

## Recommandation professionnelle multi-disciplinaire opérationnelle (RPMO)

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

Pistes d'orientation provisoires, 24 mars 2020

Élaboration sous la responsabilité de SRLF, SFGG, SFAR, SPLF, SPILF, SFAP, SFMU, avec la mission COREB nationale

#### Groupe de travail

- Rédacteurs : Sandrine de Montgolfier, Antoine Lamblin, Catherine Leport
- Autres membres : Zohra Berki-Benhaddad, Jean-Marc Chaplain, Hélène Coignard, Jean-François Gehanno, Bertrand Guidet, Vincent Le Moing, Xavier Lescure, Isabelle Marin, Sophie Moulias.

#### **Synthèse de la RPMO** *version 2*

#### 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 **respect de la dignité de tous les patients** quelles que soient leurs vulnérabilités, de **non malfeasance des décisions**, d'**autonomie**, de **confidentialité** des données médicales, ainsi que, *de manière exceptionnelle* celui de **justice distributive**, 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-19<sup>1</sup>.

#### 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 ; **rôle de la cellule d'aide à la décision** (Cf. ci-dessous § **En pratique**).

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 :

---

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

- 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
- gravité modérée - autres services ou structures médicales, en anticipant une éventuelle décision d'admission en réanimation si aggravation

Parcours patient à anticiper ; question centrale de la gestion fluide des lits pour limiter les tensions en amont et en aval.

2. 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. Mise à disposition de lits de soins palliatifs dédiés et gérés par **une équipe de soutien pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire constituée de volontaires** (personne de la réserve sanitaire, médecins et infirmier(e)s disponibles dont, psychiatres, psychologues, psychomotricien(ne)s et infirmier(e)s chargé(e)s d'activités transversales ...) venant en renfort des équipes mobiles de soins palliatifs existantes.
3. 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 tous moyens de communication entre patients et proches.
4. Favoriser la prise en compte de l'avis du patient ou le cas échéant de la personne de confiance (disponibilité et actualisation des directives anticipées si elles existent et identification de la personne de confiance).
5. Procédures locales spécifiques pour soutien des patients, accueil, communication, accompagnement des familles. **Mission de l'équipe de soutien pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire précédemment décrite** (Cf. § 2).
6. 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'analyse rétrospective.
7. 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

### En pratique, quelques pistes

#### **Comment favoriser les décisions éclairées ?**

Il s'agirait de rassembler une liste d'éléments objectifs 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 : comorbidités, fragilité, autonomie, âge, état de nutrition, état cognitif et environnement social avec :
  - score de fragilité clinique validé en français<sup>2</sup> ou s'ils sont déjà connus, le score GIR, l'échelle d'autonomie de Katz et l'indice de performance de l'OMS

---

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

- évaluation de l'état nutritionnel (prescription préalable de compléments nutritionnels, albuminémie)
- évaluation des fonctions cognitives : normales, peu altérées ou très altérées.
- questions sur l'environnement social et le mode de vie antérieur, sans oublier que le critère « d'utilité sociale » n'est pas un critère acceptable<sup>1</sup>
- Estimation de la gravité actuelle de l'état du patient à l'aide des éléments cliniques et paracliniques à disposition, éventuellement aidée par des scores prédictifs de mortalité<sup>3</sup> type SOFA (*Sepsis-related Organ Failure Assesment*)<sup>3</sup> ou *quick* SOFA.

**Le recours à une cellule d'aide à la décision** est à promouvoir pour conforter les équipes dans les décisions prises. Elle serait composée de membres de l'équipe médicale auxquels s'ajouterait, si possible, un praticien indépendant (d'un service moins impacté par la crise) permettant d'y apporter le recul nécessaire.

#### **Comment réévaluer ?**

- **Cellule d'aide à la décision (citée ci-dessus) incluant personnels paramédicaux et un praticien ayant une compétence adaptée à la situation** (gériatre, médecin traitant, médecin de soins palliatifs, ou autre praticien) en vue d'une stratégie collégiale
- Discussion avec la personne de confiance et/ou les proches pour les tenir informés de l'état de santé du patient et de la décision médicale
- Dans les situations complexes, envisager l'aide des comités d'éthique locaux.

#### **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

---

<sup>3</sup> 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/avisrapportsdomaine?clefr=771>

## 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.

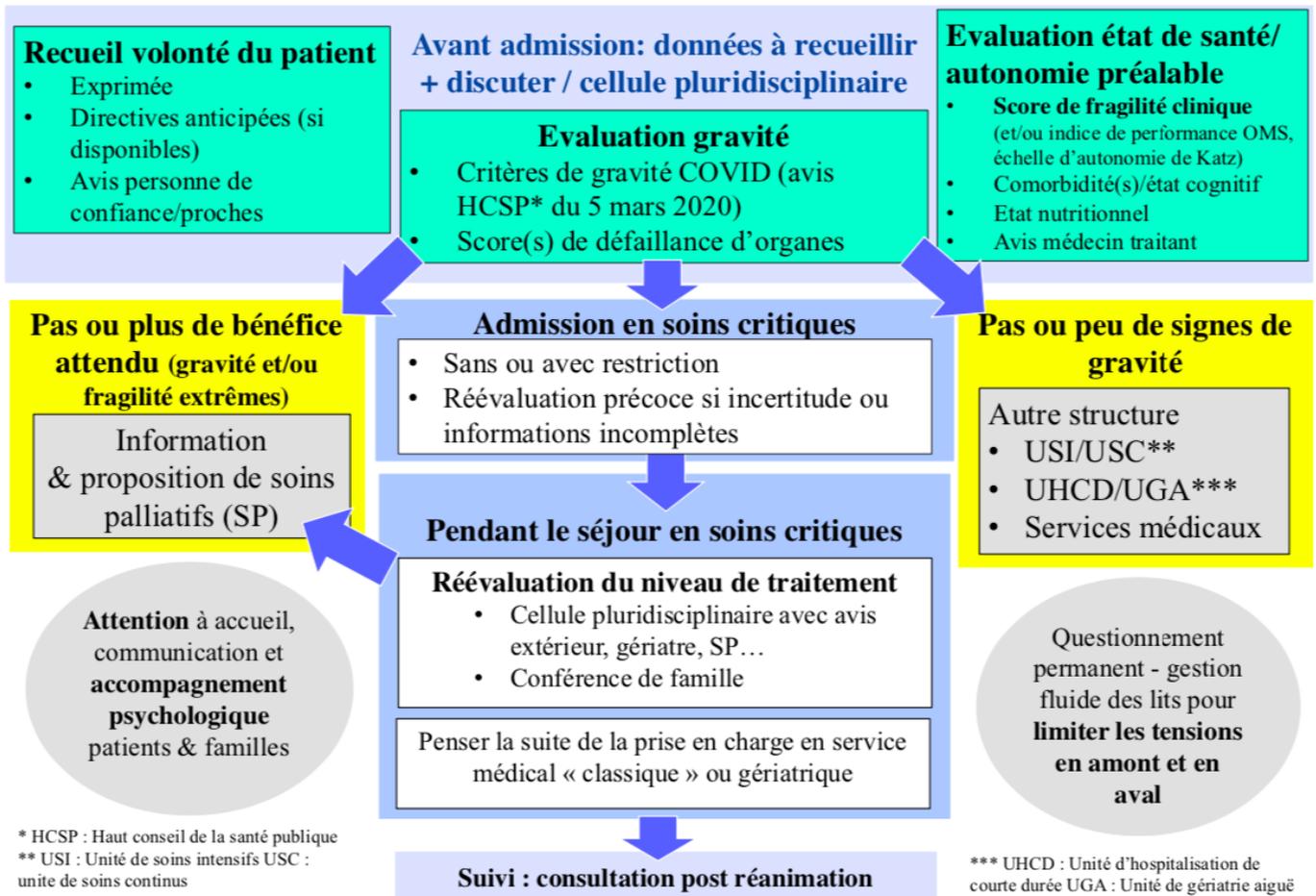
Les **symptômes courants de démence légère** inclus : l'oubli des détails d'un événement récent mais le souvenir que l'événement a eu lieu, la répétition de la même question / histoire et le retrait social.

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.

# 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)



## Contexte

L'expérience de l'épidémie en Chine semble indiquer qu'environ 5-15% des malades identifiés présenteraient une forme sévère de COVID-19 nécessitant des soins de réanimation, même si cette proportion est probablement surestimée en raison de cas peu ou pas symptomatiques non diagnostiqués<sup>1</sup>. La mortalité en réanimation serait très élevée<sup>2</sup>. Les patients âgés, immunodéprimés ou porteurs de comorbidités sont plus à risque de développer des formes sévères.

Dans ce contexte d'incertitude, les autorités sanitaires ont mis en œuvre des mesures pour augmenter la capacité de prise en charge de patients nécessitant une ventilation mécanique, en augmentant le nombre de lits de réanimation et en annulant certaines opérations programmées, mais il est possible que les ressources humaines et matérielles deviennent quand même limitées, ce qui impliquerait la réalisation d'une priorisation. Il s'agit d'une situation où certains patients, qui auraient pu bénéficier de soins de réanimation dans un autre contexte, n'y auraient exceptionnellement pas accès. La décision étant prise dans l'urgence, par des personnels potentiellement sur-sollicités sur une longue période de temps, il apparaît utile de proposer ces recommandations afin d'aider les praticiens dans des choix potentiellement difficiles. Plusieurs écueils sont à éviter :

- Une discrimination sur le seul critère d'âge ou tout autre critère pris isolément, qui entraînerait des décisions de limitation de soins excessives,
- Une perte de chance (décès ou complications) pour des patients qui auraient pu être sauvés avec des soins de réanimation appropriés, faute de places disponibles,
- Une gestion des fins de vies dans des conditions difficiles au sein des services de réanimation, et un risque d'obstination déraisonnable à cause d'une mauvaise décision initiale ou d'absence de réévaluation au cours du séjour,
- Un risque d'abandon des patients pour lesquels l'admission en réanimation n'a pas été retenue, faute de filière de soin dédiée.

La prise en charge thérapeutique des patients COVID en réanimation est susceptible d'évoluer rapidement au cours des semaines à venir. Il n'y a pas, à ce jour, de traitement spécifique scientifiquement validé, même si des recherches actives se poursuivent. Une liste de médicaments candidats potentiels a été établie dans différents documents dont l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) sur la prise en charge globale et spécifique des patients<sup>3</sup> et la RPMO des sociétés savantes<sup>4</sup>, régulièrement actualisées.

---

<sup>1</sup> Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. [The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi* **41**, 145–151 (2020).

<sup>2</sup> Yang, X. et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Respir Med* (2020) doi:10.1016/S2213-2600(20)30079-5.

<sup>3</sup> Voir le site HCSP : avis prise en charge globale

[https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20200305\\_coviprisenhardescasconf.pdf](https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20200305_coviprisenhardescasconf.pdf) et un avis en cours de finalisation pour la prise en charge spécifique

<sup>4</sup> <https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2020/03/Recommandations-dexperts-COVID-19-10-Mars-2020.pdf>

## Objectifs

Ce document a pour objectif principal de favoriser l'optimisation de l'accès aux traitements des patients relevant de soins critiques. Cette optimisation pourrait passer par la nécessité d'une priorisation, en vue d'une juste utilisation de ressources limitées, en respectant un certain nombre de critères scientifiques, médicaux et éthiques. Ces recommandations s'adressent tant aux équipes locales qu'aux décideurs politiques responsables des arbitrages d'attribution des moyens financiers, matériels et humains. Elles doivent être expliquées de façon claire et compréhensible pour le grand public afin d'en promouvoir l'acceptation par tous. Le contexte évoqué ci-dessus n'est pas nouveau et existe au quotidien dans le monde médical et de manière plus prégnante dans des situations de catastrophe ou de médecine de guerre qui présentent des points communs (nombre élevé de patients, psychose induite) et des différences avec la situation actuelle (durée et étendue sur le territoire).

La nécessité d'adapter les choix à ces situations exceptionnelles conduit à privilégier **de manière temporaire le principe éthique de justice distributive**. Celui-ci consiste à préserver les ressources rares (comme les lits de réanimation) au profit du plus grand nombre et pour prendre en charge les patients atteints ou non de COVID-19 pour lesquels une admission en soins critiques serait bénéfique, afin d'éviter des décès, faute de place<sup>5</sup>.

Cela implique au nom du **principe éthique de non malfeasance** des décisions de non-admission ou de réévaluation pour les cas graves d'emblée dont le pronostic serait défavorable, afin d'éviter d'initier, ou de poursuivre, une prise en charge invasive, sans bénéfice réel, compte-tenu du pronostic. Il est donc nécessaire de réaliser une évaluation des bénéfices et des risques **tout en respectant l'exigence fondamentale d'une prise en charge digne et respectueuse**<sup>6</sup> de tout patient, quelles que soient ses vulnérabilités et d'assurer un accompagnement de fin de vie, le cas échéant, dans les meilleures conditions possibles. La prise en compte de l'avis du patient sur la nature et l'intensité des soins, exprimé par le patient lui-même, au mieux, sinon par la personne de confiance voire sa famille, est primordiale pour respecter le **principe d'autonomie**.

Ces derniers principes sont déjà à l'œuvre dans tout service de réanimation, mais c'est en période de crise qu'ils sont le plus mis à l'épreuve. Ces recommandations ont pour objectif d'établir un cadre facilitant pour des décisions respectant ces principes, en situation d'incertitude et de pression fortes liées à la crise sanitaire.

## Préconisations

Un document présentant les différentes étapes de la décision de prise en charge ou non en service de réanimation et soins critiques est présenté dans un algorithme afin d'avoir une vision d'ensemble du parcours patient (Cf. Synthèse).

### 1. Il convient de favoriser une décision éclairée par des éléments objectifs potentiellement évolutifs, en amont, et tout au long du parcours en soins critiques

---

<sup>5</sup> Comité Consultatif National d'Éthique. Covid-19- Contribution du comité consultatif national d'éthique : enjeux éthiques face à une pandémie 13 mars 2020

<sup>6</sup> Comité Consultatif National d'Éthique. Avis N°106 : Questions éthiques soulevées par une possible pandémie grippale. Février 2009. « Pour autant, le Comité rappelle que ces choix, quelle qu'en soit la nature, doivent répondre à "l'exigence fondamentale du respect de la dignité humaine (qui) est une valeur supérieure à toute autre et doit être traduite dans la réalité des situations de fait" (CCNE, avis N°8). La dignité d'une personne est indépendante de sa position sociale, ou de son utilité pour les autres. »

### a. Les conditions de la prise de décision : collégialité et objectivité

La décision intervient à plusieurs niveaux :

- en amont au domicile ou dans toute structure de vie du patient (EHPAD, MAS...).
- au moment de l'appel du centre 15, de l'arrivée au service d'urgence et/ou dans le service de réanimation et/ou tout autre service où le patient est hospitalisé.

Elle doit être éclairée par des éléments objectifs, qui permettent, à tous les niveaux de décision, de **réduire l'hétérogénéité des pratiques**.

La liberté et l'autonomie décisionnelles des praticiens doivent être respectées. Néanmoins, dans un contexte de surcharge de travail, prendre du recul est nécessaire. **Le recours à une cellule d'aide à la décision** est à promouvoir pour conforter les équipes dans les décisions prises. Elle serait composée de membres de l'équipe médicale, auxquels s'ajouterait, si possible, un praticien indépendant (d'un service moins impacté par la crise) permettant d'y apporter le recul nécessaire. Ces cellules permettraient une discussion sur les seuils « d'éligibilité » à la réanimation, si ceux-ci devaient être revus à la baisse ou à la hausse, en fonction de l'évolution de la demande d'admission<sup>7</sup>.

### b. Les déterminants de la décision

1. L'âge pris isolément n'est pas un bon critère<sup>8</sup> en raison d'un risque de discrimination sur cette seule donnée et d'une grande variabilité de l'état de santé pour un âge donné.
2. Il faudrait envisager la globalité des patients (ayant ou non une infection à SARS-CoV-2) nécessitant une prise en charge en réanimation, en intégrant ceux atteints d'autres pathologies, traumatiques, chirurgicales ou médicales dans la réflexion, afin d'éviter des discriminations, vis à vis des patients atteints de COVID-19, ou inversement des autres patients.
3. Il s'agirait de rassembler une liste d'éléments objectifs 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 celui de sa personne de confiance ou des membres de sa famille. L'avis du médecin traitant doit être recherché, si possible.
  - État préalable sous-jacent du patient : comorbidités, fragilité, autonomie, âge, état de nutrition, état cognitif et environnement social, évalués à l'aide des éléments suivants :
    - score de fragilité clinique validé en français<sup>9</sup> ou s'ils sont déjà connus, le score GIR, l'échelle d'autonomie de Katz et l'indice de performance de l'OMS
    - évaluation de l'état nutritionnel (prescription préalable de compléments nutritionnels, albuminémie)
    - évaluation des fonctions cognitives : normales, peu altérées ou très altérées.
    - questions sur l'environnement social et le mode de vie antérieur, sans oublier que le critère « d'utilité sociale » n'est pas un critère acceptable<sup>1</sup>

---

<sup>7</sup> Bernard Régnier. Éthique et accès aux soins en réanimation (2007) Pandémiques, N°2, p101-104

<sup>8</sup> Boumendil, A. et al. Variability of intensive care admission decisions for the very elderly. PLoS ONE 7, e34387 (2012).

<sup>9</sup> Abraham, P. et al. Validation of the clinical frailty score (CFS) in French language. BMC Geriatr 19, 322 (2019)

- Estimation de la gravité actuelle de l'état du patient à l'aide des éléments cliniques et paracliniques à disposition, éventuellement aidée par des scores prédictifs de mortalité<sup>10</sup> type SOFA (*Sepsis-related Organ Failure Assessment*)<sup>3</sup> ou *quick SOFA*<sup>11</sup>.

### c. Les différentes décisions de prise en charge possibles après cette évaluation globale

Pour tout patient atteint de COVID-19 présentant des signes de détresse respiratoire, il faut envisager plusieurs situations, ce patient pouvant présenter :

- **un état trop grave** pour pouvoir tirer bénéfice des soins de réanimation. Certains critères objectifs seraient associés à une évolution défavorable, même en cas d'admission en soins critiques<sup>12</sup>:
  - ❖ un score de fragilité supérieur ou égal à 4
  - ❖ et / ou :
    - un indice de performance OMS supérieur ou égal à 2
    - une dénutrition modérée à sévère (ex. albumine  $\leq 25\text{g/l}$ ),
    - un score GIR inférieur ou égal à 3

Le patient devra alors être hospitalisé ou rester à domicile (faisabilité à évaluer localement) dans des conditions permettant d'assurer une prise en charge palliative adaptée, dans le cadre d'une approche globale de soins (Cf. § 2-4).

- **un état stable**, ne nécessitant pas une prise en charge en soins critiques. Le patient sera alors adressé dans un service dédié et réévalué régulièrement, afin d'estimer si une modification de l'intensité des soins est nécessaire (majoration/limitation des soins, guérison, sortie). Il est de la responsabilité du service accueillant de s'enquérir de l'existence et de la possible réactualisation avec le patient ou, le cas échéant, sa personne de confiance ou ses proches, des directives anticipées ou de l'interroger sur son avis concernant une potentielle admission en soins critiques.
- **un état pouvant être amélioré par une prise en charge en soins critiques** avec ou sans limitation(s) thérapeutique(s).
- **une situation incertaine**, si des éléments manquaient à l'évaluation initiale ou si elle ne permettait pas un arbitrage immédiat ; dans ce cas, une hospitalisation dite « d'attente » en secteur de soins critiques (*time-limited critical care trial*) pourrait être envisagée<sup>13</sup>. Elle permettrait de rechercher les volontés du patient exprimées antérieurement, de vérifier les antécédents et comorbidités qui n'auraient pas été identifiés lors de l'admission, et d'apprécier, après un délai raisonnable, l'évolution sous traitement maximal. En situation de limitation des capacités, il est néanmoins probable qu'une réanimation d'attente ne puisse

<sup>10</sup> 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/avisrapportsdomaine?clefr=771>

<sup>11</sup> Singer M, Deutschman CS, Seymour C, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016;315(8):801-810.

<sup>12</sup> Guidet, B. *et al.* The contribution of frailty, cognition, activity of daily life and comorbidities on outcome in acutely admitted patients over 80 years in European ICUs: the VIP2 study. *Intensive Care Med* **46**, 57–69 (2020).

<sup>13</sup> Vink EE, Azoulay E, Caplan A, Kompanje EJO, Bakker J Time-limited trial of intensive care treatment: an overview of current literature. *Intensive Care Med*. 2018 Sep;44(9):1369-1377. doi: 10.1007/s00134-018-5339-x. Epub 2018 Aug 22.

être proposée ; sa faisabilité est à évaluer localement en fonction de l'évolutivité de l'épidémie.

#### **d. Les conditions et les critères de la réévaluation en situation incertaine : collégialité et discussion avec la famille**

Dans tous les cas, l'état du patient sera réévalué régulièrement par l'équipe de réanimation et la décision d'admission, ou de non admission, devra être consignée dans son dossier médical. Il est nécessaire de définir, dès le début de la prise en charge, un objectif de soins et d'informer le patient et ses proches qu'une réévaluation du niveau de soins sera faite secondairement. Dans le cas de l'hospitalisation d'attente, **cette réévaluation sera idéalement réalisée précocement (12 à 72h) après l'admission. Elle fera appel à la cellule d'aide à la décision** citée ci-dessus en y incluant des personnels paramédicaux et un praticien ayant une compétence adaptée à la situation (gériatre, médecin traitant, médecin de soins palliatifs, ou autre praticien) **en vue d'une stratégie collégiale. Cette réévaluation doit s'accompagner d'une discussion avec la personne de confiance et/ou les proches pour les tenir informés de l'état de santé du patient et de la décision médicale. Une attention particulière sera portée sur la traçabilité des décisions et des informations transmises.** Dans certaines situations complexes, l'aide des comités d'éthique locaux pourrait être sollicitée. Les critères de réévaluation utilisables pourront se ramener aux critères de limitations de soins inspirés de ceux de Sebag Lanoë<sup>14</sup> :

- Quel est l'avis du patient, de la personne de confiance, de sa famille ?
- Existe-t-il des directives anticipées ?
- Existe-il une pathologie chronique sous-jacente altérant motricité et/ou cognition et/ou une pathologie sous-jacente létale à 6 mois ?
- Le niveau de soin actuel est-il considéré comme maximal ou pas pour le patient ?
- Quelle est la gravité de la pathologie actuelle ?
- La mort est-elle inéluctable dans un bref délai ?
- L'intervention thérapeutique ne fait-elle que prolonger l'agonie ?
- Quel bénéfice le patient retirera-t-il du traitement ?
- La qualité de vie future du patient est-elle compromise en cas de survie ?
- Les fonctions cognitives du patient permettent-elles une adhésion complète au traitement ?

#### **e. L'organisation du parcours des patients est à anticiper afin d'optimiser sa fluidité**

L'aval de la réanimation sera un élément clé afin de prévenir des décès secondaires après un séjour long et éprouvant tout en assurant une gestion optimale des lits de réanimation. Les établissements de santé concernés par l'épidémie doivent donc disposer de structures d'aval bien identifiées pour accueillir les patients ne nécessitant plus de soins critiques, mais nécessitant encore des soins de suite de réanimation. Si une réflexion préalable à la situation de crise sur la gestion optimale du

---

<sup>14</sup> Sebag-Lanoë R, Trivalle C. Du curatif au palliatif. Les 10 questions pour prendre une décision. Gériatries n°28 – Janv/Fév. 2002, pp 15-18

parcours du patient a été réalisée, elle facilitera la prise de décision au moment opportun, afin d'éviter des engorgements délétères pour l'ensemble des services concernés<sup>15</sup>.

## **2. En cas de limitation de soins, les patients doivent recevoir des soins palliatifs appropriés et empreints de compassion à l'hôpital, en EHPAD ou à domicile par des équipes formées et accompagnées.**

Si une limitation de soins est envisagée dans l'un des cas de figures précédemment évoqués, la réévaluation de l'état du patient sera faite idéalement avec un médecin extérieur, dans le respect de la loi Claeys-Léonetti<sup>16</sup>, afin d'assurer des soins de confort appropriés (analgésie et sédation si nécessaires). Une attention particulière sera portée au risque d'angoisse du patient secondaire aux troubles respiratoires pouvant mener à l'asphyxie.

En EHPAD ou à domicile, une ligne téléphonique dédiée au niveau de l'hôpital référent doit être proposée afin d'aider les professionnels à mettre en place les soins de confort et l'accompagnement en fin de vie.

En période de grande tension sur les lits de soins critiques, si une limitation de soin est décidée après une réanimation d'attente et même si le décès semble imminent, le patient devra être transféré dans un service pouvant assurer des soins de fin de vie. Cela permettrait de favoriser un accompagnement de qualité des personnes dans le respect de leur dignité, tout en désengorgeant les unités de soins critiques ainsi que les SAU et les unités de post urgences, et en utilisant au mieux les ressources de soins pour le plus grand nombre.

Il semble important de proposer, dans la mesure des possibilités locales, que des lits de soins palliatifs soient dédiés à ces patients. Dès maintenant, il est nécessaire de constituer **une équipe de soutien pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire constituée de volontaires** (personne de la réserve sanitaire, médecins et infirmier(e)s disponibles dont, psychiatres, psychologues, psychomotricien(ne)s et infirmier(e)s chargé(e)s d'activités transversales ...) venant en renfort des équipes mobiles de soins palliatifs existantes. Elles seraient formées par ces équipes mobiles, ou les équipes de traitement de la douleur, ou d'autres professionnels compétents. Des protocoles de prise en charge de soins de fin de vie doivent être diffusés à tous les professionnels qui ont à gérer ces situations (au sein et en-dehors du milieu hospitalier). Les traitements permettant d'assurer une analgésie et une sédation doivent être mis à disposition de ces personnels<sup>17</sup>. L'accueil et la présence de proches auprès du malade devront être favorisés dans le respect des consignes de sécurité (masque, blouse, lavage des mains). (Cf. § 6)

## **3. Il faut favoriser la prise en compte de l'avis du patient ou le cas échéant de la personne de confiance ou ses proches.**

Les décisions prises dans ces situations d'urgence peuvent se heurter à des obstacles quant au recueil de l'avis du patient (patient sous ventilation mécanique dans l'incapacité de s'exprimer,

---

<sup>15</sup> Ministère de la santé. BESOINS EN REANIMATION ET REPONSE CAPACITAIRE Instructions aux ARS. 20/03/2020

<sup>16</sup> LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/findevie/ameliorer-la-fin-de-vie-en-france/article/loi-fin-de-vie-du-2-fevrier-2016>

<sup>17</sup> Note sur l'adaptation de l'organisation des soins palliatifs à l'épidémie de Covid-19. Document SFAP en date du 17/03/20. [http://www.sfap.org/system/files/note\\_adaptation\\_des\\_soins\\_palliatifs\\_a\\_lepidemie\\_covid\\_19\\_vf.pdf](http://www.sfap.org/system/files/note_adaptation_des_soins_palliatifs_a_lepidemie_covid_19_vf.pdf)

famille absente ou injoignable...). C'est pourtant une exigence éthique de respecter l'autonomie des individus, qui peuvent avoir partagé par le passé leur volonté de ne pas bénéficier de soins lourds ou invasifs.

Il serait pertinent, en amont de la décision de prise en charge ou non en soins critiques, de savoir si les personnes ont rédigé leurs directives anticipées, que ce soit au domicile, à l'hôpital, en MAS, en EHPAD ou dans tout autre lieu accueillant des adultes vulnérables. Il est nécessaire de vérifier qu'elles sont toujours d'actualité, et facilement accessibles dans l'observation médicale, en cas d'urgence. Il est rappelé qu'il n'y a toutefois aucune obligation à rédiger ses directives anticipées, quel que soit le contexte sanitaire, ni à répondre à une sollicitation concernant ce sujet.

Il est fortement recommandé aux services hospitaliers, aux médecins de ville, aux MAS et aux EHPAD de veiller à ce qu'il ait bien été proposé au patient de désigner une personne de confiance, afin d'aider les médecins dans leur décision, au cas où ce dernier ne pourrait plus exprimer sa volonté. Il est rappelé que la personne de confiance n'est pas pour autant décisionnaire dans les soins. Si une personne de confiance a été désignée, ses coordonnées doivent être aisément accessibles.

Les établissements accueillant des personnes vulnérables devraient anticiper et signaler dans le dossier médical si un souhait a été formulé par le patient d'être ou ne pas être pris en charge en soins critiques ainsi que l'avis de l'équipe médicale et soignante sur cette question.

#### **4. Les procédures d'accompagnement des familles doivent être améliorées pour atténuer les difficultés liées aux conditions de prise en charge en cette période de crise**

Dans ce contexte, l'information et l'accompagnement des familles sont primordiaux. Il est indispensable de renforcer les équipes hospitalières par des professionnels chargés spécifiquement de les aider dans l'accueil et la communication avec l'entourage et les proches des patients hospitalisés.

Compte-tenu des mesures d'isolement, il est donc nécessaire de réfléchir aux conditions de visites, à la place que pourront occuper les moyens de communication modernes dans le maintien des liens sociaux pendant l'hospitalisation. Il est souhaitable que l'hôpital mette à disposition les outils de communication dédiés. En particulier, en cas de fin de vie à l'hôpital, la présence d'un proche du patient doit donc être rendue possible, avec la mise à disposition des moyens de protection adaptés. Il est un enjeu majeur à préserver les principaux liens d'intimité et de proximité interhumains dans ces cas extrêmes, en particulier si les malades sont condamnés à décéder à brève échéance.

**L'équipe de soutien pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire** précédemment décrite (Cf. § 2) pourrait assurer ce lien par des visites, des appels aux familles ou l'organisation de conférences téléphoniques avec les malades.

La survenue du décès en l'absence des proches pose la question des conditions du deuil. Les procédures de la gestion du corps de patients décédés de COVID-19 ne permettant pas, pour l'instant, sa visualisation par les proches avant la mise en bière (Cf. avis HCSP<sup>18</sup>), nécessiteraient

---

<sup>18</sup> HCSP. Coronavirus SARS-CoV-2 : prise en charge du corps d'un patient décédé. Avis du 18/02/2020. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=764>

d'être reconsidérées<sup>19</sup>, en incluant dans la réflexion la possibilité qu'une photographie du défunt soit réalisée avant l'enlèvement du corps.

**5. En l'absence à ce jour de traitement spécifique établi, la mise en œuvre de la recherche thérapeutique est une obligation morale urgente dans le respect des principes éthiques de la recherche en situation d'urgence épidémique<sup>20</sup>**

Si le patient et le médecin souhaitent initier un traitement par un des médicaments non encore validés, il est recommandé que sa prescription soit réalisée autant que possible après concertation collégiale.

Il peut s'agir :

- en priorité de l'inclusion dans un protocole de recherche thérapeutique
- sinon, d'un traitement administré à titre compassionnel qui doit être correctement surveillé, avec description tracée dans l'observation médicale des arguments pour sa mise en route, et suivi standardisé en vue d'une analyse rétrospective selon les principes du dispositif MEURI (« utilisation surveillée d'interventions non homologuées et expérimentales en situation d'urgence ») de l'OMS<sup>21</sup>.

Dans tous les cas, les traitements de support "symptomatiques" doivent être administrés selon les règles de l'art, et l'accompagnement des patients en phase avancée doit être attentif et approprié à leur état. Le temps consacré à l'information du patient et de ses proches, renouvelé autant que nécessaire, est essentiel en vue de l'adhésion à la stratégie envisagée.

**6. Les mesures de prévention de l'épuisement des professionnels de santé doivent être mises en œuvre simultanément**

Les équipes soignantes, fortement sollicitées face à un afflux croissant de patients à prendre en charge sur une longue période doivent bénéficier, de façon équitable, de temps de repos et de la possibilité de conserver une vie sociale et familiale de qualité. Il a été montré que le niveau de soutien social était associé au bien-être psychique (anxiété, qualité de sommeil) et donc à l'efficacité des soignants impliqués dans la prise en charge des patients atteints de COVID à Wuhan, Chine<sup>22</sup>.

Comme le soulignait le CCNE, dans l'avis 106 concernant une possible pandémie grippale, la communication est primordiale dans les situations de crise<sup>23</sup>. Elle doit se faire tant du point de vue des mesures de santé publique, que des critères éthiques concernant toutes les décisions prises et ce, afin d'éviter les potentielles crises de panique et autres comportements dits asociaux.

---

<sup>19</sup> Pourchet, S. La pratique des soins palliatifs à l'hôpital en période pandémique : est-ce possible ? (2017) *Pandémiques*, N°2 p114-117

<sup>20</sup> WHO | Managing Ethical Issues in Infectious Disease Outbreaks. WHO  
<http://www.who.int/ethics/publications/infectious-disease-outbreaks/en/>.

<sup>21</sup> Lignes directrices pour la gestion des questions éthiques lors des flambées de maladies infectieuses [Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO

<sup>22</sup> Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S. & Yang, N. Social Capital and Sleep Quality in Individuals Who Self-Isolated for 14 Days During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in January 2020 in China. *Med. Sci. Monit.* 26, e923921 (2020).

<sup>23</sup> Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. AVIS N°106. Questions éthiques soulevées par une possible pandémie grippale.

**a. Respecter les conditions de temps de travail et de sécurité pour favoriser la disponibilité des professionnels de santé sur la durée et prévenir leur épuisement ou leur retrait**

Il nous semble important de rappeler qu'il est nécessaire de respecter autant que possible les durées légales de travail dans la fonction publique hospitalière<sup>24</sup>. Les durées légales maximales du temps de travail des professionnels (48 heures par période de 7 jours glissants) et les intervalles minimaux de 12 heures entre chaque plage de travail doivent donc être pris en compte. Il est indispensable de libérer à intervalles réguliers de cinq à sept jours des périodes de repos de 36h consécutives minimales.

La rémunération des heures supplémentaires des soignants est une juste reconnaissance du travail effectué ; Il est urgent que les décideurs s'en portent garant.

Les professionnels doivent être assurés que l'organisation de leur travail minimise le risque d'être contaminés, à travers la mise à disposition des mesures de protection efficaces et stables dans le temps. Il convient en outre d'effectuer un diagnostic précoce du COVID-19 chez les personnels symptomatiques, afin d'éviter qu'ils ne contaminent leur entourage ou d'autres professionnels. L'évaluation régulière de la capacité d'engagement de chacun dans un contexte bienveillant, sans jugements péjoratifs, permettra de repérer voire d'anticiper un besoin de pause, ou de retrait temporaire ou définitif du secteur dédié à la prise en charge des patients atteints de COVID-19.

**b. Favoriser des temps de paroles et d'échanges pour prévenir et repérer les professionnels fragilisés par cette situation**

L'organisation du temps de travail doit permettre de dégager des moments de mise en commun et d'échanges réunissant tous les corps de métier au sein des équipes afin de favoriser la communication, le partage des expériences et le repérage des professionnels les plus touchés par la situation. Pour respecter les mesures barrières, ces temps doivent réunir les personnels, par petits groupes dans des espaces appropriés, ou par visio-conférence de qualité. Cette organisation doit être la plus stable possible au cours du temps. Les cadres de proximité auront un rôle central dans ce management des équipes et dans le repérage des difficultés rencontrées par les professionnels. Cela impose une adaptation régulière du nombre de personnels médicaux et non médicaux en fonction de l'évolution de la situation.

Il est recommandé que chaque établissement puisse proposer aux soignants qui le souhaitent des échanges avec un psychologue. Cela permettrait aux psychologues d'accompagner les équipes au quotidien, et de contribuer à repérer les situations nuisibles pour la santé psychologique des professionnels.

**c. Accompagner logistiquement les professionnels de santé pour faciliter leur vie quotidienne**

Les établissements de santé doivent apporter une aide aux professionnels dans la gestion des contraintes de leur vie personnelle qu'ils ne peuvent plus assumer normalement pendant la période épidémique. Les établissements pourront, par exemple, mettre en place une distribution de repas gratuits à l'heure du déjeuner (exemple de la Pitié Salpêtrière), faciliter la garde de leurs enfants dans les structures existantes ou créées *de novo* ; mettre en place des services de conciergerie ; mettre à disposition sur le lieu de travail des salles de repos, des espaces de détente et de déconnexion sensorielle, voire favoriser des activités physiques individuelles ou des séances de méditation guidée. Autant d'éléments pouvant faire partie de l'aide et de la reconnaissance dues aux soignants impliqués dans l'épidémie.

---

<sup>24</sup> <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F573>

## Conclusion

Pour conclure ces recommandations, nous soulignerons qu'en dépit de l'urgence et des contraintes multiples, les décideurs, les gestionnaires de la crise, les responsables et les professionnels doivent s'organiser collectivement, sans négliger le rôle des citoyens, pour préserver au mieux la dignité des patients et assurer tout au long de cette crise, une confiance vis-à-vis du secteur de la santé. Ceci nécessite que très vite les responsabilités politiques soient assumées par des arbitrages en termes de moyens. Ces arbitrages doivent prendre en compte en priorité les besoins en ressources humaines des services des urgences, de réanimation, des unités dédiées COVID dans tous les services concernés (gériatrie, médecine, chirurgie ...), sans oublier les structures d'accueil des adultes vulnérables (type EHPAD), les équipes de soins palliatifs et les équipes de soutien psychologique pour les familles et les professionnels. Ces besoins dédiés COVID doivent être ajustés également aux besoins des autres secteurs indispensables à la santé de la population. La mise à disposition, sans faille dans la durée, de tous les matériels de protection nécessaires pour tous les professionnels afin d'assurer leur sécurité ainsi que pour les familles souhaitant voir leur proche en fin de vie, est également une priorité. Nous devons tous être convaincus, comme le souligne E. Hirsch, « que les arbitrages, en dépit de l'urgence et de contraintes redoutables, relèveront de procédures incontestables, soucieuses de la dignité des personnes, d'une exigence de justice opposée à toute forme d'arbitraire, ainsi que d'un sens élevé du bien commun »<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup> E. Hirsch. Des procédures incontestables, soucieuses de la dignité des personnes et d'une exigence de justice. Observatoire covid-19 éthique & société - enjeux éthiques décisionnels en réanimation synthèse n°1 – 18 mars 2020