

AIDE À LA PRISE DE DÉCISION DE LIMITATIONS DE SOINS

En contexte d'épidémie de CORONAVIRUS

► Cette fiche n'a pas pour objet d'être utilisée en dehors du contexte d'épidémie Covid 19. Il ne s'agit en aucun cas d'un abandon de soins des patients. Elle invite à tenir compte des spécificités de chaque patient, de la situation locale et des évolutions de cette dernière.

La mise en œuvre pratique du processus décisionnel doit pouvoir s'adapter aux contraintes temporelles et organisationnelles liées à la pandémie. Les critères décisionnels ne peuvent être généralisés, ils seront à adapter à chaque patient et en fonction de la situation sanitaire locale et de son évolution dans le temps. Ces principes décisionnels doivent être mobilisés pour tous les patients quel que soit le statut COVID.

Le contexte :

Une pandémie mondiale extraordinaire entraînant une accélération de la temporalité du soin et une rupture de l'équilibre entre les besoins et les ressources en lits de réanimation, amenant les soignants à prendre des décisions difficiles dans l'urgence.

Les risques :

- Une temporalité raccourcie peut compromettre le temps nécessaire à la délibération qui précède la décision, et le temps nécessaire à l'acceptabilité d'une décision par le patient, les proches et/ou les soignants. Il faut parfois du temps pour convaincre une famille réticente (ou un patient) du bien-fondé de la décision médicale de limitation et de son contenu en termes de soins entrepris. Le caractère collégial du refus de céder à l'obstination déraisonnable est parfois le seul moyen de convaincre de son bien-fondé.
- Une éthique d'exception renonçant aux valeurs du soin et laissant la place à l'arbitraire: le respect de la dignité et de l'autonomie, la bienfaisance et la non-malfaisance, la qualité du soin apporté à tous.
- Une exclusion des plus vulnérables par une logique d'efficacité. Une iniquité dans l'attribution des ressources ne garantissant pas la mobilisation de moyens pour les patients de soins critiques NON COVID, et pour les patients ne relevant pas des soins critiques (dont les patients atteints de cancers évolutifs).

Le contexte ne justifie pas de renoncer aux principes décisionnels des limitations et des arrêts des traitements (LAT) habituellement prises par les soignants de soins critiques. L'objectif est de préserver une décision médicale basée sur la délibération, tout en acceptant d'allouer les ressources vers les patients pour lesquels les interventions ont le plus de chance de succès. Les fiches de LAT, si elles existent, n'ont donc pas de raison d'être modifiées.

Il conviendra d'anticiper le moment où les critères strictement médicaux ne seront plus suffisants pour trier l'afflux : qui décide et selon quels critères ?

Il est possible d'avoir recours aux cellules de soutien éthiques qui se sont mises en place dans toutes les régions.

ANTICIPATION Anticiper les décisions pour s'extraire de l'urgence et garantir un temps de délibération nécessaire à la maturation d'une décision.

VOLONTÉS du patient exprimées directement ou par des directives anticipées ; Volontés rapportées par la personne de confiance ou les proches.

COLLEGIALITE Si la décision est sous la responsabilité du médecin en charge du patient, la délibération requiert l'avis motivé d'au moins un autre médecin, et une concertation avec au moins un personnel de l'équipe de soin.

ELEMENTS DECISIONNELS :

► **Gravité clinique:** O₂>6l/min ou détresse respiratoire, Glasgow<12, PAS <90mmHg, score SOFA (figure 2)

► **Etat antérieur: âge, comorbidités, fragilité, dépendance**

Pathologies- comorbidités:

- Préciser la pathologie qui semble impacter le plus sur la décision de limitation. Préciser la sévérité de la maladie.
- Préciser comorbidités

Patient en situation palliative exclusive/ ou phase terminale de sa maladie

Troubles nutritionnels (obésité morbide/ dénutrition sévère)

Troubles psycho-comportementaux

Démence ou pathologies neurodégénératives (dont SLA)

Cardiovasculaires

Diabète compliqué

Insuffisance d'organe évoluée / évolutive (rénale, respiratoire, hépatique, cardiaque)

Cancer ou hémopathie avancé / évolutif - En cours de traitement - objectif du traitement (curatif/palliatif)

Autonomie –dépendance -fragilité:

Possibilité de s'aider d'échelles : ex Échelle de Fragilité Clinique CFS (1 à 9) : figure 1

Aide gestes de la vie courante

Trouble neurocognitif

► Cinétique d'aggravation de l'état antérieur et de l'état actuel

TRANSPARENCE :

Justifier et tracer les décisions dans le dossier médical

Informers les proches, leur notifier les décisions prises

GARANTIR LE CONFORT DU PATIENT

Évaluer le confort: douleur, anxiété, agitation, dyspnée, encombrement, asphyxie.

Délivrer une analgésie et une sédation proportionnée. Anticiper les besoins. La sédation profonde doit pouvoir être instaurée dès que possible si le patient en fin de vie est inconscient ou s'il présente une souffrance réfractaire aux traitements. Elle doit associer un hypnotique et un antalgique morphinique.

Garantir le droit à une sédation profonde et continue altérant la conscience et maintenue jusqu'au décès quand la situation le justifie.

Mobiliser les équipes de soins palliatifs.

S'ADAPTER EN PERMANENCE A LA SITUATION DU PATIENT

Évaluation régulière et répétée de la réponse aux thérapeutiques engagées

Le niveau de soin doit être réévalué régulièrement, confirmé ou modifié selon l'évolution de la situation :

L'efficacité de cette sédation profonde doit ensuite être évaluée de façon régulière et répondre aux objectifs préalablement définis par une décision collégiale

MAINTENIR LA COMMUNICATION AVEC LES PROCHES

Leur garantir une information régulière, claire, loyale et sincère.

Favoriser la communication vidéo et réfléchir à des exceptions aux absences de visites selon les situations, en respectant les mesures de protection.

Mobiliser des moyens pour leur garantir au mieux un accompagnement et un lien malgré la distanciation physique.

PROTEGER LES SOIGNANTS

Du risque de contamination en leur garantissant l'accès aux moyens de protection adaptés.

Du risque d'épuisement professionnel : un encadrement clair et centré sur l'action ; un contexte bienveillant ; une formation adaptée ; des temps de repos etc.

De l'incertitude dans la décision encore majorée par le manque de connaissance dans la littérature scientifique relative à cette pandémie.

Inciter le développement de cellules de soutien psychologique pendant, et après la crise.

A la situation sanitaire locale, régionale et nationale. A la situation singulière du patient

A l'évolution des connaissances, en particulier des facteurs pronostics. Aux retours d'expérience des soignants.

Mots clefs : Décision collégiale est réglementairement obligatoire

Bienveillance - Bienfaisance

Évaluation de la situation

Optimisation et Respect du confort du patient - Limitation des gestes invasifs et douloureux non nécessaires

Écoute et respect de la volonté du patient si il est en capacité de s'exprimer

Information et concertation avec le patient et /ou les proches -Recherche de l'existence de directives anticipées

Éviter l'obstination déraisonnable des soins (décision médicale)

Traçabilité obligatoire dans le dossier de soin pour l'information des médecins correspondants et la continuité de la prise en charge

Quelques références

- Covid-19. Contribution du Comité Consultatif National d'Éthique. *Enjeux éthiques face à une pandémie*. 13 mars 2020. *Questions éthiques soulevées dans le cadre de l'épidémie de Covid-19 concernant les personnes vulnérables du fait de l'âge, du handicap ou de l'absence de domicile fixe*. 23 mars 2020


- Observatoire Covid-19 Éthique et Société. *Espace Éthique Ile-de-France*. Département de recherche éthique, Université Paris Sud. Synthèse n°1 du 18 mars 2020.


- *Recommandations régionales - ARS Ile-de-France. Décision d'admission des patients en unité de réanimation et unités de soins critiques dans un contexte d'épidémie à COVID-19. 19 mars 2020.*
- *Recommandation professionnelle multidisciplinaire opérationnelle : Aspects éthiques et stratégiques de l'accès aux soins de réanimation et autres soins critiques en contexte de pandémie COVID-19. 24 mars 2020*
- *Limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale chez l'adulte dans le contexte de l'urgence. SRLF, SFMU, 2018, Reignier J et al*
- *Avis HAS (Haut Conseil de la santé publique) du 05 mars 2020 relatif à la prise en charge des cas confirmés d'infection au virus SARS-CoV2*
- *Comité éthique SFAR 26/03/2020 : A propos des décisions médicales d'admission des en unité de soins critiques en contexte pandémique : quelques repères éthiques // Aide à la décision d'orientation en contexte de pandémie COVID-19.*
- *Loi Léonetti n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie*
- *Loi Léonetti-Clayes n°2016-87 du 2 février 2016*


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.



Figure 2 : Sequential organ failure assessment score ou SOFA score

Calcul du score SOFA

Score SOFA	0 point	1 point	2 points	3 points	4 points
P_{aO_2}/F_{iO_2}	>400	301-400	201-300	101-200 et VA	≤ 100 et VA
Plaquettes $\times 10^3/mm^3$	>150	101-150	51-100	21-50	≤20
Bilirubine, mg/L (mmol/L)	<12 (<20)	12-19 (20-32)	20-59 (33-101)	60-119 (102-204)	>120 (>204)
Hypotension	PAM ≥70mmHG	PAM < 70mmHG	Dopa ≤ 5 ou dobu (toute dose)	Dopa > 5 ou adré ≤ 0,1 ou noradré ≤ 0,1	Dopa > 15 ou adré > 0,1 ou noradré > 0,1
Score de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	<6
Créatinine, mg/L (μmol/L) ou diurèse	<12 (<110)	12-19 (110-170)	20-34 (171-299)	35-49 (300-440) ou <500ml/j	>50 (>440) ou <200ml/j

VA : ventilation assistée. PAM : pression artérielle moyenne [estimée par $(PAS + 2 \times PAD) / 3$]. Amines : dose en g/kg/mn