

Comité d’Ethique Hospitalier des Hôpitaux Robert Schuman

Enjeux éthiques face à la pandémie du COVID-19

Réunion du 17 mars 2020

Version corrigée du 20 mars 2020

Le comité s’est réuni à la demande de la Direction, du Conseil médical ainsi que de certains professionnels travaillant sur le terrain.

A côté de 8 membres ordinaires du Comité d’Ethique, dont le Docteur Serge DE NADAI en tant que médecin gériatre et le Docteur SABRI-SCHMIDT Marion en tant que médecin anesthésiste-réanimateur ont participé à la réunion comme experts invités internes : le Docteur Jérôme GIWER ainsi que le Docteur Philippe WELTER, anesthésistes-réanimateurs et le Docteur Marc SCHLESSER, pneumologue.

Préambule

Une pandémie ne prend pas son temps. Il importe de réagir vite et d’improviser tout en essayant de faire des réflexions et des recommandations aussi fondées que possible. Toute fois, vue la rapidité de l’expansion du virus, le manque de connaissances validées fiables qui en plus changent et se multiplient chaque jour, aussi bien la politique que les médecins et les scientifiques travaillent dans un contexte général d’incertitudes. Ceci étant établi, c’est malheureusement sous navigation à vue qu’il faut décider sachant qu’une anticipation et une planification à l’avance sont souhaitables et nécessaires dans la mesure du possible.

La dignité humaine ne peut en aucun cas être mise en cause quelle que soit la gravité de la situation. La dignité humaine ne dépend pas d’une quelconque utilité de l’homme qu’elle soit d’ordre économique, politique, ethnique, religieux ou autre.

L’enjeu éthique majeur pour le moment est d’engager la société dans une démarche de responsabilité, de solidarité et de discipline. La pandémie du COVID-19 ne peut être surmontée ni par la politique, ni par les forces de l’ordre, ni par les services médicaux seuls. Elle peut uniquement être surmontée grâce à l’engagement solidaire et responsable de chacun d’entre nous, de tous les citoyens. Ainsi nous avons une chance de protéger les plus exposés et les plus fragiles d’entre nous, notamment les personnes âgées, les malades atteints de maladies chroniques ou graves, les plus démunis...

Cet engagement collectif et solidaire peut être une chance pour atteindre un niveau de réflexion et de comportement éthique supérieurs où non seulement l’intérêt personnel, mais aussi l’intérêt de l’autre et de la société déterminent nos actions.

Recommandations

En conclusion des débats et réflexions menés au sein du Comité d’éthique réuni en ce jour ensemble avec les experts invités, on peut formuler avec prudence et en toute humilité les recommandations suivantes :

- Dans le respect de la dignité humaine chaque patient a le droit des soins de santé de qualité à la mesure de ses besoins. Tout humain en détresse a le droit à un traitement identique.
- Chaque médecin a une obligation déontologique de traitement et de soins, même en cas de danger public. Néanmoins nul ne peut attendre que le médecin ou le soignant mette en danger ni sa propre santé (ou sa vie) ni celle de ses proches en essayant de satisfaire à ses tâches et obligations. L'obligation de traitement du médecin entraîne sans faute des devoirs contraignants pour la société et les institutions de soins qui doivent mettre à sa disposition tous les moyens nécessaires (vêtements de protection...) pour qu'il puisse agir dans la plus grande sécurité pour protéger sa propre santé et celle de ses proches.
- La réanimation cardiopulmonaire (basic and advanced life support) en **milieu extra-hospitalier** d'un patient atteint **et malade** du COVID-19 est déconseillée à cause du risque disproportionné de contamination de ceux qui apportent les secours par rapport aux chances et bénéfices à attendre (low benefit).
- Les patients atteints du COVID -19 ne nécessitant pas de traitement hospitalier devraient dans la mesure du possible être maintenus à domicile et à l'écart des hôpitaux. Les critères pour l'hospitalisation de ces malades doivent être définis à l'avance de façon claire et stricte. Toute admission en service de soins intensifs doit faire l'objet de critères précis afin de limiter la saturation des unités et le gâchis de ressources précieuses. Chaque patient COVID-positif soigné en réanimation sera rapidement et systématiquement intubé afin de protéger le personnel soignant et minimiser les risques de contamination. Avec cette seule exception, les critères pour être admis aux soins intensifs globalement ne changent pas par rapport aux patients COVID-négatifs atteints d'une pathologie lourde. Il a toutefois été retenu qu'un patient ayant des besoins en oxygène inférieurs à 6 litres/minute n'est pas éligible aux services de soins intensifs.
- L'accès aux places disponibles est à priori réglé par le principe « first come, first served » et le « random criterion ». Cependant en cas de pénurie de matériel, de respirateurs ou de personnel soignant, il peut s'avérer nécessaire de faire un choix et de procéder à un tri pour définir quel patient a le droit aux soins intensifs avec respirateur ou non. Il est inacceptable de retenir une limite d'âge chronologique. C'est plutôt l'âge biologique défini par la fragilité (Clinical Frailty Score CFS) et les comorbidités chroniques sévères qui est à considérer. Parmi ces comorbidités, retenons l'atteinte par une maladie cancéreuse avec pronostic engagé, l'atteinte par une démence avérée, l'atteinte par une BPCO de stade 4, une insuffisance rénale en dialyse, une insuffisance cardiaque avancée... De même les patients ayant signé à l'avance une directive anticipée et renonçant aux soins intensifs devraient le cas échéant être écartés.
- Pour les personnes âgées, en vue d'éviter des mesures disproportionnées, il est recommandé que le médecin de famille ou le gériatre traitant établissent à l'avance un plan thérapeutique qui définit de façon claire l'ensemble des soins à fournir en cas de dégradation majeure de l'état de santé en fonction des attentes du patient (principe de l'autodétermination). Non seulement mais surtout en cas de démence la famille ou les proches sont à impliquer dans cette démarche. Il est préférable qu'un tel plan thérapeutique soit établi avant que la personne âgée ne tombe malade du COVID-19.

Du point de vue éthique et émotionnel on ne peut pas attendre de la part de la famille de prendre une décision en cas de dégradation aiguë. Dans cette tranche d'âge le recours à une Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) est à écarter. Garder les patients âgés atteints d'une démence avérée au sein de la Maison de soins à l'écart du milieu hospitalier (out of hospital setting) en les faisant bénéficier des meilleurs soins symptomatiques (palliative care) est à considérer comme un acte humanitaire et raisonnable.

- Dans un but de gérer au mieux la prise en charge et la poursuite du plan thérapeutique, une bonne communication et un contact régulier avec la famille ou les proches sont vivement recommandés.
- Afin de diminuer la charge psychologique des équipes, il est recommandé de prendre toute décision difficile et lourde (comme par exemple le refus d'un patient aux soins intensifs, l'arrêt de réanimation et l'extubation d'un patient ayant de mauvaises chances de s'en sortir pour laisser la place à quelqu'un qui a de meilleures chances...) en petit comité ou groupe décisionnel. L'implication de 1 ou 2 collègues de la même ou d'une autre spécialité (médecin traitant, gériatre de la maison de soins...) ainsi que de représentants paramédicaux est à privilégier. En cas de besoin le comité d'éthique est à disposition et peut être sollicité sous forme d'une « cellule éthique de soutien » de façon permanente sur simple appel d'un de ses membres.
- Les décisions éventuelles de refus d'admission aux soins intensifs ou de désescalade thérapeutique sont à argumenter et formuler par écrit par l'équipe soignante pour garantir la transparence et l'évaluation à posteriori après la pandémie. Elles sont soutenues par l'institution (HRS) qui veillera à ce qu'elles puissent être prises indépendamment de toute pression interne ou externe quelle qu'elle soit.
- Il est recommandé aussi de prendre soin des équipes soignantes et de veiller au bon équilibre de celles-ci. Les Directions de l'Institution devraient mettre à disposition les ressources exceptionnelles (accompagnement psychologique, catering, commodités diverses...) pour les aider au maximum afin de pouvoir réduire l'anxiété et angoisses concernant les répercussions du travail à risque par rapport à leurs familles (parents, enfants, conjoints...) et autres.
- Dans la mesure du possible, la concertation et l'échange d'expériences et de connaissances avec les autres centres nationaux et éventuellement internationaux sont à recommander.
- Au niveau institutionnel et national un système de monitoring permanent des places de réanimation (occupées / libres) ainsi que des ressources devrait être organisé. Ceci permettrait à un malade nécessitant des soins intensifs d'avoir accès à une place libre même si l'institution à laquelle il a été adressé en premier affiche complet. Il serait judicieux de disposer d'un pool de médecins et paramédicaux retraités et de prévoir la mobilisation de ceux-ci en cas de dégradation catastrophique de la situation de crise.
- En cette période de crise pendant laquelle les ressources matérielles, personnelles et logistiques sont monopolisées pour les patients COVID-positifs, il faut cependant ne pas négliger la prise en charge des patients COVID-négatifs atteints d'une maladie grave. Ceux-ci n'en devraient pas supporter de répercussions négatives les mettant en péril.

- Si malheureusement l'arrêt de réanimation d'un patient avec un très mauvais pronostic s'avère incontournable, celui-ci doit être pris en charge selon les principes de médecine palliative (sédation...) pour réduire au maximum sa souffrance en fin de vie. Pour ce faire un transfert dans un service adapté non intensif devrait être assuré. Après le décès, une prise en charge respectueuse du cadavre en toute dignité ainsi qu'un accompagnement approprié de la famille du défunt est à prévoir.
- Une fois la pandémie surmontée il est important de prendre en charge la souffrance et les traumatismes des équipes sur le terrain (choc post-traumatique...) par un débriefing éthique ou autre.
- A la sortie de la présente crise un débriefing aussi bien au niveau politique, médical, économique et des forces de l'ordre est à prévoir afin d'en tirer les leçons et conséquences nécessaires pour être mieux préparé à d'éventuelles crises majeures dans le futur.

Le CEH des Hôpitaux Robert Schuman
Luxembourg

N.B. : pour saisir la « Cellule éthique de soutien »
cf. au flyer du CEH des HRS

Références :

- Avis du « Comité Consultatif National d'Ethique » de France du 13. mars 2020
- Avis du « Conseil National de l'Ordre des Médecins » de Belgique (125 du 24.01.2009 ; 147 du 15.11.2014 ; 167 du 18.03.2020)
- Avis de la « Belgian Society of Intensive Care Medicine » sur la pandémie 2020 du COVID-19
- Recommandations italiennes d'éthique clinique concernant la crise du COVID-19 du 06.03.2020 (version 1)