



ENJEUX ÉTHIQUES DE LA CHIRURGIE EN URGENCE CHEZ LA PERSONNE AGÉE

Jeudi 14 décembre 2023 - de 12h30 à 13h30

Synthèse

Intervenants :

- **Alban Chantegret** : Médecin urgentiste, CHU de Dijon
- **Séverine Koeberlé** : Gériatre, Membre du Conseil d'Orientation de l'EREBFC ;
- **Pablo Ortega Deballon** : PU-PH en Chirurgie Viscérale et Digestive, CHU de Dijon;

Animateur :

- **Jean-Pierre Quenot** : PU-PH en réanimation CHU de Dijon, Co-président de l'EREBFC.

Propos introductifs

La survenue chez des personnes âgées d'une pathologie chirurgicale aiguë mettant en jeu le pronostic vital n'est pas rare. En général, ces patients sont admis via une Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) et arrivent au service d'accueil et d'urgence de l'hôpital.

La prise en charge initiale va consister à faire un diagnostic en s'aidant des signes cliniques présentés par le patient, mais également des examens biologiques et d'imagerie (scanner en général). Puis, il sera débuté un traitement « intensif » pour traiter une éventuelle défaillance d'organe (remplissage vasculaire, oxygène, antibiotiques...) et soulager le patient. Une fois le diagnostic d'urgence chirurgicale établi, le médecin en charge du patient aux urgences va contacter le chirurgien pour discuter de l'indication opératoire mais également de la pertinence de cette indication au vu du contexte général du patient (âge, comorbidités, parcours de soin, trajectoire de vie, souhaits exprimés par le patient concernant l'éventualité d'une situation de fin de vie). Le médecin réanimateur, mais également le gériatre, peut aider à éclairer la décision opératoire et les conséquences pour le patient de celle-ci.

Cependant, au vu de l'urgence de la situation clinique, ce processus de discussion entre plusieurs spécialistes mais aussi, quand cela est possible, avec le patient, les proches et les médecins référents devra être réalisé dans un temps relativement court pour aboutir à une décision. Ainsi, comment éclairer au mieux, en contexte d'urgence vitale, une décision opératoire chez une personne âgée ? Comment mobiliser les médecins spécialistes et les proches dans le processus décisionnel ? Quels sont les repères éthiques à considérer dans cette situation clinique ?

Explicitation de la problématique

Dès le premier contact avec la régulation médicale par téléphone du SMUR, la difficulté est de bien poser l'indication d'admettre ou non un patient âgé à l'hôpital. En effet, pour décider de faire venir un patient sur le plateau technique, la régulation médicale du SMUR a besoin d'informations pertinentes et fiables pour connaître la volonté du patient et son éligibilité médicale et/ ou chirurgicale à une opération. Or, à ce stade, il est souvent difficile de recueillir celles-ci (problèmes liés à la tenue des dossiers médicaux, difficulté de prise

de contact avec la personne de confiance, etc.), d'autant que ce premier contact a lieu le plus souvent avec un professionnel paramédical et non médical ; le médecin coordonnateur de l'EHPAD n'est pas souvent accessible et le médecin régulateur n'a pas le patient sous les yeux (la visio en régulation médicale est en cours de développement). Après évaluation, il est possible d'admettre le patient soit via le service des urgences, soit via une filière de soins spécifiques, ce qui permet, en général, de réduire le nombre d'examens complémentaires mais également la durée d'hospitalisation.

Habituellement, les patients arrivent en situation d'urgence avec peu d'informations sur leur état de santé et leur trajectoire de vie, ce qui génère une grande part d'incertitude quant à la décision à prendre concernant une intervention chirurgicale. Durant ce webinaire, nos interrogations ont plus particulièrement porté sur les interventions chirurgicales liées à la péritonite¹, l'occlusion intestinale² ou encore de l'ischémie mésentérique³ (75 à 90% de mortalité dans le premier mois chez les personnes âgées). Ce questionnement d'opérer ou non un patient dans ce contexte survient généralement pour des patients âgés de 80 ans et est très prégnant pour les patients de 90 ans, surtout si ceux-ci présentent des comorbidités (par exemple, insuffisance rénale chronique ou diabète).

Dans ces situations d'opération chirurgicale en urgence, il semblerait que certaines comorbidités soient davantage prises en compte comme les troubles cognitifs. Aussi, des comorbidités spécifiques doivent-elles inquiéter plus que d'autres ?

La décision d'opérer engendre un engagement massif des équipes soignantes et une potentielle réanimation pour le patient avec des résultats incertains questionnant les professionnels de santé qui se sentent démunis ; un sentiment renforcé par le contexte d'urgence avec un pronostic engagé ne permettant pas le temps de la réflexion. Enfin, les discussions entre les différents interlocuteurs peuvent amener à des réponses différentes entre ceux qui veulent et ceux qui ne veulent pas que le patient soit opéré.

Particularités de la personne âgée

Les volontés du patient

Dans ces situations d'urgences chirurgicales, une dérogation au consentement du patient peut être appliquée. Il est possible de rechercher l'existence de Directives Anticipées (DA) ou de rechercher les souhaits du patient via sa personne de confiance. Or, les DA du patient sont souvent indisponibles, ou bien elles ne permettent pas d'aider à prendre une décision. Pour l'illustrer, nos intervenants prennent l'exemple de certaines DA sur lesquelles il est écrit « pas d'acharnement thérapeutique », une mention qui n'est pas aidante puisque l'interdiction de l'obstination déraisonnable est déjà inscrite dans la loi Léonetti du 22 avril 2005. Ils insistent alors sur la nécessité de rédiger ces DA en questionnant le patient sur les conditions dans lesquelles sa vie n'aurait plus de sens et non pas sur des actes techniques médicaux. L'absence de réflexion à propos des DA démontre la difficulté d'aborder sa propre fin de vie.

Concernant la qualité de vie du patient, plusieurs échelles existent, comme la SF 36, mais elles ne seraient qu'un indicateur et non une vérité certaine. Par exemple, un patient avec des troubles cognitifs estimera qu'il

¹ La péritonite est une inflammation aiguë du péritoine qui est la membrane qui recouvre les viscères et les parois de la cavité abdominale. Elle constitue une urgence médico-chirurgicale car elle peut rapidement dégénérer en septicémie en raison de la grande vascularisation du péritoine. [Source : Elsan Care, « Péritonite », consultable sur :

<https://www.elsan.care/fr/pathologie-et-traitement/maladie-digestive/peritonite-definition-causes-traitements>]

² L'occlusion intestinale désigne un arrêt du transit intestinal dû à un blocage d'origine mécanique ou fonctionnel. Ce blocage ne permet plus aux aliments, aux liquides mais aussi aux gaz de circuler normalement dans l'intestin. [Source : Elsan Care, « Occlusion intestinale », consultable sur : <https://www.elsan.care/fr/pathologie-et-traitement/maladie-digestive/occlusion-intestinale-definition-causes-traitements>]

³ L'ischémie mésentérique aiguë est un blocage soudain du flux sanguin vers une partie des intestins, qui peut entraîner une gangrène et une perforation (plaie perforante). [Source : PARSWA A., « Ischémie mésentérique aiguë », Le Manuel MSD (en ligne), 2023. Consultable sur : <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-digestifs/urgences-gastro-intestinales/ischemie-mesenterique-aigue>]

a une très bonne qualité de vie parce qu'il est anosognosique, c'est-à-dire qu'il est en incapacité de reconnaître ses troubles. Or, lorsqu'on interroge la famille ou la personne de confiance désignée sur ce qu'elle pense que le patient aurait dit s'il avait pu s'exprimer, elle répond souvent de son propre point de vue. Ainsi, la responsabilité de la personne de confiance n'est pas très bien abordée. Les intervenants insistent sur l'importance d'avoir une réflexion en amont de l'entrée en EHPAD, lorsqu'il n'y a pas d'altération de l'autonomie, avec la personne âgée pour avoir des DA de « qualité », c'est à dire qui représentent véritablement les souhaits du patient.

Le concept de fragilité

Les personnes âgées ont une espérance de vie réduite avec souvent des comorbidités présentes et des capacités physiologiques différentes. Elles ont moins de ressources et donc un risque plus important lors d'un acte chirurgical avec un statut fonctionnel qui peut être très altéré en post-opératoire.

Il est possible d'estimer l'espérance de vie de son patient de façon chronique en dehors d'une situation aiguë, grâce notamment au site internet *e-prognosis* qui permet d'évaluer à un an l'espérance de vie d'un patient. Il intègre le statut fonctionnel et la plupart des pathologies et estime un pourcentage de chance que le patient soit encore vivant dans un an. Le chiffre obtenu est souvent nettement inférieur à ce qu'on aurait imaginé en terme de mortalité car les professionnels du soin surestiment complètement les chances de récupération du patient.

Par exemple, les troubles cognitifs sont issus d'une maladie neurologique évolutive qui entraînera le décès du patient. Un patient avec des troubles cognitifs ne pourra pas, par exemple, appliquer une rééducation suite à une opération (troubles de la déglutition, de la marche et de la coordination) ni une observance des traitements, surtout s'il est isolé. Il est donc primordial pour le praticien de connaître les conditions de vie du patient (situation géographique, services médicaux mobilisables).

Aussi, lors de la pandémie Covid-19, il a été dit que les personnes âgées avaient subies une perte de chance car elles n'ont pas pu bénéficier de la réanimation. Mais, ne pas réanimer, ne signifie pas que l'on abandonne le patient et qu'on arrête les soins. Au contraire, réanimer ne signifie pas vivre mais parfois survivre pour quelques semaines dans des conditions perçues très négativement par certains patients. Réanimer est un acte très coûteux en énergie pour lequel tous les patients n'ont pas forcément les ressources. Cette réanimation pouvant aboutir à des situations de handicap qui vont être tellement importantes que certains patients auraient préférés mourir.

Ainsi, l'âgisme, la discrimination contre les personnes âgées n'est pas appropriée. Il faut plutôt s'interroger sur la fragilité de la personne âgée rendant ou non une opération ou une réanimation pertinente.

En effet, le concept de fragilité semble être le plus pertinent pour aider à la décision d'opérer ou non ces personnes dans une situation d'urgence. Il s'agit de connaître les ressources que la personne âgée va pouvoir déployer dans ce contexte chirurgical avec un pronostic vital engagé pour savoir si la chirurgie permettra un retour à l'état de santé antérieur du patient.

Afin d'évaluer cette fragilité, il existe plusieurs échelles dont le CFS (Clinical Frailty Scale) qui permet de caractériser au mieux le niveau de ressources à allouer en soins intensifs⁴.

Par exemple, un patient avec un canal lombaire étroit et un périmètre de marche extrêmement restreint va probablement finir sa vie en fauteuil roulant et un séjour en réanimation provoquerait vraisemblablement ce passage au fauteuil roulant plus rapidement.

Il semble alors nécessaire de former chaque professionnel de soin à ce concept de fragilité plutôt que de se baser uniquement sur des scores ou des échelles. En effet, il est important de s'emparer de ce concept pour une aide à la décision d'opérer même lorsqu'on est seul, la nuit ou le week-end.

Enfin, chaque patient est unique et donc la question est à se poser individuellement pour évaluer les ressources de chaque patient (environnement disponible, comorbidités...) et permettre le juste soin. Or, la médecine actuelle se focalise sur les statistiques avec une approche plutôt collective. Il y a des filières qui se

⁴ <https://www.maeker.fr/egs/fragilite/cfs>

spécialisent dans beaucoup de pathologies qui ne sont pas adaptées à des prises en charge pour des patients vulnérables qui mériteraient beaucoup plus d'attention dans notre système de soins.

L'anticipation de ces situations

Il existe au niveau des urgences pour certaines pathologies, une traçabilité pour les patients dits remarquables⁵ mais qui ne concernent pas que la gériatrie et pas pour tous les patients. Dans la plupart des cas, l'accessibilité aux dossiers médicaux en contexte d'urgence est très difficile pour les différents professionnels, même ceux présents dans les établissements d'hébergement des personnes âgées (pas d'accès aux dossiers ou ne connaissent pas le patient ...). Les informations sont parfois discordantes et se perdent, mettant à mal la bonne orientation du patient. Il semble alors important d'insister sur la bonne tenue des dossiers médicaux des patients pour retrouver l'expression de leurs volontés, leur niveau d'autonomie et évaluer leur fragilité.

Nos intervenants esquissent l'idée de pouvoir définir le projet de soin pour les patients, en amont d'une chirurgie en urgence ou d'une admission en réanimation, en prenant connaissance du niveau de soin afin de définir les supports et les ressources (organiques, familiales) pouvant être mobilisés.

Ils ajoutent que la création d'une fiche unique indiquant le niveau de soin du patient intégrant sa fragilité serait précieuse dans l'anticipation de ces situations. Une réflexion sur cette fiche pourrait être menée pour permettre de définir un niveau de soin plus rapidement et aider à la prise de décision. En effet, quand le patient est à l'hôpital il devient très compliqué de prendre cette décision de manière objective (arguments personnels, juridiques, pression entre soignants.)

Actuellement, il n'existe pas d'outils qui permettent ce repérage précoce des niveaux de soins pour les personnes âgées. Les infirmières formées à la gériatrie sont compétentes pour faire ce dépistage et le repérage de cette fragilité.

Conclusion

Pour éclairer au mieux les décisions d'opérer ou non un patient âgé en situation d'urgence notamment lorsque le pronostic fonctionnel ou vital est incertain, il est très important d'anticiper dans le parcours de soin cette éventualité en tenant compte des souhaits des patients et de son niveau de fragilité.

⁵ <https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/5837/download?inline>