

Ampleur et motifs de refus d'admission en réanimation médicale des hôpitaux de troisième ligne

Extent and pattern of intensive care unit refusal in Tunisian 3rd line hospitals

Takoua Merhabene, Farah Blel, Amira Jamoussi, Samia Ayed, Jalila Ben Khelil, Mohamed Besbes

Service de réanimation médicale, hôpital Abderrahman Mami, Ariana, Tunisie, Université Tunis El Manar, faculté de médecine de Tunis

RÉSUMÉ

Contexte: Le refus d'admission en réanimation, bien qu'il soit de pratique courante, reste peu étudié en Tunisie.

Objectif: Déterminer les caractéristiques des patients ayant fait l'objet d'un refus d'admission en réanimation, ainsi que les principaux motifs de refus.

Méthodes: Il s'agissait d'une étude prospective, menée au service de réanimation médicale de l'hôpital Abderrahmane Mami de l'Ariana (Tunisie), durant l'année 2016. Ont été inclus l'ensemble des patients proposés pour une admission, puis répartis en deux groupes GI: patients refusés et GII: patients admis. Les motifs de refus ont été répartis selon leur attribution soit au « contexte » soit aux « malades ».

Résultats: Parmi les 1081 patients proposés pour une admission, 491 étaient refusés (45,4%). Les facteurs indépendamment associés au refus, étaient essentiellement le motif chirurgical de la proposition (OR ajusté 15,80; IC95% 1,34-186,17 ; p=0,028), l'aggravation de l'état clinique par un arrêt cardio-respiratoire (OR ajusté 5,91 ; IC 95% 2,54-13,76 ; p<0,001), et la présence d'une hémopathie maligne (OR ajusté 2,82 ; IC 95% 1,32-6,02 ; p=0,007). Le principal facteur protecteur contre le refus d'admission en réanimation médicale, a été l'origine intra-hospitalière de la proposition (OR ajusté 0,06 ; IC 95% 0,04-0,08 ; p<0,001). Les patients admis après un refus, avaient une durée de séjour plus longue (p= 0,024), et une mortalité plus importante (p=0,023). Les motifs de refus d'admission étaient dominés par l'absence de lits disponibles (76,2%).

Conclusion: L'absence de lits disponibles a représenté le motif majeur de refus d'admission, d'où la nécessité d'interventions structurelles et organisationnelles.

Mots-clés

Capacité hospitalière – Unités des soins intensifs – admission du patient – Refus de traiter – facteurs de risque – refus de traitement – Triage - Tunisie

SUMMARY

Background: Rationing in intensive care unit (ICU) beds is common and can lead to admission refusal. Understanding factors involved in triage practices is the first step towards an ethically optimal decision-making process.

Aim: To identify determinants and patients' characteristics associated with decisions to deny ICU admission.

Methods: This prospective observational study was conducted in Abderrahmane Mami Hospital's medical ICU, in Ariana, between 1st January and 31st December 2016. No predefined admission criteria were determined. All consecutive patients referred to ICU for admission during the study period were included. Two groups were defined GI: Admitted patients and GII: Refused patients. The reasons for refusal were categorized as follows: full unit, necessity of reorientation, patient too well to benefit, patient too sick to benefit and patient or family refusal.

Results: During the study period, ICU admission was requested for 1081 patients of whom 491 (45.4%) were refused. Logistic regression identified factors positively associated with ICU refusal. A surgical status (AOR 15,80 ; IC95% 1,34-186,17 ; p=0,028), was found to be the main factor, followed by cardiopulmonary arrest (AOR 5,91 ; IC 95% 2,54-13,76 ; p<0,001) and hematologic malignancies (AOR 2,82 ; IC 95% 1,32-6,02 ; p=0,007). In contrast, other factors were shown to be negatively associated with ICU refusal; it was essentially ICU admission requested from our hospital (AOR 0,06 ; IC 95% 0,04-0,08 ; p<0,001). Full unit was the predominant reason for refusal (76.2%).

Conclusion: Our study confirms that ICU refusal is common. It depends on both organizational and patient-related factors.

Key-words

Hospital Bed Capacity - Intensive Care Units - Patient Admission - Refusal to Treat - Risk Factors - Treatment Refusal - Triage - Tunisia

مدى وأسباب رفض قبول الإقامة بوحدة الإنعاش الطبي لمستشفيات الخط الثالث

تقوى مرهبان ، فرج بلال، اميرة جموسي ، سامية عياد، جلييلة بن خليل ، محمد بسباس.

الخلفية: ان رفض قبول المرضى بقسم الإنعاش الطبي على الرغم من أنها ممارسة شائعة إلا أن الدراسات في هذا الموضوع لا تزال ضئيلة.

الهدف : تحديد مواصفات المرضى الذين وقع رفض قبولهم في قسم الإنعاش الطبي مع تحديد طبيعة الأسباب الرئيسية لذلك. الطريقة : أجريت دراسة إستطلاعية بقسم الإنعاش الطبي في مستشفى عبد الرحمان مامي أريانة (تونس)، خلال سنة 2016. و قد شملت جميع المرضى الذين تم إقترحهم للقبول، و هذه المجموعة تنقسم إلى جزئين : GI وهي مجموعة المرضى الذين لم يقع قبولهم و GII مجموعة المرضى الذين وقع قبولهم. توزعت أسباب الرفض إلى أسباب متصلة بالسياق و إلى أسباب متعلقة بالمرضى. **النتائج :** من بين 1081 مريض مقترحا للقبول تم رفض 491 مريض ما يعادل 45.1%. العوامل المرتبطة بشكل مستقل بالرفض هي في الأساس اسباب جراحية (=0.028 P ; 1.34-186.17 IC = 15.8% OR) إلى جانب خطورة الحالة السريرية مثل حالات توقف القلب المسبق (=0.001 P ; 13.76-2.54 IC = 5.91% OR) و وجود سرطان دموي (=0.007 P ; 1.32-6.02 IC = 2.82% OR) كما أن العامل الرئيسي الحامي من هذا الرفض كان مصدر الطلب من داخل المستشفى (0.001 P < 0.04-80.0P IC = 0.06% OR) كما هيمنت قلة الأسرة المتاحة على أسباب رفض قبول المرضى بالقسم بـ 76%.

الخلاصة : كانت قلة الأسرة المتاحة هي السبب الرئيسي لرفض قبول المرضى، لذا يجب أن يكون هذا العامل موضوع التدخلات الهيكلية و التنظيمية.

الكلمات المفتاحية : سعة أسرة المستشفى - وحدات العناية المركزة - قبول المرضى - رفض العلاج - عوامل الخطر - رفض المعالجة - الفرز - تونس

Correspondance

Dr Merhabene Takoua. Maitre de Conférences Agrégé, Service de Réanimation Médicale, hôpital Abderrahman Mami Ariana

Tel : +0021697506890

E Mail: takouamg@yahoo.fr; Takoua.merhabene@fmt.utm.tn

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent l'absence de conflits d'intérêts relatifs à la réalisation de ce travail

INTRODUCTION

Le droit à la santé, reconnu par divers organismes internationaux, est désormais garanti par la constitution tunisienne de 2014. La concrétisation de ce droit se heurte, toutefois, à une multitude de défis, tant à l'échelle internationale, que dans notre pays (1,2). La balance entre le droit individuel d'accès à la santé et l'insuffisance des ressources à l'échelle de la communauté, se manifeste de manière particulière au niveau des services de réanimation. De ce fait, les médecins réanimateurs se retrouvent couramment confrontés à la décision de refus d'admission de patients, dont certains auraient pu tirer bénéfice (3,4). Plusieurs recommandations émanant de sociétés savantes principalement anglo-saxonnes, ont été proposées dans le but d'organiser les décisions de refus ou d'admission en réanimation, et réduire ainsi le caractère arbitraire de ces situations. Parmi ces recommandations figurent celles de la Society of Critical Care Medicine (SCCM) de 1999 (5), ayant fait l'objet d'une mise à jour récente en 2016 (6), et celles issues de la Task Force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine (7). Or, le refus d'admission en réanimation, bien qu'il soit de pratique courante, reste peu étudié en Tunisie. Les données concernant la fréquence et les motifs de refus des propositions d'admission aux services de réanimation médicale, sont rares au Grand Maghreb dont la Tunisie.

L'objectif de notre travail a été de déterminer d'une part les caractéristiques des patients ayant fait l'objet d'un refus d'admission au service de réanimation médicale de l'hôpital Abderrahmane Mami (Tunisie), au cours de l'année 2016; et d'autre part les principaux motifs de ce refus d'admission.

MÉTHODES

Design de l'étude: Il s'agissait d'une étude observationnelle, prospective et uni-centrique. L'étude s'était étendue sur une période d'un an allant du 1er janvier 2016 jusqu'au 31 décembre 2016, au service de réanimation médicale de l'hôpital Abderrahmane Mami de pneumo-physiologie de l'Ariana (Tunisie). C'est un hôpital spécialisé, à caractère universitaire, d'une capacité de 355 lits, et dont le taux d'occupation moyen a été de 70%. L'unité de réanimation a été composée de 22 lits dont dix lits de réanimation et 12 lits de surveillance continue. Toutes les décisions d'admission ou de non admission d'un patient ont été systématiquement soumises à l'accord du senior de garde. Cette décision a été prise après évaluation du patient par le résident et/ou le senior de garde, lorsque le patient était hospitalisé au sein d'un service clinique de l'hôpital Abderrahmane Mami, ou par téléphone lorsqu'il provenait d'une autre structure. Ont

été inclus dans l'étude, l'ensemble des patients ayant été proposés pour admission au service de réanimation médicale de l'hôpital Abderrahmane Mami de l'Ariana, au cours de la période d'étude, et ayant été refusée. Tous les patients ayant été admis dans le service de réanimation, au cours de la même période, ont également été inclus dans l'étude à des fins de comparaison. Les patients ayant été admis de façon différée, après un refus initial, ont été considérés comme faisant partie du groupe des patients admis. Aucun critère de non inclusion ou d'exclusion n'a été retenu.

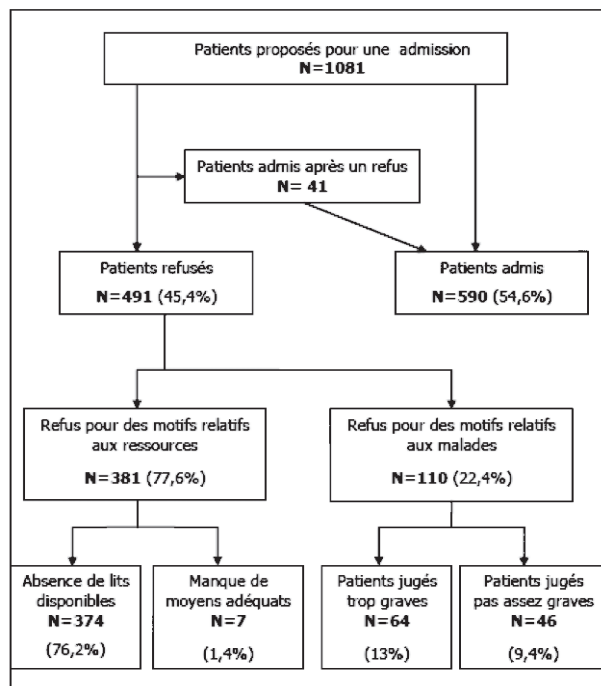
Recueil des données : Il a été demandé au médecin réanimateur de garde de consigner, à l'aide d'un modèle standardisé, les informations disponibles au moment de la sollicitation pour une admission en réanimation. Les données recueillies étaient: les données temporelles, la structure d'origine, les paramètres démographiques, les antécédents pathologiques, le score de co-morbidité de Charlson (9), et le score de co-morbidité de Charlson pondéré selon l'âge (10), les données cliniques et la survenue préalable d'un arrêt cardiorespiratoire, le motif de sollicitation pour une admission en réanimation, et le motif de refus d'admission en réanimation. Cinq motifs de refus d'admission ont été définis et répartis en deux catégories, selon qu'ils soient relatifs aux malades ou aux ressources. Les motifs de refus relatifs aux ressources étaient soit l'absence de lits disponibles soit le manque de moyens adéquats. Les motifs de refus relatifs aux malades étaient inspirés des guidelines de la SCCM (5). Les motifs inclus dans cette catégorie étaient les suivants: Patient jugé pas assez grave «too well to benefit », Patient jugé trop grave «too sick to benefit» et refus du patient ou de sa famille de la prise en charge en réanimation. En plus des données communes aux patients admis au service ou dont l'hospitalisation a été refusée, des données spécifiques aux patients admis en réanimation ont été recueillies: la notion d'admission différée suite à un refus antérieur, la durée de séjour en milieu de réanimation, le devenir du patient à l'issue du séjour en réanimation

Analyse statistique : Les données ont été saisies et analysées au moyen du logiciel SPSS version 21.0. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne \pm DS ou en médiane (extrêmes) et/ou quartiles si leur distribution ne suivait pas une loi normale. Les variables qualitatives ont été exprimées en nombre (pourcentage). Les variables quantitatives ont été comparées à l'aide du test t de Student ou du test non paramétrique (Mann-Whitney U-test), quand la distribution des variables ne suivait pas une loi normale. Les variables qualitatives ont été comparées à l'aide du CHI deux de Pearson ou du test exact de Fisher selon les effectifs théoriques. La différence entre deux variables a été considérée comme significative si $p < 0,05$. Toutes les données recueillies

dans ce travail étaient confidentielles et anonymes. Afin d'identifier les facteurs de risque liés de façon indépendante à la décision de refus d'admission, nous avons conduit une analyse multivariée en régression logistique (méthode pas à pas descendante). L'analyse multivariée a permis de calculer des Odds ratios ajustés (Intervalle de confiance 95%), mesurant le rôle propre de chaque facteur.

RÉSULTATS

Durant l'année 2016, 1081 patients ont été proposés pour une hospitalisation au Service de Réanimation Médicale de l'hôpital Abderrahmane Mami de l'Ariana. Parmi eux, 491 n'ont pas bénéficié d'une autorisation d'admission, soit un taux de refus de 45,4%, et 590 ont été admis dans le service, dont 41 après un refus antérieur. La figure n°1 illustre la répartition de l'ensemble des patients en fonction de la décision d'hospitalisation en réanimation médicale.



l'année 2016

La moyenne d'âge des patients du groupe « admission refusée » a été de 54,5 ans ± 20,3, avec des extrêmes de 3 et de 98 ans. La fréquence de refus d'admission la plus élevée a été enregistrée au mois de mars (63 refus soit une moyenne de deux refus par jour environ) et la plus basse au mois de mai (13 refus). Sur l'ensemble des refus d'admission, 438 (soit 89,2%) ont eu lieu lors de

jours ouvrables et 53 (soit 10,8%) ont eu lieu un dimanche. Selon le nycthémère, la proposition d'admission de 284 patients a été refusée lors de la présence de l'équipe médicale du service au complet (de 8h à 16h), et pour 207 patients, la décision de refus a été prise au cours des gardes. Les patients en provenance de l'hôpital Abderrahmane Mami (service d'accueil des urgences et autres services) représentaient 22,6% de l'ensemble des patients dont l'admission a été refusée. Parmi les patients dont la proposition d'admission en réanimation médicale a été refusée, 390 patients (soit 79,4%) avaient au moins un antécédent pathologique (tableau I).

Tableau 1 : Principaux antécédents pathologiques de 491 patients dont l'admission en réanimation médicale a été refusée (Hôpital Mami, Tunisie, 2016)

Antécédents pathologiques	n
Antécédents respiratoires	154 (31,4)
Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive	87
Asthme	20
Tuberculose pulmonaire	16
Fibrose pulmonaire	18
Syndrome d'apnée obstructif du sommeil	8
Maladie neuromusculaire	7
Dilatation de bronches	2
Mucoviscidose	1
Hypertension artérielle pulmonaire primitive	1
Antécédents cardiovasculaires	134 (27,3)
Hypertension artérielle	78
Cardiopathie ischémique	48
Cardiopathie rythmique	12
Cardiopathie valvulaire	12
Insuffisance cardiaque chronique	14
Cardiopathie congénitale	3
Diabète	66 (13,4)
Antécédents neuropsychiatriques	36 (07,3)
Maladie psychiatrique/démence	20
Accident vasculaire cérébral	11
Epilepsie	3
Sclérose en plaques	3
Néoplasie solide	37 (07,5)
Métastatique	10
Hémopathie	27 (05,5)
En rémission	4
Insuffisance rénale chronique	24 (04,9)
En dialyse chronique	13
Maladie de système ou de surcharge	18 (03,7)
Autres	17 (03,5)
Tuberculose extra-pulmonaire	5
Hémoglobinopathie	4
Cirrhose	3
Syndrome d'immunodéficience acquise	2
Toxicomanie	3

Les motifs de proposition pour une admission en réanimation étaient essentiellement d'ordre médical

(tableau II). Les motifs de refus d'admission en réanimation étaient essentiellement relatifs aux ressources dont l'absence de lits disponibles; Ces propositions provenaient essentiellement d'autres centres hospitalo-universitaires (45,4%). Les autres propositions provenaient d'hôpitaux régionaux (24,9%), et de structures privées (10,2%). Le tableau III illustre les différents motifs de refus d'admission en réanimation. La comparaison du groupe des patients dont la proposition d'admission en réanimation a été refusée avec celui des patients admis, en analyse multivariée a identifié divers facteurs associés à la décision de refus d'admission (tableau IV). En effet, Le caractère chirurgical ou métabolique de la proposition d'admission, la survenue d'un arrêt cardiorespiratoire, le recours à la ventilation mécanique et la présence d'une hémopathie maligne représentaient les principaux facteurs associés positivement à la décision de refus d'admission en réanimation. Les facteurs protecteurs contre le refus étaient liés à la structure d'origine (hôpital d'affiliation du service de réanimation) et aux antécédents pathologiques (antécédents respiratoires et neuropsychiatriques, l'appareillage respiratoire à domicile et l'indice de co-morbidité de Charlson pondéré selon l'âge).

Tableau 2: Répartition de 491 patients dont l'admission en réanimation médicale a été refusée, selon le motif de proposition d'hospitalisation (Hôpital Mami, Tunisie, 2016)

Motif de proposition à une admission	n
Défaillance respiratoire	281 (57,3)
Insuffisance circulatoire	68 (13,8)
Septique	30
Cardiogénique	28
mixte ou indéterminée	8
Hypovolémique	1
Anaphylactique	1
Défaillance neurologique	52 (10,6)
Altération de l'état de conscience d'origine vasculaire	20
Etat de mal convulsif	18
Altération de l'état de conscience d'origine infectieuse	8
Altération de l'état de conscience d'origine indéterminée	6
Urgences métaboliques	39 (08,0)
Arrêt cardiorespiratoire réanimé	12 (02,4)
Intoxication aiguë/surdosage médicamenteux	11 (02,2)
Autres	28 (05,7)
Décision anticipée en cas d'aggravation	14
Affection chirurgicale	10
Brûlures	2
Problème socio-économique	1
Echange plasmatique	1

Tableau 3: Répartition, selon le motif, de 491 patients dont la proposition d'admission en réanimation médicale, a été refusée (Hôpital Mami, Tunisie, 2016)

Motif de refus d'admission	n	%
Les motifs relatifs aux ressources		
Absence de lits disponibles	374	76,2
Manque de moyens adéquats	7	1,4
Les motifs relatifs aux malades		
Patient jugé trop grave «too sick to benefit»	64	13,0
Patient jugé pas assez grave « too well to benefit »	46	9,4
Refus de l'admission par le patient ou sa famille	0	0

Tableau 4: Facteurs prédictifs de refus d'admission en réanimation médicale (Hôpital Mami, Tunisie, 2016)

Facteurs associés au refus	OR ajustés	IC 95%	p
Affection chirurgicale	15,80	1,34-186,17	0,028
Survenue d'un ACR	5,91	2,54-13,76	<0,001
Urgence métabolique	3,25	1,53-6,90	0,002
Ventilation mécanique invasive	2,86	1,90-4,32	<0,001
Hémopathie	2,82	1,32-6,02	0,007
Indice de Charlson pondéré à l'âge >2	0,50	0,35-0,70	<0,001
Antécédent(s) respiratoire(s)	0,45	0,32-0,64	<0,001
Antécédent(s) neuropsychiatrique(s)	0,33	0,19-0,59	<0,001
Patient sous OLD et/ou VAD	0,23	0,10-0,50	<0,001
Structure d'origine : hôpital A.Mami	0,06	0,04-0,08	<0,001

OR: Odds Ratio - IC : Intervalle de Confiance - OLD : Oxygénothérapie de Longue Durée
VAD : Ventilation A Domicile - ACR : Arrêt Cardio-Respiratoire

DISCUSSION

Cette étude présentait les points forts suivants :

- L'originalité du sujet qui reste peu étudié en Tunisie, bien que le refus d'admission en réanimation soit de pratique courante et généralement arbitraire.
- L'inclusion, de façon prospective, de la totalité des malades refusés pour une admission en réanimation, durant toute une année, ainsi que de l'ensemble des patients admis, permettant de refléter avec fiabilité les pratiques de refus d'admission au service de réanimation médicale.

•L'intérêt des résultats qui contribuent à dresser un état des lieux des difficultés rencontrés par les CHU, et par le système de santé en Tunisie, revêtant ainsi une dimension à la fois économique, sociale et politique.

Les taux de refus, rapportés par d'autres séries tunisiennes, étaient considérablement plus élevés, allant de 58 à 68% (11–13). Ces études avaient été menées dans des services de réanimation ayant une moindre provision de lits (9-10 lits contre 22 lits dans notre service), et situés dans des CHU dont la capacité totale était plus importante (variant entre 450 et 1000 lits contre 355 lits pour notre hôpital). L'influence de la provision de lits de réanimation sur les décisions de refus d'admission, ayant été établie par plusieurs études (14-17). En comparaison aux données publiées par les pays du Maghreb, nous avons retrouvé un taux supérieur à celui décrit par l'étude prospective publiée en 2012 au Maroc (35,6%) (18). Ceci s'explique probablement par la disponibilité d'autres structures hospitalières qui étaient capables de prendre en charge les patients graves (unités de réanimation chirurgicale et de réanimation cardiaque). Dans notre cas, l'hôpital Mami était le seul hôpital universitaire au niveau du gouvernorat destiné à gérer les patients nécessitant la réanimation. Outre ces facteurs, la variabilité des taux de refus entre les différentes études peut être expliquée par d'autres éléments intervenant en amont de la décision-même d'admission ou de refus. En effet, cette étape, appelée «Pre-ICU triage», peut être influencée par différentes considérations qui font que certains patients ne soient jamais référés en réanimation (19) L'hétérogénéité des populations proposées résultant de cette présélection, expliquait, selon Garrouste et al, la variation des taux de refus entre les différentes unités de réanimation incluses dans leur étude multicentrique menée en France (allant de 7 à 63%) (20).

Dans notre série, la décision d'admission ou de refus d'un patient en réanimation n'était pas influencée par l'horaire de la sollicitation, contrastant avec les résultats d'une série française ayant identifié le caractère nocturne de la proposition comme un facteur de refus (20). Cette divergence pourrait s'expliquer par le fait que les décisions d'admission ou de refus soient prises par un «junior» ayant moins de deux ans d'expérience. Le triage par un «junior» était, en effet, associé à plus de décisions de refus dans cette même étude (20).

Notre équipe ait opté pour une politique d'admission plus large envers les patients proposés à partir de l'hôpital Mami. Ceci pourrait être expliqué par la particularité qu'a notre service de recruter essentiellement des patients ayant des pathologies cardio-respiratoires dans un hôpital spécialisé en pneumo-phtisiologie.

L'admission, dans une unité de réanimation spécialisée, de patients dont le diagnostic initial n'était pas associé à la spécificité de l'unité en question, étant déconseillé par les recommandations de la SCCM (6), car serait associée à une mortalité plus importante (21). L'admission en réanimation des patients atteints d'hémopathies malignes était, en revanche, plus souvent refusée. Dans cette population spécifique, la nécessité de conditions de prise en charge particulières expliquerait que chez ces patients, le motif de refus le plus fréquent était l'absence de lits disponibles. L'atteinte cancéreuse, en particulier métastatique, a été identifiée comme facteur prédictif de refus d'admission en réanimation par d'autres études (8, 17, 20). Ces études, menées au début des années 2000, reflétaient les réserves de l'époque quant à la prise en charge des patients atteints de cancer en réanimation. Ces patients avaient, en effet, une mortalité élevée, qui pouvait dépasser les 90% en cas de recours à la ventilation mécanique invasive. L'admission de tels malades était d'ailleurs découragée par les recommandations de la SCCM de 1999 (5). La survie des patients atteints de pathologies malignes, à l'issue d'un séjour en réanimation a connu une amélioration considérable au cours des deux dernières décennies (22, 23), grâce aux avancées diagnostiques et thérapeutiques à la fois dans le domaine de la réanimation, et dans celui de l'onco-hématologie.

Un impact négatif du retard de transfert en réanimation a été retrouvé dans notre étude et par plusieurs auteurs aussi bien en termes d'augmentation de la mortalité (15, 18, 24, 25), qu'en termes d'allongement de la durée de séjour (26). Un transfert précoce de ces malades contribuerait non seulement à améliorer leur survie, mais également à réduire leurs durées de séjours et par conséquent à réduire les coûts d'hospitalisation.

L'absence de lits disponibles dominait largement les motifs de refus d'admission. Ce résultat était similaire à celui d'une autre étude tunisienne menée au CHU La Rabta (13), ayant retrouvé le manque de place comme le premier motif de refus d'admission en réanimation (46% des refus). Un tel constat a été également rapporté par une série marocaine dans laquelle l'absence de lits disponibles représentait 40,6% des motifs de refus (18). Dans la littérature, le manque de lits a été identifié en tant que facteur indépendant de refus d'admission en réanimation dans la plupart des études (15, 17, 18, 20). En effet, un taux de 34% a été retrouvé dans une étude multicentrique menée à l'ouest de la France (25), région considérée comme étant la moins équipée en lits de réanimation (5,3 à 6,3 lits de réanimation par 100 000 habitants), par rapport au reste du pays (comptant en moyenne 11,6 lits de réanimation par 100 000 habitants)

(27). Le faible taux d'équipement en lits de réanimation dans le gouvernorat de l'Ariana (1,7 lits de réanimation par 100 000 habitants) (28) pourrait donc expliquer la proportion élevée de patients proposés pour admission et refusés par manque de lits, dans notre série.

Outre une capacité d'accueil insuffisante par rapport à la population cible, notre service était soumis à une importante sollicitation de la part d'autres structures hospitalières et privées. Cette pression accrue s'explique en partie par un sous-équipement en lits de réanimation à l'échelle nationale; le taux moyen d'équipement en lits de réanimation étant estimé à 2,4 lits par 100 000 habitants, en Tunisie (28). En Europe, ce taux est estimé à 11,5, avec cependant des différences assez marquées entre les pays (4,2 au Portugal et 29,2 en Allemagne) (27). Aux États-Unis, le nombre de lits de réanimation a augmenté de 15% entre 2000 et 2009, aboutissant à une moyenne de 34,7 lits de réanimation par 100 000 habitants (29). Selon une étude menée dans un hôpital à New York, l'unité de réanimation était complètement occupée, à quatre reprises uniquement, sur une période de trois mois (19). Par ailleurs, une disparité interrégionale considérable marque la répartition des lits de réanimation en Tunisie (28), ce qui pourrait expliquer l'hyper-sollicitation des CHU de la capitale et de la région Est du pays.

Bien que le jugement du clinicien pour les patients jugés « trop graves pour tirer bénéfice » et ceux jugés « pas assez graves pour tirer bénéfice » ait montré une certaine supériorité par rapport aux scores de prédiction de la mortalité, ils étaient tous deux d'une fiabilité limitée au cours des premières 24 heures de l'évaluation clinique (31). Les limites de cette estimation ont été illustrées, en partie, par la mortalité non négligeable des patients considérés « too well to benefit » (7% à 11%) selon les études (12, 17, 21), et s'élevait à 21,3% dans une série des patients atteints de pathologies malignes (32). Des taux de survie considérables ont été, par ailleurs, retrouvés parmi les patients « too sick too benefit ». Cette survie variait de 19% à 40% selon les séries (15, 17, 20, 33). Pour ces deux groupes de patients, le refus d'admission pourrait donc représenter une perte de chance, faisant de la justice distributive, une injustice individuelle.

Afin de minimiser les biais inhérents à la nature subjective de la prise de décision, une politique d'admission large ou « over triage » suivie d'une évaluation secondaire permettant un ajustement des thérapeutiques, serait préférable au refus d'admission (6): c'est l'approche nommée « ICU trial ». En Tunisie, de par l'absence d'un cadre légal régissant les pratiques relatives à la fin de vie, celles-ci pourraient être assimilées à une abstention volontaire de porter secours à une personne en péril,

et seraient dans ce cas, contraires aussi bien à la loi (articles un et deux de la loi N° 66- 48 du 3 Juin 1966 relative à l'abstention délictueuse) (34), qu'au Code de déontologie médicale (article cinq) (35). Un comblement du vide juridique relatif à cette problématique, ainsi qu'une mise à jour du Code de déontologie médicale paraissent aujourd'hui indispensables.

Au terme de notre étude, nous proposons un ensemble de mesures visant une approche systémique des pratiques de refus d'admission en réanimation. À l'échelle des services de réanimation, il est indispensable d'une part d'adopter une attitude de concertation, d'analyse et d'évaluation régulière des pratiques de triage des patients au sein de chaque service, et d'autre part, d'opter, pour une politique d'admission large, suivie d'une évaluation secondaire des malades pour lesquels le bénéfice d'une prise en charge en réanimation est incertain. Dans les hôpitaux, la fourniture des ressources matérielles et humaines indispensables au bon fonctionnement des services d'accueil des urgences, permettrait d'initier la prise en charge précoce des patients les plus graves. Enfin, il est urgent de lancer une réflexion éthique, juridique et déontologique, concernant les décisions de limitation thérapeutique dans le contexte tunisien et de vulgariser le débat relatif aux questions de fin de vie.

Deux limites méthodologiques de cette étude sont à noter. D'une part, un éventuel biais de sélection induit par le caractère uni-centrique de l'étude, de par la valence cardio-respiratoire de l'hôpital Abderrahmane Mami. D'autre part, la difficulté du recueil exhaustif des données dans le contexte d'urgence, notamment pour les patients proposés pour hospitalisation, par téléphone à partir d'autres structures impliquant l'absence de données relatives à l'évolution des patients (telles que le devenir des patients dont l'admission a été refusée, et la qualité de vie après le séjour en réanimation et/ou le refus) :

En guise de conclusion, cette étude, bien qu'elle soit limitée par son caractère uni-centrique, a contribué à une meilleure appréciation des pratiques de refus d'admission en réanimation en Tunisie, et a mis l'accent en particulier sur le rôle majeur que jouent les facteurs contextuels et organisationnels. Ce rôle dénote à la fois de la limitation des ressources humaines et matérielles mises à la disposition des services de réanimation (dont la répartition est caractérisée par une disparité interrégionale). L'amélioration de ces insuffisances reste tributaire d'un plan d'action national visant à réduire ces inégalités d'accès aux soins critiques.

REFERENCES

1. Association tunisienne de défense du droit à la santé. Rapport sur le droit à la santé en Tunisie. Tunis: ATDDS; 2016.
2. Comité technique du dialogue sociétal. Pour une meilleure santé en Tunisie : Faisons le chemin ensemble. Tunis: Comité technique du dialogue sociétal; 2014.
3. Sinuff T, Kamyar K, Cook DJ, Luce JM, Levy MM. Rationing critical care beds: A systematic review. *Crit Care Med.* 2004;32(7):1588-97.
4. Truog RD, Brock DW, Cook DJ, Danis M, Luce JM, Rubenfeld GD, et al. Rationing in the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2006; 34(4):958-63.
5. Society of Critical Care Medicine. Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage. Task Force of the American College of Critical Care Medicine. *Crit Care Med.* 1999; 27(3):633-8.
6. Nates J, Nunnally M, Kleinpell R, Blosser S, Goldner J, Birriel B, et al. ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A Framework to Enhance Clinical Operations, Development of Institutional Policies, and Further Research. *Crit Care Med.* 2016;44(8):1553-602.
7. Blanch L, Abillama FF, Amin P, Christian M, Joynt GM, Myburgh J, et al. Triage decisions for ICU admission: Report from the Task Force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *J Crit Care.* 2016; 36:301-5
8. Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Consensus Statement on the Triage of Critically Ill Patients. *JAMA.* 1994;271(15):1200-3.
9. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie R. A new method of classifying prognostic in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis.* 1987; 40(5):373-83.
10. Charlson M, Szatrowski TP, Peterson J, Gold J. Validation of a combined comorbidity index. *J Clin Epidemiol.* 1994; 47(11):1245-51.
11. Hamzaoui O. Refus d'admission en réanimation: Motifs et impact sur la mortalité [Thèse]. Médecine: Sousse; 2004. 65p.
12. Ibn Saad I. Les demandes d'avis de réanimation et décision de non admission : Etude prospective sur 6 mois [Thèse]. Médecine: Monastir; 2011. 72p.
13. Daly F. Y a-t-il des critères limitant l'admission en réanimation? [Thèse]. Médecine: Tunis; 2011. 92p.
14. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Vinsonneau C, Garrouste M, Cohen Y, et al. Compliance with triage to intensive care recommendations. *Crit Care Med.* 2001; 29(11):2132-6.
15. Sprung CL, Geber D, Eidelman LA, Baras M, Pizov R, Nimrod A, et al. Evaluation of triage decisions for intensive care admission. *Crit Care Med.* 1999; 27(6):1073-9.
16. Robert R, Coudroy R, Ragot S, Lesieur O, Runge I, Souday V, et al. Influence of ICU-bed availability on ICU admission decisions. *Ann Intensive Care* [En ligne]. 2015 [Cité le 25/07/2017];5(55): [7 pages]. Disponible à l'URL: <https://annalsofintensivecare.springeropen.com/articles/10.1186/s13613-015-0099-z>
17. Garrouste-Orgeas M, Montuclard L, Timsit J-F, Missot B, Christias M, Carlet J. Triage patients to the ICU: a pilot study of factors influencing admission decisions and patient outcomes. *Intensive Care Med.* 2003; 29: 774-81.
18. Louriz M, Abidi K, Akkaoui M, Madani N, Chater K, Belayachi J, et al. Determinants and outcomes associated with decisions to deny or to delay intensive care unit admission in Morocco. *Intensive Care Med.* 2012;38(5):830-7.
19. Levin PD, Sprung CL. The process of intensive care triage. *Intensive Care Med.* 2001; 27(9):1441-5.
20. Garrouste-Orgeas M, Montuclard L, Timsit J-F, Reigner J, Desmettre T, Karoubi P, et al. Predictors of intensive care unit refusal in French intensive care units: A multiple-center study. *Crit Care Med.* 2005; 33(4):750-5.
21. Lott JP, Iwashyna TJ, Christie JD, Asch DA, Kramer AA, Kahn JM. Critical illness outcomes in specialty versus general intensive care units. *Am J Respir Crit Care Med.* 2009; 179(8):676-83.
22. Mokart D, Pastores SM, Darmon M. Has survival increased in cancer patients admitted to the ICU ? Yes. *Intensive Care Med.* 2014; 40:1570-2.
23. Ewelina B, Fengfeng C, Marcus V, Stephan M. Oncological patients in the intensive care unit : prognosis , decision-making, therapies and end-of-life care. *Swiss Med Wkly.* 2017; 147:w14481.
24. Lai A. Facteurs influençant le tri des patients à admettre dans une réanimation médicale et survie des patients [Thèse]. Médecine: Lorraine; 2011. 76p.
25. Robert R, Reigner J, Tournoux-Facon C, Boulain T, Lesieur O, Gissot V, et al. Refusal of intensive care unit admission due to a full unit: Impact on mortality. *Am J Respir Crit Care Med.* 2012; 185(10):1081-7.
26. Churpek MM, Wendlandt B, Zdravcevic FJ, Adhikari R. Association Between intensive care unit transfer delay and hospital mortality : A Multicenter Investigation. *J Hosp Med.* 2016;11(11):757-62.
27. Rhodes A, Ferdinande P, Flaatten H, Guidet B. The variability of critical care bed numbers in Europe. *Intensive Care Med.* 2012;38:1647-53.
28. République Tunisienne, Ministère de la Santé. Carte sanitaire Année 2015. Tunis: Ministère de la Santé; 2016.
29. Wallace DJ, Angus DC, Seymour CW, Barnato AE, Kahn JM. Critical care bed growth in the United States: A comparison of regional and national trends. *Am J Respir Crit Care Med.* 2015; 191(4):410-6.
30. Fowler R a, Noyahr L-A, Thornton JD, Pinto R, Kahn JM, Adhikari NKJ, et al. An official American Thoracic Society systematic review: the association between health insurance status and access, care delivery, and outcomes for patients who are critically ill. *Am J Respir Crit Care Med.* 2010; 181(9):1003-11.
31. Sinuff T, Adhikari N, Cook DJ, Schünemann HJ, Griffith LE, Rocker G, et al. Mortality predictions in the intensive care unit: Comparing physicians with scoring systems. *Crit Care Med.* 2006;34(3):878-85.
32. Thiéry G, Azoulay É, Darmon M, Ciraldi M, De Miranda S, Lévy V, et al. Outcome of cancer patients considered for intensive care unit admission: A hospital-wide prospective study. *J Clin Oncol.* 2005; 23(19):4406-13.
33. Sprung CL, Baras M, Iapichino G, Kesecioglu J, Lippert A, Hargreaves C, et al. The Eldicus prospective, observational study of triage decision making in European intensive care units. Part II: Intensive care benefit for the elderly. *Crit Care Med.* 2012; 40(1):125-31.
34. République Tunisienne. Loi numéro 66-48 du 3 Juin 1966 relative à l'abstention délictueuse. *Journal Officiel de la République Tunisienne* du 3 Juin 1966.
35. République Tunisienne. Décret numéro 93-1155 du 17 mai 1993 portant code de déontologie médicale. *Journal Officiel de la République Tunisienne* des 28 Mai et 1er Juin 1993.