LE REFUS D'ADMISSION EN UNITÉ DE SOINS INTENSIFS

TH. SOTTIAUX (1), CH. MÉLOT (2)

RÉSUMÉ : Le refus d'admission en Soins Intensifs (USI) est devenu une réalité quotidienne. Le refus est généralement basé sur la notion de "futilité" (pas de bénéfice attendu pour la patient) ou de "triage" (distribution équitable des ressources disponibles). Exceptées les recommandations émises par certaines Sociétés Scientifiques, nous ne disposons pas d'études permettant d'établir des critères objectifs d'acceptation ou de refus d'admission en USI. Les évaluations "sur le terrain" du bénéfice probable de l'USI et de la qualité de vie, tant par le personnel infirmier que l'équipe médicale, peuvent s'avérer peu fiables. Cependant, pour certaines catégories, le refus d'admission peut être associé à une augmentation significative de mortalité. Toute USI devrait développer, en accord avec les différents services de l'Institution, une stratégie et des procédures d'admission et de séjour en USI.

REFUSAL OF ADMISSION IN INTENSIVE CARE UNIT
SUMMARY : Currently, the demand for intensive care (ICU) exceeds supply leading to refuse admission of patients who are judged to be too ill or too well to benefit form ICU. The refusal is justified either by the lack of benefit for the individual patient or on the basis of the "distributive justice" ("triage") concept. Guidelines and objective data regarding the process of refusal are lacking and identification of patient who can really benefit from ICU is extremely difficult. Furthermore, some studies have shown that refusal of admission to the ICU may be associated with an increased risk of mortality. Nurses and doctors appreciation of futility and quality of live are frequently unreliable. Each ICU should develop admission and discharge policies and procedures, in accordance with a team representing medicine, nursing and hospital administration.
KEYWORDS : *Intensive Care Units - Triage - Futility - Admission - Ethics*

INTRODUCTION

Le refus d'admission de patients en Unité de Soins Intensifs (USI) est une réalité quasi-quotidienne. La décision de refus est souvent indépendante du patient : l'âge du médecin, sa spécialité, l'existence d'un "team de triage", le nombre de lits disponibles en USI, le manque de personnel ou de matériel jouent un rôle important dans l'impact décisionnel (1). En ce qui concerne le patient même, le refus est observé essentiellement chez les patients plus âgés, non autonomes avant l'hospitalisation, présentant une pathologie cancéreuse avec métastases et présentant une haute probabilité de décès dans l'année (2-4). Selon la littérature, le taux de refus d'admission en USI varie de 20 à 60% (2,3). On note de grandes différences d'un pays à l'autre, notamment en raison des différences de politiques budgétaires. Ainsi, aux Etats-Unis, 1% du PNB est consacré aux Soins Intensifs, contre 0.05 % en Angleterre. Dans ce pays, le nombre de lits d'USI atteint à peine 1% du nombre de lits hospitaliers totaux (2 à 5% en moyenne en Europe, 3 à 10% aux Etats-Unis) (1). En Belgique, le nombre de lits d'USI s'élève à 3.6 +/- 1% du nombre de lits totaux (enquête du Collège Belge des Médecins de Soins Intensifs, 2002).

Le "manque" de place en USI engendre des situations indésirables telles que sorties prématurées d'USI et transferts nocturnes intra- ou interhospitaliers. Ces situations sont associées à une augmentation de mortalité (5, 6).

(1) Soins intensifs, Clinique Notre-Dame de Grâce, Gosselies.
(2) Soins Intensifs, Hôpital Universitaire Erasme, Bruxelles.

LES RAISONS DE REFUS D'ADMISSION EN USI

Le refus d'admission en USI est, dans une minorité des cas, exprimée par le patient lui-même. La demande d'admission peut également être considérée comme "injustifiée" en raison de la gravité insuffisante de la situation aiguë (pas de défaillance vitale évidente ou pas de menace évidente de défaillance vitale).

Plus souvent, le refus est basé sur la notion de "futilité" ou de "triage".

FUTILITÉ

L'hospitalisation en USI est estimée sans bénéfice pour le patient concerné (principe fondamental d'éthique médicale de bienfaisance et de non malfaisance). L'intérêt personnel du patient est la priorité, indépendamment du niveau de disponibilité de lits en USI. Les démarches diagnostiques et thérapeutiques en USI n'apporteront aucun bénéfice avec, de plus, un risque d'effets indésirables (douleur, inconfort, complications iatrogènes et nosocomiales). La notion de futilité peut être établie sur base physiologique (pas de bénéfice physiologique), sur base de décès imminent (lié à l'affection aiguë), sur base de décès à court terme (co-morbidité : néoplasie dépassée, BPCO terminal, insuffisance hépatique irréversible, décompensation cardiaque sévère) ou encore sur base "qualitative" (future qualité de vie : coma prolongé, vie végétative) (7). Les critères de "futilité" sont plutôt subjectifs. Nous ne disposons d'aucun critère objectif permettant de définir précisément la "futilité de l'USI" pour un patient. Faut-il se baser sur l'expérience médi-

cale personnelle ou plutôt, sur les données de la littérature? Dans une étude récente, 10 % des patients refusés en USI sur base de "futilité" ont survécu et sont rentrés à domicile (2).

TRIAGE

Il s'agit de refuser (ou d'accepter) le patient par rapport à un ordre de priorité, tenant compte non pas de l'intérêt personnel, mais bien de l'intérêt collectif. Le patient est refusé parce que le bénéfice de l'USI sera insuffisant (par rapport à d'autres patients) pour être considéré comme prioritaire. "How limited resources should best be used" (1). Le principe de triage répond donc au principe fondamental d'éthique médicale de "justice distributive".

NOTION DE "PERTE DE CHANCE"

L'implication éthique du refus d'admission en USI est évidente. La potentielle "perte de chance" du patient doit être prise en compte. Le risque relatif de mortalité est de 1.76 pour les patients refusés sur base de triage et de 2.47 pour les patients refusés sur base de futilité (2). Elément très important, dans le groupe des patients à score "moyen" de gravité, le refus d'admission sur base de triage est associé à une augmentation significative de mortalité (risque relatif de 1.95) (2). En Angleterre, on estime à 2.100 le nombre de décès annuels attribuables au refus d'admission en USI (refus pour manque de lits, 60 % des cas; pour manque de personnel, 40 % des cas) (1).

10 à 35 % des patients, initialement refusés, sont finalement acceptés dans l'USI (2, 3, 8). Le patient avait été refusé soit à cause du manque de lit en USI, soit en raison d'une imprécision diagnostique (et pronostique) au cours de la première évaluation. Dans le sous-groupe de patients à index "moyen" de sévérité, admis tardivement (plus de deux jours après la première demande d'admission en USI), on note une augmentation significative de mortalité par rapport aux patients de même gravité admis d'emblée (38 % *versus* 11 %) (8). Les refus "mal ciblés" sont donc grevés d'une surmortalité.

REFUS SUR BASE DE PROBABILITÉ DE DÉCÈS

LES SCORES DE GRAVITÉ

De nombreux "scores" de sévérité sont proposés pour évaluer la gravité de l'affection aiguë et la mortalité probable. Ils ont été établis sur de larges populations de patients bénéficiant de Soins Intensifs (9). Ce sont essentiellement des outils d'évaluation de performance des USI et d'études comparatives. Ils n'évaluent pas la qualité de la vie des patients survivants et doivent être régulièrement réadaptés à l'évolution, dans le temps, de l'environnement USI (10). Ils ne donnent d'indication pronostique "claire" que pour les valeurs extrêmes (basses ou hautes). Ils ne sont donc pas applicables au "cas-par-cas" (une probabilité de décès de 95 % est aussi une chance de survie de 5 %) (10-12). Ces scores sont peu spécifiques (le taux de survie peut être, en réalité, plus élevé que prédit) (11). Ainsi, un patient en coma acido-cétosique sévère peut présenter un score de gravité élevé avec une haute probabilité de décès. On sait, en pratique, que la mortalité de cette pathologie est basse. Une étude a montré que l'évaluation du risque de décès réalisée par le personnel soignant est plus fiable que l'évaluation par un score de gravité (11). Quelle que soit la méthode utilisée, le taux de faux négatifs (on prédit la mort d'un patient qui va survivre à l'USI) varie de 16 à 37 % dans cette étude (11). Ces scores ne peuvent donc pas être utilisés comme critères d'admission ou de refus en USI.

L'ÂGE DU PATIENT

L'âge ne doit pas constituer un critère de refus "a priori". La survie hospitalière évaluée dans un hôpital de Hong-Kong, est, à l'exclusion des patients admis pour arrêt cardiaque, de 76 % pour les patients de moins de 60 ans, 68 % entre 60 et 69 ans, 57 % entre 70 et 79 ans, et 63 % pour les patients de plus de 70 ans (13). L'évaluation de la mortalité à plus long terme a également été examinée (fig. 1).

REFUS SUR BASE DE QUALITÉ DE VIE

Cette notion est évidemment très subjective. Qu'est-ce que le "bonheur de vivre", le "bien-être". Les critères définissant la qualité de vie sont variables d'une étude à l'autre (possibilité d'exécuter les tâches journalières, niveau d'acti-

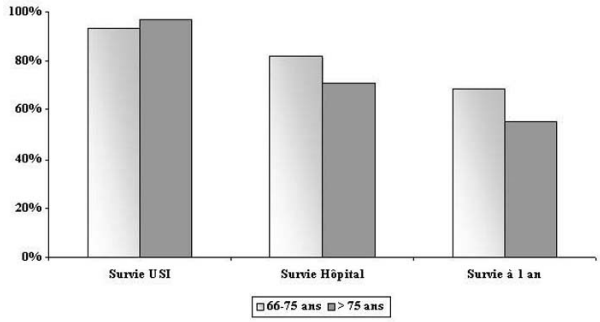

Fig. 1. Pourcentage de patients (séjour USI 4 jours) survivant au séjour en USI, retournant à leur domicile, et survivant un an après USI. D'après Konopad et al. (14).

vité, mobilité, autonomie, douleur, inconfort, dépression, anxiété) (15).

Comme corrélat de base, il faut évidemment admettre que toute hospitalisation en USI peut altérer la qualité de vie ultérieure. Une étude belge très récente, réalisée sur un groupe de 150 patients ayant séjourné de 3 à 12 jours en USI, montre que, 18 mois après la sortie d'hôpital, 44% des patients ressentent encore inconfort ou douleur, 30 % expriment anxiété et/ou dépression, 25 % rapportent des problèmes pour exécuter les tâches journalières et 25 % présentent des problèmes de mobilité. 40 % des patients n'ont pu reprendre leur activité professionnelle (15).

La littérature rapporte des résultats parfois assez encourageants. Ainsi, une étude montre que, un an après le séjour en USI, la qualité de vie est inchangée ou améliorée pour 70 à 80 % des patients (14). Après affection aiguë très grave (ventilation mécanique, hémofiltration, défaillance multi-organique, mortalité 65 %), les patients survivants affirment (un à deux ans plus tard) avoir une qualité de vie convenable et accepteraient de se soumettre à nouveau à ce séjour en USI et à l'hémofiltration si cela s'avérait nécessaire (16).

Il est intéressant de noter que la «qualité de vie» (estimée par le patient) évolue dans le temps après la sortie de l'hôpital (10). Une étude montre que la qualité de vie évolue positivement entre les 1er et 9ème mois qui suivent le séjour en USI, indépendamment du score de gravité à l'admission en USI et de l'âge du patient (17). On a aussi observé que, chez les patients les plus âgés, la sensation de "bien-être" s'améliorait lentement au fil des mois suivant l'hospitalisation malgré une diminution de l'index de l'activité journalière (14,18). Dans une autre étude, la "qualité de vie" (autonomie pour les activités journalières) semble médiocre immédiatement après le séjour en USI (75 % des patients avec incapacité fonctionnelle sévère), mais s'améliore significativement au cours des douze mois qui suivent l'hospitalisation en USI pour accident vasculaire cérébral grave : après un an, en effet, 27 % seulement des patients présentent encore une incapacité fonctionnelle grave (19). De même, une équipe finlandaise montre une évolution positive très significative si l'on compare le statut psychologique et émotionnel ainsi que de la mobilité du patient un an et six ans après la sortie d'USI (20). On peut donc évoquer la notion d'adaptation au statut physique et psychique post-USI.

Une équipe suisse rapporte que, au sein d' un groupe de 409 patients "survivants", une proposition d'arrêt thérapeutique avait été formulée par le staff de nursing pour 45 d'entre eux pour probabilité de qualité insuffisante de survie (26 patients selon le staff médical). 80 % de ces patients disent pourtant avoir une moyenne ou bonne qualité de vie, six mois après la sortie de l'hôpital (21). Ces divergences de vue portent essentiellement sur les cas "lourds", le personnel infirmier étant généralement plus pessimiste que l'équipe médicale et proposant, plus fréquemment une désescalade thérapeutique (21).

La question du refus d'admission en USI sur base de qualité probable de vie ultérieure est donc très difficile. Les critères ne sont pas établis, les divergences de vue sont fréquentes et la notion de "qualité" peut évoluer significativement dans le temps.

EVOLUTION, DANS LE TEMPS, DU PRONOSTIC DES AFFECTIONS GRAVES

La systématisation du refus sur seule base du diagnostic (et du pronostic) n'est pas défendable. Par exemple, l'admission en USI ne peut plus être considérée systématiquement comme "futile" pour des patients onco-hématologiques. Ces patients sont généralement admis pour infection grave. L'introduction de nouveaux protocoles de traitement (transfert plus précoce en USI, correction volémique par cristalloïdes, antibiothérapie, ventilation non-invasive, hémofiltration continue) a significativement amélioré le pronostic de certaines situations graves. Une équipe de Gand a analysé la survie de patients hématologiques graves, admis en USI, ventilés 3 à 17 jours. La survie à 6 mois varie de 55 % à 0 %, suivant le nombre de facteurs de risque. L'admission pour bactériémie avec choc septique est associée au meilleur pronostic (22). Plusieurs études, notamment conduites par Azoulay et coll., ont clairement montré l'amélioration, au fil des années, du pronostic de ces patients, essentiellement en termes de mortalité (tableau I) (23,24). "ICU management cannot routinely be considered futile in critically ill cancer patients" (24).

PEUT-ON ÉTABLIR DES RECOMMANDATIONS?

Les groupes de "consensus" émettent diverses recommandations (25). L'hospitalisation en USI doit être destinée aux patients dont une ou plusieurs fonctions vitales sont menacées ou risquent de l'être, dont l'affection aiguë est potentiellement réversible et pour lesquels un bénéfice "substantiel" peut être attendu de l'hospitalisation en USI. La "check-list" proposée est parfois complexe (4, 25, 26) et n'entre pas en

TABLEAU I. COMPARAISON DE DEUX PÉRIODES CONCERNANT DES PATIENTS ONCO-HÉMATOLOGIQUES EN USI. ON NOTE UNE DIMINUTION DE MORTALITÉ POUR LA PÉRIODE LA PLUS RÉCENTE. CETTE ÉVOLUTION POSITIVE RÉSULTE NOTAMMENT DE L'AMÉLIORATION DES POSSIBILITÉS THÉRAPEUTIQUES (DONT LA VENTILATION NON-INVASIVE OU VNI) MALGRÉ UN SCORE DE GRAVITÉ SEMBLABLE (APACHE). CVVHD, HÉMODIAFILTRATION VEINO-VEINEUSE CONTINUE. D'APRÈS AZOULAY ET COLL.(24).

	Mortalité 30j	VNI	Apache	Rémission	CVVHD
1990-1995	82%	14%	55	21%	19%
1996-1998	60%	28%	62	33%	28%

ligne de compte si le refus est motivé par l'absence de lit disponible en USI ou si le refus est communiqué par téléphone (26).

SOLUTION PRÉVENTIVE ?

LA GESTION DE LA CAPACITÉ D'UTILISATION DES LITS HOSPITALIERS

L'insuffisance du nombre de lits d'USI n'explique pas, à lui seul, le problème de la saturation des services. On peut même penser qu'une mesure isolée d'augmentation du nombre de lits d'USI risquerait d'induire plus de tolérance dans les critères d'admission. La décision d'admettre (ou de refuser) un patient en USI ne constitue qu'un maillon de la chaîne. La question du bien fondé de l'admission en USI devrait déjà être posée en période pré-hospitalière afin d'éviter l'afflux incontrôlé (et parfois injustifié) de patients dans les services des urgences. Le rôle du médecin de famille et du médecin responsable de l'hospitalisation paraît évident à ce niveau. On constate, malheureusement, très peu de stratégie anticipée, même dans les services d'hospitalisation. Les services d'Urgences ou d'USI, généralement surchargés, sont donc amenés à évaluer, dans des conditions difficiles et sur considérations partielles, la meilleure destination du patient. Il semble judicieux de créer un organe de gestion globalisée des lits de l'institution hospitalière et un "staff de triage USI" comprenant des médecins et des infirmier(e)s d' USI. Il faut particulièrement cibler les patients dits "too well". Des alternatives au transfert en USI doivent absolument être proposées avec une politique de prise en charge "palliative" (4).

Selon une étude, 10% des patients séjournent "trop longtemps" en USI (27) : multiplication des procédures invasives, sevrages respiratoires ou médicamenteux longs, protocoles inadaptés (ou non appliqués) de désescalade thérapeutique (et de timing de désescalade), non disponibilité" full-time " d'un médecin intensiviste, absence de consensus au sein de l'équipe médicale de l'USI, manque de disponibilité ou manque de prise en charge en aval, manque de souplesse dans les transferts inter-USI. Certains auteurs suggèrent d'appliquer des critères assez larges d'admission en USI avec ré-évaluation au terme de 48 à 72 heures de traitement optimalisé avec éventuelle décision de désescalade thérapeutique si les objectifs ne sont pas atteints (28).

RECOMMANDATIONS.

Les recommandations peuvent mimer le traitement de l'insuffisance cardiaque (29). Réduire la "pré-charge", améliorer la "performance", réduire la "post-charge" (stratégie de transfert après phase aiguë).

- Contrôler l'"INFLOW" : stratégie pré-hospitalière (rôle du médecin de famille), stratégie hospitalière pré-USI, équipe USI consultante aux urgences ("Gatekeeper/triage officer"), repérer correctement les patients "too well", demandes mieux ciblées.

- Organiser l'USI : standardisation des démarches et procédures, timings plus précis, éviter les pertes de temps. Plans diagnostiques et thérapeutiques, stratégies d'évaluation et de désescalade. Contacts inter-USI pour établir chaque jour les disponibilités régionales et permettre une meilleure orientation des patients.

- Assurer l'"OUTFLOW " : établir des critères pour la "sortie" du patient de l'USI (afin d'éviter les ré-admissions ultérieures, souvent grevées d'une surmorbidité et surmortalité), possibilité d'héberger en hospitalisation des patients assez "lourds", développer une stratégie d'occupation des lits de l'institution via une gestion globalisée (notamment taux d'occupation en cours de WE).

CONCLUSION

Le refus d'admission d'un patient est une réalité quotidienne, parfois douloureusement vécue. Les raisons de refus sont souvent indépendantes du patient (30). Il faut éviter de prendre une décision précipitée sur bases partielles, impliquant un risque potentiel de surmortalité surtout chez les patients à score de gravité intermédiaire. En cas de "refus", une solution "palliative" correcte (tant sur le plan médical que humain) doit être accessible immédiatement.

BIBLIOGRAPHIE

1. Metcalfe MA, Slogett A, McPherson K.— Mortality among appropriately referred patients refused admission to intensive care units. *Lancet*, 1997, **350**, 7-11.

2. Joynt GM, Gomersall CD, Tan P, et al.— Prospective evaluation of patients refused admission to an intensive

care unit : triage, futility and outcome. *Intensive Care Med*, 2001, **27**, 1459-1465.

3. Garrouste-Orgeas M, Montuclard L, Timsit JF, et al.— Triaging patients to the ICU: a pilot study of factors influencing admission decisions and patient outcomes. *Intensive Care Med*, 2003, **29**, 774-781.

4. Levin PD, Sprung CL.— The process of intensive care triage. *Intensive Care Med*, 2001, **27**, 1441-1445.

5. Goldfrad C, Rowan K.— Consequences of discharges from intensive care at night. *Lancet*, 2000, **355**, 1138-1142.

6. Chen LM, Martin CM, Keenam SP et al.— Patients readmitted to the ICU during the same hospitalisation: clinical features and outcomes. *Crit Care Med*, 1998, **26**, 1834-1841.

7. Halevy A, Neal RC, Brody BA.— The low frequency of futility in an adult intensive care unit setting. *Arch Intern Med*, 1996, **156,** 100-104.

8. Sprung CL, Geber D, Eidelman LA, et al.— Evaluation of triage decisions for intensive care admission. *Crit Care Med*, 1999, **27**, 1073-1079.

9. Lemeshow S, Teres D, Klar J, et al.— Mortality probability models (MPM II) based on an international cohort of intensive care unit patients. *JAMA*, 1993, **270**, 2478-2486.

10. Rodriguez RM, Wang NE, Pearl RG.— Prediction of poor outcome of intensive care unit patients admitted from the emergency department. *Crit Care Med*, 1997, **25**, 1801-1806

11. Marks RJ, Simons RS, Blizzard RA et al.— Predicting outcome in intensive therapy units: a comparison of Apache II with subjective assessments. *Intensive Care Med*, 1991, **17**, 159-163.

12. Groeger JS, Bach PB.— Consider saying yes. *Crit Care Med*, 2003, **31**, 320-321.

13. Oh TE, Hutchinson R, Short S et al.— Verification of the acute physiology and chronic health evaluation scoring system in a Hong Kong intensive care unit. *Crit Care Med*, 1993, **21**, 698-705.

14. Konopad E, Noseworthy TW, Johnston R et al.— Quality of life measures before and one year after admission to an ICU. *Crit Care Med*, 1995, **23**, 1653-1659.

15. Garcia Lizana F, Bota DP, De Cubber M et al.— Long-term outcome in ICU patients: what about quality of life? *Intensive Care Med*, 2003, **29**, 1286-1293.

16. Gopal I, Bhonagiri S, Ronco C et al.— Out of hospital outcome and quality of life in survivors of combined acute multiple organ and renal failure treated with CVVHF. *Intensive Care Med*, 1997, **23**, 766-772.

17. Graf J, Koch M, Dujardin R et al.— Health-related quality of life, 1 month after, and 9 months after intensive care in medical cardiovascular and pulmonary patients. *Crit Care Med*, 2003, **31**, 2163-2169.

18. Rockwood K, Noseworthy TW, Gibney R et al.— One-year outcome of elderly and young patients admitted to intensive care units. *Crit Care Med*, 1993, **21**, 687-691.

19. Navarrete-Navarro P, Rivera-Fernandez R et al.— Outcome prediction in terms of functional disability and mortality 1 year among ICU-admitted severe stroke patients: a prospective epidemiological study. *Intensive Care Med*, 2003, **29**, 1237-1244.

20. Kaarlola A, Pettilä V, Kekki P.— Quality of life six years after intensive care. *Intensive Care Med*, 2003, **29**, 1294-1299.

21. Frick S, Uehlinger DE, Zuercher Zenklusen RM.— Medical futility: predicting outcome of intensive care unit patients by nurses and doctors: a prospective comparative study. *Crit Care Med*, 2003, **31**, 456-461.18.

22. Benoit DD, Vandewoude KH, Decruyenaere JM et al.— Outcome and early prognostic indicators in patients with a hematologic malignancy admitted to the intensive care unit for a life-threatening complication. *Crit Care Med*, 2003, **31**, 104-112.

23. Azoulay E, Pochard F, Chevret S et al.— Compliance with triage to intensive care recommendations. *Crit Care Med*, 2001, **29**, 2132-2136.

24. Azoulay E, Alberti C, Bornstain C et al.— Improved survival in cancer patients requiring mechanical ventilatory support: impact of non-invasive mechanical ventilatory support. *Crit Care Med*, 2001, **29**, 519-525.

25. Task force of the American college of critical care medicine, society of critical care medicine. — Guidelines for intensive care unit admission discharge and triage. *Crit Care Med*, 1999, **27**, 633-638.

26. Azoulay E, Recher C, Alberti C et al.— Changing use of intensive care for hematological patients: the example of multiple myeloma. *Intensive Care Med*, 1999, **25**, 1395-1401.

27. Higgins TL, McGee WT, Steingrub JS, et al.— Early indicators of prolonged intensive care unit stay : impact of illness severity, physician staffing, and pre-intensive care unit length of stay. *Crit Care Med*, 2003, **31**, 45-51.

28. Larché J, Azoulay E, Fieux F et al.— Improved survival of critically ill patients with septic shock. I*Intensive Care Med*, 2003, **29**, 1688-1695.

29. Teres D. — Civilian triage in the intensive care unit: the ritual of the last bed. *Crit Care Med*, 1993, **21**, 598-606.

30. Cohen NH.— Assessing futility of medical interventions: is it futile ? *Crit Care Med*, 2003, **31**, 646-648.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr Thierry Sottiaux, Soins intensifs, Clinique Notre-Dame de Grâce, 212, chaussée de Nivelles, 6041 Gosselies. Email : thierry.sottiaux@skynet.be