

Personnes âgées

Elderly people

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

SO055

Évaluation gériatrique des patients en réanimation et à distance du séjour – PrÉSENIORÉA

T. Raveau¹, C. Annweiler², N. Chudeau¹, S. Gergaud⁴, S. Thiery², J. Gautier², O. Beauchet², A. Mercat¹, N. Lerolle¹

¹Département de réanimation médicale et de médecine hyperbare, CHU d'Angers, Angers, France

²Département de médecine interne et de gériatrie, CHU d'Angers, Angers, France

³Département d'anesthésie et réanimation, CHU d'Angers, Angers, France

Introduction : Une meilleure connaissance de l'évolution des personnes âgées suite à une hospitalisation en réanimation, à travers une approche multidisciplinaire impliquant réanimateurs et gériatologues, est nécessaire pour pouvoir proposer des soins adaptés à cet âge. L'objectif de l'étude PrÉSENIORÉA est d'évaluer la faisabilité d'une évaluation gériatrique standardisée (EGS) pendant le séjour en réanimation et à distance, sur le lieu de vie des patients.

Patients et méthodes : Tous les patients âgés de 75 ans et plus, hospitalisés dans les réanimations, médicale et chirurgicale, du CHU d'Angers de mars à août 2010 ont été inclus. Une EGS, fondée sur des échelles validées appréciant les composantes de l'état de santé (comorbidités, fragilité, état cognitif, anxiété, dépression, état nutritionnel, indépendance, mobilité, douleur, fardeau de l'aidant et qualité de vie) a été réalisée à l'admission en réanimation au moyen de l'interrogatoire d'un proche, une EGS reposant sur l'examen des patients a été répété à l'issue du séjour et à 3 mois, sur les lieux de vie des patients. Un appel téléphonique a été réalisé à un an.

Résultats : Cinquante deux patients ont été inclus (35 hommes, âge [médiane et interquartile] 81 [5] ans, IGS II 47 [18], 80 % de patients ventilés). Trente-huit (73 %) étaient vivants à l'issue de la réanimation, 30 (58 %) à trois mois et 28 (54 %) à un an. L'EGS d'admission a été réalisée intégralement chez tous les patients auprès d'un proche, le temps médian pour cette évaluation était de 5 (5) minutes. L'EGS à la sortie de réanimation a été réalisée également intégralement chez tous les patients survivants (durée 10 [5] minutes). Sur les 30 patients survivants à 3 mois, 26 (87 %) ont pu bénéficier d'une visite à domicile par un attaché de recherche clinique. Le temps médian passé au téléphone pour convenir d'un rendez vous était de 5 (3,5) minutes, le temps de déplacement était de 42 minutes, et le temps consacré sur place était de 45 (20) minutes, dont 37 (15) minutes pour l'EGS. Les causes de l'absence de visite à 3 mois étaient : refus 1 patient, patient hors zone de visite 2 patients, problème d'organisation 1 patient. L'EGS à 3 mois a mis en évidence un état de santé peu différent par rapport à l'EGS d'admission, 85 % des patients survivants étaient à domicile, s'estimaient heureux ou très heureux, 80 % avaient une autonomie préservée pour les gestes de la vie quotidienne, néanmoins 50 % avaient un MMS < 25. Le seul paramètre prédictif de la survie à trois mois était l'IGSII.

Conclusion : Cette étude démontre la faisabilité d'une évaluation gériatrique en réanimation et à distance ainsi que la faisabilité de réaliser des visites de suivi au domicile des patients. Une étude multicentrique (Étude SENIORÉA) avec évaluation à un an est en cours de préparation.

SO056

Patients âgés de 80 ans et plus : caractéristiques du séjour et audit de dossier dans le service de réanimation médicale du CHU Lyon-Sud

P.-E. Danin¹, T. Fassier², J. Bohe¹, V. Piriou³

¹Service de réanimation médicale, CHU de Lyon, centre hospitalier Lyon-Sud–Pierre-Bénite, France

²Eam 4128, université Claude-Bernard–Lyon-I, Lyon, France

³Service d'anesthésie–réanimation, CHU de Lyon, centre hospitalier Lyon-Sud–Pierre-Bénite, France

Introduction : Les patients âgés de 80 ans et plus (PA ≥ 80) représentent 15 % des admissions en réanimation en France en 2009 (données personnelles), avec des disparités selon les études publiées (9,6 à 18,3 %). Décrire ses propres pratiques est l'étape initiale d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) pour les améliorer. Nous avons voulu décrire les séjours et réaliser un audit des dossiers des PA ≥ 80, admis dans le service de réanimation médicale du CHU Lyon-Sud, au premier semestre 2011.

Patients et méthodes : Tous les PA ≥ 80 admis au cours du premier semestre 2011 ont été inclus. Les données démographiques et cliniques, la prise en charge, la provenance et le devenir à 3 mois ont été recueillies prospectivement. L'audit rétrospectif des dossiers a porté sur la notification des souhaits des patients ou de la famille, de l'évaluation de l'autonomie et de l'état nutritionnel.

Résultats : Du 01/01 au 30/06/2011, 44 PA ≥ 80 ont été admis (48 % d'hommes ; âge moyen 84 ± 3 ans), représentant 15,2 % des entrées. Les patients étaient adressés par les urgences (39 %), le SAMU (25 %) ou par un service d'hospitalisation (36 %). Le motif d'admission était respiratoire (41 %), hémodynamique (18 %), ou neurologique (18 %). Les principales comorbidités étaient cardiaque (82 %), respiratoire (34 %) et néoplasique (29 %). La prise en charge avait comporté une ventilation invasive (70 %), des amines (48 %), et une épuration extra-rénale (23 %). La durée médiane de séjour chez les survivants était de 5 [3–8] jours. La mortalité en réanimation et à 3 mois était de 45 et 68 %, respectivement. Les souhaits du patient ou de la famille étaient notifiés dans 18 % des dossiers, mais aucune directive anticipée n'était retrouvée. Une décision de limitations et/ou d'arrêt des thérapeutiques était posée chez 27 % des patients admis. Une décision de non réadmission était notée dans 17 % des courriers de sortie. L'autonomie était notifiée dans 82 % des dossiers, qualifiée de « limitée » chez 27 % des patients, et d'« autonome » chez 54 %, sans d'échelle d'évaluation objective. L'état nutritionnel n'était pas précisé.

Conclusion : Ce travail précise la proportion des admissions de PA ≥ 80 dans notre service, leurs provenances, leur mortalité en réanimation et au décès. L'audit de dossiers nous signale une notification insuffisante des souhaits des patients et de l'entourage, et l'absence d'utilisation de scores validés pour apprécier l'autonomie et l'état nutritionnel. Cette étude préliminaire pourrait être l'étape initiale d'une EPP sur la prise en charge des PA ≥ 80 en réanimation, portant notamment sur la communication avec les services d'amont et d'aval ; sur les souhaits des patients et les directives anticipées ; sur l'utilisation d'outils gériatriques pour évaluer l'état général, l'autonomie et la nutrition (*Charlson Comorbidity Index*, ADL de Katz et *Mini Nutritional Assessment* par exemple), ceci afin d'adapter l'implication thérapeutique et l'orientation des patients âgés.

Bibliographie

1. Boumendil A, Aegerter P, Guidet B; CUB-Rea Network (2005) Treatment intensity and outcome of patients aged 80 and older in intensive care units: a multicenter matched-cohort study. *J Am Geriatr Soc* 53:88–93
2. Lerolle N, Trinquart L, Bornstain C, et al (2010) Increased intensity of treatment and decreased mortality in elderly patients in an intensive care unit over a decade. *Crit Care Med* 38:59–64

SO057

Care of the Very Elderly in Intensive Care

A. Mackay, K. Flatman

Intensive Care Unit, Victoria Infirmary, Glasgow, Grande-Bretagne

Introduction: An ageing population in the United Kingdom and worldwide is producing an increasing burden on healthcare providers. Limited intensive care resources and the presence of comorbidity in elderly patients often combine to mean that these patients are not admitted to intensive care due to poor predicted outcomes. The aim of this study was to determine the number of patients admitted to intensive care (ICU) who were over 80-yrs-old and to look at their interventions and ultimate ICU outcome.

Patients and methods: A database search was conducted using the WardWatcher computer system to find all patients admitted over the age of 80 yrs admitted between 1998 and 2011. Data collected included demographic data, admitting specialty, APACHE score, requirement for respiratory or renal support and ICU and hospital outcome.

Résultats: 4,342 patients were admitted during the study period, 398 of whom were aged > 80 y (9%). Mean age was 84 ± 0.3 yrs, ICU mortality was 26.5% and hospital mortality was 38.8%. SMR for patients > 80 y was 1.07 compared to an SMR of 0.82 for all patients ($P < 0.001$). Median APACHEII score was 19 (IQR 14–25). 330 patients (82.9%) received invasive ventilation (IPPV), 24 patients (6.4%) received renal replacement therapy (RRT) compared with 78.2% receiving IPPV ($P < 0.001$) and 10.1% receiving RRT in the under 80y old group ($P = 0.01$). By admitting specialty 210 (54%) patients were from general surgery, 100 (26%) were from general medicine, 31 (8%) were from orthopaedic surgery, 24 (6%) were from vascular surgery and 24 (6%) were from remaining subspecialties.

Conclusion: Patients aged over the age of 80 years who are admitted to intensive care have a significantly higher hospital mortality and SMR than patients under 80-years-old. While significantly more of them are invasively ventilated, a smaller proportion requires renal replacement therapy. The majority of those patients over 80 who are admitted to ICU are admitted for postoperative care under the general surgeons and this is likely to represent a population deemed fit enough for general anaesthesia and therefore likely to benefit from post-operative intensive care.

SO058

L'avis des personnes âgées est-il recueilli avant admission en réanimation ? Résultats de l'étude Ice-CUB

J. Le Guen¹, A. Boumendil², D. Somme¹, M. Garrouste-Orgeas⁴, B. Guidet⁵

¹Service de gériatrie, CHU HEGP, Paris, France

²UPRES EA 2506, UVSQ Laboratoire « Santé Vieillesse », Paris, France

³Service de réanimation polyvalente, groupe hospitalier Paris–Saint-Joseph, Paris, France

⁴Service de réanimation médicale, CHU Saint-Antoine, Paris, France

Introduction : La demande de soins de réanimation pour les personnes âgées est croissante. L'admission en réanimation de ces patients est une décision difficile qui devrait tenir compte des souhaits individuels au nom du respect de l'autonomie des individus. Peu de données existent cependant sur la fréquence et les facteurs influençant la démarche de recueil des avis dans le processus d'admission en réanimation.

Patients et méthodes : À partir de l'étude Ice-Cub, les patients de plus de 80 ans qui avaient aux urgences une indication potentielle à être admis en réanimation et étaient en capacité d'exprimer leur avis ont été inclus de manière prospective, sur une période de 15 mois.

Résultats : Sur les 2 646 patients inclus dans Ice-CUB, 2 115 (79,9 %) étaient considérés comme capables d'exprimer un avis sur leur prise en charge. L'avis des patients n'avait été recherché que dans 12,7 % des cas. Plus rares encore étaient les patients déments (OR : 0,4 ; $p = 0,01$) ou dépendants (OR : 0,2 ; $p < 0,0001$) qui avaient été interrogés. Ceux dont un proche avait été sollicité l'étaient eux-mêmes plus souvent (OR : 6,9 ; $p < 0,0001$). L'avis des patients, lorsqu'il était favorable, influençait positivement la décision d'admission (OR : 2,4 ; $p = 0,03$). L'avis des proches avait quant à lui une influence sur la décision d'admission des patients qu'il soit favorable (OR 3,0 ; $p < 0,0001$) ou défavorable (OR : 0,2 ; $p < 0,0001$). L'opinion de l'entourage familial semblait donc avoir une influence plus marquée sur l'orientation ultérieure.

Conclusion : Ces résultats reflètent le faible respect de l'autonomie décisionnelle des sujets âgés dans le processus d'admission en réanimation. Les préférences thérapeutiques des personnes âgées sont pourtant difficilement prévisibles et leur estimation par des tiers souvent erronée. Ne pas s'enquérir des volontés individuelles peut donc conduire à une prise en charge non souhaitée, pas excès ou par défaut. Cette attitude doit être encouragée tout au long de la prise en charge et au moment des décisions d'orientation.

SO059

Avis des octogénaires pour une admission en réanimation : étude ETHICA

F. Philippart¹, J.-F. Timsit², A. Tabah², A. Vesin³, A. Kpodji¹, B. Durand Gassellin⁴, C. Bruel¹, A. Max¹, N. Lau¹, B. Misset¹, M. Garrouste-Orgeas¹

¹Service de réanimation polyvalente,

groupe hospitalier Paris–Saint-Joseph, Paris, France

²Service de réanimation médicale, CHU de Grenoble, Grenoble, France

³Inserm U823, épidémiologie des cancers et des maladies graves, université Joseph-Fourier, institut Albert-Bonniot, La Tronche, France

⁴Service de gériatrie, groupe hospitalier Paris–Saint-Joseph, Paris, France

Introduction : L'essor démographique des personnes âgées (PA), liée au vieillissement de la population est à l'origine de la réflexion sur la

pertinence de prise en charge en réanimation des plus âgés d'entre eux [1,2]. L'exploration de l'avis de la PA enrichit cette réflexion. Le but de cette étude est de confronter l'avis de la PA et du réanimateur pour une admission en réanimation. Prix d'éthique SRLF et bourse de la Fondation de France.

Patients et méthodes : Une étude préliminaire a été faite par des entretiens semi-directifs auprès de 30 PA pour explorer leur avis sur le grand âge, les conséquences du vieillissement, l'hospitalisation et l'admission en réanimation. Ces entretiens ont été enregistrés, transcrits pour analyse qualitative. Des verbatims ont été utilisés pour écrire un scénario d'un court métrage de 12 minutes mettant en scène trois situations (ventilation non invasive VNI, intubation trachéale IT et prolongation de l'hospitalisation nécessitant la dialyse PHEER). Le court métrage était composé de plans séquence avec patients hospitalisés dans notre service et avec des acteurs. Ce court métrage a été validé par un groupe de 50 octogénaires. L'étude a inclus 100 PA \geq 80 ans, sélectionnées à partir des listes de consultation de l'hôpital, ayant donné leur accord pour être interrogées à leur domicile (année 2010) pour exprimer leur avis sur les 3 situations dont l'ordre de passage était randomisé. Les caractéristiques gériatriques, l'autonomie physique et instrumentale (ADL et IADL), le score de dépression gériatrique, la qualité de vie (WHO-QOL OLD) et leur avis ont été relevés. La PA pouvait accepter, refuser, laisser le médecin décider ou rester indécise. Une invitation de participation a été envoyée à 207 réanimateurs, sélectionnés sur le fichier de la SRLF. Les 100 premières inscriptions sur le site dédié à l'étude ont été retenues. L'étude a duré un mois et chaque semaine le réanimateur recevait les caractéristiques d'une PA (ordre randomisé) et donnait son avis pour les 3 situations dans les conditions « réelles » de son service au moment de sa réponse (juin 2011).

Résultats : 100 PA (68 % femmes ; $84,8 \pm 3,5$ ans ; ADL : $5,65 \pm 0,5$; IADL : 81 % indépendants ; 30 % dépressifs ; 65 % vivant hors foyer logement ou EHPAD.) ont été interrogés. Les PA ont refusé la VNI, l'IT, la PHEER dans 27, 43 et 63 % respectivement. Les PA restaient indécises dans 20 % des cas. Onze pour cent PA laissaient la décision au réanimateur. Peu de facteurs prédictifs du refus d'une procédure ont été retrouvés : VNI (sexe et lieu de vie), IT (sexe, $p = 0,009$; vivant dans une EHPAD, $p = 0,03$; mauvaise qualité de vie, $p = 0,02$), PHEER (sexe féminin : $p = 0,004$; lieu de vie : $p = 0,05$; perte d'autonomie, $p = 0,002$; mauvaise qualité de vie, $p = 0,05$). Les raisons du refus étaient la peur de la diminution d'autonomie, des traitements, la perte du goût de vivre ou un âge trop avancé. Les caractéristiques des réanimateurs sont : âge : $40,6 \pm 8,8$ ans ; sexe féminin : 37 % ; PH : 58 % ; ancienneté en réa : 114 [48–186] mois ; gardes/mois : 5 [4–5] ; lieu exercice IDF : 50 %. Le refus d'admission par les réanimateurs est de 15, 22 et 38 % pour la VNI, l'IT et la PHEER, respectivement. Les facteurs associés au refus (univarié) sont l'âge, le lieu de vie, l'autonomie, l'ancienneté en réanimation et le centre hors IDF. La corrélation entre l'avis du patient et du réanimateur et entre les réanimateurs pour le même patient sont en cours d'analyse.

Conclusion : L'analyse d'un échantillon non représentatif d'octogénaires montre une réticence plus importante des PA pour une admission en réanimation que des réanimateurs pour chacune des trois procédures. Les facteurs de pré-admission sont prédictifs du refus du réanimateur et de la PA. L'ancienneté d'exercice en réanimation et son lieu d'exercice sont des facteurs prédictifs de refus du réanimateur.

Références

1. Garrouste-Orgeas M, Boumendil A, Pateron D, et al (2009) 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* 37:2919–28
2. Garrouste-Orgeas M, Timsit JF, Montuclard L, et al (2006) Decision-making process, outcome, and 1-year quality of life of octogenarians referred for intensive care unit admission. *Intensive Care Med* 32:1045–51

SO060

La tentative de suicide de la personne âgée : étude cas-témoins sur dix ans en réanimation

M. Doukhan¹, H. Hubert², E. Wiel³, F. Saulnier⁴

¹Service des urgences Smur, centre hospitalier de Tourcoing, Tourcoing, France

²Public Health Laboratory Ea2694, Lille Nord de France University, Lille, France

³Federation of Research in Anesthesiology and Intensive Care Medicine, University Hospital of Lille, Lille, France

⁴Service de réanimation médicale et de médecine hyperbare, CHRU de Lille, hôpital Calmette, Lille, France

Introduction : Le suicide de la personne âgée est une réalité sous-estimée en France, il représente près de 30 % des suicides en 2008, et est en constante croissance. Peu de travaux décrivent les caractéristiques quantifiables des tentatives de suicides du sujet de plus de 65 ans. Notre étude a pour objectif d'évaluer les caractéristiques en termes de morbi-mortalité imputable à l'âge.

Patients et méthodes : étude cas témoins sur 424 personnes de plus de 65 ans issues d'une population de 15 089 dossier de tentatives de suicides hospitalisés aux urgences respiratoires et de réanimation médicale de Lille entre le premier janvier 1998 et le 31 décembre 2007. Les dossiers concernent les patients majeurs dont le diagnostic CIM-10 relatifs à une tentative de suicide. Les critères d'appariement entre plus et moins de 65 ans sont le sexe, le mode de suicide et le score IGSII sans l'âge. Les patients ont été appariés un pour un.

Résultats : 392 couples ont été créés. Les patients âgés de plus de 65 ans ont plus d'antécédents ($51,8$ vs $78,7$ % ; $p < 10^{-4}$), leur prise en charge nécessite plus d'examens complémentaires ($67,5$ vs $77,2$ % ; $p = 0,003$), de thérapeutiques ($43,9$ vs $53,6$ % ; $p = 0,008$), pour une durée moyenne de séjour plus longue ($2,3 \pm 7,1$ vs $2,8 \pm 6$ jours ; $p < 10^{-4}$). Au total on retrouve davantage de complications ($26,1$ vs $46,2$ % ; $p \leq 0,001$), d'hospitalisations secondaires ($63,2$ vs $75,4$ % ; $p \leq 0,001$) et le plus souvent en secteur non psychiatrique ($44,4$ vs $40,1$ % ; $p < 10^{-4}$) avec plus de traitements de sortie. Mais ces patients ne meurent pas plus que les moins de 65 ans ($3,8$ vs $5,8$ % ; $p = 0,22$).

Conclusion : le suicide âgé est plus grave, et sa prise en charge plus longue et complexe, mais sans différence de mortalité par rapport à des cas similaires plus jeunes : il s'agit d'une mortalité tout aussi évitable que chez le sujet plus jeune.