

Enjeux éthiques de l'accès aux soins de réanimation et autres soins critiques (SC) en contexte de pandémie COVID-19

Pistes d'orientation provisoires (16 mars 2020)

Résumé d'un texte de recommandation professionnelle pluridisciplinaire opérationnelle (RPMO) intégrant le recours à la réanimation dans une vision globale du parcours patient.

Contexte

Dans un contexte d'exception et d'incertitude de pandémie COVID-19, où les ressources humaines, thérapeutiques et matérielles pourraient être ou devenir limitées, il est possible que les praticiens sur-sollicités dans la durée soient amenés à faire des choix difficiles et des priorisations dans l'urgence concernant l'accès à la réanimation, les limitations de traitements et l'accompagnement de fin de vie. L'absence de traitement spécifique établi renforce les besoins de soins de support attentionnés. Les principes éthiques de **justice distributive**, de non malfeasance des décisions, d'autonomie et de respect de la dignité de tous les patients sans oublier les plus vulnérables ainsi que l'indispensable confidentialité des données médicales sont des guides pour la prise en charge des patients atteints de formes graves de COVID-19, mais également de ceux nécessitant des soins de réanimation pour une pathologie non liée au COVID-19¹.

Propositions

1. Décisions éclairées par des éléments objectifs potentiellement évolutifs concernant l'état de gravité, l'état antérieur de santé et d'autonomie, prises dans les meilleures conditions possibles ; tenant compte de l'avis du patient (ou à défaut de la personne de confiance ou des proches en l'absence de personne de confiance identifiée), tout au long du parcours
2. Différentes orientations possibles (cf algorithme joint)
 - Admission en réanimation, avec ou sans restriction
 - Réanimation d'attente avec réévaluation précoce si incertitude ou données manquantes
 - Si pas de bénéfice attendu :
 - o Gravité et/ou fragilité extrêmes - proposition soins palliatifs, pour assurer une fin de vie digne et apaisée, en présence d'un proche chaque fois que possible
 - o Gravité modérée - autres services ou structures médicales, en anticipant une éventuelle décision d'admission en réanimation si aggravation
3. Absence de traitement spécifique établi, besoins de soins de support et de confort renforcés ; urgence de la mise en œuvre de la recherche thérapeutique ; si tentative de traitement à titre compassionnel : surveillance, traçabilité et suivi standardisé en vue d'une analyse rétrospective
4. Si limitation de soins envisagée, des soins de fin de vie appropriés et empreints de compassion sont indispensables à l'hôpital, en EHPAD ou à domicile. En cas de fin de vie à l'hôpital, la présence d'un proche du patient doit pouvoir être rendue possible, sous réserve du strict respect des mesures de protection. Rendre également possible l'utilisation de moyens de communication entre patients et proches

¹ Comité Consultatif National d'Éthique. Covid-19- Contribution du comité consultatif national d'éthique : enjeux éthiques face à une pandémie 13 mars 2020

5. Procédures locales spécifiques pour accueil, communication, accompagnement des familles nécessaires. Proposition d'un soutien des patients et de leurs proches par des psychologues
6. Mesures de prévention de l'épuisement des professionnels de santé : respect des limitations légales des horaires de travail en ménageant des périodes de pause, accompagnement logistique et psychologique des soignants
7. Parcours patient à anticiper ; question centrale de la gestion fluide des lits pour limiter les tensions en amont et en aval

En pratique, quelques pistes

Comment favoriser les décisions éclairées ?

Il s'agirait de rassembler une liste d'éléments objectifs (et non réaliser un calcul de score combiné) pour favoriser une décision à partir d'une conjugaison équilibrée de facteurs en intégrant la capacité des lits disponibles et la dynamique de l'épidémie :

- Recueil de la volonté ou du refus du patient d'être pris en charge en service de soins critiques, ou à défaut de sa personne de confiance ou des membres de sa famille. Avis du médecin traitant si disponible
- Etat préalable sous-jacent du patient : âge, comorbidités, état cognitif, fragilité, autonomie, état de nutrition et environnement social avec :
 - Score de fragilité clinique validé en français² ou s'ils sont déjà à notre disposition score GIR, échelle d'autonomie de Katz et indice de performance de l'OMS
 - Évaluation de l'état nutritionnel (critère idéalement guidé par l'indice de masse corporelle et un dosage de l'albuminémie)
 - Question sur l'environnement social et le mode de vie antérieur, sans oublier que le critère « d'utilité sociale » n'est pas un critère acceptable¹
- Estimation de la gravité à l'aide des éléments cliniques et paracliniques à disposition, éventuellement aidée par le score prédictif de mortalité SOFA (*Sepsis-related Organ Failure Assessment*)³
- Cellule pluridisciplinaire et pluri-professionnelle d'appui

Comment réévaluer ?

- Cellule pluri-professionnelle et pluridisciplinaire incluant les personnels paramédicaux, avec le soutien d'un praticien bénéficiant d'une expertise indépendante et adaptée à la situation ; gériatre, médecin de SP, médecin traitant ou autre praticien en vue d'une stratégie collégiale
- Conférence de famille avec les praticiens en charge du patient
- Dans les situations complexes, envisager l'aide des comités d'éthique locaux

² Abraham, P. et al. Validation of the clinical frailty score (CFS) in French language. BMC Geriatr 19, 322 (2019)

³ Haut Conseil de la Santé Publique. Avis relatif à la prise en charge des cas confirmés d'infection au virus SARS-CoV2. 5 mars 2020. Disponible sur <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/PointSur?clef=2>

Comment prévenir l'épuisement des professionnels de santé ?

- Respecter les durées légales de temps de travail pour favoriser la disponibilité des professionnels de santé sur la durée et prévenir l'épuisement professionnel et réaffecter ou recruter des professionnels pour accompagner les services
- Favoriser des temps de paroles et d'échanges pour prévenir et repérer les professionnels fragilisés par cette situation. Ces temps individuels ou collectifs sont animés par des psychologues des services de soins, ou sollicités en renfort
- Accompagner logistiquement les professionnels de santé pour faciliter leur vie quotidienne

Score de Fragilité Clinique



1 Très en forme - Personnes qui sont robustes, actives, énergiques et motivées. Ces personnes font de l'exercice régulièrement. Ils sont parmi les plus en forme de leur âge.



2 Bien - Personnes qui ne présentent **aucun symptôme de maladie active** mais sont moins en forme que la catégorie 1. Font souvent, des exercices ou sont très **actives par période**. (par exemple des variations saisonnières).



3 Assez bien - Personnes dont les **problèmes médicaux sont bien contrôlés**, mais ne sont **pas régulièrement actives** au-delà de la marche quotidienne.



4 Vulnérable - **Sans être dépendantes** des autres pour l'aide quotidienne, souvent leurs **symptômes limitent leurs activités**. Une plainte fréquente est d'être ralentie et/ou d'être fatiguée pendant la journée.



5 Légèrement fragile - Personnes qui ont souvent un **ralentissement plus évident**, et ont besoin d'aide dans les **activités d'ordre élevé de la vie quotidienne** (finances, transport, grosses tâches ménagères, médicaments). Généralement, la fragilité légère empêche progressivement de faire les courses, de marcher seul dehors, de préparer les repas et de faire le ménage.



6 Modérément fragile - Personnes qui ont besoin d'aide pour **toutes les activités à l'extérieur** et pour l'**entretien de la maison**. A l'intérieur, elles ont souvent des problèmes pour monter/descendre les escaliers, ont besoin d'aide pour **prendre un bain** et pourraient avoir besoin d'une aide minimale (être à côté) pour s'habiller.



7 Sévèrement fragile - **Totalement dépendantes pour les soins personnels**, quelle que soit la cause (physique ou cognitive). Malgré tout, elles semblent stables et n'ont pas un risque élevé de décéder (dans les prochains 6 mois).



8 Très sévèrement fragile - Totalement dépendantes, la fin de vie approche. Typiquement, elles ne pourraient pas récupérer même d'une maladie mineure/ maladie légère.



9 En phase terminale - Approchant la fin de vie. Cette catégorie concerne les personnes ayant une **espérance de vie < 6 mois**, qui **sinon ne sont pas fragiles de façon évidente**.

Classification de la fragilité des personnes atteintes de démence.

Le degré de fragilité correspond au degré de démence.

Les **symptômes courants de démence légère** inclus : l'oubli des détails d'un événement récent mais le souvenir que l'événement a eu lieu, la répétition de la même question / histoire et le retrait social.

Dans la **démence modérée**, la mémoire récente est très altérée, même si les personnes peuvent bien se rappeler des événements de leur vie passée. Ils peuvent faire des soins personnels avec incitation.

Dans la **démence grave**, elles ne peuvent pas faire les soins personnels sans aide.

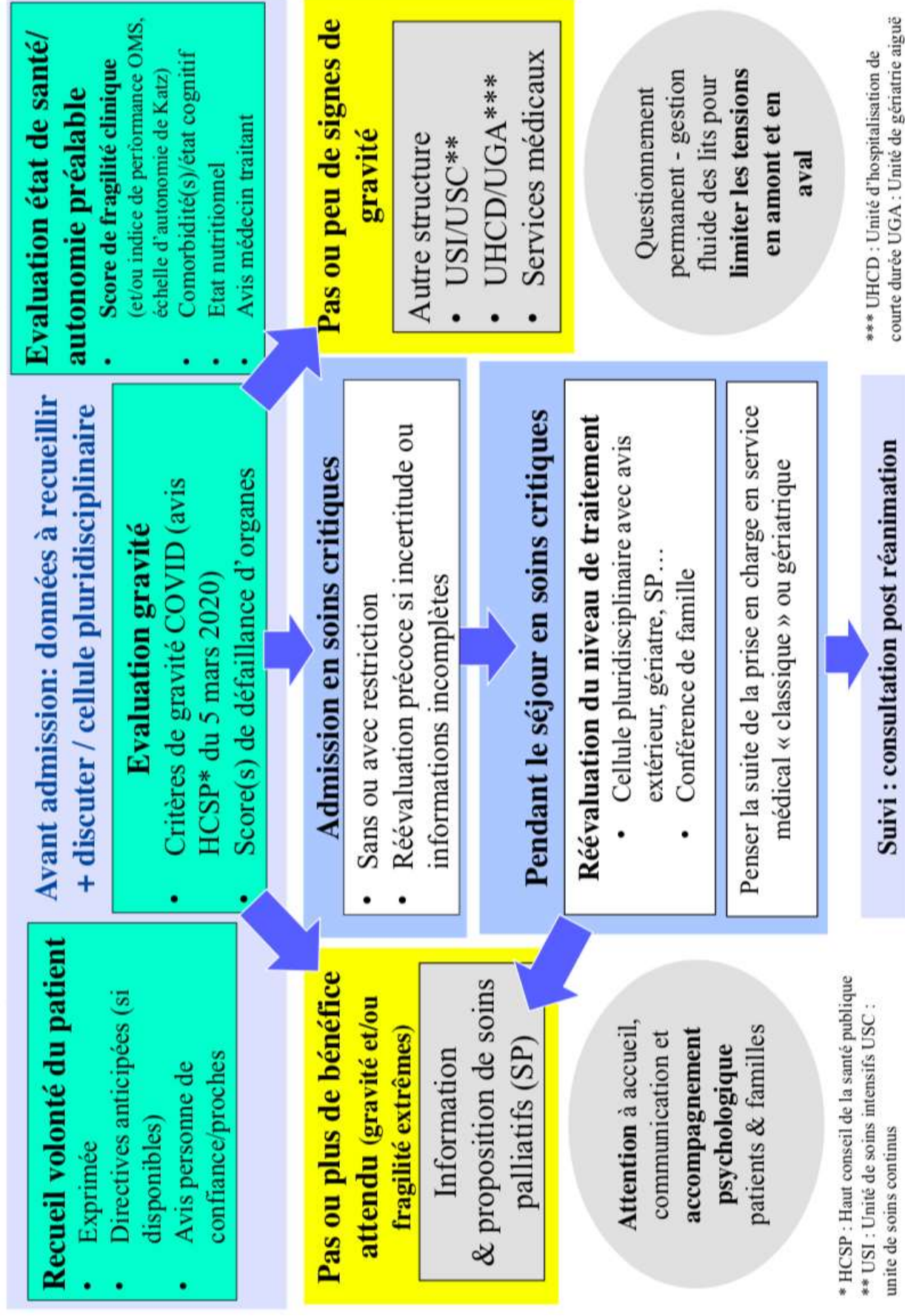
Abraham, P. et al. Validation of the clinical frailty score (CFS) in French language. BMC Geriatr 19, 322 (2019)

Elaboration sous la responsabilité de SRLF, SFGG, SFAR, SPILF, SFAP avec la mission COREB nationale

Groupe de travail : Sandrine de Montgolfier, Antoine Lamblin, Bertrand Guidet, Sophie Moulias, Vincent Le Moing, Xavier Lescure, Isabelle Marin, Zohra Berki-Benhaddad, Helene Coignard-Biehler, Jean-Marc Chaplain

Aide à la décision d'orientation en soins critiques d'un patient COVID-19

(va 15 mars 2020 – SRLF SFAR SFGG SPILF SFAP mission COREB)



* HCSP : Haut conseil de la santé publique

** USI : Unité de soins intensifs USC : unité de soins continus

*** UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée UGA : Unité de gériatrie aigüe