

**Décision d'admission des patients en unités de réanimation et unités de soins critiques dans un contexte d'épidémie à Covid-19.**

Elie Azoulay, Sadek Beloucif, Bertrand Guidet, Matthieu Le Dorze

---

**Le contexte**

Le contexte est celui d'une **pandémie mondiale inédite en taille, en extension, en gravité et en mortalité**. L'afflux de patients en condition grave, voire en défaillance vitale pose la question de situations où **l'équilibre entre les besoins médicaux et les ressources disponibles est rompu**.

Dans un contexte d'exception où les ressources humaines, thérapeutiques et matérielles pourraient être ou devenir immédiatement 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 principes éthiques de justice distributive, de non-malfaisance, de respect de l'autonomie et de la dignité des patients, quel que soit leur degré de vulnérabilité, ainsi que l'indispensable confidentialité des données médicales sont des guides élémentaires pour la prise en charge de ces patients atteints de formes graves de Covid-19, mais également des autres patients nécessitant des soins de réanimation pour une pathologie non liée au Covid-19.

**Ce document vise à apporter un soutien conceptuel à toutes les équipes soignantes** actuellement engagées dans la gestion de première ligne de la pandémie COVID-19. Il s'adresse particulièrement aux médecins qui, en termes de culture, de formation ou d'expérience, ne sont pas nécessairement habitués à la démarche réflexive des limitations des traitements.

Il poursuit deux objectifs :

- **les assister dans l'enjeu décisionnel de l'admission** en unité de soins critiques, ce qui peut comprendre les situations bien connues des réanimateurs de limitations et retraits de traitement de suppléance vitale dans le cadre du refus de l'obstination déraisonnable. Ces décisions peuvent intervenir à l'admission ou en cours de séjour.
- **les aider à continuer d'assurer des soins de qualité et continus**, en particulier dans l'accompagnement de fin de vie, éléments au mieux réalisés en coordination et collaboration avec les familles et les proches. Les patients non admis en réanimation ou pour lesquels des décisions de limitation de traitements ont été prises devront pouvoir disposer de toutes les compétences disponibles à l'hôpital (comme les services de médecine et les unités mobiles de soins palliatifs) afin que cette prise en charge palliative aiguë permette d'assurer un confort de fin de vie et un accompagnement des familles.

Les éléments de réflexion concernent le cas général du malade de réanimation et le cas particulier des patients affectés par la pandémie à Covid-19. Ils doivent inciter à une décision personnalisée pour chaque individu, être discutés par les médecins de toutes les spécialités impliquées dans la gestion de cette crise, et adaptés localement, au fur et à mesure du temps, en fonction des organisations sanitaires, des ressources matérielles, des ressources humaines et des retours d'expérience des personnels soignants engagés. Ils doivent absolument prendre également en compte les besoins nécessaires à la prise en charge des patients de soins critiques non infectés par le COVID-19. **La réflexion doit pouvoir être évolutive en fonction de la situation sanitaire et des retours d'expérience. Elle peut être aussi évolutive en fonction de la réponse du patient à un traitement maximal, réévaluation particulièrement nécessaire chez les patients les plus graves et les plus fragiles chez lesquels la décision initiale se fait dans un contexte d'incertitude (c'est-à-dire "faire et réévaluer" plutôt que "ne pas faire").**

La stratégie générale doit être d'anticiper au maximum ces décisions, quelle que soit la localisation du patient (service d'urgences, MCO, USLD, EHPAD, etc...), son état clinique (avec ou sans signes de gravité) et son statut COVID. En contexte d'urgence, les contraintes de temps rendent la décision médicale, toujours essentielle, plus difficile à construire dans des conditions éthiques.

**Dans toutes les situations de décisions d'orientation, y compris en dehors de la pandémie, les patients, leurs proches et l'ensemble des personnels soignants doivent être informés du caractère extraordinaire mais personnalisé des mesures mises en place.** La place laissée aux proches dans le processus décisionnel et dans l'accompagnement risque d'être limitée par ces circonstances exceptionnelles. Enfin, ces questions sont moralement et émotionnellement difficiles, source d'anxiété et de stress et un soutien (psychologique ou spirituel) devrait pouvoir être proposé à tous, patients, proches et soignants.







---

### **Les principes d'une décision d'admission en unité de soins critiques.**

Malgré la situation d'urgence sanitaire, **la procédure collégiale** définie par voie réglementaire au décours de la loi Clays-Leonetti **sera respectée, en insistant sur les principes suivants :**

- La collégialité : si la décision reste de la responsabilité d'un seul médecin, elle est prise après une concertation avec l'équipe soignante (impliquant si possible l'avis d'au moins un autre médecin, et la concertation avec au moins un représentant de l'équipe paramédicale).
- Le respect des volontés et valeurs du patient : exprimées directement ou indirectement par les directives anticipées, ou rapportées par la personne de confiance ou les proches.
- La prise en compte de l'état antérieur du patient, ce qui comporte au minimum :
  - son âge (à prendre particulièrement en compte pour les patients COVID)
  - sa fragilité évaluée par l'échelle CFS (cf. ci-dessous)
  - ses comorbidités : comorbidités lourdes vs. comorbidités stabilisées, une vs. plusieurs
  - son état neurocognitif : fonctions cognitives normales, peu altérées ou très altérées
  - la cinétique de dégradation de son état général au cours des derniers mois
- La prise en compte de sa gravité clinique actuelle par l'évaluation du nombre de défaillances d'organes au moment de la prise de décision, l'un des médecins impliqués dans celle-ci devant avoir examiné et s'être entretenu avec le patient ou l'entourage :
  - Respiratoire : hypoxémie (>6 l/min O<sub>2</sub>) ou détresse respiratoire
  - Hémodynamique : PAS <90 mmHg
  - Neurologique : Score de Glasgow <12
  - La cinétique de dégradation des défaillances d'organes
  - Utilisation éventuelle du score de SOFA
- L'évaluation de son confort : douleur, anxiété, agitation, dyspnée, encombrement, asphyxie, isolement
- La garantie d'un accompagnement et de soins pour tous, respectueux de la personne et de sa dignité.

### Score de Fragilité Clinique

 <p><b>1 Très en forme</b> - 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.</p>	 <p><b>7 Sévèrement fragile</b> - <b>Totalement dépendantes pour les soins personnels</b>, 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).</p>
 <p><b>2 Bien</b> - Personnes qui ne présentent <b>aucun symptôme de maladie active</b> mais sont moins en forme que la catégorie 1. Font souvent, des exercices ou sont très <b>actives par période</b>. (par exemple des variations saisonnières).</p>	 <p><b>8 Très sévèrement fragile</b> - Totalement dépendantes, la fin de vie approche. Typiquement, elles ne pourraient pas récupérer même d'une maladie mineure/ maladie légère.</p>
 <p><b>3 Assez bien</b> - Personnes dont les <b>problèmes médicaux sont bien contrôlés</b>, mais ne sont <b>pas régulièrement actives</b> au-delà de la marche quotidienne.</p>	 <p><b>9 En phase terminale</b> - Approchant la fin de vie. Cette catégorie concerne les personnes ayant une <b>espérance de vie &lt; 6 mois</b>, qui <b>si ce n'est pas fragiles de façon évidente</b>.</p>

**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.

**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.

Dans ce contexte, ces principes décisionnels s'appliquent aussi bien aux patients COVID qu'aux patients non-COVID. Les données cliniques et de contexte pris en compte ne sont pas spécifiques aux patients COVID (comme âge, fragilité, comorbidités...), mais leur poids sur la nature de la décision prise pourrait l'être selon les situations.

## En pratique

Ce processus décisionnel concerne au mieux (cf. algorithme) :

1. Une **anticipation d'un éventuel recours aux soins critiques dès l'évaluation clinique initiale**
2. Un **recueil des éléments pertinents** à l'analyse clinique de la situation
3. La nature de la **décision elle-même**, pouvant être :
  - a. **Une non-admission en soins critiques** :
    - i. Soit parce que refusé par le patient (et/ou la famille)
    - ii. Soit du fait d'une absence de signes de gravité pour la réanimation (avec poursuite de la prise en charge par exemple sous couvert d'une oxygénothérapie dans un service classique) ;
    - iii. Soit parce que l'admission en soins critiques relèverait d'une obstination déraisonnable, définie par des thérapeutiques ne bénéficiant pas au patient, disproportionnées par rapport au bénéfice attendu, qui n'auraient d'autre but qu'un maintien artificiel —et transitoire— de la vie au prix de souffrance pour le patient et ses proches, et d'une détresse des équipes. Une telle admission risquerait aussi de priver un autre patient d'une prise en charge en réanimation, alors qu'elle/il aurait plus de chance d'en bénéficier. Chez ces patients non-admis en soins critiques, les soins ne sont pas interrompus, mais s'intègrent dans le cadre d'un accompagnement en collaboration avec les spécialistes d'une telle prise en charge palliative afin d'assurer une

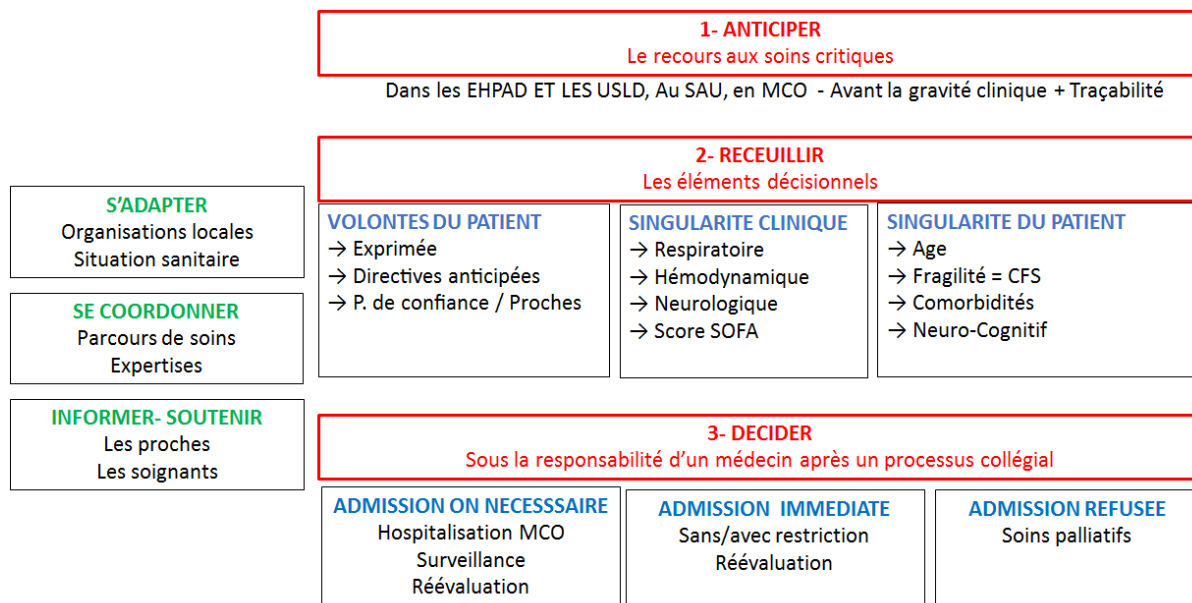
absence de souffrance et une fin de vie digne et apaisée, en présence de leurs proches.

**b. Une admission en soins critiques :**

- i. Avec réévaluation périodique prenant en compte la réponse des thérapeutiques administrées sur les défaillances d'organe.
- ii. Ce qui permet de suivre l'amélioration sous traitement, ou au contraire de reconnaître les situations d'échec des traitements débutés et la nécessité de changer les objectifs du traitement (passage à une prise en charge palliative).

**4. Dans tous les cas, toute décision, quelle qu'elle soit, et son suivi, doivent être :**

- Tracés et justifiés dans le dossier médical du patient, communiqué aux équipes de soins, accessible rapidement en cas d'urgence.
- Réévaluées régulièrement en fonction d'éventuels nouveaux éléments décisionnels et de l'évolution clinique du patient, la survie des patients dépendant de leur capacité à répondre à un traitement symptomatique de réanimation prolongée compte tenu de l'absence de traitement étiologique validé.
- Faire l'objet d'une communication claire, loyale et sincère avec l'entourage et les proches, première étape de leur accompagnement (valeur des conférences de familles et des cellules de soutien psychologique).
- Intégrer l'exigence permanente de limiter les tensions en amont et en aval.



**L'accompagnement de fin de vie**

La décision de limitation ou d'arrêt concerne les thérapeutiques; les *soins*, eux sont toujours poursuivis.

L'accompagnement des patients en situation de fin de vie et de leurs proches doit rester une priorité des équipes soignantes en tout lieu pour les patients dont l'état le requiert, et être soutenu au mieux par une équipe de soins palliatifs. Cet accompagnement prenant la forme d'une démarche de soins palliatifs aigus se fait au mieux en collaboration étroite avec les autres spécialistes de médecine et de soins palliatifs.

Le droit à une analgésie proportionnée, à une sédation proportionnée ou profonde et continue maintenue jusqu'au décès prévenant toute souffrance doit être garanti. Des prescriptions anticipées encadrées par des équipes expérimentées doivent, si besoin, être disponibles pour répondre à des demandes urgentes de soulagement.

L'anticipation d'ouverture d'unités aiguës de soins palliatifs devant assurer cette mission doit être encouragée, dans le même temps que l'ouverture des capacités de soins critiques.

---

Les éléments présentés sont plus des pistes de réflexion et de propositions que des "recommandations" formelles. Ils sont par nature évolutifs et tentent de concilier les impératifs éthiques essentiels de bienfaisance, respect de l'autonomie et de la dignité des personnes d'une part et efficacité des soins, égalité, équité, justice sociale et justice distributive de l'autre. Le caractère documenté, objectif et explicite des éléments décisionnels présentés ici se veut enfin un outil de communication et d'assistance aux patients, aux proches, et aux équipes soignantes, base de la solidarité et de la confiance de/entre tous au cours de cette épreuve.