

Synthèse du café éthique – 09/10/2026 – Centre de documentation IRF

« L'âgisme en soins critiques : une discrimination silencieuse ? » -

Présentation J. Bouvet-Servais interne en réanimation



CHU DE REIMS

INSTITUT RÉGIONAL
DE FORMATION
CHU DE REIMS

EREGÉ
Espace de Réflexion Éthique Grand Est

Café Éthique
Octobre 2026

Présentation par Jeanne Bouvet-Servais interne en réanimation
L'âgisme en soins critiques : une discrimination silencieuse ?
Animé par Angélique Maquart-Letourneau, Coordonnatrice de la démarche éthique du CHU de Reims et Amandine Andruchiw, Coordinatrice du site d'appui Champardenais de l'EREGÉ

Ouvert à tous !

Vendredi 9 octobre 2026 de 12h30 à 13h15

Centre de documentation
Institut Régional de Formation - 1er étage

Renseignements :
bibliotheque@chu-reims.fr / 03 26 78 75 85

Rejoignez nous sur    

www.chu-reims.fr

1. Définition de l'âgisme et enjeux actuels

L'âgisme désigne les stéréotypes, les préjugés et les discriminations liés à l'âge. Il peut concerner les personnes âgées, considérées à tort comme incapables d'accomplir certaines activités ou d'occuper certaines fonctions, mais aussi les personnes plus jeunes, jugées insuffisamment expérimentées ou compétentes.

Ce sujet est particulièrement important dans le domaine de la santé, car l'allongement de l'espérance de vie ne signifie pas nécessairement une augmentation de l'espérance de vie en bonne santé. L'objectif des soins est donc de préserver autant que possible la qualité de vie, l'autonomie et la dignité des patients.

Il n'existe pas de définition universelle de la personne âgée :

- L'Organisation mondiale de la santé (OMS) retient généralement le seuil de 60 ans.
- La Haute Autorité de santé (HAS) peut notamment utiliser le seuil de 75 ans dans certains contextes de soins.
- En pratique, l'âge chronologique ne suffit pas à déterminer l'état de santé, l'autonomie ou les capacités d'une personne.

L'âgisme peut influencer les décisions médicales, notamment l'admission en réanimation. Il est donc essentiel de sensibiliser les professionnels de santé à leurs propres préjugés et aux biais cognitifs qui peuvent affecter leur jugement.

2. Premier cas clinique : Madame X., 78 ans

Madame X., âgée de 78 ans, est admise en réanimation après une chute dans les escaliers ayant provoqué un traumatisme crânien grave. Elle était auparavant autonome, active, sans antécédents médicaux importants et impliquée dans la vie familiale.

Le scanner révèle un hématome cérébral important. Les neurochirurgiens ne proposent pas d'intervention, en invoquant notamment le pronostic défavorable associé à son âge et le risque élevé de séquelles.

L'équipe de réanimation met en place un traitement médical maximal de l'hypertension intracrânienne, tout en limitant certaines thérapeutiques invasives. Cette décision est prise de manière collégiale, en tenant compte des souhaits présumés de la patiente, rapportés par son mari.

Malgré les soins, son état neurologique ne s'améliore pas. Les examens pronostiques sont défavorables et la patiente évolue vers la mort encéphalique. Sa famille aborde spontanément la question du don d'organes. Plusieurs organes et tissus peuvent être prélevés, permettant à la famille de donner un sens à cette fin de vie.

Enseignements principaux :

- L'âge ne doit pas être le seul critère de décision médicale.
- L'autonomie antérieure, les comorbidités, la gravité de la pathologie et les chances de récupération doivent être évaluées.
- Les souhaits du patient doivent être recherchés, même en l'absence de directives anticipées.
- Il faut éviter à la fois la discrimination liée à l'âge et l'obstination déraisonnable.
- Même lorsque la guérison n'est plus possible, l'accompagnement, la dignité et le confort du patient doivent rester prioritaires.

Ce cas soulève également la question d'un éventuel âgisme paternaliste : vouloir protéger une personne âgée de souffrances supplémentaires peut sembler bienveillant, mais cette attitude risque de limiter ses possibilités sans tenir suffisamment compte de ses souhaits.

3. Deuxième cas clinique : Monsieur Y, 92 ans

Monsieur Y, résident en EHPAD depuis cinq ans, présente une détresse respiratoire fébrile liée à une infection par le Covid-19. Il souffre de plusieurs maladies chroniques, notamment d'une maladie coronarienne, d'une insuffisance cardiaque, d'une hypertension et d'un diabète équilibré.

Malgré ses pathologies, il conserve une certaine autonomie : il se déplace avec un déambulateur, participe aux repas collectifs et joue régulièrement à la belote. Il ne présente pas de troubles neurocognitifs connus et exprime un souhait précis : pouvoir rencontrer son arrière-petite-fille.

Un jeune réanimateur décide de l'admettre en réanimation. Le traitement repose sur des techniques de soutien respiratoire non invasives, conformément à la volonté du patient de ne pas être intubé.

Le lendemain, un autre réanimateur remet en question cette admission, estimant que l'âge et les comorbidités du patient rendent la prise en charge déraisonnable.

Finalement, l'état de Monsieur Y s'améliore rapidement grâce aux traitements non invasifs. Il sort de réanimation après environ une semaine et rencontre son arrière-petite-fille quelques semaines plus tard.

Enseignements principaux :

- L'âge avancé et les comorbidités ne signifient pas automatiquement qu'un patient ne peut pas bénéficier de soins intensifs.
- L'autonomie, les capacités cognitives, les projets personnels et les souhaits du patient doivent être pris en compte.
- Une réanimation d'attente peut être envisagée dans certaines situations : les traitements sont instaurés, puis la situation est réévaluée après un délai défini.
- Les décisions médicales doivent rester individualisées et réévaluées en fonction de l'évolution clinique.
- Il est important de ne pas laisser les expériences négatives passées déterminer systématiquement les décisions présentes.

Ce cas illustre le risque de biais cognitifs, notamment le pessimisme lié à l'âge, le statut de résident en EHPAD ou les souvenirs d'expériences antérieures difficiles, comme les décès de patients âgés pendant la pandémie de Covid-19.

4. Les principaux critères à prendre en compte en réanimation

La décision d'admettre ou non une personne âgée en réanimation doit reposer sur une évaluation globale, et non sur son seul âge.

Les critères essentiels sont :

- L'état de santé antérieur : maladies chroniques, comorbidités et état nutritionnel.
- L'autonomie : capacité à réaliser les activités de la vie quotidienne et niveau d'indépendance fonctionnelle.
- Les fonctions cognitives : présence éventuelle de troubles neurocognitifs préexistants.
- La pathologie aiguë : gravité, réversibilité et possibilités thérapeutiques.
- Le pronostic : chances de survie et conséquences fonctionnelles potentielles.
- Les souhaits du patient : directives anticipées, personne de confiance et préférences concernant les traitements.
- Le contexte de soins : disponibilité des ressources, tension sur les lits et nécessité d'une répartition juste des moyens.

La décision doit être collégiale, argumentée et réévaluée régulièrement. En situation de limitation thérapeutique, il reste indispensable de garantir des soins de confort et un accompagnement adapté.

5. Les biais cognitifs et les inégalités d'accès aux soins

L'âgisme peut être inconscient. Plusieurs biais sont susceptibles d'influencer les décisions médicales :

- Le biais de pessimisme, qui conduit à sous-estimer les chances de récupération d'une personne âgée.
- Le biais de confirmation, qui pousse à interpréter une situation en fonction d'expériences antérieures négatives.
- Les stéréotypes associés à l'EHPAD, parfois assimilé à tort à une perte totale d'autonomie.
- Le recours à l'âge comme critère rapide de tri lorsque les ressources médicales sont limitées, notamment en période de crise sanitaire.

Ces biais peuvent entraîner des différences de prise en charge et compromettre l'égalité d'accès aux soins.

L'âgisme peut également être intériorisé par les personnes âgées elles-mêmes. Certaines finissent par penser qu'il est inutile de solliciter des soins en raison de leur âge, ce qui peut les conduire à renoncer à demander de l'aide.

6. Le rôle des professionnels de santé

Les professionnels ont un rôle essentiel dans la prévention de l'âgisme. Ils doivent notamment :

- Se former au vieillissement, à la fragilité et à l'évaluation de l'autonomie.
- Interroger leurs représentations et leurs pratiques professionnelles.
- Échanger avec le patient et ses proches avant que la situation ne rende la communication impossible.
- Respecter les souhaits du patient et favoriser les décisions partagées.
- Éviter l'obstination déraisonnable sans pour autant renoncer prématurément aux soins.
- Assurer une continuité des soins, y compris lorsque l'admission en réanimation n'est pas indiquée.
- Accompagner les équipes des autres services et des EHPAD dans les situations complexes, notamment pour les soins de confort et la fin de vie.

L'hôpital doit rester un lieu d'accueil et d'hospitalité, quel que soit l'âge du patient. Ne pas proposer de traitement invasif ne signifie pas abandonner la personne.

Conclusion

Cette présentation montre que l'âge ne doit jamais constituer, à lui seul, un critère d'admission ou de non-admission en réanimation. La décision doit reposer sur une évaluation individualisée de l'état de santé, de l'autonomie, de la réversibilité de la pathologie, du pronostic et des souhaits du patient.

Les deux cas cliniques illustrent des trajectoires différentes : Madame X. n'a pas pu récupérer malgré les soins, mais sa dignité et les souhaits de ses proches ont été pris en compte jusqu'à la fin de vie ; Monsieur Y. a bénéficié d'une prise en charge adaptée qui lui a permis de retrouver son environnement et de réaliser un projet familial important.

Ces situations rappellent qu'il faut trouver un équilibre entre la lutte contre les discriminations, le respect de l'autonomie, la prévention de l'obstination déraisonnable et la juste répartition des ressources. L'enjeu fondamental est de considérer chaque patient comme une personne singulière, avec son histoire, ses capacités, ses projets et sa propre conception de la qualité de vie, plutôt que de le réduire à son âge ou à ses pathologies.