



48^e
Congrès National
d'Anesthésie et
de Réanimation

Les patients à ne pas admettre en réanimation

Dr Romain Pirracchio
Didier Payen
DAR SMUR Lariboisière
Université Paris VII Diderot
romainpirracchio@yahoo.fr

Cas clinique



- Mme X, 86 ans, détresse respiratoire aiguë.
- ATCD :
 - Démence sénile
 - Insuffisance cardiaque congestive sévère
 - Coronaropathie non évaluée
- Autonomie: vit à domicile, conserve une mobilité avec assistance et nécessite une aide à domicile
- Le bilan initial: choc cardiogénique sur IDM

- La patiente n'est pas capable d'exprimer ses souhaits concernant la prise en charge
- Son entourage ne rapporte aucune volonté clairement énoncée de non-réanimation.
- Il reste 1 lit de libre dans votre unité.

Sondage: que décidez vous ?

- patiente acceptée en réanimation
- patiente refusée en réanimation pour :
 - demande inappropriée
 - « triage »
 - Admission futile
- Votre décision aurait elle été différente si :
 - vous n'aviez plus de lit disponible en réanimation ?
 - l'entourage de la patiente demande fermement son hospitalisation en réanimation ?

Résultats-1

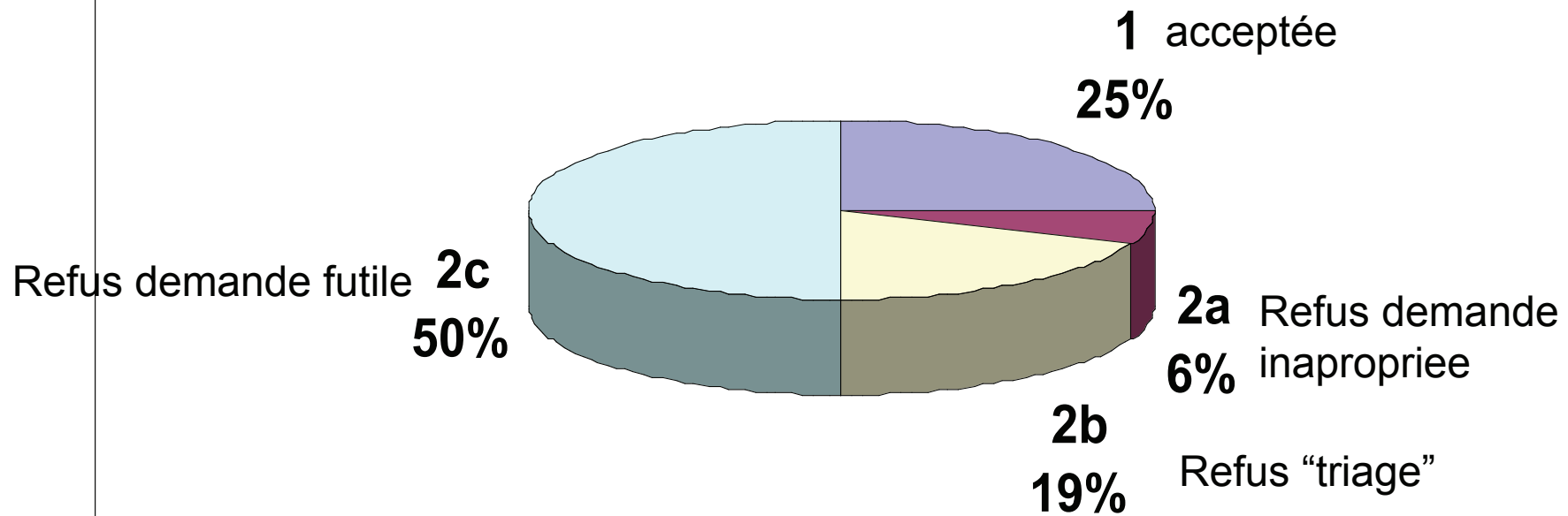
16 réponses

**5 services de réanimation (2 chir –
1 med – 2 poly)**

**5 hôpitaux Ile de France (3 CHU,
1CHG, 1PSPH)**

Interne	1
CCA	2
PH	11
PUPH	1
Urgentiste	1

Résultats-2



Arch Int Med 1995: 82ans, infarctus + OAP. 13,2% d'acceptation

Réponses-3

A decorative graphic consisting of six circles arranged in two rows. The top row has three circles: a solid light blue circle, a white circle with a light blue outline, and a solid light blue circle. The bottom row has three circles: a solid light blue circle, a white circle with a light blue outline, and a solid light blue circle.

- 81% décisions non influencées par le nombre de lit disponible
- 87,5% décisions d'admission en cas d'insistance de la famille

Les ressources



- **Réanimation:**

monitorage et soins des patients présentant une instabilité physiologique sévère nécessitant un suppléance des fonctions vitales

- Les soins de réanimation améliore le pronostic des patients (grade 2)

Sprung et al. Crit Care Med 1999

Joynt et al. Int Care Med 2001

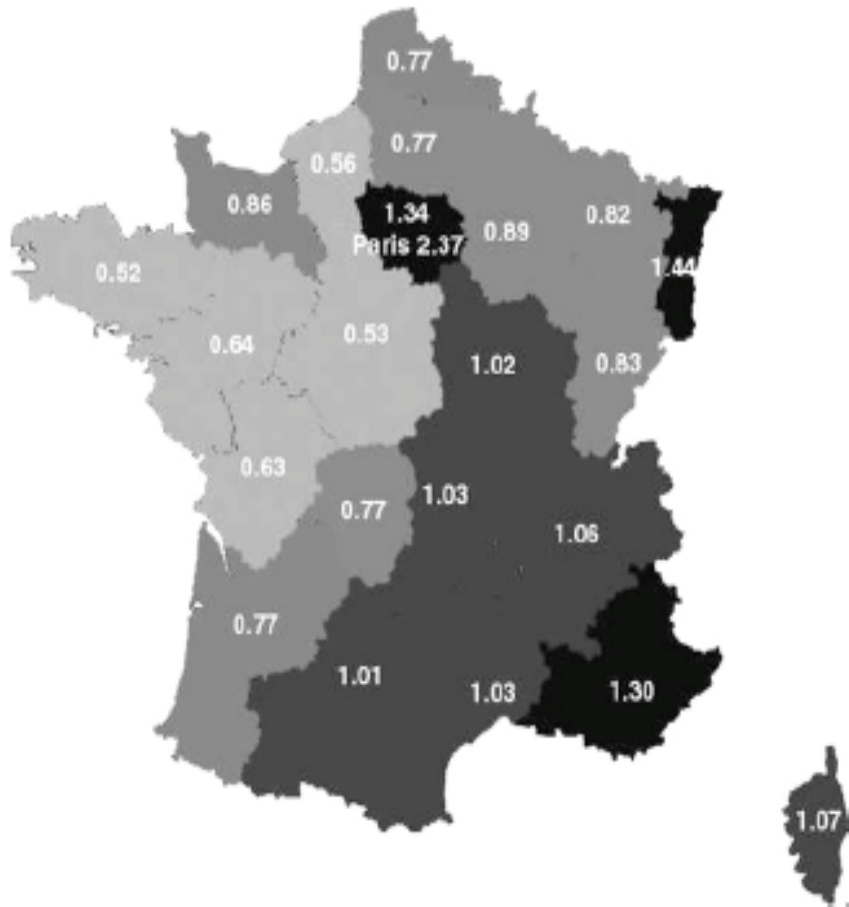
Simchen et al. Crit Care Med 2004

Guidelines for ICU admission, CCM 1999

Les ressources: l'exemple anglais

- Au Royaume Uni: 55-70 lits pour 1 M habitants
- Évaluation des besoins sur 1an pour 500000 hab
- 4058 patients identifiés
- Offre nécessaire pour couvrir >95% de la demande:
 - 30 lits de réanimation par jour
 - 55 lits de soins intensifs par jour
- *Soit 43800 lits/an/2M hab*

Les ressources: France



- **Déséquilibre Paris / Province:**

- Paris: densité médiane: 2,37 lits/ 10000hab

- Île de France: 1,34 lits/10000hab

- Province: 0,54 lits/10000hab

- **Pour 2M hab et DMS de 10j:**

- Paris: 17301 lits/an

- Province: 3942 lits/an

Garrouste-Orgeas et al. Crit Care Med 2005

Peu de données sur les besoins réels en France

Les ressources

ICU Admission Limited by Bed Availability

Country	Generally (%)	Often, Commonly (%)	Sometimes, Uncommonly (%)	(Almost) Never (%)
Austria	4	44	48	4
Belgium	7	34	44	14
France	6	16	55	22
Germany	14	41	35	9
Greece	24	38	38	0
Italy	22	39	28	11
The Netherlands	9	30	50	11
Portugal	54	4	29	13
Scandinavia	7	31	48	13
Spain	6	28	44	22
Switzerland	19	15	54	12
United Kingdom	13	52	27	8

Gestion des ressources

- Idéalement, admission et sortie de réanimation sont dictées par les besoins du patient
- MAIS:
 - demande >> offre ++
 - Contraintes budgétaires: ICU=10% des coûts de santé et 1% du PNB aux USA

Halpern et al. Crit Care Med 1994
Fein. Crit Care Clin 1993

→ ***RATIONNEMENT***

Rationnement



- Définition: « *en situation de pénurie de ressources, choix de l'attribution des soins potentiellement bénéfiques à certains individus, impliquant nécessairement d'en priver d'autres individus* »

Values, Ethics and Rationing in Critical Care (VERICC) Task Force, Crit Care Med 2006

- Influencé par jugement clinique, efficacité clinique attendue, désir du patient et de l'entourage...
- *Non éthique* ou seule façon éthique d'assurer la distribution équitable des ressources ??

Comment rationner ?

- 2 politiques s'affrontent:

- Attribution égalitaire des ressources:

- « first-come, first-served »

ATS statement, AJRRCM 1997

- *Rationalisation:*

*détermination de la prise en charge la + adaptée pour
le patient en fonction de son état et de la
disponibilité des ressources*

SCCM Ethics committee, JAMA 1994

- évaluation des bénéfices à l'admission
- bonne gestion des sorties de réa ++

Recommandations

Importance de la « bonne décision »

- Simchen, Crit Care Med 2004:
 - Screening dans 5 hôpitaux israéliens
 - détermination des patients réanimatoires
 - suivi à 1 mois et comparaison aux patients hospitalisés en réa
 - 49% des patients hospitalisés en réa
 - mortalité plus faible à J3 pour réa ($p=0,018$)
 - pas de bénéfice au-delà de J3

Décisions d'admission/non admission

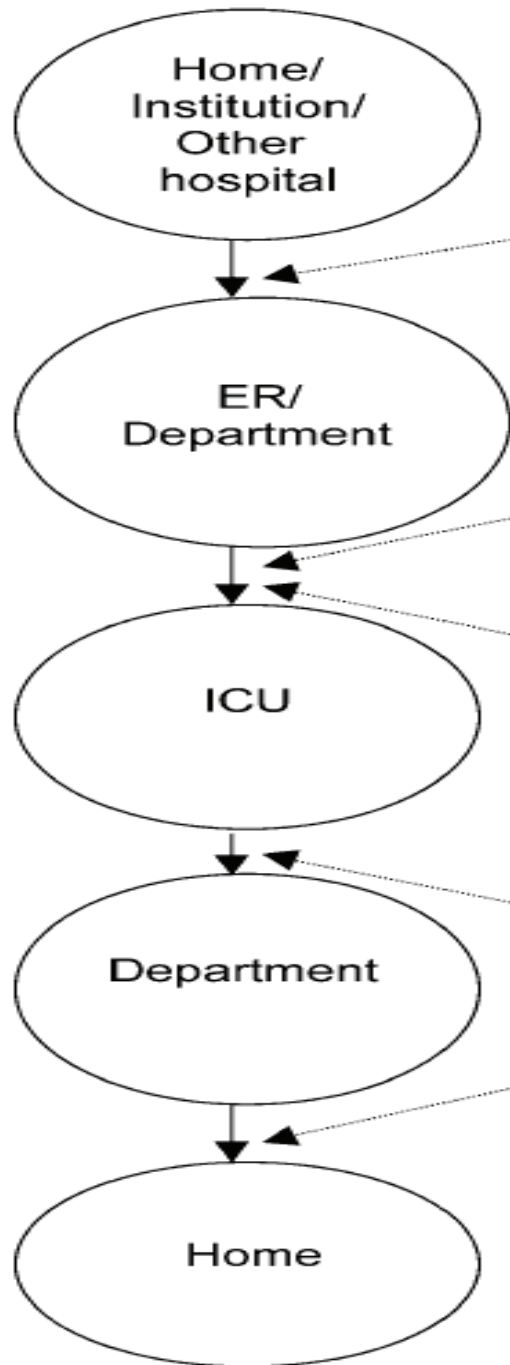
les choix

- Admission
- Non admission: conciliation des 4 *piliers de l'éthique médicale*:

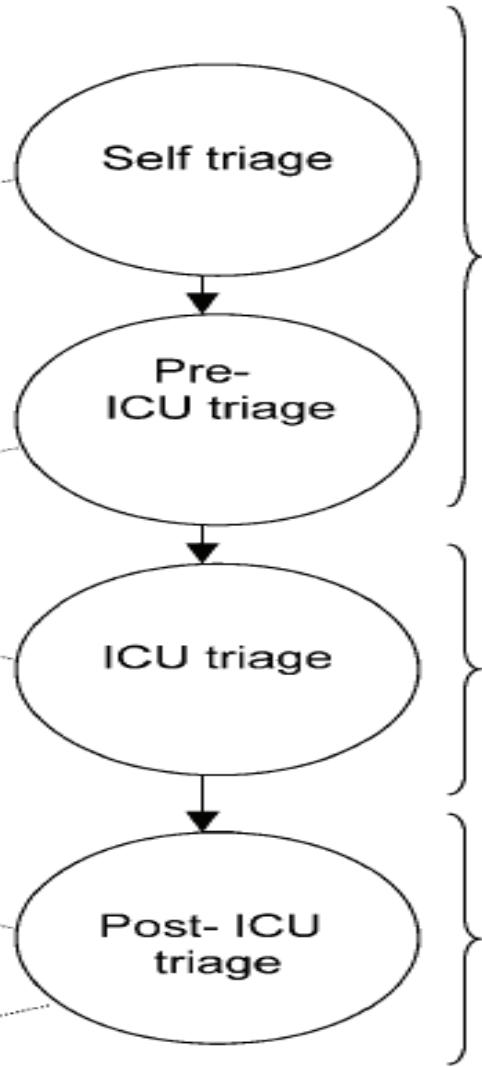
1. **consentement éclairé**
2. « **Beneficence** » → **obligation de moyens**
3. « **non maleficence** »
4. **Justice sociale**

- « too well to benefit »
- « to **Futilité ?** benefit »
- triage: sélection des patients en déterminant pour chacun une **Quels critères ?** priorité relative pour le traitement

TRIAGE CHAIN



ELEMENTS



FLOW LIMITATIONS

Inflow

Resource Availability
Resource Utilisation

Outflow

Triage

Disparités géographiques: Europe

Country	No Hope of Survival for More Than a Few Weeks		Poor Quality of Life According to Physician		Poor Quality of Life According to Patient		Limited Chance of Survival	
	Are Admitted	Should Be Admitted ^a	Are Admitted	Should Be Admitted	Are Admitted ^a	Should Be Admitted ^a	Are Admitted ^a	Should Be Admitted
Austria	73	33	96	82	96	73	85	68
Belgium	63	34	91	75	83	53	83	63
France	88	45	96	81	96	69	90	76
Germany	87	48	99	82	99	79	94	76
Greece	65	18	95	88	100	67	79	65
Italy	80	19	97	80	89	52	94	63
The Netherlands	67	32	100	80	84	53	76	60
Portugal	71	13	96	68	96	64	87	64
Scandinavia	70	33	91	79	80	46	78	60
Spain	55	10	91	69	84	50	84	62
Switzerland	77	44	92	75	69	38	88	68
United Kingdom	69	30	96	84	85	37	79	61

^a $p < .05$ between countries.

Disparités géographiques: Israël et États Unis



-Espérance de vie > 1an et mauvaise qualité de vie perçue par les médecins:

-US: 98% acceptation

-Israël: 94%

-Espérance de vie > 1an et mauvaise qualité de vie perçue par le patient:

-US: 77%

-Israël: 77%

-Espérance de vie quelques semaines:

-US: 54%

-Israël: 70%

Conférence de consensus US

- Principe généraux:
 - Soignants: avocats de leurs patients
 - Restriction équitable
 - Décision de soins: fonction du bénéfice attendu
 - Protocoles locaux
 - Évaluation régulière des pratiques
- Origine ethnique, race, genre, préférences sexuelles, statut social ou financier ne doivent jamais être considérés comme des critères de triage
- Préférences morales ou religieuses peuvent être prises en compte si elles ne s'opposent pas au rationnement

SCCM Ethics Committee. JAMA 1994

SCCM Ethics Committee. Crit Care Med 1999

Conférence de consensus US

Critères proposés

- Modèle intégrant:
 - Diagnostic d'entrée
 - Paramètres paracliniques objectifs
 - Scores de gravité
- Permet de classer le patient dans un groupe de priorité:
 - Groupe 1: patients nécessitant la réa

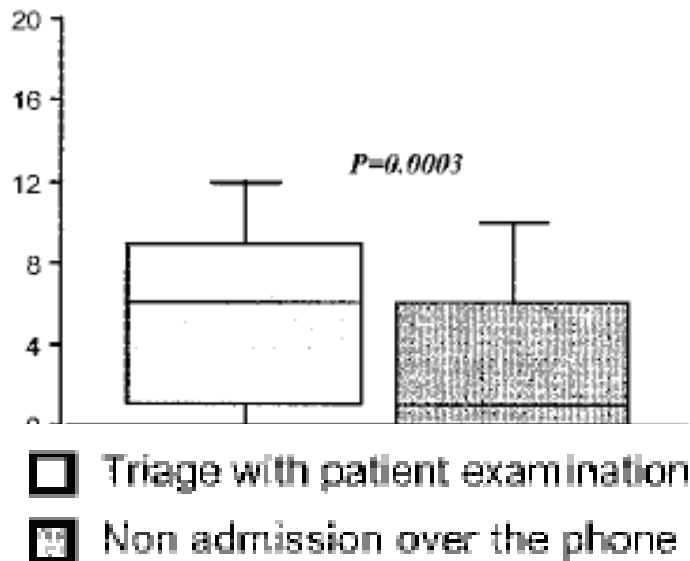
↓

 - Groupe 4: patients non approprié pour la réanimation

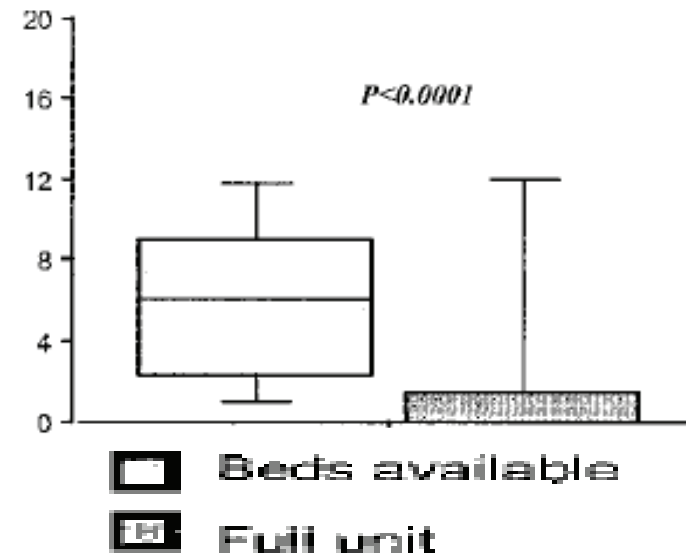
Observance des recommandations en France

- Azoulay et al., Crit Care Med 2001:
 - 26 réa françaises; 1009 patients en 1 mois
 - 283 refus (21,9%)
 - Recommandations: respect de 4 items / 20

Number of recommendations observed



Number of recommendations observed



Causes de refus en France

- Azoulay et al., Crit Care Med 2001:
 - **âge**
 - •Info sur le désir du patient ou de la famille dans 34,4%
- G •Décision collégiale dans 20,8%
- **âge**
- État neuro, dépendance
- Maladie chronique fatale à 1an, cancer métastatique
- Réa pleine

Causes de refus en France

Journal of Intensive Care Medicine 2005

Variables	Odds Ratio for Refusal	95% CI	<i>p</i> Value
Patient totally dependent	14.20	5.27–38.25	<.0001
No bed available	3.16	1.88–5.31	<.0001
Day admission	0.52	0.32–0.84	.008
Phone admission	0.23	0.14–0.40	<.0001
Metastatic cancer	5.82	2.22–15.28	.0003
ICU with >20% refusals	3.81	2.27–6.39	<.0001

95% CI, 95% confidence interval.

une densité de lit 3 fois supérieure à Paris

Causes de refus à l'étranger

- ***Israël***

- **âge**
- unité pleine
- patients non chirurgicaux
- Diagnostic d'entrée

Sprung et al. Crit Care Med 1999

- ***Hong Kong***

- **âge**
- diagnostic d'entrée
- sévérité

Joynt et al. Int Care Med 2001

Age: les données existantes

- Accroissement constant de la proportion de personnes âgées
- En 2025, 25% de la population européenne aura + de 65ans
- Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante:

Droits aux soins : Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme toute autre, accès aux soins qui lui sont utiles.

(Fondation Nationale de Gérontologie, ministère du Travail et des Affaires Sociales, 1996)

Pronostic des sujets âgés

- Somme D, Int Care Med 2003:
 - étude observationnelle sur 410 patients >75ans
 - mortalité en réa identique entre 75-79, 80-84, >85 ans
 - mortalité à 3 mois > 50% et identique dans les 3 sous groupes
- Boumendil A, Int Care Med 2004:
 - 233 patients >80ans
 - Mortalité en réa 19,5%
 - Survie à 2mois: 59%; à 3ans: 29%
 - Autonomie bonne à excellente: 56%

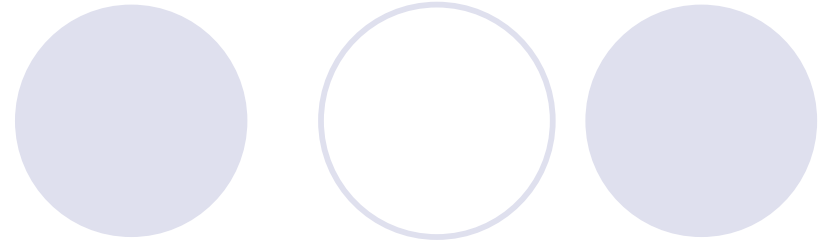
Pronostic des sujets âgés

- Demoule, J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2005:
 - étude cas-témoin: >90ans (n=36) vs <70ans (n=72)
 - intensité de réanimation identique
 - durée d'hospitalisation en réa et totale: NS
 - mortalité en réa: NS
 - tendance à surmortalité hospitalière
- Garrouste-Orgeas, Int Care Med 2006:
 - 180 patients >80ans; **73,3% non admis**
 - Mortalité à 1an:
 - Admis: 70,8% vs Refusés « too sick to benefit »: 87,3%
 - Pas de modification de l'autonomie après séjour en réa



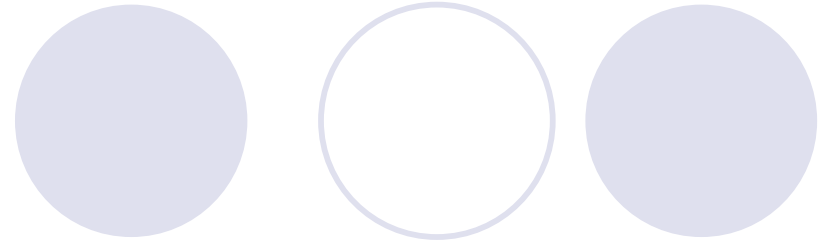
Sprung CL, Bakker J, Kesecioglu J, Edbrooke D, Baras M, Lippert A, Iapichino G, Artigas A, Gurman G, Pesenti A, Cohen S, Hargreaves C, Patroniti N, Pirracchio R, Payen D and the ELIDCUS Study Group





● Objectifs:

- Clarifier les décisions de triage des patients âgés en Europe
- Favoriser l'harmonisation des attitudes européennes vis-à-vis de l'admission en réanimation des sujets âgés
- Score d'admission
- Étude de coûts



- Étude prospective, observationnelle
- 11 réanimations dans 7 pays européens entre Septembre 2003 et Mars 2005.
- Inclusion: tous les patients > 18 ans proposés en réanimation
- Données collectées:
 - heure de tri, heure d'admission en réanimation,
 - SAPS II au moment du tri
 - mortalité à J28



Résultats

- 8472 propositions, **7737 patients**
- 6390 (83%) acceptés en réa, 1347 (17%) refusés

	<u>Accepted</u>	<u>Rejected</u>	<u>Total</u>
Isala	1231 (95%)	66 (5%)	1297
Univ Medic Center	839 (87%)	127 (13%)	966
Hadassah	725 (82%)	160 (18%)	885
Royal Hallamshire	665 (82%)	142 (18%)	807
Herlev	498 (73%)	187 (27%)	685
San Paolo	483 (72%)	187 (28%)	670
Parc Tauli	298 (52%)	272 (48%)	570
Lariboisière	426 (90%)	47 (10%)	473
Soroka	491 (98%)	10 (2%)	501
San Gerardo	442 (90%)	52 (10%)	494
Whittington	292 (75%)	97 (25%)	389
Total	6390(83%)	1347 (17%)	7737



Résultats

- **Age:** 75-84: 20%; ≥85ans: 4%
- **Décision:**

Age	Assenté	SAPS	Refusé	SAPS	Total
18-44	142				
45-64	198				
65-74	150				
75-84	1216 (77%)	40.4 ± 14.7	360 (23%)	41.6 ± 14.1	1576 (20%)
>84	202 (64%)	43.4 ± 14.4	112 (36%)	44.2 ± 13.2	314 (4%)
Total	6390 (83%)	32.2 ± 16.0	1347 (17%)	34.8 ± 15.2	7737 (100%)

• Refus ↗ avec l'âge

• Pas de lien entre SAPS2 et refus

- **Disparités géographiques:**

	refus	75-84	≥85ans
France (Lariboisière)		17%	23%
Israël (Soroka)		2%	3%
Espagne (Parc Tauli)		59%	74%



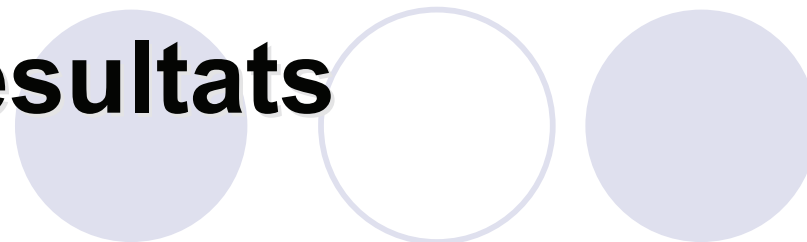
Résultats

		Lived	Died
18 – 44	Accepted	1275 (90%)	148 (10%)
	Refused	168 (88%)	23 (12%)
45 – 64	Accepted	1570 (79%)	411 (21%)
	Refused	261 (75%)	86 (25%)
65 – 74	Accepted	1155 (74%)	413 (26%)
	Refused	219 (65%)	118 (35%)
75 – 84	Accepted	787 (65%)	429 (35%)
	Refused	209 (58%)	151 (42%)
85+	Accepted	116 (57%)	86 (43%)
	Refused	48 (43%)	64 (57%)

Différence porte essentiellement sur les patients classés “too well to benefit”



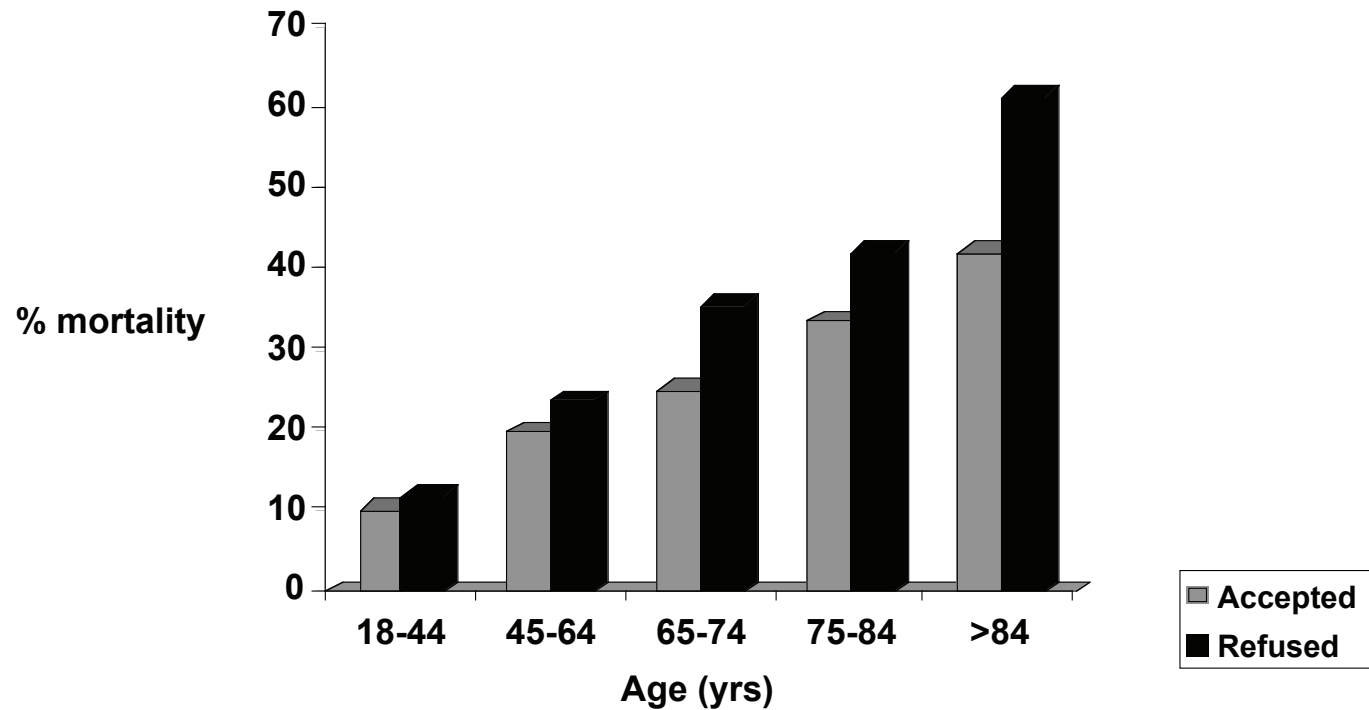
Résultats



	<u>Refusés</u>	<u>SAPS</u>	<u>Réa pleine</u>
Isala	66 (5%)	27.8	34%
University Medical Center	127 (13%)	28.8	76%
Hadassah	160 (18%)	35.0	29%
Royal Hallamshire	142 (18%)	25.5	10%
Herlev	187 (27%)	46.9	3%
San Paolo	187 (28%)	36.1	8%
Parc Tauli	272 (48%)	32.3	6%
Soroka	10 (2%)	35.4	30%
San Gerardo	52 (11%)	33.0	35%
Lariboisiere	47 (10%)	29.7	15%
Whittington	97 (25%)	37.1	54%
Total	1347 (17%)	32.7	22%



28 - DAY MORTALITY BY DECISION AND AGE



Conclusions



- Réalité du rationnement des ressources en réanimation
- Évaluation nécessaire de besoins
- Nécessité d'outils spécifiques et robustes
- L'âge ne doit pas être un critère
- Nécessité de protocoles locaux et d'évaluation régulière des pratiques
- Dans l'attente de critères robustes, une stratégie organisée de « short challenge » pour les patients limites pourrait être une alternative