	RECOMMANDATIONS RÉGIONALES COVID 19	Création : R. Hellmann
		Validation DM : nom/date
		Approbation : nom/date
		Validation : nom/date
COVID-19	Décision d'admission des patients en unités de réanimation et unités de soins critiques dans un contexte d'épidémie à Covid-19	Version : 1
		Date : 19/03/2020
		Rédacteur : A. Foucrier
		Diffusion : externe
Chemin d'accès (sera complété par la cellule doctrines)		

PRÉAMBULE

- Ce document a été rédigé collégalement par un groupe d'experts régional : Elie Azoulay, Sadek Beloucif, Benoît Vivien, Bertrand Guidet, Dominique Pateron, Matthieu Le Dorze
- Ces recommandations ont pour objectif d'aider les professionnels à coordonner le parcours du patient et à homogénéiser les pratiques entre centres.
- Ces recommandations évolueront avec le développement des connaissances sur le COVID-19,

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**. Ces patients sévères peuvent arriver d'emblée aux urgences, ou se détériorer après avoir été en secteur d'hospitalisation, ou encore solliciter les urgentistes à partir d'unités de soins de longue durée.

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 (avec les urgentistes, 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 (la continuité de cette collégialité doit être organisée avec au moins un autre médecin, et 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 :
 - sa fragilité évaluée par l'échelle CFS (cf. ci-dessous)
 - son âge (à prendre particulièrement en compte pour les patients COVID)
 - 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 O₂) 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.

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.

Cas particulier de l'absence de lit disponible chez un patient pour lequel l'admission en réanimation est retenue : cette situation a été fréquemment rencontrée en Chine, en Italie, et même plus récemment en France. Cette question clinique rejoint celle de la disponibilité d'un seul lit pour deux patients nécessitant l'admission en réanimation. La première réponse logique est le transfert dans une autre structure de réanimation qui aurait une place disponible. Le rôle de régulation du SAMU et les recensements faits en temps réel par l'ARS et les établissements hospitaliers sont primordiaux.

La seconde possibilité serait d'optimiser l'oxygénation du patient en structure MCO ou aux urgences. Ce mode dégradé pose le problème d'une prise en charge non optimale pour le patient sur le plan thérapeutique et de la surveillance, mais aussi d'un engorgement de ces structures empêchant l'accueil des autres patients. Dans l'idéal, il faudrait anticiper cette situation par la création de structures intermédiaires équipées en personnel qualifié et en matériel d'oxygénation non invasive.

Cependant, dans un contexte pandémique majeur, ces structures finiront aussi par arriver à saturation, laissant la situation non résolue. La troisième possibilité qui permettrait d'éviter de faire perdre une chance au patient nécessitant une admission en réanimation serait de faire sortir un patient déjà en réanimation pour faire une place (*bumping*). Cette solution qui incite à extuber des malades plus tôt pour les transférer en structure intermédiaire (y compris avec des relais en haut débit d'oxygène) nécessite de respecter la temporalité des processus décisionnels et l'éventuelle introduction des soins palliatifs ainsi que l'accompagnement des familles.

A propos des patients hospitalisés en USLD et en EHPAD : les mesures de confinement et d'isolement doivent être appliquées à la règle dans cet environnement de patients fragiles à haut risque d'infection. Par ailleurs, les régulateurs du SAMU doivent avoir un accès facile aux éventuelles directives anticipées et aux notes écrites dans le dossier médical. Ainsi, un médecin d'astreinte doit pouvoir être contacté H24 pour participer le cas échéant à la décision collégiale de non admission en réanimation. Une réflexion sur les modalités optimales d'information des familles doit être entreprise dans un contexte d'interdiction de visites et de possibilité de dégradation brutale.

Figure 1. Échelle de la fragilité clinique

Échelle de la fragilité clinique*



1 Très en forme – Des personnes robustes, actives et motivées. Ces personnes font habituellement de l'activité physique régulière. Elles comptent parmi les personnes les plus en forme pour leur âge.



2 En forme – Ces personnes n'ont pas de symptômes actifs de maladie, mais sont moins en forme que celles de la catégorie 1. Elles font souvent de l'activité physique ou sont très actives occasionnellement, p. ex. selon la saison.



3 Se débrouillent bien – Des personnes dont les problèmes médicaux sont bien contrôlés mais qui ne sont pas régulièrement actives au-delà d'une promenade de routine.



4 Vulnérables – Elles ne dépendent pas d'autrui pour de l'aide au quotidien, mais leurs symptômes limitent leurs activités. Elles se plaignent souvent d'être au ralenti ou fatiguées durant la journée.



5 Légèrement fragiles – Ces personnes manifestent un ralentissement plus évident et ont besoin d'aide dans les AIVQ plus complexes (finances, transport, gros travaux ménagers, médicaments). Habituellement, une fragilité légère empêche progressivement de faire des courses ou de sortir seules, de préparer les repas et de faire le ménage.



6 Modérément fragiles – Ces personnes ont besoin d'aide dans toutes les activités extérieures et pour tenir maison. À l'intérieur, elles ont souvent des problèmes avec les escaliers, ont besoin d'aide pour le bain et peuvent avoir besoin d'une assistance minimale (encouragement, présence) pour s'habiller.



7 Sévèrement fragiles – Dépendance complète pour les soins personnels, que ce soit pour des causes physiques ou cognitives. Malgré tout, elles semblent stables et leur risque de mourir ne semble pas très élevé (dans les 6 prochains mois environ).



8 Très sévèrement fragiles – Dépendance complète, à l'approche de la fin de vie. Habituellement, elles ne se remettraient pas même d'une maladie bénigne.



9 En phase terminale – À l'approche de la fin de vie. Cette catégorie s'applique aux personnes dont l'espérance de vie est < 6 mois, qui ne sont pas autrement d'une fragilité évidente.

Scores de la fragilité chez les personnes souffrant de démence

Le degré de fragilité correspond au degré de démence. Les symptômes courants de la démence légère sont l'oubli des détails d'un événement récent, sans avoir oublié l'événement lui-même, la répétition de la même question ou histoire, et le retranchement social.

Dans la démence modérée, la mémoire à court terme est très altérée, même si les personnes se rappellent apparemment bien d'événements de leur passé. Elles peuvent s'occuper de leurs soins personnels sans y être incitées.

Dans la démence sévère, elles ne peuvent pas s'occuper de leurs soins personnels sans aide.

* Étude canadienne sur la santé et le vieillissement, révisée en 2008
6. K. Rockwood et coll. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005; 173: 489-495.

AIVQ - activité instrumentale de la vie quotidienne
Reproduit avec la permission de Rockwood®.

© 2007-2009. Version 1.2. Tous droits réservés.
Geriatric Medicine Research, Dalhousie University,
Halifax, Canada. Autorisation de reproduire à des fins
de recherche et d'éducation exclusivement.

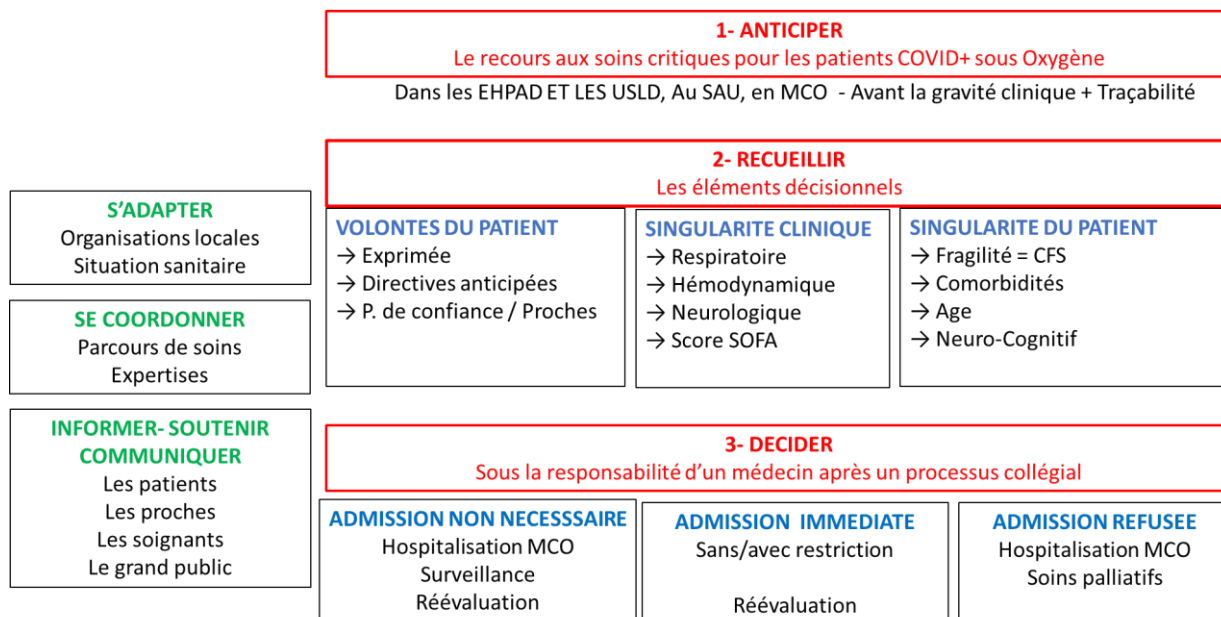


En pratique

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. Ainsi, nous considérons licite de ne pas admettre un patient en réanimation dès lors qu'il s'agit d'une obstination déraisonnable, y compris si une place de réanimation est disponible.
 - iv. 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, doit 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.

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



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.