

Principes éthiques sur la proportionnalité des admissions aux soins intensifs durant la pandémie COVID-19 2020 en Belgique

Geert Meyfroidt, Erika Vlieghe, Patrick Biston, Koen De Decker, Xavier Wittebole, Vincent Collin, Didier Ledoux, Pieter Depuydt, Nguyen Duc Nam, Greet Hermans, Philippe Jorens, Fabio Taccone, Ignaas Devisch

La Société Belge de Soins Intensifs (SIZ) a été invitée à décrire et délimiter les principes éthiques en rapport avec la proportionnalité de soins durant la pandémie COVID-19 au cours de l'année 2020. Des recommandations éthiques nationales pour le triage hospitalier des patients COVID-19 positifs n'est pas du ressort de la Société Belge de Soins Intensifs. Il est recommandé que chaque hôpital rédige ses propres « guidelines » éthiques assez tôt dans l'épidémie, afin d'éviter aux cliniciens des décisions difficiles en l'absence de recommandations éthiques, pouvant conduire à des décisions arbitraires.

Préambule :

Au sein des soins intensifs, des thérapies invasives et salvatrices sont apportées aux patients qui ne survivraient pas du fait de défaillance d'organe vital sans de tels soins « agressifs ». En général, la médecine intensive devrait être réservée aux patients pour lesquels un résultat favorable ou pour le moins satisfaisant peut-être attendu après la prise en charge hospitalière.

On entend par soins disproportionnés l'utilisation de telles mesures avancées de maintien de vie pour des patients dont l'espérance de vie est limitée ou est associée à de nombreux dysfonctionnements organiques chroniques, comorbidités et/ou une mauvaise qualité de vie (1) Dans des circonstances normales, même lorsqu'il n'y a pas de pression sur les lits de soins intensifs, des soins disproportionnés devraient être évités à tout prix.

Par ailleurs, la plupart des patients qui en Europe décèdent dans une unité de soins intensifs, le feront suite à une décision de ne pas initier ou d'arrêter des thérapies de survie. Une telle décision devrait être abordée ouvertement avec les patients, ou leurs proches. Dans le service des soins intensifs, de telles considérations éthiques (entre thérapies avancées de survie et résultats attendus) font partie de la routine quotidienne.

COVID-19 : considérations spéciales

La pandémie de COVID-19 pèse lourdement sur le système de santé, en raison de l'absence d'immunité collective contre ce nouveau virus [3]. En très peu de temps, les patients nécessitant une assistance respiratoire se présenteront à l'hôpital. En Italie, la capacité d'accueil du système de soins de santé était insuffisante pour faire face au grand nombre de patients, entraînant un effondrement du système de santé. En particulier, le nombre de lits de soins intensifs était un goulot d'étranglement critique du système, et les projections actuelles de la tendance dans un avenir proche sont alarmantes [4].

Une telle surcharge extrême du système hospitalier aura des implications éthiques importantes, car les médecins devront décider quels patients admettre et à quels patients refuser l'accès aux soins intensifs.

Une première priorité est de prendre des mesures adéquates pour maximiser la capacité des unités de soins intensifs de tous les hôpitaux, en postposant les soins médicaux non urgents et en transformant les unités non intensives en unités de soins intensifs. Cependant, malgré ces mesures, il se pourrait qu'il n'y ait toujours pas assez de capacité pour traiter tous les patients se présentant, et, un « triage des patients » deviendrait alors une nécessité [5]. L'identification rapide de soins disproportionnés est extrêmement importante, car en cas de surcharge hospitalière, on peut imaginer qu'un patient ayant de bonnes chances de survie se voie refuser des soins intensifs, tandis que trop de patients avec des soins disproportionnés occupent un lit.

Les soins disproportionnés doivent être définis à partir d'une estimation scientifiquement fondée du résultat attendu, ce qui implique la connaissance d'un plan de soins avancés, de l'état de santé du patient, des antécédents, de l'évolution aiguë de son état et d'une estimation de son pronostic vital avec, ou sans soins intensifs.

De plus, les patients n'étant pas porteurs du COVID-19 doivent être évalués selon les mêmes critères afin d'éviter toute discrimination entre les deux groupes. Bien qu'un âge avancé soit associé à de moins bonnes chances de résultats pour le COVID-19, l'âge, pris isolément ne peut pas être utilisé pour les décisions de triage, mais il doit être intégré à d'autres paramètres cliniques. La fragilité et les troubles cognitifs, plus que l'âge, sont des indicateurs indépendants des résultats lorsque des patients âgés sont admis aux soins intensifs [6].

Le groupe de travail sur l'éthique des soins intensifs COVID-19 propose les recommandations suivantes:

1. La Planification avancée des soins avant l'admission aux soins intensifs

Les personnes âgées comme celles résidant dans les maisons de retraite souffrent souvent de handicaps cognitifs, physiques ou sociaux graves qui sont incompatibles avec une vie indépendante à la maison. Beaucoup de ces patients souffrent d'une « fragilité » (du terme frailty en anglais) modérée à sévère [7]. Compte tenu de la surcharge aiguë prévue du système de santé belge lors de l'épidémie de COVID-19, le groupe de travail recommande que les patients pour lesquels les soins intensifs seraient disproportionnés soient identifiés tôt, afin d'éviter qu'ils ne soient envoyés inutilement dans un hôpital surpeuplé. Par conséquent, un plan avancé de soins devrait être discuté à l'avance avec les résidents des maisons de retraite ou leurs proches. Lors de la phase aiguë, cela n'est plus possible en raison de l'état de santé du patient. De plus, il serait éthiquement et émotionnellement indésirable de demander aux familles de prendre une décision aussi difficile en situation de crise. Le groupe de travail recommande que ce plan de soins prédéfinisse quelles interventions sont envisagées ou quelles interventions seraient indésirables pour un patient en particulier. Le groupe de travail recommande que ce plan de soins avancés contienne, au moins, des informations indiquant s'il est souhaitable ou non de lancer:

- une réanimation cardiopulmonaire
- une admission à l'hôpital
- une admission dans une unité de soins intensifs
- une intubation endotrachéale
- une ventilation mécanique non invasive

- un support hémodynamique pharmacologique
- l'initiation d'une thérapie de remplacement rénal.

L'oxygénation par membranes extracorporelles (ECMO) ne devrait jamais être envisagée chez ces patients, car cela ne serait pas une indication pour ce groupe d'âge, indépendamment du COVID-19, et en raison de la disponibilité limitée de cette thérapie très exigeante en termes de ressources.

Si possible, il est recommandé que le médecin généraliste du patient prenne activement l'initiative de discuter de la planification des soins avancés avec ces patients, de préférence avant qu'ils ne soient infectés par le virus SRAS-CoV-19 ou souffrant du COVID-19. Le groupe de travail recommande que les patients âgés, résidant dans une maison de retraite et souffrant de troubles cognitifs graves, ne soient en général pas reconnus comme de bons candidats pour être référés aux soins intensifs ; ces patients pourraient cependant être admis dans une salle d'hôpital pour des soins de base.

2. Réanimation cardio-pulmonaire dans le contexte de la pandémie COVID-19

Il est recommandé de **ne pas initier** de réanimation extra-hospitalière (associant le BLS et l'ACLS) chez des personnes âgées résidant en maison de repos et/ou de soins, du fait du pronostic extrêmement mauvais ainsi que du risque de transmission de l'infection au personnel soignant qui assure les manœuvres de réanimation.

La réanimation extra-hospitalière (associant BLS et ACLS) chez des patients plus jeunes peut être envisagée au cas par cas. La décision de commencer de telles manœuvres devrait toujours être balancée avec le risque de transmission virale au personnel soignant. Dans les cas où le patient est connu pour, ou est suspect d'être porteur du virus COVID-19, les manœuvres de réanimation ne peuvent pas être initiées avant que le personnel soignant ne soit équipé avec le matériel de protection adéquat (y compris lunettes, masques, gants et blouses). Dans les cas où le risque de portage du virus est nul ou faible, nous recommandons, dans la situation actuelle, que l'équipe de réanimation porte au minimum un masque, des lunettes, des gants et une blouse. Nous rappelons que le bouche à bouche ne doit pas être réalisé.

Pour les arrêts cardiaques intra-hospitaliers, nous recommandons de suivre le plan de soins avancés préconisé par le médecin qui a habituellement le patient en charge. A nouveau, si des manœuvres de réanimation font partie de ce projet de soins, et si le patient est connu ou suspect d'être porteur du virus, nous recommandons que les manœuvres de réanimation ne soient pas entreprises tant que le personnel soignant n'est pas équipé de manière complète et adéquate. Dans les cas où le risque de portage du virus est nul ou faible, nous recommandons, dans la situation actuelle, que l'équipe de réanimation porte au minimum un masque, des lunettes, des gants et une blouse. A nouveau, nous rappelons que le bouche à bouche ne doit pas être réalisé.

3. Considérations éthiques pour le triage à l'hôpital

Une directive éthique nationale pour le triage à l'hôpital des patients atteints du COVID-19 n'est pas le mandat de ce groupe de travail. Il est recommandé que chaque hôpital rédige sa propre ligne directrice éthique au début de l'épidémie, afin

d'éviter que les cliniciens n'aient à prendre ces décisions difficiles de guidance éthique, ce qui conduirait à des décisions arbitraires.

Le groupe de travail recommande que les considérations suivantes soient prises en compte:

- Les décisions de refuser ou de prioriser les soins doivent toujours être discutées avec au moins 2, mais de préférence 3 médecins ayant de l'expérience dans le traitement de l'insuffisance respiratoire en USI. Dans le cas où le médecin ne serait pas en mesure de consulter un collègue à l'hôpital, une téléconsultation avec un collègue expérimenté au sein du même réseau hospitalier pourrait être organisée. Une consultation avec un gériatre ou le médecin généraliste du patient pourrait être une option.
- De nombreux patients COVID-19 seront des personnes âgées, mais l'âge en soi n'est pas un bon critère pour décider que les soins sont disproportionnés.
- Il faut évaluer lors de l'admission si un patient a un plan de soins avancés.
- Chez les patients âgés, la fragilité (frailty des anglo-saxons), par exemple en utilisant le score de fragilité clinique (CFS) [7], doit être évaluée et prise en compte.
- Chez les patients âgés, les troubles cognitifs doivent être évalués et pris en compte.
- Chez tous les patients, les maladies oncologiques terminales et les comorbidités chroniques sévères telles que l'insuffisance organique terminale (dialyse, insuffisance cardiaque, cirrhose,) doivent être évaluées et prises en compte.
- Les priorités doivent être déterminées en fonction de l'urgence médicale.
- En cas d'urgence médicale comparable, le principe du « premier arrivé, premier servi » et le critère « aléatoire » sont les critères les plus utiles et les plus justes [8].
- Un registre des décisions de triage est tenu à des fins de transparence et d'évaluation. Ce registre peut être utilisé à des fins de transparence et d'évaluation après la pandémie.
- L'impact de l'épidémie du COVID-19 sur les décisions de triage des patients non-COVID doit être abordé.
- Les médecins impliqués dans le triage devraient bénéficier d'un soutien psychologique. Cet accompagnement devrait se poursuivre jusqu'à la fin de la crise et impliquer un débriefing éthique [9].

Références:

1. Kompanje EJO, Piers RD, Benoit DD (2013) Causes and consequences of disproportionate care in intensive care medicine. *Curr Opin Crit Care* 19:630–635. doi: 10.1097/MCC.000000000000026

2. Sprung CL, Ricou B, Hartog CS, et al (2019) Changes in End-of-Life Practices in European Intensive Care Units From 1999 to 2016. *JAMA - J Am Med Assoc* Oct 2:1–13. doi: 10.1001/jama.2019.14608
3. Guan W-J, Ni Z-Y, Hu Y, et al (2020) Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med* 1–13. doi: 10.1056/NEJMoa2002032
4. Remuzzi A, Remuzzi G (2019) Health Policy COVID-19 and Italy: what next? *Lancet*. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30627-9
5. Ghanbari V, Ardalan A, Zareiyan A, et al (2019) Ethical prioritization of patients during disaster triage: A systematic review of current evidence. *Int Emerg Nurs* 43:126–132. doi: 10.1016/j.ienj.2018.10.004
6. Guidet B, de Lange DW, Boumendil A, et al (2020) 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. doi: 10.1007/s00134-019-05853-1
7. Ke LS (2013) Frailty in the elderly: A concept analysis. *J Nurs* 60:105–110. doi: 10.1503/cmaj.050051
8. Winsor S, Bensimon CM, Sibbald R, et al (2014) Identifying prioritization criteria to supplement critical care triage protocols for the allocation of ventilators during a pandemic influenza. *Healthc Q* 17:44–51. doi: 10.12927/hcq.2014.23833
9. Devisch I, Vanheule S, Deveugele M, et al (2017) Victims of disaster: can ethical debriefings be of help to care for their suffering? *Med Heal Care Philos* 20:257–267. doi: 10.1007/s11019-016-9742-1