

Priorisation des patients pour l'accès aux soins intensifs en cas de saturation des lits de soins critiques

Contexte :

Malgré le doublement du capacitaire de soins critiques du territoire Guadeloupéen, les services arrivent à saturation ce qui nécessite de prioriser les patients à admettre dans les secteurs de réanimation et de soins intensifs (dont optiflow).

Généralités

- La priorisation des patients en situation de saturation de l'offre de SI est un processus continu qui débute dès la première prise en charge du patient et révisable en fonction de l'évolution du patient, du capacitaire et du flux en amont de la réanimation. Cela concerne l'admission aux SI autant que la poursuite des soins engagés.
- Cette priorisation est éthique dans un contexte de médecine de catastrophe : réalisation du « plus grand bien » en maximisant les années de vies sauvées en plus du nombre de vies sauvées.
- Cette décision se doit d'être collégiale, même en situation d'urgence.

Éléments décisionnels généraux:

- Pas d'ECMOv sans discussion avec La Pitié Salpêtrière
- Sauf cause réversible évidente, aucune réanimation cardio-pulmonaire prolongée ne devrait être entreprise en cas d'ACR
- Pas de place pour une réanimation « d'attente »

PATIENTS COVID

• Probabilité de succès selon le terrain

Certaines comorbidités sont corrélées à une mortalité très élevée : insuffisance rénale dialysée, transplantation d'organe solide.

L'analyse des données des patients admis en réanimation au CHUG au cours des vagues précédentes a permis de dégager 4 groupes de malades aux probabilités homogènes de succès de la réanimation. Ces données rejoignent des données épidémiologiques sur la population générale¹.

Mortalité à J30 des patients intubés en fonction de l'âge et des comorbidités (n=194)

Age (années) \ Comorbidités	<50ans	50-60	60-70	>70
0	< 30 %	< 30 %	30 – 45 %	30 – 45 %
1	< 30 %	< 30 %	45 – 55 %	45 – 55 %
2	30 – 45 %	30 – 45 %	45 – 55 %	> 65 %
3	45 – 55 %	45 – 55 %	> 65 %	> 65 %

Comorbidités = 1 parmi HTA, Diabète, Obésité, Cardiopathie, Insuffisance rénale chronique, SAOS appareillé

• Probabilité de succès selon la gravité initiale

Un score de gravité de SOFA >=7 à la prise en charge est corrélé dans la cohorte locale à une mortalité augmentée.

• Probabilité de succès selon le délais de prise en charge

Une mise sous ventilation mécanique 6 jours après le début de la mise sous oxygène et le début de la dexaméthasone est corrélée à une mortalité très élevée chez les plus de 60 ans.

• Poursuite des soins engagés en réanimation

L'apparition d'une fibrose pulmonaire ou l'aggravation du nombre de défaillance en cours d'hospitalisation doit conduire à interroger sur la poursuite des soins invasifs ou un accompagnement du patient.

PATIENTS NON COVID

Critères de priorisation pour le bénéfice du plus grand nombre de patients (vision populationnelle > individuelle):

- Le pronostic à court terme est le critère essentiel pour décider de l'initiation de traitements de réanimation et de leur poursuite .
- Pas d'outil robuste et simple d'estimation de la probabilité de bénéficier de traitements de réanimation pour les traumatismes graves
- Critères de non admission en réanimation (SFAR, SRLF):

- Echelle de fragilité clinique ≥ 5 (dont démence)
- SOFA ≥ 12, ou 3 défaillances graves ou +
- Brûlures avec Baux (= âge + SCB) ≥ 100
- ACR toute cause
- Espérance vie ≤ 12 mois (dont cancer)
- Maladie neuro-dégénérative évoluée - Autonomie clinique CFS ≥ 5 (dont démence)
- Séquelles graves d'AVC
- Insuffisance cardiaque NYHA III ou IV
- BPCO avec HTAP ou O2 à domicile
- Cirrhose Child-Pugh ≥ 6 si ascite ou encéphalopathie stade ≥ 1
- Insuffisance rénale chronique KDIGO G5
- Age ≥ 85 ans
- Age ≥ 75 ans et 1 sous-critère parmi : Cirrhose tout stade/Insuffisance rénale chronique. KDIGO G3 ou +/Insuffisance cardiaque NYHA II ou +/Espérance de vie < 24 mois

CONTACTS

Cellule de soutien éthique : 0690295389

Infirmières consultation médico-éthique : 1281

Réanimation 1138

Échelle de la fragilité clinique*



1 Très en forme – Des personnes robustes, actives et motivées. Ces personnes font habituellement de l'activité physique régulière. Elles comptent parmi les personnes les plus en forme pour leur âge.



2 En forme – Ces personnes n'ont pas de symptômes actifs de maladie, mais sont moins en forme que celles de la catégorie 1. Elles font souvent de l'activité physique ou sont très actives occasionnellement, p. ex. selon la saison.



3 Se débrouillent bien – Des personnes dont les problèmes médicaux sont bien contrôlés mais qui ne sont pas régulièrement actives au-delà d'une promenade de routine.



4 Vulnérables – Elles ne dépendent pas d'autrui pour de l'aide au quotidien, mais leurs symptômes limitent leurs activités. Elles se plaignent souvent d'être au ralenti ou fatiguées durant la journée.



5 Légèrement fragiles – Ces personnes manifestent un ralentissement plus évident et ont besoin d'aide dans les AIVQ plus complexes (finances, transport, gros travaux ménagers, médicaments). Habituellement, une fragilité légère empêche progressivement de faire des courses ou de sortir seules, de préparer les repas et de faire le ménage.



6 Modérément fragiles – Ces personnes ont besoin d'aide dans toutes les activités extérieures et pour tenir maison. À l'intérieur, elles ont souvent des problèmes avec les escaliers, ont besoin d'aide pour le bain et peuvent avoir besoin d'une assistance minimale (encouragement, présence) pour s'habiller.



7 Sévèrement fragiles – Dépendance complète pour les soins personnels, que ce soit pour des causes physiques ou cognitives. Malgré tout, elles semblent stables et leur risque de mourir ne semble pas très élevé (dans les 6 prochains mois environ).



8 Très sévèrement fragiles – Dépendance complète, à l'approche de la fin de vie. Habituellement, elles ne se remettraient pas même d'une maladie bénigne.



9 En phase terminale – À l'approche de la fin de vie. Cette catégorie s'applique aux personnes dont l'espérance de vie est < 6 mois, qui ne sont pas autrement d'une fragilité évidente.

Scores de la fragilité chez les personnes souffrant de démence

Le degré de fragilité correspond au degré de démence.

Les **symptômes courants de la démence légère** sont l'oubli des détails d'un événement récent, sans avoir oublié l'événement lui-même, la répétition de la même question ou histoire, et le retranchement social.

Dans la **démence modérée**, la mémoire à court terme est très altérée, même si les personnes se rappellent apparemment bien d'événements de leur passé. Elles peuvent s'occuper de leurs soins personnels sans y être incitées.

Dans la **démence sévère**, elles ne peuvent pas s'occuper de leurs soins personnels sans aide.

* Étude canadienne sur la santé et le vieillissement, révisée en 2008
6. K. Rockwood et coll. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005; 173: 489-495.

© 2007-2009. Version 1.2. Tous droits réservés.
Geriatric Medicine Research, Dalhousie University,
Halifax, Canada. Autorisation de reproduire à des fins
de recherche et d'éducation exclusivement.



AIVQ - activité instrumentale de la vie quotidienne
Reproduit avec la permission de Rockwood⁶.

Calcul du score SOFA	0 point	1 point	2 points	3 points	4 points
PaO ₂ /FIO ₂	>400	301-400	201-300	101-200 et VA	≤ 100 et VA
Plaquettes x10 ³ /mm ³	>150	101-150	51-100	21-50	≤20
Bilirubine, mg/L (mmol/L)	<12 (<20)	12-19 (20-32)	20-59 (33-101)	60-119 (102-204)	>120 (>204)
Hypotension	PAM ≥70mmHG	PAM < 70mmHG	Dopamine ≤ 5 ou dobutamine (toute dose)	Dopa > 5 ou adrénaline ≤ 0,1 ou noradré ≤ 0,1	Dopamine > 15 ou adré > 0,1 ou noradré > 0,1
Score de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	<6
Créatinine, mg/L (μmol/L) ou diurèse	<12 (<110)	12-19 (110-170)	20-34 (171-299)	35-49 (300-440) ou <500mL/j	>50 (>440) ou <200mL/j

VA : ventilation assistée. PAM : pression artérielle moyenne [estimée par (PAS + 2 x PAD) / 3]. Amines : dose en γ/kg/mn