



FICHE ANNEXE N° 2 : CONSIDÉRATIONS ETHIQUES EN LIEN AVEC LE REBOND EPIDEMIQUE

Références

- Azoulay E, Beloucif S, Vivien, Guidet B, Pateron D, Le Dorze M. Décision d'admission des patients en unités de réanimation et unités de soins critiques dans un contexte d'épidémie à Covid-19¹
- Priorisation des traitements de réanimation pour les patients en état critique en situation d'épidémie de Covid-19 avec capacités limitées. Société française d'anesthésie-réanimation, service de santé des armées²
- René Robert, Nancy Kentish-Barnes, Alexandre Boyer, Alexandra Laurent, Elie Azoulay, Jean Reignier. Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic. Ann Intensive Care 2020; 10;84³
- Covid-19 : contribution du comité consultatif national d'éthique du 13 mars 2020 : enjeux éthiques face à une pandémie, réponse à la saisine du ministre en charge de la santé et de la solidarité⁴

La crise sanitaire impose aux acteurs du système de soin des questionnements éthiques plus intenses et fréquents, en raison de l'afflux de patients, mais aussi de la réorganisation du système de soins. Les personnes vulnérables ou en situation de précarité sont particulièrement exposées dans le contexte de rebond épidémique. Les décisions prises pour un patient doivent retentir le moins possible sur les moyens disponibles pour le suivant mais peuvent évoluer en fonction de la mise en tension du système de soins.

Un débat national, impliquant les patients, leurs proches et leurs représentants doit être engagé pour poursuivre les réflexions engagées au printemps, à l'occasion de la première vague épidémique.

Pour aborder la 2^{ème} vague, en capitalisant sur ces réflexions, il convient de distinguer les problématiques éthiques d'organisation des soins de celles de décisions individuelles concernant les patients.

Organisation des soins

La mise en tension du système de soins pose très directement des questionnements d'équité d'accès aux soins en lien avec la mise en œuvre de moyens contraints. La prise en charge de patients (Covid comme non Covid) en cette période de rebond épidémique nécessite une augmentation des capacités d'accueil hospitalières publiques et privées tant dans les unités conventionnelles que les unités de soins critiques et/ou le transfert de patients entre établissements. Cette réorganisation, indispensable pour faire face à la pandémie, impose des réflexions éthiques spécifiques.

¹ <https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2020/03/ARS-ETHIQUE-COVID-final.pdf>

² <https://sfar.org/priorisation-des-traitements-de-reanimation-pour-les-patients-en-etat-critique-en-situation-depidemie-de-covid-19-avec-capacites-limitees/>

³ <https://doi.org/10.1186/s13613-020-00702-7>

⁴ https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/reponse_ccne_-_covid-19_def.pdf



Une approche collégiale de tous les acteurs, impliquant les représentants des usagers, à l'échelle de chaque établissement de santé et du territoire s'impose pour que les décisions soient partagées et cohérentes, concernant en particulier 2 aspects clés de l'organisation des soins.

La mise à disposition des moyens

La mise à disposition des personnels soignants et des locaux impose la réduction temporaire de certains segments de l'offre de soin jugés moins urgents (déprogrammation). Cette réduction temporaire doit procéder d'une méthode fondée sur une réflexion médicale et de décisions partagées par l'ensemble des acteurs, tenant compte de l'impact attendu sur les patients concernés. Elle nécessite l'identification préalable, au sein de chaque service de soins, des patients dont la prise en charge (qu'elle soit diagnostique ou thérapeutique) ne peut être reportée sans perte de chance.

La réorganisation conduit à la prise en charge de patients dans des structures et par des personnels n'en ayant pas toujours l'habitude quotidienne. Les décisions de réorganisation prises à l'échelon local ou territorial veilleront à garantir une égalité d'accès aux soins de qualité dans le respect des bonnes pratiques cliniques et des données scientifiques actualisées. En particulier la mutualisation du personnel et l'encadrement rapproché des équipes soignantes doivent permettre une répartition homogène des compétences.

Ce questionnement éthique touche également les professionnels de santé de ville. La réorganisation de l'offre de soins pour proposer des alternatives à l'hospitalisation, va de pair avec une extension du périmètre d'action et de compétence de ces acteurs locaux du soin, médicaux et non médicaux. Cette réorganisation appelle à un impératif d'ordre technique autant qu'éthique, celui de renforcer les dispositifs d'appui hospitaliers notamment de télé-expertise (hotlines, astreintes réservées aux professionnels, comme par exemple l'astreinte territoriale de gériatrie ou celle d'infectiologie), afin de sécuriser leur accessibilité et de permettre une réponse efficace qui va de l'avis expert à l'orientation du patient sur le parcours de soins le plus adapté.

Les conditions d'accueil des proches des patients hospitalisés

La pandémie induit des difficultés spécifiques d'accueil de visiteurs au sein des établissements de santé pour des raisons multiples. Celles-ci peuvent en particulier correspondre au risque infectieux pour les visiteurs, au risque infectieux pour les soignants au contact de visiteurs potentiellement suspects de Covid, à la consommation d'équipement de protection individuel par les visiteurs.

En situation de confinement de l'ensemble de la population se pose la question du caractère essentiel de la visite à un proche hospitalisé par rapport à d'autres activités dérogatoires au confinement. Les établissements doivent veiller à maintenir, voire renforcer en l'absence de visites, le lien téléphonique et/ou numérique avec les proches et, le cas échéant, avec la personne de confiance identifiée par le patient. Pour les patients dont le pronostic vital est engagé à court terme, une décision partagée à l'échelle de l'établissement de soins sur la réponse à apporter à ces contraintes est nécessaire, incluant une réflexion spécifique favorisant les visites des proches dans ce contexte particulier.

Ainsi, la visite des proches, encadrée par le personnel soignant, est une possibilité à envisager pour les patients les plus critiques.



Les cellules de soutien éthique

Pour mener de façon partagée ces réflexions au sein de chaque établissement de santé et prendre les décisions les plus adaptées à la situation locale à un temps donné, il convient de recourir aux cellules de soutien éthique mises en place au printemps au niveau des établissements. Une implication des représentants des usagers, de la direction, du personnel médical et non médical dans ces cellules est indispensable. La cellule veille à ce que les politiques de déprogrammation puissent être complémentaires entre les établissements tant publics que privés d'un même territoire. Au-delà du fonctionnement quotidien, elle s'appuie pour ses réflexions plus globales sur les espaces régionaux de réflexion éthique et la commission des usagers de l'établissement de santé. Enfin, elle mène une évaluation en temps réel de ses actions et met en place des actions de formation.

Décisions éthiques individuelles

L'objectif principal de délivrer le juste soin impose que les moyens disponibles soient parfaitement adaptés aux besoins de chaque patient. Ceci sous-entend que ces moyens ne font pas défaut pour le patient concerné, mais également qu'ils ne sont pas utilisés en excès, afin de ne pas priver un patient futur de soins adaptés. Ainsi, lorsque le système entre en tension excessive, la réflexion éthique doit-elle avoir lieu lors de la prise en charge de chaque patient, intégrant à la fois l'impact de la décision sur le patient comme sur la disponibilité des ressources pour les patients suivants. Cependant, la priorisation ne peut avoir comme justification principale une éthique utilitariste. Il convient de prendre en charge les patients selon le principe du bon patient au bon endroit au bon moment, tout en intégrant les incertitudes sur la dynamique quantitative globale de l'épidémie dans chaque territoire. Des algorithmes simplistes ou des critères binaires ne peuvent pas être employés à cette fin.

En l'absence de tension capacitaire sur le système de soins, les soignants hospitaliers et extrahospitaliers mettent en œuvre quotidiennement le juste soin correspondant aux bonnes pratiques cliniques et aux standards les plus récents des connaissances scientifiques (bienfaisance) tout en protégeant le patient de l'obstination déraisonnable et de ses conséquences (non-malfaisance). Cette pratique du juste soin doit être poursuivie durant la crise sanitaire en utilisant les espaces pluriprofessionnels habituels et toutes les compétences disponibles, en lien étroit avec les patients et leurs proches.

L'augmentation quantitative des situations de questionnement éthiques quant au risque d'obstination déraisonnable ou de perte de chance est susceptible de mettre les professionnels en difficulté, en particulier ceux moins habitués aux situations imposant une réflexion éthique, ou exerçant dans des conditions rendant la collégialité difficile.

Il convient d'organiser le soutien de ces professionnels en mettant à leur disposition un recours à des psychologues et des réunions interservices (à l'échelle de l'établissement de soins ou du GHT) de concertations pluriprofessionnelles d'éthique permettant un partage des décisions, notamment sous forme de débriefing a posteriori pour des décisions prises dans l'urgence.

A l'échelle de la décision individuelle les réflexions, dont le caractère systématiquement collégial est rappelé, se fondent de façon superposable à la situation hors pandémie sur le principe d'autonomie du patient dans le respect de ses volontés et directives anticipées éventuelles et l'évaluation globale de sa santé incluant la notion de fragilité et de qualité de vie passée, présente et à venir. Sans qu'aucun



de ces critères pris isolément puisse à lui seul fonder une décision. Il convient de tout mettre en œuvre pour éviter en période de tension une démarche utilitariste fondée sur des arbres décisionnels simplistes ou des stratégies du type « premier arrivé, premier soigné ».

La pression quantitative sur le système de soins impose en cas de saturation une prise en compte renforcée des problématiques d'équité d'accès aux soins avec une préoccupation particulière pour les personnes vulnérables. Cette réflexion doit porter sans distinctions sur les patients Covid et non-Covid, faire l'objet d'une formation des soignants n'en ayant pas l'habitude et être transparente vis-à-vis des patients et de leurs familles.

Echelle d'évaluation clinique de la fragilité



1 Très en forme - 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.



2 Bien - Personnes qui ne présentent **aucun symptôme de maladie active** mais sont moins en forme que la catégorie 1. Font souvent, des exercices ou sont très **actives par période**. (par exemple des variations saisonnières).



3 Assez bien - Personnes dont les **problèmes médicaux sont bien contrôlés**, mais ne sont **pas régulièrement actives** au-delà de la marche quotidienne.



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.



7 Sévèrement fragile - **Totalement dépendantes pour les soins personnels**, 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).



8 Très sévèrement fragile - Totalement dépendantes, la fin de vie approche. Typiquement, elles ne pourraient pas récupérer même d'une maladie mineure/ maladie légère.



9 En phase terminale - Approchant la fin de vie. Cette catégorie concerne les personnes ayant une **espérance de vie < 6 mois**, qui **sinon ne sont pas fragiles de façon évidente**.

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.

Ce type d'échelle d'évaluation de la fragilité des patients ne constitue qu'un outil à intégrer dans une réflexion globale intégrant les volontés du patients, son autonomie passée, présente et à venir au sein de la réflexion collégiale globale.