



Facteurs pronostiques chez les malades de réanimation

2e Conférence de Consensus Européenne Réanimation et Médecine d'Urgence

9 - 10 décembre 1993 Maison de la Chimie PARIS (France)

Cette conférence a reçu le label de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM). Ce label concerne la qualité de la méthodologie utilisée et ne préjuge en rien du contenu des conclusions et des recommandations du jury qui en assure seul la responsabilité.

L'objectif de la médecine intensive est de diagnostiquer et traiter les affections aiguës menaçant le pronostic vital et de rétablir l'état de santé et la qualité de vie antérieurs des patients, même si l'incertitude clinique quant au bénéfice des soins intensifs (S.I.) existe dès le départ. La prise en charge du patient de soins intensifs est devenue de plus en plus complexe et les progrès en médecine de ces dernières années permettent désormais de maintenir en vie pendant des semaines des patients qui auraient autrefois été en phase terminale. Cependant, lorsque tout espoir de guérison a disparu, l'équipe soignante doit tout faire pour éviter des souffrances prolongées pour les patients et leurs proches, et permettre au patient de trouver une mort paisible et digne. En outre, les soins intensifs sont coûteux, et une répartition appropriée de ressources limitées doit être considérée lors des prises de décision. Les professionnels de la santé n'ont pas seulement des devoirs envers le patient lui-même, mais aussi envers la société entière. Depuis plus de 10 ans, les médecins-réanimateurs et les investigateurs cliniques ont développé divers systèmes de cotation afin de mieux exploiter l'expérience clinique collective et prendre en compte les questions d'efficacité ("effectiveness"), de performance ("efficiency"), d'équité et de qualité de la médecine intensive à disposition des patients. Les systèmes de cotation ont également été mis au point pour mesurer l'intensité et l'efficacité des interventions thérapeutiques, les besoins en soins infirmiers ainsi que la satisfaction du patient et de sa famille pour les soins intensifs (S.I.), l'attention s'est principalement portée sur le développement et l'utilisation de scores de pronostic ou indices de gravité. Aujourd'hui 3 scores sont fréquemment utilisés, à savoir les scores APACHE, SAPS et MPM, qui sont le plus souvent définis en fonction de la probabilité de mortalité hospitalière. Les scores ou indices de gravité ont été proposés pour améliorer l'attribution des ressources et contribuer à la prise des décisions cliniques.

Dans ce rapport, le jury de la conférence de consensus a réalisé la synthèse des données publiées dans la littérature médicale et des analyses présentées par les conférenciers.

Cinq questions relatives à l'utilisation des systèmes de cotation comme facteurs pronostiques chez les patients de soins intensifs ont été examinées :

1 - Comment définir et évaluer le pronostic en soins intensifs ?

Le pronostic en S.I. peut être défini en termes de mortalité ou de morbidité. La mortalité dans l'unité de S.I., la mortalité hospitalière ou la mortalité à des échéances plus tardives (c'est-à-dire à 6 mois ou 1 an) peuvent être des critères pertinents. L'évaluation de l'effet de l'affection sévère aiguë et des S.I. sur l'espérance de vie pourrait à l'avenir être une approche encore plus appropriée. Par convention, c'est la mortalité à 28 jours qui est mesurée dans la plupart des essais thérapeutiques randomisés. Les médecins intensivistes s'intéressent souvent à la mortalité spécifique d'une maladie ou d'une étiologie, en particulier dans le cadre d'une étude clinique. Les modèles pronostiques de la mortalité qui fournissent un rapport de la mortalité observée à la mortalité attendue (c'est-à-dire un taux de mortalité standardisé) pour des regroupements d'informations spécifiques, peuvent également fournir des informations utiles pour les cliniciens, les chercheurs et les gestionnaires. La mortalité n'est toutefois pas une mesure suffisante pour apprécier les résultats des S.I. ; il faut également prendre en compte la morbidité, les incapacités résiduelles, ainsi que la qualité de vie après les S.I.

La durée de séjour en S.I. et/ou à l'hôpital est souvent utilisée comme alternative pour mesurer la morbidité. La durée du séjour en S.I. peut effectivement être une mesure utile, mais elle est toujours dépendante des politiques en matière de sortie, d'habitudes thérapeutiques et de gestion des lits. Il est donc très important, en pratique clinique comme en recherche, de ne pas se limiter à la durée du séjour en S.I. comme mesure

unique pour apprécier les résultats de la Réanimation.

La durée du séjour hospitalier est également utilisée. Elle est plus homogène, mais là encore, les comparaisons entre les établissements sont difficiles en raison des différences dans les politiques de sortie et dans les ressources sanitaires consacrées aux soins post-hospitaliers. La morbidité peut, d'une façon générale, être définie comme la qualité de vie liée à la santé, que ce soit à l'hôpital ou au dehors. La qualité de vie liée à la santé dépend à la fois de l'état de santé antérieur et de l'incapacité qui suit la sortie des S.I. Les instruments de mesure de la qualité de vie liée à la santé analysent les capacités physiques, les activités de la vie quotidienne et sociale ainsi que la fonction affective. Chez le nouveau-né et le nourrisson, un suivi à long terme (jusqu'à l'âge scolaire) est nécessaire pour évaluer le retentissement d'une affection sévère, en particulier sur le développement neurologique.

Les instruments de mesure de la qualité de vie doivent avoir les propriétés suivantes :

- a) Fiabilité (ils doivent se traduire par le même score pour une même mesure effectuée chez un patient présentant un état stable à deux échéances différentes).
- b) Validité du critère (ils doivent mesurer ce qu'ils sont supposés mesurer, en fonction d'un standard indépendant).
- c) Validité du contenu (ils doivent être exhaustifs par rapport à l'objectif fixé).
- d) Sensibilité (ils doivent détecter une évolution du patient en fonction du temps, s'il y a un changement).
- e) Pouvoir discriminant (ils doivent pouvoir distinguer entre les individus atteints de la même maladie, mais à différents degrés de sévérité).
- f) Relative simplicité et facilité d'utilisation.

Le patient, sa famille et le personnel soignant peuvent tous avoir leur opinion sur la qualité de vie liée à la santé mais leurs appréciations varient lorsqu'il s'agit d'un patient particulier. En dernier ressort, c'est l'évaluation du patient par lui-même qui est la plus importante.

RECOMMANDATIONS

- 1) La mortalité en S.I., la mortalité hospitalière et la mortalité à 14 ou 28 jours sont des critères insuffisants pour évaluer l'issue des S.I. ; le seul critère de survie n'est pas adapté à l'évaluation de l'impact de la maladie sur le patient. L'évaluation de l'issue des S.I. devra à l'avenir incorporer la qualité de vie.
- 2) La mortalité spécifique d'une affection donnée ne doit pas être utilisée comme seul critère d'évaluation de l'issue des S.I., sauf si, dans le contexte d'une recherche, elle est évaluée par des experts extérieurs ne connaissant pas le traitement administré au patient.
- 3) Les substituts à l'évaluation de la morbidité, tels que la durée du séjour en S.I., ne doivent pas être interprétés de façon isolée.
- 4) Les instruments actuellement disponibles pour mesurer l'état de santé global et en fonction de la maladie doivent également servir à évaluer les S.I.
- 5) Des recherches futures sur la qualité de vie chez les patients de réanimation doivent intégrer des comparaisons entre l'appréciation des patients, de leurs proches et du personnel soignant.

2 - Avec quelle exactitude peut-on mesurer la sévérité du tableau clinique chez les patients de soins

intensifs ?

En théorie, la mesure exacte de la sévérité du tableau clinique nécessite la mesure de la sévérité de pathologies spécifiques, ainsi que des réserves fonctionnelles du patient. La notion de sévérité intègre non seulement le dysfonctionnement physiologique, mais aussi la réversibilité de divers désordres physiopathologiques ainsi que leur impact potentiel sur l'état de santé et la qualité de vie du patient. La sévérité peut être envisagée en relation avec l'état de santé d'une personne, et/ou son pronostic. Bien que liés, ces deux aspects sont différents. Par exemple, un patient qui présente un hématome sous-dural a un état de santé très médiocre mais un pronostic relativement bon. En raison des difficultés à intégrer dans le pronostic les variables relatives à la qualité de vie, les mesures de la sévérité ont eu tendance à porter exclusivement sur le seul risque de décès comme issue de la réanimation. Il faut garder cela à l'esprit lorsque les indices de gravité existants sont utilisés, car ils allient la sévérité du tableau clinique à la probabilité de décès. Des systèmes de cotation ont été élaborés à l'aide de modèles mathématiques utilisant les variables les plus pertinentes corrélées à la mortalité. Il est donc très important d'envisager avec quelle exactitude ces systèmes de cotation peuvent permettre d'évaluer le risque de décès dans un contexte particulier, dans telle ou telle unité de S.I., tel ou tel pays, telle ou telle population spécifique de patients, et enfin pour tel ou tel patient individuel.

EXACTITUDE

Les systèmes généraux de cotation actuellement disponibles pour évaluer les facteurs pronostiques chez les patients de S.I. (APACHE, SAPS, MPM) sont très spécifiques (en mesure de prévoir la survie à 90%), mais pas très sensibles (prédiction moins exacte de la mort : 50-70%). Par exemple, une probabilité de mortalité de 0,2 signifie qu'on s'attend au décès de 20 patients environ dans un groupe de 100 patients. Mais cela ne nous dit pas quelles personnes vont mourir. Il est important de distinguer entre étalonnage (c'est-à-dire la corrélation entre le pronostic et l'issue réelle dans des populations analogues de patients, ce qui permet de calculer un taux de mortalité standardisé (standard mortality rate, SMR)) et pouvoir discriminant, c'est-à-dire la capacité du modèle à distinguer entre les patients qui vont décéder et ceux qui vont survivre.

Dans certaines catégories d'affections, les scores de gravité ont une valeur pronostique médiocre. Par exemple, dans une population de patients présentant un état septique, celui ayant comme origine l'appareil urinaire est associé à une mortalité bien inférieure à la mortalité moyenne escomptée de l'état septique lié à une péritonite. Les scores de gravité spécifiques à une maladie actuellement disponibles (c'est-à-dire scores de Ranson, de sévérité du traumatisme, TRISS, sepsis score) ont une valeur pronostique moindre que les scores généraux de sévérité. Cela peut s'expliquer en partie par le fait qu'ils n'ont pas été mis à jour depuis de nombreuses années. Les scores de sévérité spécifiques à d'autres maladies/affections (par exemple les patients ayant subi un surdosage médicamenteux ou un arrêt cardio-respiratoire) doivent être développés car les systèmes généraux de cotation de sévérité (tels APACHE, SAPS ou MPM) sont inadéquats et sans valeur dans ces situations.

L'appréciation subjective par le médecin, comme le choix du diagnostic principal chez le patient de S.I. présentant une symptomatologie complexe ou l'utilisation de l'échelle de coma de Glasgow (GCS) lorsque le patient est sédaté ou intubé, reste très importante. Les scores de sévérité actuellement disponibles sont fortement influencés par les interventions thérapeutiques avant l'admission et au cours du séjour en S.I. (c'est-à-dire influencés par le "temps de latence" avant la détermination de l'indice de gravité).

Chez le nourrisson et l'enfant, les systèmes de scores de sévérité développés pour l'adulte (SAPS, APACHE et MPM) n'ont pas été évalués et leur utilisation n'est donc pas appropriée. Les systèmes de cotation spécifiques développés pour la population pédiatrique (SAPS, PSI, PRISM et CRIB pédiatriques) doivent être améliorés par des définitions plus précises ; ils doivent être évalués dans des populations plus importantes et par des investigateurs indépendants. Aujourd'hui, les indices de gravité existants ne peuvent pas être utilisés comme facteurs pronostiques chez le nourrisson et l'enfant, que ce soit pour des groupes de patients ou pour des patients individuels. Les modèles pronostiques élaborés sur la base des indices de gravité n'ont en général pas été adaptés à une utilisation différenciée selon le pays ou la population de patients en S.I. La propriété commerciale et le prix limitent l'utilisation en clinique de certains systèmes d'indices pronostiques. Bien qu'il ait été démontré que la connaissance par le médecin des scores de gravité influençait la prise en charge, ils ne modifient pas nécessairement la mortalité ou la morbidité. Lorsque l'on cherche à évaluer la précision des systèmes de cotation, nous ne devrions pas appliquer des critères de perfection. Cependant, un degré d'exactitude très grand doit être exigé lorsqu'une décision irrévocable doit être prise sur la base d'un index de gravité qui, si elle est "erronée", implique des coûts (humains ou matériels) élevés.

RECOMMANDATIONS

- 1) Les systèmes de cotation couramment utilisés sont suffisamment exacts pour évaluer la probabilité de mortalité dans une population de patients de S.I. correspondant à celle servant de base à ces systèmes. Une amélioration de la sensibilité et de l'étalonnage s'avère toutefois nécessaire.
- 2) Avant d'être utilisés dans un contexte donné (c'est-à-dire dans tel ou tel pays, ou telle ou telle population de patients de S.I.), les scores pronostiques doivent être validés, voire même adaptés. Si un modèle existant ne peut pas être suffisamment adapté, il faut mettre au point un nouveau modèle. Une amélioration permanente est nécessaire.
- 3) Le développement de nouveaux modèles pour la population pédiatrique et pour des sous-groupes spécifiques de patients est souhaitable et recommandé.
- 4) Des scores dynamiques, permettant d'identifier les tendances dans la sévérité du tableau clinique, pourraient améliorer l'exactitude des modèles existants.
- 5) Une comparaison indépendante des 3 systèmes de cotation de sévérité les plus couramment utilisés est recommandée afin d'améliorer notre compréhension des avantages et inconvénients de chacun d'entre eux.
- 6) En attendant, leur fiabilité et précision étant analogues, le choix du système à utiliser va dépendre de sa disponibilité, de sa convivialité, des systèmes utilisés dans les unités voisines, des perspectives de développement ultérieur et des coûts.

3 - Les différentes mesures de sévérité du tableau clinique ont-elles une valeur prédictive pour des groupes de patients et pour des patients individuels en soins intensifs ?

A - Facteurs pronostiques pour des groupes de patients

Les indices de gravité sont développés afin de déterminer les facteurs pronostiques dans des groupes de patients admis en S.I. pour des affections différentes. Ils peuvent donc être utiles pour évaluer ces catégories de patients à différentes fins, telles qu'audit, assurance qualité et évaluation clinique.

AUDIT et ASSURANCE QUALITE

1 - Perspective clinique

L'utilisation d'éléments de pronostic, comme la mortalité, pour comparer la performance d'une unité de S.I. particulière dans le temps (audit interne) ou celle de différentes unités (audit externe) requiert la standardisation des données. Le taux de mortalité prédit d'après un score de gravité donné peut être comparé au taux de mortalité réel (au moyen du taux de mortalité standardisé -SMR) de façon à voir si les résultats de l'unité sont meilleurs ou moins bons que les résultats prédits par le modèle. Cependant, il faut veiller à ce que les critères d'utilisation des unités (sélection, conditions et tableaux cliniques des patients) soient comparables. Si un écart entre le taux de mortalité réel et le taux de mortalité prédit est observé (c'est-à-dire SMR différent de 1), la raison peut en être difficile à déterminer : il peut s'agir d'un mauvais étalonnage du système de cotation ou de l'existence de différences réelles dans les résultats des unités de S.I. Par exemple, le score APACHE II s'est avéré mal calibré pour une population de patients de S.I. au Japon.

2 - Perspective économique et administrative

Le SMR en tant que mesure de l'efficacité relative ("relative effectiveness") peut être associé au nombre de points obtenus à partir de la cotation du nombre d'interventions thérapeutiques (TISS) effectuées dans l'unité de S.I. (qui servira d'indicateur du niveau des coûts). Cette mesure pourrait permettre d'évaluer l'efficacité ("efficacy ou efficiency") de l'utilisation des ressources de l'unité de S.I. en question. Le modèle TISS, basé sur la pratique américaine d'il y a 20 ans, doit être mis à jour et son application aux unités de S.I. européennes doit être étudiée.

EVALUATION CLINIQUE

1 - Etablissement et révision de protocoles de travail

L'évaluation de la sévérité du tableau clinique et donc l'estimation de la mortalité liée à ce dernier peuvent potentiellement être utilisées pour définir des principes généraux concernant les critères d'admission et de sortie des unités de S.I., ainsi que l'abstention thérapeutique ou l'interruption du traitement.

2 - Evaluation formelle du pronostic, attribution d'un diagnostic et du traitement dans les études cliniques

Des mesures systématiques de la sévérité sont actuellement utilisées dans des études cliniques pour obtenir une estimation de la survie, sur la base de l'analyse des indices de gravité issus de modèles de prédiction indépendants des données des essais cliniques. La mesure d'indices de gravité peut être utilisée pour définir les critères d'inclusion dans les études, et elle peut également servir à interpréter la distribution dans différents groupes thérapeutiques.

B - Pronostic chez des patients individuels

Les systèmes de cotation ayant été développés dans des populations importantes, ils ne peuvent être utilisés de façon adéquate et efficace que pour des groupes bien définis de patients. Selon ce principe, la prédiction de l'issue chez des patients individuels est clairement limitée, voire même impossible.

RECOMMANDATIONS

1) Les scores de gravité peuvent être utilisés pour la prédiction de la mortalité ainsi que pour des analyses comparatives de groupes ou populations de patients.

2) Cependant, les scores existants ne sont pas recommandés pour déterminer le pronostic chez des patients individuels.

4 - Quels sont les coûts humains et économiques de la prise en charge en Soins Intensifs de patients à très haut risque de décès ou d'incapacité sévère ?

La décision consistant à déterminer si le risque de décès est assez élevée ou l'incapacité assez sévère pour estimer que le pronostic est trop sombre pour justifier un traitement onéreux dans une unité de S.I. comporte un jugement de valeur. Les coûts et charges associés au traitement de S.I. chez les patients à très haut risque de décès ou d'incapacité sévère sont de nature diverse et sont à la charge de personnes différentes. Pour les patients, les familles et les professionnels de la santé, les coûts sont essentiellement humains. Cela ne veut pas dire que la collectivité ne supporte que la charge financière ; la prise en charge des patients dans les unités de S.I. comporte également des coûts éthiques et culturels.

Les coûts pour le patient comprennent le décès dans l'inconfort, l'isolement social, la souffrance physique et psychologique, la perte de dignité et le risque de survie avec une qualité de vie qu'il juge inacceptable. L'une des responsabilités essentielles de l'équipe de S.I. est d'éviter ou atténuer autant que possible une telle situation. Il est important de prendre en considération la volonté exprimée par le patient de son vivant (instructions préalables). On peut également consulter une personne choisie à l'avance par le patient, pour transmettre ses souhaits et préférences (représentant) et, dans certains cas, solliciter l'avis du comité d'éthique hospitalier. Dans la plupart des pays européens, les coûts financiers du traitement ne sont pas à la charge du patient et/ou de sa famille, mais sont supportés par la collectivité dans son ensemble.

Les coûts des S.I. pour la famille sont de 2 types. Tout d'abord, les familles peuvent ressentir un stress psychologique lorsque le séjour en S.I. semble s'éterniser, lorsqu'elles se trouvent confrontées à la perspective de voir leur proche avec une incapacité à long terme ou lorsqu'elles reçoivent des informations contradictoires ou particulièrement désespérantes à propos de l'état de leur proche. Il faut également prendre en compte les coûts financiers ; il s'agit de la perte de revenus du patient et éventuellement des proches qui lui rendent visite, et du coût potentiel d'une prise en charge à long terme du patient handicapé. La participation de la famille aux discussions médicales et à certains éléments concernant la prise de décisions doit être encouragée, même si cette participation comporte en elle-même, pour les membres de la famille, des coûts humains.

Les coûts pour le personnel médical et paramédical sont également de plusieurs types : même si le travail intensif peut souvent être gratifiant, un sentiment de frustration se développe si des décisions importantes ne sont pas prises, ou lorsqu'il y a désaccord sur les stratégies thérapeutiques entre médecins, entre médecins et infirmières, ou entre différents membres de la famille. Les infirmiers et médecins peuvent se sentir coupables de prolonger le processus terminal en cas d'acharnement thérapeutique dans des situations désespérées. Si les ressources et le nombre de lits sont limités, l'importance des opportunités dont sont privés d'autres patients doit être prise en compte (justice distributive).

Les coûts pour la collectivité, bien que sans commune mesure avec la souffrance subie par le patient et sa famille, doivent être considérés : la collectivité peut déplorer qu'un acharnement thérapeutique, injustifié, prive le patient d'une mort digne. Il arrive parfois que le patient et/ou sa famille réclament un droit d'accès illimité aux ressources des S.I.. Cela peut en partie être dû au fait que les soins dispensés en unité de S.I. semblent "gratuits" pour les individus, alors qu'en fait ils s'avèrent très onéreux. Par exemple, il ressort que les "non-survivants" coûtent souvent beaucoup plus cher que les "survivants". Le prix de la poursuite du traitement chez le patient à pronostic très sombre est donc très élevé en termes à la fois absolus et relatifs. Ces coûts posent un problème non seulement financier, mais également éthique. Les systèmes de santé européens sont confrontés à des budgets limités et de nombreuses activités utiles se trouvent actuellement réduites en raison de la limitation des ressources. Cette limitation implique que des ressources consacrées à un patient devront être refusées à un autre. La question de la justice distributive peut alors se poser.

RECOMMANDATIONS

1) Lorsqu'il se trouve en unité de S.I., le patient est souvent incapable d'exprimer ses propres souhaits. La généralisation du principe des "instructions préalables" ou de la volonté exprimée du patient peut lui donner un rôle plus grand dans la prise de décision. Les proches ou les représentants du patient, membres de comités d'éthique et conseillers religieux peuvent également jouer un rôle dans certains cas.

2) Il est nécessaire de poursuivre les recherches concernant les préférences des patients, mais aussi sur les rapports coût/efficacité et coût/utilité afin de pouvoir développer des recommandations pour une utilisation adéquate des ressources limitées des unités de S.I. et qui reflètent en même temps les valeurs de la société et des individus.

3) Des réunions interdisciplinaires régulières, de groupes de soutien psychologique et des contacts fréquents sont importants pour utiliser à bon escient les ressources disponibles et limiter les charges physiques, psychologiques et émotionnelles pour le personnel des S.I.

5 - En pratique clinique, la mesure de la sévérité du tableau clinique peut-elle servir à pratiquer une médecine intensive appropriée et à éviter des traitements et un acharnement thérapeutique inutiles ?

La prise de décision dans les unités de S.I. est un processus très complexe et évolutif. Dans la pratique, le début, la poursuite, l'extension et la limitation des interventions diagnostiques et thérapeutiques ainsi que l'abstention thérapeutique ou l'arrêt du soutien des fonctions vitales sont considérés quotidiennement. Les

décisions sont prises sur la base de l'appréciation clinique et d'éléments médicaux qui pourraient intégrer des données issues des systèmes d'indices de gravité. L'emploi des systèmes de cotation permettant d'évaluer la sévérité du tableau clinique peut être envisagé dans plusieurs situations :

A - Admettre ou ne pas admettre un patient en unité de S.I. ?

Il serait souhaitable de disposer d'un système de cotation qui permettrait de connaître la contribution de la prise en charge en S.I. à l'espérance de vie et à la qualité de vie des patients et la comparer avec la meilleure alternative thérapeutique en dehors des S.I. Les systèmes de cotation actuels ne permettent pas d'identifier les patients qui survivraient sans prise en charge en S.I. et ceux dont l'issue sera fatale malgré cette prise en charge. L'admission en S.I. doit se faire de façon à ce que la priorité soit accordée à ceux qui en tireront le plus grand bénéfice. Cette sélection n'est pas systématiquement liée à la sévérité du tableau clinique, et de ce fait les indices de gravité disponibles ne sont donc pas utilisables.

B - Stratification des patients pour les essais de nouveaux médicaments ou traitements

Des données préliminaires issues d'études sur le choc septique suggèrent que certains traitements peuvent être utiles chez le patient présentant un score de sévérité moyen, mais qu'ils peuvent être nocifs chez le patient moins sévèrement atteint. Si ceci est confirmé, les systèmes de scoring pourraient être utilisés dans ce contexte.

C - Abstention thérapeutique ou interruption du traitement

Au cours du séjour en unité de S.I., il peut arriver un moment où la probabilité de survie est extrêmement faible, où la perspective de profiter d'une qualité de vie acceptable est tellement limitée que la poursuite du traitement semble inappropriée et vaine : il s'agit alors de prendre des mesures palliatives afin de soulager le patient et sa famille. Dans cette situation, un indice de gravité - pour être utile - ne doit jamais faussement prédire qu'un patient va mourir, et dans le cas d'une survie, doit estimer correctement la valeur que les individus attachent à un mauvais état de santé chronique. La prise de décision clinique est une responsabilité médicale primordiale où les scores à l'admission ou à 24 heures ont peu de valeur dans la mesure où de nombreux événements cliniques importants surviennent après cette période. Des scores dynamiques ou évolutifs pourraient être intéressants et compléter l'évaluation clinique. Bien que des progrès aient été réalisés dans ce domaine, il n'existe pas à l'heure actuelle de système de cotation validé qui puisse répondre à cet objectif.

D - Quand prévoir la sortie de l'unité de soins intensifs ?

Il serait utile de disposer d'un système de cotation permettant de déterminer le moment opportun pour le patient de quitter l'unité de Réanimation. Pour cette utilisation spécifique, il paraît peu probable qu'un système puisse être supérieur au jugement clinique.

RECOMMANDATIONS

1) A l'heure actuelle, l'utilisation des scores de gravité ne peut être recommandée en routine dans la prise des décisions cliniques.

2) La gestion informatisée des probabilités d'évolution et du pronostic pourra à l'avenir étayer la prise de décision clinique, mais ce processus doit être placé sous le contrôle du personnel médical qui est à même d'évaluer les avantages et inconvénients associés à l'application d'un tel calcul de probabilité dans un contexte clinique.

3) Une évaluation du processus de prise de décision clinique permettant de préciser l'apport des scores de gravité est nécessaire.

4) Les systèmes de cotation existants ne sont pas conçus pour, ou appropriés à la prise de décision en matière d'admission ou de sortie des patients en S.I. ("triage").

5) Des recherches sur la qualité de vie après sortie de l'unité de S.I. devraient être instaurées, avec des spécialistes en sciences sociales et des associations de patients, et il faut envisager le développement de systèmes de cotation et de sortie permettant d'évaluer l'incapacité après cette sortie.

CONCLUSIONS

Un temps et une énergie considérables ont été investis dans la conception, la mise au point et l'évaluation de systèmes de cotation sophistiqués chez les patients de S.I. Ces systèmes ont été créés pour améliorer l'évaluation de la mortalité hospitalière dans des populations importantes de patients. Leur faible sensibilité exclut leur utilisation à des fins pronostiques chez des patients individuels. Les scores de sévérité / indices de gravité sont toutefois déjà intéressants pour prédire la mortalité dans des populations générales de patients de S.I. et dans le contexte des essais cliniques.

L'issue du traitement en unité de soins intensifs doit néanmoins intégrer d'autres éléments que la mortalité. La morbidité, l'incapacité et la qualité de vie sont importantes, mais aucun des systèmes de cotation de la sévérité actuellement disponibles ne prend ces éléments en considération.

Aujourd'hui, les scores de sévérité / indices de gravité jouent peu, voire pas, de rôle dans la prise de décision clinique pour le patient particulier, car ils sont basés sur un nombre restreint d'éléments recueillis après admission en S.I. La prise en compte du processus dynamique et évolutif intégrant des variables cliniques et physiologiques pourraient améliorer la sensibilité et l'intérêt des indices de gravité.

[\[retour au sommaire des conférences\]](#)

[\[retour page d'accueil\]](#)