	<b>RECOMMANDATIONS RÉGIONALES COVID-19</b>	<b>Création :</b> Date : 19/03/2020
		<b>Validation technique</b> Direction métier : DOS Date : 19/03/2020
		<b>Approbation Cellule Doctrine</b> Date : 19/03/2020
		<b>Validation CRAPS</b> Date : 20/03/2020
		<b>Version : 1</b> 20/03/2020
<b>COVID-19</b>  <b>010</b>	<b>Décision d'admission des patients en unités de réanimation ou de soins critiques dans un contexte d'épidémie de Covid-19</b>	<b>Diffusion :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• partenaires extérieurs</li> <li>• site internet ARS</li> </ul>

## PRÉAMBULE

- Ce document a été rédigé collégialement par un groupe régional d'experts : Élie Azoulay, Sadek Beloucif, Benoît Vivien, Bertrand Guidet, Dominique Pateron, Matthieu Le Dorze avec le concours de l'ARS-IDF/DOS.
- Ces recommandations ont pour objectif d'aider les professionnels à coordonner le parcours du patient et à homogénéiser les pratiques entre centres.
- **Elles 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 gravement atteints, 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 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 autre pathologie.

**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 dès l'admission ou en cours de séjour.
- **les aider à continuer d'assurer des soins continus et de qualité**, en particulier pour l'accompagnement de fin de vie, au mieux réalisé 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 (les urgentistes, les services de médecine et les unités mobiles de soins palliatifs) afin que cette prise en charge palliative aiguë assure 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 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 de prise en charge des patients de soins critiques non atteints par le Covid-19. **La réflexion doit pouvoir être évolutive en fonction de la situation sanitaire, des retours d'expérience, et 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 ("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.

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

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

Malgré l'urgence sanitaire, **la procédure collégiale** prévue par la réglementation issue de la Loi Clément-Bachelier **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 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 des 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 : lourdes vs. stabilisées, unique vs. multiples
  - son état neurocognitif : fonctions cognitives normales, peu altérées ou très altérées
  - la cinétique de dégradation de son état général lors 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 organiques
  - 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 plus récemment en France. Cette question clinique rejoint celle de la disponibilité d'un seul lit pour deux patients nécessitant une admission en réanimation. La première réponse logique est le transfert dans une autre structure de réanimation ayant une place disponible. Le rôle de régulation du SAMU et les recensements en temps réel de l'ARS et des établissements hospitaliers sont primordiaux.

La deuxième possibilité serait d'optimiser l'oxygénation du patient en structure MCO ou aux urgences. Ce mode dégradé pose les problèmes d'une prise en charge sub-optimale du patient, sur le plan thérapeutique et de la surveillance, et d'un engorgement prévisible de ces structures, empêchant l'accueil d'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 pour éviter de faire perdre une chance au patient nécessitant une admission en réanimation serait de faire sortir un patient déjà présent en réanimation pour libérer une place (*bumping*). Cette solution incite à extuber précocement des malades et à les transférer en structure intermédiaire (y compris avec des relais en haut débit d'oxygène)

impose de respecter la temporalité des processus décisionnels et l'éventuelle introduction des soins palliatifs ainsi que l'accompagnement des familles.

**À propos des personnes qui résident en USLD et en EHPAD :** les mesures de confinement et d'isolement doivent être appliquées rigoureusement 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 le contexte d'interdiction des visites et de possible dégradation brutale de l'état du patient.

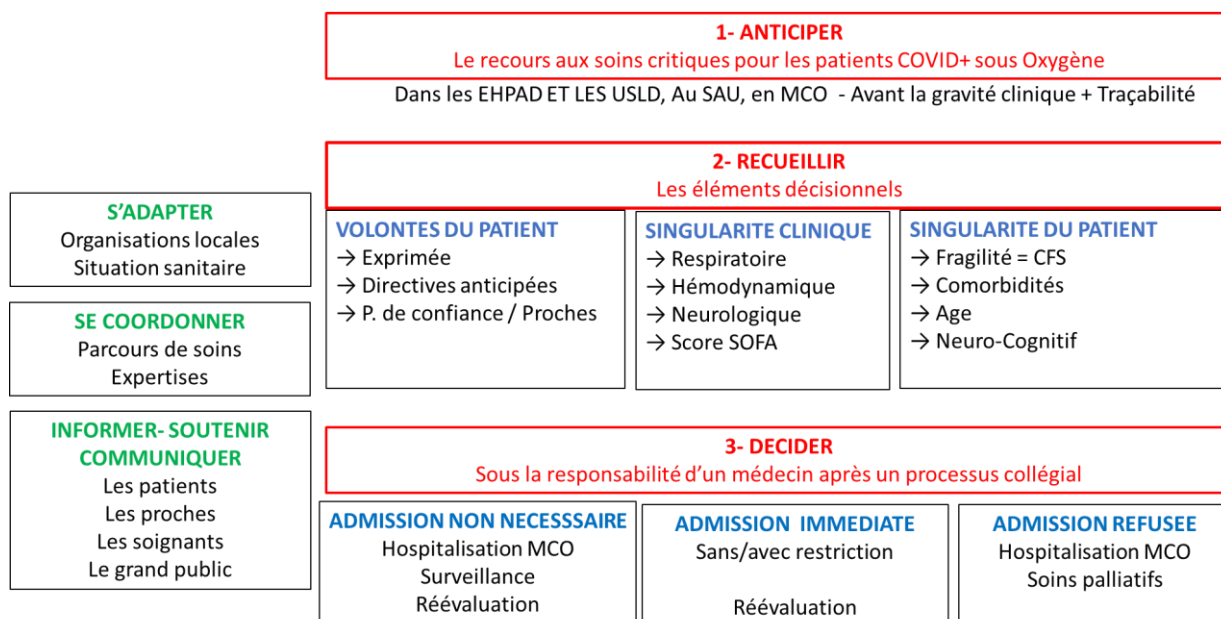
Figure 1. Échelle de la fragilité clinique



## 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 refusée par le patient et/ou sa famille :
    - ii. Soit du fait d'une absence de signes de gravité pour la réanimation (avec poursuite de la prise en charge par exemple une oxygénothérapie dans un service classique) ;
    - iii. Soit parce que l'admission en soins critiques relèverait d'une obstination déraisonnable, définie comme 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 souffrances 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'il aurait plus de chance d'en bénéficier. Ainsi, est-il licite de ne pas admettre un patient en réanimation, dès lors qu'il s'agit d'une obstination déraisonnable, quand bien même une place serait disponible.
    - iv. Chez le patient non-admis en soins critiques, tous les soins ne sont pas interrompus, mais s'intègrent dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire palliative, visant à assurer au patient l'absence de souffrance pour une fin de vie digne et apaisée en présence de ses proches.
  - b. **Une admission en soins critiques** :
    - i. Avec réévaluation périodique, prenant en compte la réponse des thérapeutiques administrées sur les défaillances d'organes.
    - 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, communiqués aux équipes soignantes et accessibles rapidement en cas d'urgence.
  - Réévaluées régulièrement, en fonction de l'évolution clinique et d'éventuels nouveaux éléments décisionnels, la survie des patients dépendant de leur capacité à répondre à un traitement symptomatique prolongé du fait 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 de réflexion présentés ici sont plus des 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.