

RECOMMANDATIONS COVID-19

Critères d'admission et modalités de prise en charge en réanimation en contexte pandémique

Position de la Commission d'Ethique de la SRLF, réactualisation du 9 avril 2020

Validé par le Conseil d'Administration de la SRLF le 9 avril 2020*.
© SRLF 2020.

Le Comité Consultatif d'Ethique National (CCNE) a répondu le 13 mars 2020 à une saisine du ministre en charge de la santé et de la solidarité concernant les enjeux éthiques face à une pandémie (https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/reponse_ccne_-_covid-19_def.pdf). Il est notamment proposé la mise en place d'une « cellule éthique de soutien » pour accompagner les professionnels de santé dans les décisions qu'ils seront amenés à prendre pour la prise en charge des patients graves et la gestion de ressources rares (lits de réanimation, respirateurs, soignants).

Les professionnels de réanimation (médecins et paramédicaux) possèdent l'expérience des soins critiques et de leur proportionnalité, de la collégialité dans le processus décisionnel, de la mise en place des limitations et des arrêts thérapeutiques, de l'accompagnement et de la communication avec les proches. Ces éléments constituent le socle de valeurs éthiques dont il ne faut pas s'éloigner dans la situation actuelle.

Les recommandations formulées ci-dessous reflètent une démarche de responsabilité et de solidarité envers nos concitoyens quant à l'impact potentiel de cette épidémie sur les ressources de soins critiques en France, avec l'exigence fondamentale du respect de la dignité humaine.

1. L'âge ne peut pas être retenu comme seul critère d'admission ou de refus d'admission en réanimation. Une évaluation minutieuse des caractéristiques médicales du patient (incluant l'âge, l'autonomie antérieure et l'espérance de vie en bonne santé) et du bénéfice attendu des soins critiques restent les critères essentiels d'orientation des patients ;
2. Les procédures décisionnelles utilisées habituellement en réanimation pour déterminer si un patient peut bénéficier des soins critiques s'appliquent à la situation actuelle. Dans la mesure du possible, la décision médicale de ne pas admettre un patient en réanimation doit rester collégiale et doit prendre en compte les volontés du patient (expression à la première personne, directives anticipées), l'avis de la personne de confiance, des proches et du (des) médecin(s) traitant(s) et/ou référent(s). Dans cette situation, il faut s'assurer que les soins et l'accompagnement du patient et de ses proches soient réalisés dans l'environnement le plus adapté et dans les conditions recommandées en situation habituelle ;
3. Le souhait d'un patient de ne pas être hospitalisé en réanimation (expression à la première personne, directives anticipées, témoignage de la personne de confiance, des proches ou du médecin traitant) doit être respecté dès lors qu'il apparaît approprié à la situation ;
4. Il serait inopportun d'inciter les personnes vulnérables ou leurs représentants légaux à rédiger sans délai des *directives anticipées* (qui en l'occurrence ne le seraient pas), aux motifs de pandémie et de péril imminent ;
5. Il ne faut pas admettre en réanimation au motif d'infection par COVID-19 un patient dont l'admission aurait été refusée en toute autre circonstance en raison d'un rapport bénéfice/risque à l'évidence défavorable (comorbidités, dépendance, exposition à un risque iatrogène, pronostic) ;
6. La prise en charge d'un patient non infecté par le COVID-19 doit obéir aux mêmes principes éthiques qu'en situation non épidémique. Les conditions actuelles ne doivent pas conduire à des choix discutables, influencés par l'afflux massif concomitant de patients infectés (i.e. refuser l'accès aux soins critiques à un patient non infecté qui aurait été admis en d'autres circonstances). Chaque patient doit être considéré dans sa singularité, quelle que soit sa pathologie. Tous les patients doivent être traités équitablement ;

* Pour toute demande, veuillez contacter le Secrétariat de la SRLF:
secretariat@srlf.org

7. En situation d'incertitude, une réanimation dite "d'attente" - lorsqu'elle est possible - permet de rechercher les volontés du patient exprimées antérieurement, de vérifier les antécédents et les comorbidités qui n'auraient pas été identifiés à l'admission, d'apprécier après un délai raisonnable l'évolution sous traitement maximal. Au terme de cette période dite "full code", il peut être décidé de poursuivre les traitements, de limiter ou d'arrêter les thérapeutiques jugées disproportionnées, et/ou de confier le patient à une unité plus appropriée à la situation clinique du patient ;
8. En réanimation, le niveau d'engagement thérapeutique doit être réévalué quotidiennement avec la même rigueur pour les patients infectés par COVID-19 que pour les autres patients. La proportionnalité des soins dispensés à un patient affecté de lourdes comorbidités et se présentant en situation critique doit être évaluée collégalement avec le patient lui-même quand c'est possible, ses proches, son (ses) médecin(s) référent(s) et éventuellement un gériatre lorsqu'il s'agit d'une personne âgée ;
9. Les établissements de santé concernés par l'épidémie doivent disposer de dispositifs d'aval (médecine aiguë, réadaptation post réanimation, équipe mobile et/ou unité de soins palliatifs) susceptibles d'accueillir sans délai les patients ne nécessitant plus les soins critiques et devant être transférés pour libérer un lit de réanimation ;
10. En cas de non admission en réanimation, les structures et les équipes mobiles de soins palliatifs doivent pouvoir être contactées 24 heures sur 24 pour prendre en charge les patients dont l'état serait jugé trop grave et sans espoir d'amélioration par les traitements conventionnels ou les soins critiques, y compris en EHPAD ou à domicile ;
11. Un *debriefing* avec un psychologue doit être systématiquement proposé aux équipes soignantes en charge des patients COVID-19 en raison de la charge émotionnelle intense induite par cette situation exceptionnelle. Un dispositif identique doit être spécifiquement dédié aux proches des patients, d'autant plus qu'ils sont tenus éloignés par les mesures de confinement ;
12. Les lits de réanimation mis à disposition dans les régions moins impactées par l'épidémie doivent être utilisés et les patients transférés vers les sites garantissant les meilleures prises en charge, en accord avec les médecins responsables de ces unités ;
13. En cas de dépassement des ressources disponibles, leur répartition tiendra compte des comorbidités des patients, de leur autonomie antérieure, de l'évolution sous traitement en cas de réanimation dite "d'attente" et de leurs chances de survie avec une qualité de vie acceptable après la réanimation ;
14. La rédaction d'algorithmes de *priorisation* - nécessité faisant loi - par des professionnels de santé doit : 1) s'appuyer sur le socle éthique, les connaissances, l'expérience et le savoir-faire de notre spécialité, 2) être graduée suivant le niveau de saturation des structures de soins dans les territoires concernés, 3) tenir compte dans leur formulation du risque d'instrumentalisation politique, juridique et médiatique des documents produits pendant la crise lorsque celle-ci touchera à son terme ;
15. La protection des équipes soignantes placées au contact des patients infectés par le COVID-19 ne peut en aucun cas être sacrifiée au motif de rationnement ou d'épuisement des ressources disponibles. La sécurisation des structures de soins est un prérequis impératif à la prise en charge optimale des patients infectés ou non par le COVID-19 ;
16. Toutes les décisions médicales et les modalités de prise en charge qui en découlent doivent être consignées dans les dossiers des patients, y compris pour ceux qui seraient proposés et refusés en réanimation ;
17. Il faut tenir compte de la limitation ou de l'interdiction des visites des proches et insister notamment sur la nécessité et la qualité des échanges téléphoniques. Les accès doivent être organisés pour les représentants des cultes dont la présence serait jugée nécessaire.