

SIAARTI – Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva

Recommandations d'éthique clinique relatives à l'admission (et à la sortie) des patients en soins intensifs, en contexte exceptionnel de déséquilibre entre les nécessités de prises en charge et les ressources sanitaires disponibles

VO : <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid19%20-%20Raccomandazioni%20di%20etica%20clinica.pdf>

(*Raccomandazioni di etica clinica per l'ammisone a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili*, traduit en français par M. Maglio, révision par S. Morinet)

Version 1 – 06 mars 2020

Groupe de travail : Marco Vergano, Guido Bertolini, Alberto Giannini, Giuseppe Gristina, Sergio Livigni, Giovanni Mistraletti, Flavia Petrini

Les prévisions concernant l'épidémie de Coronavirus (Covid-19) actuellement en cours dans certaines régions italiennes estiment, pour les semaines à venir, une augmentation importante de cas de détresse respiratoire aiguë (nécessitant une hospitalisation en soins intensifs), ce qui est susceptible de produire un profond déséquilibre entre les nécessités de prises en charge de la population et la disponibilité effective des ressources en soins intensifs.

Dans ce contexte envisagé, les critères d'admission en soins intensifs (et de sortie) ne se reposeraient plus uniquement sur l'indication médicale [*appropriatezza clinica*] et la proportionnalité des soins. D'autres critères, s'inspirant à des notions partagées de justice distributive et d'allocation appropriée de ressources sanitaires limitées, pourraient s'avérer nécessaires.

On peut rapprocher ces problématiques de celles retrouvées dans le domaine de la « médecine des catastrophes » dans lequel la réflexion éthique y a élaboré plusieurs lignes directrices pour les médecins et les infirmiers se trouvant confrontés à des choix complexes.

En tant qu'extension du principe de proportionnalité des soins, l'allocation des ressources sanitaires en contexte de pénurie [*shortage*] doit viser à garantir les soins intensifs aux patients qui ont le plus de probabilité de succès thérapeutique. Il s'agit donc de privilégier ceux dont « l'espérance de vie est la plus grande ».

Le besoin accru de la population en soins intensifs doit donc être intégré par d'autres éléments de « pertinence clinique » aux soins intensifs incluant : le type et la gravité de la maladie, la présence de comorbidités, la présence de dysfonctions d'organes associées potentiellement réversibles.

Cela implique de ne pas nécessairement suivre comme critère d'admission en soins intensifs celui du « premier arrivé, premier servi » [*first come, first served* »].

Il est compréhensible que les soignants, aussi bien par leur culture que par leur formation, n'aient pas l'habitude de réfléchir à partir de critères de triage propres au contexte de crise sanitaire. La caractéristique de la situation actuelle est, en effet, l'exceptionnalité.

En règle générale, la disponibilité des ressources ne rentre pas en compte dans le processus décisionnel du cas individuel, jusqu'à quand les ressources disponibles ne garantissent plus un traitement adapté à tous les patients qui pourraient, hypothétiquement, en bénéficier.

Appliquer des critères de rationnement des soins se trouve justifiable seulement une fois que les structures impliquées dans la gestion de la crise sanitaire (en particulier les « Unités de crises » ou les directions des établissements de santé) ont mis tout en œuvre afin d'augmenter la disponibilité des ressources (dans ce cas, les lits de soins intensifs).

Il est important qu'une modification des critères d'admission en soins intensifs puisse être partagée le plus possible entre les professionnels de santé concernés.

Il faut informer les patients relevant de ces critères et leurs proches et insister sur le caractère exceptionnel des mesures en acte pour des raisons de transparence et pour garder la confiance dans le service sanitaire publique.

L'objectif des recommandations est aussi de :

- a.) Soulager les médecins au cours des décisions, d'une partie de leur responsabilité. Ces choix pouvant en effet, être émotionnellement lourds face à l'individualité des patients.
- b.) Expliciter les critères d'allocation des ressources sanitaires dans un contexte exceptionnel de pénurie.

Selon les informations actuellement disponibles, une large part d'individus diagnostiqués positifs au Covid-19 nécessitent un support ventilatoire en raison d'une pneumonie interstitielle caractérisée par une hypoxémie sévère. La pneumopathie interstitielle est potentiellement réversible mais la phase aiguë peut durer plusieurs jours.

À la différence des Syndromes de Détresse Respiratoire Aiguë (SDRA) plus connus à hypoxémie égale, les pneumonies causées par le Covid-19 semblent moins altérer la capacité de *compliance* pulmonaire et en cas de ventilation mécanique, on obtient un meilleur recrutement alvéolaire avec une pression expiratoire positive moyenne haute, la mise en décubitus ventral par cycle et l'utilisation du monoxyde d'azote inhalé (NOi). Une pression de plateau basse est requise comme usuellement dans ces cas de SDRA.

Recommandations

1. Les critères exceptionnels d'admission et de sortie sont flexibles et peuvent être adaptés localement en fonction de la disponibilité des ressources, de la possibilité de transférer les patients et du nombre d'admissions effectives ou prévues. Ils concernent tous les patients en unités de soins intensifs et non exclusivement les patients positifs au Covid-19.
2. L'allocation des ressources est un choix complexe et délicat. Une augmentation excessive et exceptionnelle de lits dans les unités de soins intensifs ne peut être garant d'une prise en charge individuelle appropriée, le risque étant que les moyens médicaux, l'attention et l'énergie soignantes soient insuffisants au vue du nombre de patients hospitalisés. Il faut aussi prendre en compte l'augmentation prévisible de la mortalité non liée directement au Covid-19 en raison de la réduction des activités chirurgicale et ambulatoire et de la pénurie de ressources en soins intensifs.
3. Il peut devenir nécessaire de poser des limites d'âge pour l'admission en Unités de Soins Intensifs (USI). Il ne s'agit pas de faire de choix de valeurs, mais de réserver des ressources qui pourraient devenir rares aux patients qui ont une haute probabilité de survie et d'espérance de vie. La finalité est de maximiser les bénéfices pour le plus grand nombre de personnes.

Dans un contexte de saturation des ressources en soins intensifs, garder un critère tel que « premier arrivé, premier servi » équivaut à ne plus prendre en charge les patients qui arriveront après et qui resteront, ainsi, exclus des USI.

4. En plus de l'âge démographique, la présence de comorbidités et le statut fonctionnel du patient doivent être attentivement évalués. On peut faire l'hypothèse qu'une prise en charge relativement courte chez des individus sains soit potentiellement beaucoup plus longue, et donc plus « *resources consuming* » pour le service sanitaire, chez les individus âgés, fragiles ou avec des comorbidités sévères.
À ce propos, les critères cliniques spécifiques et généraux décrits dans le document de la SIAARTI de 2013 concernant les insuffisances d'organe *en phase terminale [end stage]* peuvent se révéler utiles (<https://bit.ly/2Ifkphd>). Il est opportun, en outre, de se référer au document de la SIAARTI relatif aux critères d'admission en USI. (Minerva Anestesiol 2003;69(3):101–118)
5. Une attention particulière doit être prêtée à la présence de volontés exprimées par les patients au moyen des DAT [*Disposizioni anticipate di trattamento*]¹ et, pour ceux atteints d'une maladie chronique, à ce qui a été discuté (avec les soignants), au moyen de la planification partagée des soins [*pianificazione condivisa delle cure*]².
6. Pour les patients dont la prise en charge en soins intensifs ne semble pas adaptée, la décision de limitation des soins [« *ceiling of care* »]³ doit être justifiée, communiquée et documentée. L'arrêt de la ventilation mécanique ne doit pas empêcher la bonne conduite des soins moins invasifs.
7. Le jugement du caractère non adaptée d'une admission en soins intensifs, fondé exclusivement sur des critères de justice distributive (déséquilibre extrême entre la demande et la disponibilité), trouve sa justification dans le caractère exceptionnel de la situation.
8. Dans le processus décisionnel, il peut être utile, en cas de situations complexes et incertaines, d'obtenir un « deuxième avis » (y compris par téléphonique) par des interlocuteurs expérimentés (par exemple, par le Centre régional de coordination).
9. Les critères d'admission en soins intensifs devraient être discutés et définis au préalable pour chaque patient afin de permettre, dans l'idéal, de créer une liste de patients pouvant y être admis si dégradation clinique en concordance avec la disponibilité de l'USI.
L'instruction éventuelle « ne pas intuber » devrait être facilement accessible dans le dossier médical afin qu'elle puisse être suivie, en cas d'aggravation clinique rapide, par les soignants qui n'ont pas participé à la planification anticipées des soins et qui ne connaissent pas le patient.
10. La sédation palliative, de patients en état d'hypoxie avec progression de la maladie, est nécessaire. Elle est l'expression d'une bonne pratique clinique et doit suivre les

1 Équivalent italien des directives anticipées [n.d.t]

2 En France, planification anticipée des soins [n.d.t]

3 En français, « limitation des traitements » [n.d.t]

recommandations existantes. Lorsque l'on prévoit une période agonique longue, le patient devrait être transféré dans un service hors soins critiques.

11. Toutes les admissions en soins intensifs doivent être considérées non définitives avec évaluation quotidienne du caractère adapté de la prise en charge en USI, des objectifs et de la proportionnalité des soins. Lorsqu'un patient est hospitalisé avec des critères « *borderlines* » et qu'il ne répond pas au traitement initial ou qui s'aggrave, une décision d'arrêt des traitements invasifs [*desistenza terapeutica*] et de réorientation vers des soins palliatifs, ne doit pas être retardée — dans un contexte d'afflux exceptionnellement important de patients.
12. La décision de limiter les soins intensifs doit être discutée, le plus possible, collégalement et – si cela est faisable – avec le patient (et la famille). Cette décision doit être prise rapidement. La récurrence de la nécessité de faire ce choix rendra, très probablement, le processus décisionnel plus solide et mieux adaptable à la disponibilité des ressources en de chaque USI.
13. En condition de besoins exceptionnels, le support ECMO — en tant que *ressource limitée [resources consuming]* — devrait être réservé pour des patients qui ont été attentivement sélectionnés et dont la prévision de récupération est relativement courte. Le support ECMO devrait être réservé, dans l'idéal, à un nombre limité de centres spécialisés [*centri HUB ad elevato volume*] dans lesquels il mobilise moins de ressources que dans un centre moins expérimenté.
14. Il importe de « tisser un réseau » solide d'informations entre les services et les professionnels. Au sortir de la crise sanitaire, lorsque les conditions de travail le permettront, il sera important de consacrer du temps et des moyens aux débriefings et au suivi d'un éventuel *burn-out* ou *moral distress* des professionnels de santé mobilisés.
15. Les retombées sur les familles des patients hospitalisés en USI Covid-19 doivent être prises en considération, en particulier lorsque le patient décède à la suite d'une période d'interdiction des visites.