

<p>RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Liberté Égalité Fraternité</p> <p>ars Agence Régionale de Santé Île-de-France</p>	<p align="center">RECOMMANDATIONS RÉGIONALES</p> <p align="center">COVID-19</p>	<p>Création de la v1 Date : 19/03/2020</p>
		<p>Validation technique par la Direction Métier (DOS) Date : 13/11/2020</p>
		<p>Approbation par SDVSS-Covid/VE - Date : 15/11/2020</p>
		<p>Validation CRAPS Date : 20 /11 / 2020</p>
<p>COVID-19 010</p>	<p align="center">Instaurer ou poursuivre une prise en charge en soins critiques (réanimation ou unité de surveillance continue adulte) dans un contexte de résurgence de l'épidémie de covid-19</p>	<p>Version : 2</p>
		<p>Type de diffusion : Usage interne ARS Diffusion partenaires externes Mise en ligne internet</p>
<p>Toutes les doctrines régionales sont consultables sur : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-information-aux-professionnels-de-sante</p>		

PRÉAMBULE

Modalités de rédaction : ces réflexions sont issues du groupe de travail « Ethique » de l'AP-HP sous l'égide de l'ARS avec Matthieu Le Dorze, Sadek Beloucif, Bertrand Guidet, Dominique Pateron, Benoît Vivien, Elie Azoulay.

Ces recommandations ont pour objectif d'aider les professionnels à coordonner le parcours du patient et à homogénéiser les pratiques entre centres.

Ce texte a fait l'objet d'une présentation et d'un échange avec les représentants de France-Assos-Santé Île-de-France le 17/11/2020. Des propositions d'évolution ont été prises en compte pour une partie d'entre elles.

Ces recommandations concernent les adultes.

Elles évolueront avec le développement des connaissances sur le COVID-19.

DOCUMENTS DE REFERENCE

Doctrine éthique ARS IDF 19 mars 2020

MINSANTE n°2020-190 Organisation des soins

DGS-Urgent n°56 Organisation des soins et sa fiche annexe n°2 Considérations éthiques

Buts et Objets de ce texte

Depuis dix mois, et probablement pour une longue période, la pandémie au nouveau SARS-CoV-2 met sous forte tension le système de santé, plus particulièrement les unités de réanimation et de surveillance continue (USC).

La seconde vague réveille les inquiétudes du printemps :

- 1- le risque de saturation du système, c'est à dire de rupture de l'équilibre entre les besoins médicaux et les ressources disponibles ;
- 2- le risque de ne pas pouvoir maintenir l'offre de soins pour les patients critiques « non-Covid » ;
- 3- le risque à moyen et long terme lié aux déprogrammations médicales et chirurgicales ;
- 4- le risque psycho-social lié à l'état physique et psychologique des soignants ;
- 5- le sentiment qu'auraient certains de nos concitoyens que « *tout n'a pas été fait pour tout le monde* ».

Ce document a été rédigé collégalement par un groupe régional d'experts à la demande de l'Agence régionale de santé Île-de-France et des Collégiales de médecine intensive-réanimation, d'anesthésie-réanimation et de médecine d'urgence d'Île-de-France.

Il vise à apporter de manière synthétique un soutien conceptuel d'**aide décisionnelle concernant l'instauration ou la poursuite d'une prise en charge dans un secteur de soins critiques**, que ce soit en unité de réanimation ou en unité de surveillance continue, qu'il s'agisse de patients « Covid » ou « non Covid ».

La réflexion proposée tente de concilier les impératifs éthiques de non-malfaisance, de respect de l'autonomie et de la dignité des personnes d'une part, et l'efficacité des soins et la justice distributive d'autre part, dans des contextes difficiles d'inadéquation entre l'offre et la demande de soins, comme cela peut être le cas, par exemple, dans la médecine de la transplantation d'organes.

La réflexion proposée doit être adaptée en permanence à l'évolution de la situation sanitaire au niveau régional et national, entre tension et saturation du système de santé. L'exigence permanente de limiter les tensions en amont et en aval des soins critiques doit également être intégrée. Les éléments présentés sont des propositions pour construire une attitude médicale cohérente garante de la qualité des soins face à des choix potentiellement difficiles pour tous, dont certains peuvent avoir des conséquences irréversibles.

Il ne s'agit pas de recommandations formelles ou opposables, telles celles venant de sociétés savantes et d'instances officielles.

Humblement, par ce document écrit, **il s'agit à notre sens, en toute responsabilité, de rappeler les valeurs du soins et d'éviter de multiples périls** :

- 1- le risque d'une éthique d'exception laissant place à l'arbitraire, voire à l'injustice ;
- 2- le risque d'exclure les malades « non-Covid » par rapport aux malades « Covid » dans une logique événementielle, influencée par la situation pandémique ;
- 3- le risque d'exclure les patients les plus vulnérables dans une logique utilitariste selon la classique tension entre éthique de responsabilité et éthique de conviction ;
- 4- et enfin, le risque de laisser la décision médicale être guidée par des émotions non maîtrisées et donc inappropriées.

Dix éléments de réflexion pour guider les décisions

Les 10 éléments de réflexion proposés ont pour ambition de pouvoir servir de repères didactiques guidant la communication entre patients, proches, et l'ensemble des soignants, tout en protégeant ces mêmes acteurs de risques psycho-sociaux à moyen et à long terme.

Les 7 premiers points de réflexion concernent le processus général d'instruction et de décision relatif à l'instauration et à la poursuite d'une réanimation quelle que soit la tension du système de santé.

Les points 8 et 9 concernent plus particulièrement les stratégies de priorisation qui s'appliqueraient en cas de saturation de l'hôpital.

Le point 10 nous engage collectivement à nous préparer aux défis à venir

- 1. Le processus décisionnel, ses critères et ses modalités, sont indépendants du statut Covid du patient.** La COVID-19 en réanimation ne doit pas être stigmatisée (ou survalorisée) par rapport à d'autres pathologies. Les récentes connaissances médicales relatives au pronostic des formes graves de Covid sont mobilisées.
- 2. Les volontés, les valeurs, et les préférences du patient** sont respectées en toutes circonstances, qu'elles soient exprimées directement ou indirectement par des directives anticipées, ou qu'elles soient rapportées par la personne de confiance ou les proches.

En amont de la réanimation, un recours aux soins critiques en cas d'aggravation est au mieux anticipé dès l'évaluation initiale au téléphone par le régulateur du SAMU, au domicile par le médecin du SMUR, aux urgences ou en hospitalisation conventionnelle grâce au recueil précoce des éléments pertinents à l'analyse de la situation. Le malade doit être partie prenante de la décision d'orientation ainsi que ses proches. Un médecin réanimateur peut participer à cette réflexion anticipée, en collaboration avec le médecin d'amont. **Il existe a priori pour chaque patient un potentiel de réversibilité** qui le rend possiblement éligible aux soins critiques. Autrement dit, pour tout patient, la possibilité que l'atteinte de ses fonctions vitales soit réversible doit être envisagée et évaluée. **Aucune décision ne peut être prise sans avoir directement examiné le patient examiné le patient.**

Les objectifs de traitements sont précisés de façon prospective, avec le patient et ses proches. La classification de la *Society of Critical Care Medicine* relative à la ventilation non invasive (c'est-à-dire à une ventilation à l'aide d'un respirateur et d'un masque facial sans recours à l'intubation de la trachée) peut être ainsi appliquée :

- Recours à la ventilation non-invasive (VNI) ou à l'oxygénothérapie à haut débit (O₂HD, dispositif spécialisé d'administration de l'oxygène à très haut débit sans recours à l'intubation de la trachée) sans limitation *a priori* des thérapeutiques de réanimation ;
- Recours à la VNI ou à l'O₂HD bien que la ventilation invasive ne fasse pas partie du projet thérapeutique ;
- Recours à la VNI ou à l'O₂HD palliative, c'est-à-dire comme mesure de confort en situation de fin de vie.

Pour les patients les plus fragiles, une ventilation non-invasive ou une oxygénothérapie à haut débit peut être instaurée en pré-hospitalier, aux urgences, en unité de surveillance continue tout en décidant de limiter le recours à une ventilation invasive en unité de réanimation. **Les critères de jugement de nos actions sont définis de manière prospective, avec le patient et ses proches, en tentant de limiter au maximum le caractère subjectif de ceux-ci.** L'objectif d'une prise en charge en réanimation ou en USC, voire dans un premier temps aux urgences, est de se donner le temps d'évaluer la possibilité de réinscrire la personne dans sa trajectoire de vie, que ce soit pour la durée de sa vie ou pour sa qualité. Les « machines » de réanimation ne font que donner du temps aux maladies à guérir, aux malades à soigner.

Le potentiel de réversibilité de chaque patient est réévalué en permanence en soins critiques par une évaluation clinique rigoureuse, une prise en compte des éléments du contexte, et une discussion collégiale. Les techniques et procédures de réanimation sont présentées, comme habituellement, comme de véritables tests thérapeutiques nécessitant d'être réadaptés en fonction des effets obtenus. Sont ainsi reconnues les situations d'échec des traitements débutés et la

nécessité de réorienter l'objectif thérapeutique d'une prise en charge curative vers celui d'une orientation de soins palliatifs.

4. Les éléments structurels de la décision sont les plus objectifs possibles et garants de sa qualité

- a- Le respect des valeurs et des préférences du patient
- b- La collégialité, une décision ne se prenant jamais seul et toujours au minimum avec deux médecins, et en concertation avec au moins un membre de l'équipe paramédicale, et si possible, au moins un de ses proches
- c- La prise en compte de l'état antérieur du patient, en particulier sa fragilité à évaluer par le score de fragilité clinique (CFS), ses comorbidités, son état neurocognitif
- d- La prise en compte de sa sévérité actuelle
- e- L'évaluation de son confort physique et psychologique et de son besoin d'être soulagé.

La décision n'est jamais binaire ou basée sur un seul critère, mais toujours sur une combinaison d'éléments. Elle est toujours sous la responsabilité d'un médecin sénior.

La communication claire, loyale et sincère de la décision, et aussi de son processus, est primordiale pour les rendre compréhensibles et acceptables par tous, patients, proches et soignants. Toutes les décisions, quelles qu'elles soient (admission/non-admission, limitation ou arrêt de thérapeutiques de maintien artificiel en vie) sont tracées et justifiées dans le dossier médical.

5. En toute circonstance, les soins sont poursuivis et l'accompagnement du patient et de ses proches est garanti, quelle que soit la décision d'orientation prise. En situation de fin de vie, une prise en charge palliative assure un accompagnement respectueux de la personne et de sa dignité, en garantissant en particulier une analgésie et une sédation proportionnée à l'état clinique du patient.

6. Le partage des décisions et l'implication des familles et des proches dans les processus décisionnels et dans l'accompagnement sont toujours proposés s'ils le souhaitent. Les visites des familles et des proches sont souhaitables pour maintenir le lien avec les patients et les équipes. En cas de décès, les proches sont encouragés à se recueillir auprès du défunt et à lui dire au revoir. Une cellule de soutien psychologique peut être mobilisée pour les proches sollicitant un appui psychologique, spirituel, voire religieux.

7. L'institution doit être particulièrement attentive aux soignants et organiser les soins afin de les protéger d'une part du risque de contamination lors des soins, et d'autre part des symptômes d'anxiété, du stress et du risque d'épuisement professionnel. La cohésion de l'équipe, sous l'impulsion du chef de service et du cadre paramédical, est majeure, en favorisant un encadrement centré sur l'action. Le recours à une cellule de soutien psychologique doit être systématiquement proposé et rendu possible pour les personnels en difficulté. Le maintien d'une communication optimale au sein de l'équipe, les visites au lit du malade conjointes entre médecins et infirmiers, et le partage des décisions avec l'ensemble des soignants favorisent cette cohésion.

8. Les stratégies de priorisation ne sont applicables qu'après avoir déployé et épuisé toutes les stratégies organisationnelles (incluant les transferts inter-hospitaliers, si nécessaire « préventifs » de patients stabilisés pour libérer des lits pour des patients plus aigus et instables) **et toutes les alternatives thérapeutiques** (incluant l'optimisation de l'oxygénation par ventilation non-invasive et oxygénothérapie à haut débit) tentant de pallier la difficulté. L'utilisation de techniques de la VNI ou de l'O₂HD en dehors des unités de réanimation et de soins continus, ainsi que dans des unités de soins équivalents (salle de surveillance post-interventionnelle), ne peut être envisagée comme des procédures donnant des chances égales aux patients.

9. Les stratégies de priorisation visent à allouer les ressources disponibles aux patients qui ont le plus de chance d'être sauvés, en s'appuyant sur des données médicales objectives, et en évitant les prophéties auto-réalisatrices. Le nombre d'« années de vies à gagner » peut être pris en compte mais pas seulement. En pratique, il est nécessaire de trouver un équilibre entre « quantité » de vie et qualité de vie. Aucun critère pris isolément, que ce soit l'âge ou une comorbidité particulière (antécédent médical particulier), ne permet de saisir toutes les valeurs pertinentes pour « prioriser »

les patients. La discussion réitérée entre soignants peut conduire à accepter une décision qui, quoique médicalement cohérente, puisse être ressentie comme éthiquement discutable. Une délibération rétrospective a posteriori est souhaitable. **Lorsque les critères médicaux pris isolément s'avèrent insuffisants, l'appui de comités consultatifs** (sans autorité décisionnelle), distincts des équipes soignantes, et prenant les décisions à partir de lignes directrices préétablies collégialement et réadaptées en permanence pourrait être envisagé mais paraît limité de par leur disponibilité et leur fonctionnalité. Chacun devra être convaincu que les choix parfois douloureux qui seront faits, l'auront été au terme de processus incontestables, après avoir communiqué auprès des personnes intéressées et en laissant une trace écrite dans le dossier, en pleine responsabilité et transparence des acteurs, témoins et garants des valeurs du soin, de l'éthique et de la cohérence des principes moraux de notre société.

10. Une évaluation rigoureuse de l'expérience vécue par les patients, les proches et les soignants est absolument nécessaire. Des données médicales évaluant la morbi-mortalité attribuable aux modalités d'admission en réanimation/USC permettront d'optimiser ces pratiques pour les épidémies à venir. Cette évaluation permettra, entre autres, à moyen et long terme, d'améliorer les parcours des patients, de guider les choix des soignants, et de mieux informer et accompagner les proches. Un tel parcours de soin n'est pas limité à la prise en charge intra-hospitalière.
