



HAL
open science

Personnes âgées et réanimation

Bertrand Guidet

► **To cite this version:**

Bertrand Guidet. Personnes âgées et réanimation. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 2020, 204 (5), pp.508-516. 10.1016/j.banm.2019.11.016 . hal-02879797

HAL Id: hal-02879797

<https://hal.sorbonne-universite.fr/hal-02879797>

Submitted on 24 Jun 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Personnes âgées et réanimation

Intensive care for old patients

Bertrand Guidet MD

Sorbonne Université, INSERM, Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique, AP-HP, Hôpital Saint-Antoine, service de réanimation, F75012, Paris, France

Correspondance: Pr Bertrand Guidet

Service de Médecine Intensive Réanimation;

Hôpital Saint-Antoine, 184 rue du Faubourg Saint-Antoine, Paris, 75012, France.

E-mail: bertrand.guidet@aphp.fr

Téléphone : 01 49 28 23 19

Fax : 01 49 28 21 45

Texte : 2888 mots et 18750 caractères (espaces compris);

Résumé: 185 mots; abstract : 170 mots

Références: 75 ; Figures: 2; Tables: 2

Résumé

Il n'existe actuellement aucune recommandation nationale ou internationale pour l'admission dans un service de réanimation de patients âgés de plus de 80 ans et il n'existe pas de score de sévérité pronostique spécifique aux patients âgés.

Dans cette revue, nous envisageons successivement les spécificités des patients âgés avant d'aborder la question des critères et conditions d'admission dans un service de réanimation.

Pendant le séjour de réanimation, l'intensité des traitements doit être réévaluée et des décisions de limitations de traitement peuvent être prises. Enfin, le meilleur critère de jugement du bien-fondé des décisions est le pronostic vital mais aussi fonctionnel et la qualité de vie à long terme pour le patient mais aussi pour son entourage.

Nous proposons un algorithme intégrant toutes ces étapes et visant à éclairer les décisions pour les praticiens mais aussi pour les patients et leur famille.

Les évolutions démographiques actuelles et à venir ainsi que les contraintes financières ne nous permettront pas de faire l'économie de cette réflexion. Nous souhaitons ouvrir un débat sociétal relayé par l'Académie nationale de médecine et s'appuyant sur les travaux nationaux et internationaux les plus récents.

Mots clés : Personnes âgées; réanimation; éthique; tri ; limitations des traitements

Abstract:

There is currently no national or international guideline for admission to an intensive care unit (ICU) for patients over the age of 80, and there is no specific prognostic severity score tailored for elderly patients.

In this review, we consider successively the specificities of elderly patients before addressing the issue of criteria and conditions for admission to an ICU. During the ICU stay, the intensity of the treatments should be re-evaluated and decisions on life-sustaining treatment limitations may be discussed. Finally, the best criterion for assessing the validity of the decisions is the vital prognosis together with functional status and quality of life in the long-term for the patient but also for family members and helpers.

We propose an algorithm for all these steps to inform decisions for practitioners but also for patients and their families.

Current and future demographic trends and financial constraints justify addressing these issues with the latest scientific data. We hope to open a societal debate and to contribute with our national and international personal works.

Key words: Elderly; Intensive Care Medicine; Ethic; Triage; End-of-life decision.

1. Introduction

1.1. Démographie générale.

Le vieillissement de la population a de multiples impacts sur les personnes, sur le système de santé, sur les retraites et sur la société en général. Ce phénomène s'observe dans l'ensemble de l'Union européenne [1]. L'espérance de vie en bonne santé à 65 ans s'établit à 10,5 ans pour les femmes et 9,4 ans pour les hommes. Les Français vivent plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable [2]. Jusqu'en 2035, la proportion de personnes âgées de 60 ans ou plus progressera fortement, quelles que soient les hypothèses retenues sur l'évolution de la fécondité, des migrations ou de la mortalité.

1.2. Impact du vieillissement de la population sur les services de réanimation

Au cours des vingt dernières années, il y a eu une augmentation du nombre de personnes âgées admises dans un service de réanimation [3]. Actuellement, dans de nombreux pays occidentaux, l'âge médian des patients de réanimation est proche de 65 ans et la proportion de patients âgés de 80 ans ou plus augmentera le plus rapidement de toutes les tranches d'âge [4]. L'utilisation des ressources des réanimations pour les patients très âgés pèse lourdement sur le coût des soins de santé [5,6]. La décision d'admettre ou pas un patient âgé en réanimation pose des problèmes éthiques et pratiques [7-9].

1.3. Illustration à travers un cas

Une femme de 89 ans est admise dans le service de chirurgie pour constipation et douleurs abdominales. Elle a une hypertension artérielle et une fibrillation atriale. Vous êtes appelé pour un arrêt cardiaque dont l'ancienneté n'est pas connue. Il n'y a pas de directive anticipée et la famille ne peut être contactée en urgence. Après 25 minutes de réanimation cardio-pulmonaire, une activité cardiaque est restaurée. Lorsque son fils arrive, la patiente est inconsciente et sous ventilation artificielle. Il vous informe que sa mère ne voulait pas d'« acharnement ». Un scanner abdominal révèle une tumeur du sigmoïde avec une carcinose péritonéale. Une décision collégiale d'arrêt de traitement est prise et la patiente décède le lendemain.

Dans cette revue, nous aborderons des étapes importantes de la prise en charge du tri à l'admission à la sortie, et à distance. En s'appuyant sur recherches récentes nous proposerons un algorithme pouvant servir de guide dans le processus de prise de décision pour la prise en charge des patients âgés relevant potentiellement d'une admission en réanimation.

2. Caractérisation d'un patient âgé

Pour plus de détails, nous renvoyons le lecteur à deux revues générales récentes [4,10]

2.1. Vieillesse

Il n'existe pas de définition consensuelle du vieillissement [11]. Le vieillissement est une transition complexe qui inclut une vulnérabilité physiologique et cognitive, rendant l'individu plus vulnérable, avec une diminution supplémentaire des capacités de réserve et une perte d'indépendance fonctionnelle.

2.2. Comorbidités

La proportion de patients présentant des comorbidités et le nombre de comorbidités par patient augmente avec l'âge [12]. Les comorbidités les plus courantes sont l'hypertension, le diabète, la maladie pulmonaire obstructive chronique, l'insuffisance cardiaque, le cancer et les troubles cognitifs. En réanimation, les comorbidités sont associées à des taux de mortalité plus élevés à l'hôpital [13] et à long terme. L'indice de comorbidité de Charlson (Tableau 1) a été validé chez les patients gravement malades et permet de prédire la mortalité [14].

2.3. Diminution des réserves physiologiques

L'âge avancé entraîne une altération de la physiologie respiratoire (perte de tissu pulmonaire élastique, augmentation du diamètre antéro-postérieur du thorax, diminution de la force musculaire et de la sensibilité des centres respiratoires à l'hypoxémie et à l'hypercapnie), ce qui accroît le risque d'insuffisance respiratoire aiguë et de mortalité [15]. La combinaison de l'immunosuppression et du "vieillesse inflammatoire", appelée "immunosénescence", entraîne des taux plus élevés de réactivation virale et de susceptibilité et de gravité de l'infection [16].

2.4. Malnutrition

La malnutrition touche 12 à 45% des patients âgés hospitalisés et est associée à une durée de séjour plus longue, à une indépendance physique insuffisante, à une qualité de vie médiocre et à une mortalité plus élevée [17]. Chez les patients de réanimation, la malnutrition et le bilan azoté négatif sont associés à une durée de séjour plus longue, une durée de ventilation plus prolongée, plus d'infections acquises et finalement une mortalité plus élevée [18].

2.5. Déclin cognitif

La prévalence du déclin cognitif préexistant à l'admission en réanimation varie de 6 à 43% [19,20]. En réanimation, le déclin cognitif est un facteur de risque important de délire, de mortalité associé une dégradation ultérieure des fonctions cognitives [21]. L'IQCODE est un outil relativement simple, validé en français et qui permet de quantifier l'évolution des fonctions cognitives sur les 10 dernières années [22](table1).

2.6. Etat fonctionnel et fragilité

Deux échelles sont principalement utilisées: activités de la vie quotidienne [23] et activités instrumentales de la vie quotidienne [24](tableau 1).

Le «syndrome de fragilité» est défini comme la vulnérabilité inhérente d'un individu entraînant des difficultés à surmonter un stress aigu [25]. La fragilité recouvre le fonctionnement physiologique, les comorbidités, les déficiences fonctionnelles et les difficultés sociales [26]. Une échelle de fragilité clinique (CFS) facile à utiliser a été proposée en 2008, classant les patients dans neuf groupes allant de "très en forme" à "en phase terminale" (Tableau 1)(figure 1) [27] avec un risque plus élevé de mortalité [28,29]. En outre, la fragilité évaluée par son phénotype, est associée à un risque plus élevé de chutes, d'aggravation de la mobilité et de soins en institution dans les années suivantes [30]. Dans notre première étude portant sur 5132 patients de plus de 80 ans admis dans 311 réanimations européennes, une fragilité (CFS > 4) était présente 43,1% et était indépendamment liée à la mortalité en réanimation (22,2%) et à 30 jours (35,8%) [31].

2.7. Médicaments

La pharmacocinétique et pharmacodynamie sont altérées chez les patients âgés [32]. La multiplication des médicaments pris et la prescription inappropriée de médicaments chez les patients âgés font l'objet d'une attention croissante [33], du fait de multiples effets délétères [34]. A l'occasion d'une hospitalisation, il est important de vérifier les prescriptions inappropriées, les redondances, les interactions. La multiplication des prescripteurs et le manque de coordination des soins nécessitent une conciliation médicamenteuse à l'admission [35]. Les médicaments généralement destinés à une utilisation à court terme au cours d'une maladie aiguë sont parfois poursuivis après le séjour sans indication documentée [36]. Les benzodiazépines et neuroleptiques doivent être évités car responsables d'une augmentation des troubles psychologiques, des altérations du sommeil, du délire et des troubles cognitifs [37-39]. L'American Geriatric Society et le National Institute for Clinical Excellence découragent fortement l'utilisation de ces médicaments en raison de leurs effets néfastes potentiels [40]. Les critères de Beers pour détecter l'utilisation potentiellement inappropriée de médicaments chez les personnes âgées peuvent être utiles [41] ainsi que les critères STOPP (outil de dépistage des prescriptions potentiellement inappropriées) et START (outil de dépistage pour alerter les médecins sur le bon traitement) [42].

3. « Tri » à l'admission

3.1. Conditions de la prise de décision

La décision d'admettre ou non en réanimation est probablement une des décisions les plus difficiles à prendre pour un médecin réanimateur avec le double risque de perte de chance en cas de refus ou d'obstination déraisonnable en cas d'acceptation. Une approche multidisciplinaire intégrant les souhaits du patient, de sa famille et l'avis d'autres médecins (médecins généralistes, médecins spécialistes de ville ou hospitaliers) est hautement souhaitable.

La discussion sur l'opportunité d'une admission en réanimation est initiée par un contact formel ou informel entre le médecin réanimateur et un confrère d'une autre spécialité. Les deux médecins, ainsi que le patient et ses proches, doivent envisager les avantages potentiels d'une admission mais également les effets secondaires d'une admission en réanimation. Si un bénéfice potentiel est espéré, le patient doit être proposé pour une admission. Dans le cas où le bénéfice d'une admission est considéré comme faible, d'autres options peuvent être

envisagées, de l'admission dans un service classique, ou idéalement dans une unité de gériatrie aigue voir dans un secteur de soins palliatifs s'il s'agit d'une fin de vie. Il convient de souligner qu'il existe souvent un décalage entre l'évaluation du clinicien et les souhaits du patient [43]. La collaboration multidisciplinaire dans le processus décisionnel est fortement préconisée [44]. De nombreux patients sont pré-triés par le médecin urgentiste ou le médecin traitant. Ce "tri caché" n'est souvent pas pris en compte dans les études sur le tri en réanimation. Dans notre étude multicentrique Française ICE-CUB 1 [45], le taux d'admission n'était que de 14,4% après une double évaluation par le médecin urgentiste et réanimateur. Il est remarquable de noter que les études, la mortalité à long terme était inférieure à 100% chez les malades non admis car considérés trop graves et que la mortalité était loin d'être nulle chez les patients jugés pas assez grave. Ces résultats suggèrent à la fois une utilisation excessive et insuffisante des services de réanimation avec une hétérogénéité majeure des pratiques d'un centre à l'autre [45]. Dans l'étude d'observationnelle multicentrique Eldicus (6796 patients dont 49% de plus de 65 ans), 82% des patients ont été admis. La survie des patients admis par rapport aux patients non admis semblaient augmenter avec l'âge [46].

3.2. Directives anticipées

Les directives avancées devraient être disponibles pour tous les patients mais particulièrement chez les plus âgés. Lorsqu'une admission en réanimation est envisagée, les cliniciens doivent s'assurer que les traitements proposés, singulièrement les procédures invasives (ventilation mécanique, épuration extra-rénale, utilisation de drogues vaso-actives) sont compatibles avec les souhaits du patient. Chaque fois que possible, ce programme de soins doit être explicité. Les décisions documentées antérieures concernant la fin de vie doivent être respectées.

3.3. Décisions en situation d'incertitude

Très souvent, il n'y a pas de directives anticipées, ou elles sont inadaptées ou non actualisées. Dans ces conditions, les médecins sont confrontés à trois situations possibles:

- Le patient est conscient et est capable de consentir aux soins. La décision est partagée et ne pose généralement pas de difficulté.

- Le patient est incapable de consentir aux soins (coma, état de choc, ...). Dans ce cas, les médecins doivent discuter de l'intensité des traitements avec la personne de confiance. La question à poser est la connaissance des souhaits du patient.

- Dans les situations d'urgence, les informations ne sont souvent pas accessibles et la personne de confiance absente. Le « doute » doit bénéficier au patient et les gestes de réanimation entrepris. Il s'agit du concept de réanimation d'attente ou Time Limited Trial des anglo-saxons [47-48] qui est illustré dans le cas clinique.

4. Traitements au cours du séjour

4.1. Intensité des traitements

A gravité égale, les personnes âgées ont moins de suppléances d'organe et une durée de séjour plus courte que les patients plus jeunes [49]. Ces résultats suggèrent des décisions de limitation de traitement plus fréquente et plus précoces.

4.2. Limitation et arrêt des traitements (LAT)

Le climat éthique régnant dans le service de réanimation a une incidence sur les décisions de LAT [50]. Ces décisions peuvent s'aider d'un outil de prédiction de la futilité des soins ou d'un score spécifique [51,52]. Les décisions de LAT varient selon les circonstances. En situation de pénurie de lits, elles sont plus souvent proposées par les médecins réanimateurs européens [53]. LAT n'est pas synonyme de décision de fin de vie. Dans l'étude VIP1, la mortalité en réanimation et à 30 jours étaient respectivement de 29% et 53% dans le groupe avec une décision de limitation et de 82% et 93% dans le groupe avec arrêt de traitement [54]. Dans une autre étude, la mortalité en réanimation et à l'hôpital étaient de 56% et 69% malgré une décision de LAT [55]. Lorsqu'une décision de LAT est prise, il faut assurer les conditions d'une mort paisible [55]. Les témoignages des membres de la famille sont souvent : "le patient doit souffrir le moins possible" ; "la conviction qu'il fallait préserver la vie à tout prix" était la valeur la moins importante [56]. Dans notre étude européenne VIP1, la décision de LAT était courante (27,2%) avec des différences régionales importantes [54]. Dans le Nord de l'Europe, 45,2% des séjours ont eu une décision de LAT alors que le pourcentage était de 12,8% dans l'Est. L'absence de disponibilité en lits de réanimation induit des décisions de LAT plus précoces [57]. Dans l'étude VIP1, il n'y avait pas de relation entre le nombre de lits

de réanimation et le pourcentage de LAT. Les LAT étaient plus fréquentes dans les pays riches et moindre dans les pays plus religieux [54].

4.3. Décision et lieu de sortie

La décision de sortie ainsi que le choix du service d'aval après un séjour de réanimation ont un impact majeur sur le pronostic vital et fonctionnel. Les patients âgés sont particulièrement vulnérables aux transferts inadaptés [58,59]. L'expertise en gériatrie n'est généralement pas disponible pour discuter des modalités de sortie alors que les médecins réanimateurs le souhaitent en grande majorité [60]. Une étude monocentrique à petite échelle illustre l'effet bénéfique d'une intervention gériatrique sur la dépendance fonctionnelle de 45 patients âgés [61].

5. Pronostic

5.1. Mortalité à court terme.

Dans des études les plus récentes, la mortalité en réanimation des patients âgés de plus de 80 ans est entre 15 et 35%. Elle est la plus élevée pour les patients médicaux avec comorbidités. Environ 20% des patients sortis vivants de la réanimation décèdent à l'hôpital. Ceci suggère plusieurs hypothèses: erreur d'admission (patient trop fragile), erreur de sortie (trop précoce) ou absence de mobilisation d'une expertise gériatrique (équipe mobile ou hospitalisation en secteur de gériatrie).

5.2. Mortalité à distance

La mortalité à un an peut atteindre 70% [10]. Les patients admis en post-opératoire d'une intervention programmée ont un pronostic bien meilleur mais ils sont sélectionnés (accord pour une intervention lourde, accord de l'anesthésiste et du chirurgien). Les facteurs pronostiques retrouvées sont groupés en 3 catégories : (i) âge, comorbidité, état fonctionnel de base; (ii) diagnostic à l'admission et nombre de défaillances d'organe ; (iii) qualité de la prise en charge.

5.3. Séquelles

Au décours d'un séjour dans un service de réanimation, les séquelles sont fréquentes et lourdes avec un déclin fonctionnel et cognitif [63-66]. Après une ventilation artificielle de plus de 7 jours, qualité de vie et récupération sont plus médiocres chez les patients âgés [67]. Dans notre étude prospective ICE-CUB1, incluant 2 646 patients âgés de plus de 80 ans, seulement un tiers des survivants à 6 mois était indépendant pour toutes les activités de la vie quotidienne et 16,2% étaient incapables d'effectuer au moins une activité [68]. Dans l'étude ICE-CUB 2, incluant 3 036 patients (âge moyen 85 ans), l'échelle d'autonomie a diminué dans au moins un domaine chez 64% des patients à 6 mois [69]. Plusieurs autres études ont montré que 28 à 37% des patients n'avaient pas rétabli leur autonomie fonctionnelle antérieure 1 an après l'admission [70]. À 12 mois, 50% des patients ayant survécu n'ont pas récupéré retrouvé leurs capacités physiques [71].

5.4. Qualité de vie

La qualité de vie à long terme est probablement le meilleur critère pour juger de la pertinence des décisions (admission, LAT pendant le séjour en réanimation et sortie). Une altération fonctionnelle est associée d'une diminution de la qualité de vie (QV). Dans une étude réalisée au Royaume-Uni, la composante physique et mentale de QV ne s'est pas améliorée 12 mois après la sortie de réanimation [72]. D'autres études montrent que la QV semble similaire à celle de population plus jeune [73]. Dans notre étude ICE-CUB2, la QV évaluée 6 mois après l'admission était médiocre et plus basse pour la composante physique que mentale [69].

6. Charge pour les aidants

Après leur sortie de l'hôpital, de nombreux patients ont encore besoin d'aide. Cela change radicalement le rôle des proches souvent eux-mêmes âgés. La charge peut-être telle qu'elle induise chez l'aidant des symptômes dépressifs [73]. Un syndrome de stress post-traumatique est observé chez 21% des aidants [74]. Dans notre étude ICE-CUB2, les aidants de 191 patients (âge médian 86 ans) ont été évalués à 6 mois. Le score de Zarit était ≥ 21 pour les aidants de 71 patients (37%) [75]. En analyse multivariée, les facteurs significativement associés à une charge modérée à sévère étaient la perte d'autonomie à 6 mois et la

composante mentale du score de QV. En revanche, l'âge et l'admission en réanimation n'étaient pas associés à une charge modérée à sévère.

La peur d'engendrer une lourde charge aux aidants ne devrait pas être un frein à l'admission en réanimation du patient âgé mais ceci renforce la nécessité d'impliquer l'entourage dans les décisions d'admission et de LAT.

7. Conclusions et algorithme

Les résultats de la prise en charge en réanimation de patients très âgés se sont améliorés au cours des dernières décennies mais restent moins bons que pour des patients plus jeunes. Les facteurs explicatifs de cette surmortalité sont davantage liés à la maladie sous-jacente qu'à l'âge en soi. Il faut certainement promouvoir les directives anticipées et impliquer l'entourage dans les prises de décisions. Nous avons résumé dans un tableau les éléments clés à prendre en compte lors de la décision d'admettre un patient de plus de 80 ans dans un service de réanimation (tableau 2). De nombreuses questions restent non résolues [3] et il est important d'obtenir des réponses à ces questions avant que le gigantesque «tsunami» ne parvienne dans les hôpitaux dans 10 à 15 ans à venir. Nous proposons un algorithme qui tente de résumer les questions et d'aider aux prises de décision partagées.

Conflits d'intérêt:

Aucun conflit de l'auteur pour cette revue.

Financements:

Les études ICE-CUB ont été financées par le PHRC

Les études VIP ont été endorsées par la société Européenne de réanimation (ESICM)

Les financeurs n'avaient aucune influence sur le déroulé des études et sur la publication des résultats.

Remerciements:

DRCI Ile de France et URC-Est pour les études ICE-CUB1 et 2

Section Health Services and Outcome de l'ESICM pour les études VIP1 et 2 ; particulièrement Hans Flaatten & Dylan de Lange

Ariane Boumendil pour avoir conduit les analyses statistiques de ces études

H Vallet pour son expertise gériatrique

Tous les services d'urgence et de réanimation qui ont participé activement au recrutement de toutes ces études

REFERENCES

1. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3692693> (accessed 14 Aout 2019)
2. Moisy M (DREES) j a n v i e r 2018 n u m é r o 1046
3. Flaatten H. Intensive care in the very old: are we prepared? *Acta Anaesthesiol Scand.* 2007;51(5):519–21.
4. Flaatten H, de Lange DW, Artigas A, Bin D, Moreno R, Christensen S, Joynt M, Bagshaw SM, Sprung CL, Benoit D, Soares M, Guidet B. The status of intensive care medicine research and a future agenda for very old patients in the ICU. *Intensive Care Med.* 2017;43(9):1319-28.
5. Chin-Yee N, D'Egidio G, Thavorn K, Heyland D, Kyeremanteng K. Cost analysis of the very elderly admitted to intensive care units. *Crit Care* 2017;21(1):109.
6. Angus DC. Admitting Elderly Patients to the Intensive Care Unit-Is it the Right Decision? *JAMA.* 2017;318(15):1443-4.
7. Nguyen Y-L, Angus DC, Boumendil A, Guidet B. The challenge of admitting the very elderly to intensive care. *Ann Intensive Care.* 2011;1(1):29.
8. Leblanc G, Boumendil A, Guidet B. Ten things to know about critically ill elderly patients. *Intensive Care Med.* 2017;43(2):217-9.
9. Guidet B, de Lange D, Flaatten H. Should this elderly patient be admitted to the ICU? *Intensive Care Medicine* 2018, 44:1926-1928
10. Guidet B, Vallet H, Boddaert J, de Lange DW, Morandi A, Leblanc G, Artigas A, Flaatten H. Caring for the critically ill patients over 80: a narrative review. *Ann Intensive Care* 2018, 8: 114
11. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet.* 2012;380(9836):37-43.
12. Salive ME. Multimorbidity in older adults. *Epidemiol Rev.* 2013;35:75-83.
13. Zampieri FG, Colombari F. The impact of performance status and comorbidities on the short-term prognosis of very elderly patients admitted to the ICU. *BMC Anesthesiol.* 2014;14:59.
14. Stavem K, Hoel H, Skjaker SA, Haagensen R. Charlson comorbidity index derived from chart review or administrative data: agreement and prediction of mortality in intensive care patients. *Clin Epidemiol.* 2017;9:311-20.

15. Marzetti E, Leeuwenburgh C. Skeletal muscle apoptosis, sarcopenia and frailty at old age. *Exp Gerontol.* 2006;41(12):1234-8.
16. Vallet H, Fali T, Sauce D. Aging of the immune system: From fundamental to clinical data. *Rev Med Interne.* 2019;40(2):105-111
17. Abd Aziz NAS, Teng NIMF, Abdul Hamid MR, Ismail NH. Assessing the nutritional status of hospitalized elderly. *Clin Interv Aging.* 2017;12:1615-25.
18. Thibault R, Pichard C. Nutrition and clinical outcome in intensive care patients. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2010;13(2):177-83.
19. Pandharipande PP, Girard TD, Jackson JC, Morandi A, Thompson JL, Pun BT, et al. Long-term cognitive impairment after critical illness. *N Engl J Med.* 2013;369(14):1306-16.
20. Pisani MA, Inouye SK, McNicoll L, Redlich CA. Screening for preexisting cognitive impairment in older intensive care unit patients: use of proxy assessment. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(5):689-93.
21. Ouimet S, Kavanagh BP, Gottfried SB, Skrobik Y. Incidence, risk factors and consequences of ICU delirium. *Intensive Care Med.* 2007;33(1):66-73.
22. Jorm AF. A short form of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): Development and cross-validation. *Psychol Med* 1994;24(1):145-53.
23. Katz S, Akpom CA. 12. Index of ADL. *Med Care.* 1976;14(5 Suppl):116-8.
24. Barberger-Gateau P, Commenges D, Gagnon M, Letenneur L, Sauvel C, Dartigues JF. Instrumental activities of daily living as a screening tool for cognitive impairment and dementia in elderly community dwellers. *J Am Geriatr Soc.* 1992;40(11):1129-34.
25. Muscedere J, Waters B, Varambally A, Bagshaw SM, Boyd JG, Maslove D, et al. The impact of frailty on intensive care unit outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med.* 2017;43(8):1105-22.
26. Flaatten H, Jung C, Vallet H, Guidet B. How Does Frailty Affect ICU Outcome? *Curr Anesthesiol Rep* 2019; 9: 144.
27. http://geriatricresearch.medicine.dal.ca/clinical_frailty_scale.htm. (accessed May 2019)
28. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet.* 2013;381(9868):752-62.
29. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ.* 2005;173(5):489-95.

30. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2004;59(3):255-63.
31. Flaatten H, De Lange DW, Morandi A, Andersen FH, Artigas A, Bertolini G, Cecconi M, Christensen S, Feraldi L, Fjølner J, Jung C, Marsh B, Moreno R, Bollen Pinto B, Szczeklik W, Valentin A, Watson X, Zaferidis T, Guidet B. The impact of frailty on ICU and 30-day mortality and the level of care in very elderly patients (≥ 80 years). *Intensive Care Med.* 2017;43(12):1820-8.
32. Montamat SC, Cusack BJ, Vestal RE. Management of drug therapy in the elderly. *N Engl J Med.* 1989;321(5):303-9.
33. Tosato M, Landi F, Martone AM, Cherubini A, Corsonello A, Volpato S, et al. Potentially inappropriate drug use among hospitalised older adults: results from the CRIME study. *Age Ageing.* 2014;43(6):767-73.
34. Morandi A, Vasilevskis E, Pandharipande PP, Girard TD, Solberg LM, Neal EB, et al. Inappropriate medication prescriptions in elderly adults surviving an intensive care unit hospitalization. *J Am Geriatr Soc.* 2013;61(7):1128-34.
35. Page RL, Linnebur SA, Bryant LL, Ruscin JM. Inappropriate prescribing in the hospitalized elderly patient: defining the problem, evaluation tools, and possible solutions. *Clin Interv Aging.* 2010;5:75-87.
36. Morandi A, Vasilevskis EE, Pandharipande PP, Girard TD, Solberg LM, Neal EB, et al. Inappropriate medications in elderly ICU survivors: where to intervene? *Arch Intern Med.* 2011;171(11):1032-4.
37. Pandharipande P, Shintani A, Peterson J, Pun BT, Wilkinson GR, Dittus RS, et al. Lorazepam is an independent risk factor for transitioning to delirium in intensive care unit patients. *Anesthesiology.* 104(1):21-6.
38. Swan JT, Fitousis K, Hall JB, Todd SR, Turner KL. Antipsychotic use and diagnosis of delirium in the intensive care unit. *Crit Care.* 2012;16(3):R84.
39. Tomichek JE, Stollings JL, Pandharipande PP, Chandrasekhar R, Ely EW, Girard TD. Antipsychotic prescribing patterns during and after critical illness: a prospective cohort study. *Crit Care.* 2016;20(1):378.
40. AGS Choosing Wisely Workgroup. American Geriatrics Society identifies five things that healthcare providers and patients should question. *J Am Geriatr Soc.* 2013;61(4):622-31.
41. Blanco-Reina E, Ariza-Zafra G, Ocaña-Riola R, León-Ortiz M. 2012 American Geriatrics Society Beers criteria: enhanced applicability for detecting potentially inappropriate medications in European older adults? A comparison with the Screening

- Tool of Older Person's Potentially Inappropriate Prescriptions. *J Am Geriatr Soc.* 2014;62(7):1217-23.
42. Hill-Taylor B, Sketris I, Hayden J, Byrne S, O'Sullivan D, Christie R. Application of the STOPP/START criteria: a systematic review of the prevalence of potentially inappropriate prescribing in older adults, and evidence of clinical, humanistic and economic impact. *J Clin Pharm Ther.* 2013;38(5):360-72.
 43. Philippart F, Vesin A, Bruel C, Kpodji A, Durand-Gasselien B, Garçon P, et al. The ETHICA study (part I): elderly's thoughts about intensive care unit admission for life-sustaining treatments. *Intensive Care Med.* 2013;39(9):1565-73.
 44. Van den Bulcke B, Piers R, Jensen HI, Malmgren J, Metaxa V, Reyners AK, et al. Ethical decision-making climate in the ICU: theoretical framework and validation of a self-assessment tool. *BMJ Qual Saf.* 2018;27(10):781-9.
 45. Garrouste-Orgeas M, Boumendil A, Pateron D, Aegerter P, Somme D, Tabassome T, Guidet B on behalf of the ICE-CUB group. 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(11):2919-28.
 46. Sprung CL, Artigas A, Kesecioglu J, Pezzi A, Wiis J, Pirracchio R, et al. The Eldicus prospective, observational study of triage decision making in European intensive care units. Part II: intensive care benefit for the elderly. *Crit Care Med.* 2012;40(1):132-8.
 47. Quill TE, Holloway R. Time-Limited Trials Near the End of Life *JAMA* 2011; 06:1483-4
 48. Vink EE, Azoulay E, Caplan A, Kompanje EJO, Bakker J. Time-limited trial of intensive care treatment: an overview of current literature. *Intensive Care Med* 2018; 44:1369–1377.
 49. Boumendil A, Aegerter Ph, Guidet B. Treatment Intensity and Outcome of Patients Aged 80 and Over in Intensive Care Unit. A Multicenter Matched-Cohort Study. *J American Geriatrics Society* 2005, 53:88-93
 50. Benoit DD, Jensen HI, Malmgren J, Metaxa V, Reyners AK, Darmon M, et al. Outcome in patients perceived as receiving excessive care across different ethical climates: a prospective study in 68 intensive care units in Europe and the USA. *Intensive Care Med.* 2018;44(7):1039-49
 51. Ball IM, Bagshaw SM, Burns KEA, Cook DJ, Day AG, Dodek PM, et al. A clinical prediction tool for hospital mortality in critically ill elderly patients. *J Crit Care.* 2016;35:206-12.
 52. De Lange DW; Brinkman S; Flaatten H; Boumendil A; Morandi A; Andersen FA; Artigas A; Bertolini G; Cecconi M; Christensen S; Faraldi L; Fjølner J; Jung C; Marsh B; Moreno R; Oeyen S; Agwald Öhman C; Bollen Pinto B; De Smet AM; Soliman IW;

- Szczeklik W; Valentin A; Watson X; Zafeiridis T; Guidet B; On behalf of the VIP1 study group*. Cumulative prognostic score predicting mortality in patients ≥ 80 years who are admitted to the ICU. *J Am Geriatr Soc.* 2019; 67:1263-126
53. Guidet B, Hodgson E, Feldman C; Paruk F, Lipman J, Koh Y, Vincent JL, Azoulay E, Sprung C. The Durban World Congress Ethics Round Table conference report: II. Withholding or withdrawing of treatment in elderly patients admitted to the Intensive Care Unit. *J Crit Care* 2014; 29: 896-901
 54. Guidet B, Flaatten H, Boumendil A, Morandi A, Andersen FH, Artigas A, et al. Withholding or withdrawing of life-sustaining therapy in older adults (≥ 80 years) admitted to the intensive care unit. *Intensive Care Med.* 2018; 44(7):1027-1038.
 55. Lobo SM, De Simoni FHB, Jakob SM, Estella A, Vadi S, Bluethgen A, et al. Decision-Making on Withholding or Withdrawing Life Support in the ICU: A Worldwide Perspective. *Chest.* 2017;152(2):321-9.
 56. Heyland DK, Dodek P, Mehta S, Cook D, Garland A, Stelfox HT, et al. Admission of the very elderly to the intensive care unit: family members' perspectives on clinical decision-making from a multicenter cohort study. *Palliat Med.* 2015;29(4):324-35.
 57. Hua M, Halpern SD, Gabler NB, Wunsch H. Effect of ICU strain on timing of limitations in life-sustaining therapy and on death. *Intensive Care Med.* 2016;42(6): 987-94.
 58. Niven DJ, Bastos JF, Stelfox HT. Critical care transition programs and the risk of readmission or death after discharge from an ICU: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med.* 2014;42(1):179-87.
 59. van Sluisveld N, Bakhshi-Raiez F, de Keizer N, Holman R, Wester G, Wollersheim H, et al. Variation in rates of ICU readmissions and post-ICU in-hospital mortality and their association with ICU discharge practices. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):281.
 60. Guidet B, De Lange DW, Christensen S, Moreno R, Fjølner J, Dumas G, Flaatten H. Attitudes of physicians towards the care of critically ill elderly patients - a European survey. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 2018, 62:207-219
 61. Somme D, Andrieux N, Guérot E, Lahjibi-Paulet H, Lazarovici C, Gisselbrecht M, et al. Loss of autonomy among elderly patients after a stay in a medical intensive care unit (ICU): a randomized study of the benefit of transfer to a geriatric ward. *Arch Gerontol Geriatr.* 2010;50(3):e36-40.
 62. Soliman IW, Cremer OL, de Lange DW, Slooter AJC, van Delden JHJM, van Dijk D, et al. The ability of intensive care unit physicians to estimate long-term prognosis in survivors of critical illness. *J Crit Care.* 2018;43:148-55.

63. Heyland DK, Garland A, Bagshaw SM, Cook D, Rockwood K, Stelfox HT, et al. Recovery after critical illness in patients aged 80 years or older: a multi-center prospective observational cohort study. *Intensive Care Med.* 2015;41(11):1911-20.
64. Khouli H, Astua A, Dombrowski W, Ahmad F, Homel P, Shapiro J, et al. Changes in health-related quality of life and factors predicting long-term outcomes in older adults admitted to intensive care units. *Crit Care Med.* 2011;39(4):731-7.
65. Wassenaar A, de Reus J, Donders ART, Schoonhoven L, Cremer OL, de Lange DW, et al. Development and Validation of an Abbreviated Questionnaire to Easily Measure Cognitive Failure in ICU Survivors: A Multicenter Study. *Crit Care Med* 2018; 46(1): 79-84
66. Wolters AE, Peelen LM, Veldhuijzen DS, Zaal IJ, de Lange DW, Pasma W, et al. Long-Term Self-Reported Cognitive Problems After Delirium in the Intensive Care Unit and the Effect of Systemic Inflammation. *J Am Geriatr Soc.* 2017;65(4):786-91
67. Herridge MS, Chu LM, Matte A, Tomlinson G, Chan L, Thomas C, et al. The RECOVE. Program: Disability Risk Groups and 1-Year Outcome after 7 or More Days of Mechanical Ventilation. *Am J Respir Crit Care Med.* 2016;194(7):831-44.
68. Boumendil A, Angus DC, Guitonneau A-L, Menn A-M, Ginsburg C, Takun K, Angus DC, Guitonneau AL, Menn AM, Ginsburg C, Takun K, Davido A, Masmoudi R, Doumenc B, Pateron D, Garrouste-Orgeas M, Somme D; Simon T, Aegerter Ph, Guidet B. Variability of intensive care admission decisions for the very elderly. *PloS One.* 2012;7(4):e34387.
69. Guidet B, Leblanc G, Simon T, Woimant M, Quenot J-P, Ganansia O, et al. Effect of Systematic Intensive Care Unit Triage on Long-term Mortality Among Critically Ill Elderly Patients in France: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2017;318(15):1450-9111.
70. Villa P, Pintado M-C, Luján J, González-García N, Trascasa M, Molina R, et al. Functional Status and Quality of Life in Elderly Intensive Care Unit Survivors. *J Am Geriatr Soc.* 2016;64(3):536-42.
71. Ferrante LE, Pisani MA, Murphy TE, Gahbauer EA, Leo-Summers LS, Gill TM. Functional trajectories among older persons before and after critical illness. *JAMA Intern Med.* 2015;175(4):523-9.
72. Griffiths J, Hatch RA, Bishop J, Morgan K, Jenkinson C, Cuthbertson BH, et al. An exploration of social and economic outcome and associated health-related quality of life after critical illness in general intensive care unit survivors: a 12-month follow-up study. *Crit Care.* 2013;17(3):R100.
73. Cameron JI, Chu LM, Matte A, Tomlinson G, Chan L, Thomas C, et al. One-Year Outcomes in Caregivers of Critically Ill Patients. *N Engl J Med.* 2016;374(19):1831-41.

74. van den Born-van Zanten SA, Dongelmans DA, Dettling-Ihnenfeldt D, Vink R, van der Schaaf M. Caregiver strain and posttraumatic stress symptoms of informal caregivers of intensive care unit survivors. *Rehabil Psychol.* 2016;61(2):173-8.
75. Vallet H, Thomas C, Moïsi L, Guidet B, Boumendil A, on behalf of the ICE-CUB 2 study network. Critically ill elderly patients: what about long term caregiver's burden? *J Crit Care* 2019 (in press)

Légendes des figures

Figure 1: Clinical Frailty Scale (avec permission)

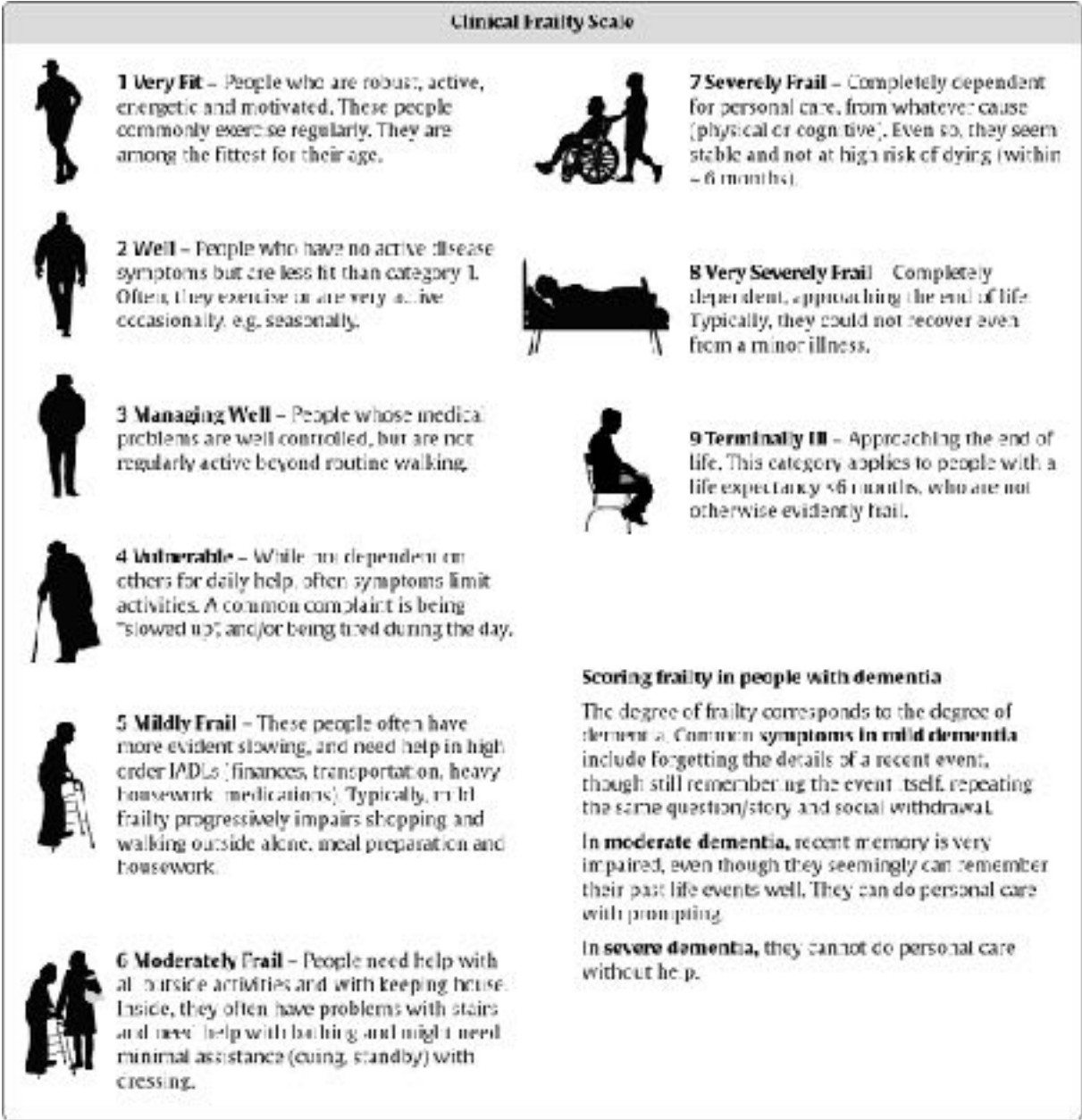
Figure 2: Algorithme.

Cette revue générale tente de poser les jalons d'une réflexion sur l'admission de patients âgés dans un service de réanimation. Cette démarche implique de très nombreux intervenants et n'est certainement pas une problématique limitée aux seuls médecins réanimateurs. Un vaste débat doit être ouvert afin de pouvoir aider les patients, leurs proches et les collègues de différentes spécialités.

Mon expérience acquise depuis plus de 15 ans avec de multiples travaux nationaux et internationaux peut contribuer à éclairer le débat.

L'Académie Nationale de médecine est le lieu idéal pour débattre de ce sujet d'actualité qui irrigue nos réflexions organisationnelles et éthiques.

Figure 1: Clinical Frailty Scale



Permission d'utiliser ce document donnée par Dalhousie University, Ca.

Avant la réanimation

Directives anticipées
Consentement aux soins
Avis personne de confiance

Evaluation de la gravité
Score de sévérité
Défaillance d'organe

Evaluation gériatrique
Fragilité
Autonomie
Comorbidités
Etat nutritionnel

Trop grave
Soins palliatifs
Pas de bénéfice attendu

Admission en réanimation
Sans restriction
Avec restriction
Avec prévision de réévaluation

Pas assez grave
Autres structures
USI/USC
UHCD/UGA
Services

Pendant le séjour en réanimation

Evaluer le niveau de traitement
Consensus d'équipe
Conférence familiale
Avis extérieur

Discuter de la sortie
Quand?
Où?
Réadmission possible?

Après le séjour en réanimation

Séjour hospitalier
Lieu?
Expertise gériatrique

Suivi à distance
Consultation post-réa
Impact sur les aidants

Table 1: Echelles utilisées pour l'évaluation gériatrique

COMORBIDITIES	
Charlson Comorbidity Index	Age
	<ul style="list-style-type: none">• 50-59 (1 point)• 60-69 (2 points)• 70-79 (3 points)• ≥80 (4 points)
	Diabetes
	<ul style="list-style-type: none">• Non compliqué (1 point)• Compliqué (2 points)
	Maladie hépatique
	<ul style="list-style-type: none">• Légère (1 point)• Modérée à sévère (3 points)
	Tumeurs et hémopathies
	<ul style="list-style-type: none">• Leucémie, lymphome or tumeur solide (2 points)• Cancer métastasé (6 points)
	SIDA (6 points)
	I Rénale chronique (2 points)
	Insuffisance cardiaque (1 point)
	Cardiopathie ischémique (1 point)
	BPCO (1 point)
	Maladie vasculaire périphérique (1 point)
	Maladie cerebrovasculaire (1 point)
	Demence (1 point)
	Hémiplégie (2 points)
	Connectivite (1 point)
	Ulcer peptique (1 point)
AUTONOMIE FONCTIONNELLE	
ADL scale (activity of daily living)	Prendre un bain (Indépendant: 1 point, partiellement dépendant: 0,5 point; Totalement dépendant: 0 point)
	S'habiller (Indépendant: 1 point, partiellement dépendant: 0,5 point; Totalement dépendant: 0 point)
	Faire sa toilette (Indépendant: 1 point, partiellement dépendant: 0,5 point; Totalement dépendant: 0 point)
	Transfert (Indépendant: 1 point, partiellement dépendant: 0,5 point; Totalement dépendant: 0 point)

Continence (Indépendant: 1 point, partiellement dépendant: 0,5 point; Totalement dépendant: 0 point)

Se nourrir (Indépendant: 1 point, partiellement dépendant: 0,5 point; Totalement dépendant: 0 point)

Echelle de 0 (totalement dépendant) to 6 (indépendant)

IADL scale

(Instrumental activity of daily living)

Se server du téléphone

- Autonome pour appeler à sa propre initiative (1 point)
- Se souvient de quelques N° par cœur (1 point)
- Peut répondre mais pas faire le numéro (1 point)
- Ne se sert pas du téléphone (0 point)

Faire ses courses

- Totalement indépendant (1 point)
- Peut faire des petites courses (0 point)
- Nécessite d'être accompagné (0 point)
- Incapable de faire ses courses (0 point)

Préparer à manger

- Totalement indépendant (1 point)
- Peut préparer si les ingrédients sont fournis (0 point)
- Peut réchauffer des repas préparés (0 point)
- Nécessite que les repas soient servis (0 point)

Faire le ménage

- Autonome sauf pour les tâches lourdes (1 point)
- Peut faire des activités assez légères (faire la vaisselle, faire le lit) (1 point)
- Ne peut maintenir seul un bon niveau acceptable de propreté (1 point)
- A besoin d'aide pour toutes les tâches quotidiennes (1 point)
- Ne participe à rien (0 point)

Linge

- Gère son linge de manière indépendante (1 point)
- Peut gérer les petits vêtements (1 point)
- Totalement dépendant (0 point)

Transports

- Se déplace seul par les transports publics ou avec sa propre (1 point)

- Peut se déplacer en taxi, mais pas les transports en commun (1 point)
- Doit être accompagné pour se déplacer (1 point)
- Transport en taxi ou en voiture mais accompagné (0 point)
- Ne se déplace pas (0 point)

Prise de médicaments

- Est capable de prendre ses médicaments à la bonne heure et à la bonne dose (1 point)
- Prend ses médicaments s'ils sont préparés (0 point)
- Incapable de prendre ses médicaments (0 point)

Gérer son argent

- Indépendant pour gérer le budget, les chèques, les dépenses (1 point)
- Peut gérer les dépenses au quotidien mais a besoin d'aide pour les grosses dépenses (1 point)
- Incapable de gérer son argent (0 point)

Echelle de 0 (totalement dépendant) à 8 (indépendant)

FRAGILITE

Rockwood Clinical Frailty Scale

- 1. Very Fit** – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age
- 2. Well** – People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g. seasonally
- 3. Managing Well** – People whose medical problems are well controlled, but are not regularly active beyond routine walking.
- 4. Vulnerable** – While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being “slowed up”, and/or being tired during the day.
- 5. Mildly Frail** – These people often have more evident slowing, and need help in high order IADLs (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.
- 6. Moderately Frail** – People need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.
- 7. Severely Frail** – Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).
- 8. Very Severely Frail** – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.

9. Terminally III - Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy

Déclin cognitif

IQCODE-R

Comparativement à il y a dix ans : Comment jugeriez-vous les capacités du patient pour :

1. Se souvenir de certains renseignements concernant la famille et les proches, par exemple leur profession, leur date d'anniversaire, leur adresse
2. Se souvenir d'évènements qui se sont produits récemment
3. Se souvenir de conversations récentes, quelques jours plus tard
4. Se rappeler son adresse et son numéro de téléphone
5. Se rappeler le jour et le mois en cours
6. Se rappeler où sont généralement rangées les choses
7. Se rappeler où trouver des objets rangés à des endroits inhabituels
8. Savoir comment utiliser des appareils ménagers familiaux
9. Apprendre à utiliser de nouveaux objets ou appareils ménagers dans la maison
10. Apprendre des nouvelles choses en général
11. Suivre une histoire dans un livre ou à la télévision
12. Prendre des décisions concernant les problèmes du quotidien
13. Gérer son argent pour faire ses achats
14. Gérer ses finances personnelles (p. ex. : payer les comptes, faire des retraits à la banque)
15. Gérer d'autres problèmes arithmétiques du quotidien, par exemple savoir quelle quantité d'aliments acheter, savoir combien de temps s'est écoulé entre les visites d'amis/membres de la famille
16. Utiliser son intelligence pour comprendre ce qui se passe, utiliser ses capacités de réflexion et être capable de raisonner

Informant questionnaire on cognitive decline in the elderly short form

Chaque item est coté de 1 à 5.

1 : Beaucoup mieux ; 2 Un peu mieux ; 3 Aucun changement, 4 : Un peu moins bien ; 5 Beaucoup moins bien

QUALITE DE VIE

SF12

Questionnaire de qualité de vie

Short Form 12

En général, diriez-vous que votre santé est :

Excellente ; Très bonne ; Passable ; Mauvaise

Les questions suivantes portent sur les activités que vous pourriez avoir à faire au cours d'une journée normale. Votre état de santé actuel vous limite-t-il dans ces activités? Si oui, dans quelle mesure?

Dans les activités modérées comme déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux quilles ou au golf

Mon état de santé me limite beaucoup, me limite peu, ne me limite pas du tout

Pour monter plusieurs étages à pied

Mon état de santé me limite beaucoup, me limite peu, ne me limite pas du tout

Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous eu l'une ou l'autre des difficultés suivantes au travail ou dans vos autres activités quotidiennes à cause de votre état de santé physique ?

Oui ; Non

Avez-vous accompli moins de choses que vous l'auriez voulu?

Oui ; Non

Avez-vous été limité(e) dans la nature de vos tâches ou de vos autres activités?

Oui ; Non

Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous eu l'une ou l'autre des difficultés suivantes au travail ou dans vos autres activités quotidiennes à cause de l'état de votre moral (comme le fait de vous sentir déprimé(e) ou anxieux(se))?

Avez-vous fait votre travail ou vos autres activités avec moins de soin qu'à l'habitude?

Oui ; Non

Au cours des quatre dernières semaines, dans quelle mesure la douleur a-t-elle nui à vos activités habituelles (au travail comme à la maison)?

Pas du tout ; un peu ; moyennement ; beaucoup ; énormément

Ces questions portent sur les quatre dernières semaines. Pour chacune des questions suivantes, donnez la réponse qui s'approche le plus de la façon dont vous vous êtes senti(e). Au cours des quatre dernières semaines, combien de fois :

Vous êtes-vous senti(e) plein(e) d'entrain (de peps)?

Tout le temps ; la plupart du temps ; souvent ; quelquefois ; rarement ; jamais

Avez-vous eu beaucoup d'énergie?

Tout le temps ; la plupart du temps ; souvent ; quelquefois ; rarement ; jamais

Vous êtes-vous senti(e) si déprimé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral?

Au cours des quatre dernières semaines, dans quelle mesure votre état physique ou moral a-t-il nui à vos activités sociales habituelles (famille, amis, voisins ou autres groupes)?

Tout le temps ; la plupart du temps ; parfois ; rarement ; jamais

CHARGE POUR LES AIDANTS

Zarit

1. Sentez-vous que votre parent vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ?
2. Pensez-vous que vous n'avez pas assez de temps pour vous-même parce que vous le consacrez à votre parent ?
3. Vous sentez vous surmené parce que vous vous occupez de votre parent alors que vous affrontez en même temps d'autres responsabilités familiales ou sociales ?
4. Etes-vous gêné par le comportement de votre parent ?
5. Etes-vous irrité quand votre parent est près de vous ?

6. Sentez-vous que votre parent a souvent une influence négative sur vos relations avec les autres membres de votre famille ou avec vos amis ?
7. Avez-vous peur pour l'avenir de votre parent ?
8. Pensez-vous que votre parent est à votre charge ?
9. Vous sentez-vous tendu auprès de votre parent ?
10. Pensez-vous que votre santé est touchée du fait de votre engagement auprès de votre parent ?
11. Pensez-vous que vous n'avez pas autant d'intimité que vous le désireriez en présence de votre parent ?
12. Pensez-vous que votre vie sociale ait été affectée depuis que vous vous occupez de votre parent ?
13. Vous sentez-vous mal à l'aise à cause de votre parent pour recevoir des amis ?
14. Pensez-vous que votre parent semble attendre de vous que vous vous occupiez de lui comme si vous étiez la seule personne capable de le prendre en charge ?
15. Pensez-vous que compte tenu de vos autres frais que vous n'avez pas assez d'argent pour vous occuper de votre parent ?
16. Pensez-vous que vous n'allez pas pouvoir vous occuper plus longtemps de votre parent ?
17. Sentez-vous avoir perdu la maîtrise de votre propre vie depuis la maladie de votre parent ?
18. Souhaitez-vous que quelqu'un d'autre puisse prendre en charge votre parent ?
19. Croyez-vous qu'il n'y a rien à faire pour votre parent ?
20. Croyez-vous que vous devriez faire plus pour votre parent ?
21. Pensez-vous que vous pourriez vous occuper mieux de votre parent ?
22. En somme, ressentez-vous une lourde charge en vous occupant de votre parent ?

Pour chaque question : Jamais ; parfois ; assez souvent ; presque tout le temps

Table 2: Questions à se poser pour la prise en charge d'un patient âgé dans un service de réanimation

Discussion d'admission

Recherche des directives anticipées

Interroger le patient et son entourage sur le type de prise en charge souhaité

Estimer le bénéfice attendu d'une admission en réanimation

Caractériser l'état de base du patient

Age

Etat fonctionnel

Etat nutritionnel

Etat cognitif

Comorbidités

Conditions à l'admission :

Type d'admission: programmée ou non

Motif

Sévérité

Définir un plan de traitement

En situation d'incertitude, proposer une admission avec une réévaluation systématique à distance (conférence de famille)

Pendant le séjour en réanimation

Réévaluer le niveau de traitement en fonction de

Réponse au traitement initial

Informations supplémentaires recueillies auprès de la famille, des proches, du médecin traitant

Discuter de limitation et/ou arrêt de traitement

Vigilance sur les médicaments en particulier les hypno-sédatifs

Procédures de sortie

Décider du jour de sortie

Discuter le meilleur service d'aval

Prévoir la possibilité ou non d'une réadmission en cas de dégradation secondaire

Devenir à long-terme

Travailler en collaboration avec les collègues gériatres pour le suivi

Envisager la charge pour les aidants