profitable, il est indispensable de connaître la volonté de la personne soignée, s'interroger sur ces préférences singulières.

Mais ce qu'il faut avant tout c'est que soit mise en pratique une politique humaniste et citoyenne pour que les personnes âgées puissent accéder aux techniques de suppléance et à la réanimation.

Cette formulation veut sauvegarder l'impératif éthique d'un accès égalitaire aux soins, sans ignorer que celui-ci se déploie dans l'espace de la cité. Elle affirme que le tri peut profiter, simultanément, au patient lui-même et à la société. L'accès égalitaire aux soins ne signifie pas que les traitements dus soient illimités, mais que chaque patient doit pouvoir bénéficier de la part des soins mis à disposition par la société dont il est membre, justement proportionnée à son état clinique. La question posée aux soignants dans la décision de mettre en oeuvre des soins lourds chez une personne âgée est celle de l'égalité, de l'efficacité et de la transparence des critères utilisés. Il ne s'agit pas de faire dicter l'issue de la décision médicale par les contraintes économiques, mais de trouver le meilleur équilibre sauvegardant la dignité et l'autonomie du patient, tout en apportant la plus grande efficacité thérapeutique au meilleur coût pour ne pas gaspiller les ressources rares mises à disposition du système de santé¹⁶.

Pour y parvenir, l'analyse de la situation clinique dans laquelle se trouve le patient, est le temps essentiel de la décision. Elle repose en premier lieu sur la détermination du terrain du patient qui tient compte du degré de dépendance préalable, de l'état fonctionnel, des comorbidités, de l'atteinte des fonctions supérieures et de la qualité de vie. L'âge calendaire pris isolément, est un critère mineur qui influence bien plus la décision d'admission qu'il ne pèse réellement sur le pronostic. En second lieu, elle prend en compte la sévérité de l'affection aiguë et son pronostic habituel appréciés par le médecin. Enfin elle intègre les souhaits du patient, difficiles à recueillir s'il existe des troubles cognitifs. Les proches peuvent ici être un recours pour rapporter les souhaits que le patient aurait pu émettre. Les directives anticipées sont encore quasiment inexistantes en France et peu connues du grand public¹⁷.

Conclusion

La prise en charge des personnes âgées insuffisantes rénales relevant de techniques d'assistance ou ayant besoin d'une hospitalisation en réanimation doit profiter à la personne elle-même. L'action doit privilégier la bienfaisance et s'éloigner de la malfaisance tout en respectant l'autonomie de la personne et la possibilité qu'elle a d'avoir des préférences singulières. L'action doit s'inscrire dans le principe de justice qui sauvegarde le système de financement de la santé et la solidarité. Pour ce faire, il faut que les indications soient posées avec

discernement pour ne pas infliger des traitements inutiles et dégradants aux personnes qui ne peuvent en bénéficier, tout en offrant aux autres de réelles chances de guérison et de récupération d'une bonne qualité de vie. Mais il est éthiquement indispensable que cette sélection des patients reste aux mains du médecin qui en portera toute la responsabilité. Elle ne doit pas être imposée, ni par le législateur, ni par les marchés financiers, car alors, il y a fort à penser, qu'elle serait guidée principalement par des raisons économiques.

Bibliographie

1. Aristote. *Éthique de Nicomaque*. Paris : Garnier Frères, 1965
2. P. Ricoeur. « Soi-même comme un autre » 1990. Réédition Seuil, coll. « Points essais », 1997
3. Weber M. *Le Savant et le Politique*, trad. J. Freund, éd. 10/18, Paris 1995.
4. T.L. Beauchamp, J.F. Childress, « Principles of Biomedical Ethics », New York : Oxford University Press, 1983
5. Guidet, B., et al., Admitting elderly patients in intensive-care units. A emergency department perspective. *Réanimation*, 2008;17:790-801.
6. Bagshaw, S.M., et al., Very old patients admitted to intensive care in Australia and New Zealand: a multi-centre cohort analysis. *Crit Care*, 2009;13: R45.
7. Garrouste-Orgeas M, Montuclard L, Timsit JF, Reignier J, Desmettre T, Karoubi P, et al. Predictors of intensive care unit refusal in French intensive care units: a multiple-center study. *Crit Care Med* 2005;33:750-5.
8. Garrouste-Orgeas M, Boumendil A, Pateron D, et al. Selection of intensive care unit admission criteria for patients aged 80 years and over and compliance of emergency and intensive care unit physicians with the selected criteria: An observational, multicenter, prospective study. *Crit Care Med*. 2009;37:2919-28
9. Azoulay E., Pochard F., Chevret S. et al. Compliance with triage to intensive care recommendations. *Crit Care Med* 2001; 11: 2132-36.
10. 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.
11. De Rooij, S.E., et al., Short-term and long-term mortality in very elderly patients admitted to an intensive care unit. *Intensive Care Med*, 2006. 32:1039-44.
12. Torres, O.H., et al., Short-and long-term outcomes of older patients in intermediate care units. *Intensive Care Med*, 2006. 32:1052-9.
13. Scarpazza P., Incorvaia C., di Franco G. et al. Effect of noninvasive mechanical ventilation in elderly patients with hypercapnic acute-on-chronic respiratory failure and a do-not-intubate order *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2008;3:797-801.
14. Sacanella, E., et al., Mortality in healthy elderly patients after ICU admission. *Intensive Care Med*, 2009. 35:550-5.
15. Vosylus, S., J. Sipylyte, and J. Ivaskevicius, Determinants of outcome in elderly patients admitted to the intensive care unit. *Age Ageing*, 2005. 34:157-62.
16. Hasselmann, M., Ricot, J., Le Prado, D. *Éthique et contraintes économiques*. In : *Réanimation médicale*. éd : JM Boles, PE Bollaert, A Jaeger, G Offenstadt. Edit. Masson, Paris 2009, pp 1916-19.
17. Rameix S. *Accès aux soins et justice sociale*. *Responsabilité* 2007 ;7:28-31