

Principes éthiques et directives concernant les décisions éthiques en médecine préhospitalière et d'urgence en Belgique pendant la pandémie COVID-19. Une déclaration conjointe de la Belgian Society of Emergency and Disaster Medicine (BeSEDiM) et du Belgian Resuscitation Council (BRC) (22 mars 2020).

Patrick Van de Voorde, Koenraad Monsieurs, Walter Renier, Alexandre Ghuysen, Sabine Lemoyne, Pieter Jan Van Asbroeck, Marc Vranckx, Cathelijne Lyphout, Jacques Delchef, Dominique Biarent, Leo Bossaert, Ignaas Devisch

La Belgian Society of Intensive Care Medicine (société belge de médecine intensive) a proposé des principes éthiques concernant les soins proportionnés pendant la pandémie de COVID-19 2020 et conseille aux différents hôpitaux de rédiger leur propres directives. La société belge de médecine d'urgence et de catastrophe (BESEDIM) et le conseil belge de réanimation (BRC) reconnaissent l'importance des conseils éthiques pour aider les cliniciens. Avec la propagation de l'épidémie de COVID-19, les intervenants de soins de santé, travaillant dans un service d'urgence ou en préhospitalier, devront souvent prendre des décisions éthiques qui seront souvent difficile, en particulier pendant une réanimation.

Principes éthiques de soutien pour guider la prise de décision clinique

1. Les principes généraux d'éthique dans les situations d'urgence et de réanimation restent également valables pendant la pandémie de COVID-19 (directives du conseil européen de réanimation 2015) : la réanimation cardiopulmonaire (RCP) doit être considérée comme un traitement "conditionnel" et les systèmes de santé doivent mettre en œuvre des critères de décision concernant la réanimation.
 - La réanimation ne doit pas être commencée ou poursuivie dans les cas où la sécurité du prestataire ne peut pas être suffisamment assurée, en cas de lésion mortelle évidente ou de mort irréversible ou dès qu'une directive valide et pertinente devient disponible.
 - Le «meilleur intérêt» du patient doit toujours être envisagé. L'arrêt de la réanimation pourrait également être envisagé lorsqu'il existe des preuves solides que la poursuite de la RCP serait contraire aux valeurs et aux préférences du patient ou est considérée comme "futile" ou en cas d'asystolie malgré 20 minutes de réanimation en continu et en l'absence de cause réversible.
 - Des directives avancées de soins doivent être proposées en temps voulu à tous les patients présentant un risque accru d'arrêt cardiaque ou une chance de survie diminuée suite à la survenue d'un arrêt cardiaque.

2. Sur la base des principes de justice, d'impartialité et d'équité, chaque patient devrait avoir accès aux soins standards habituels. Cependant, les considérations éthiques concernant la RCP et les décisions de fin de vie incluent l'obtention des meilleurs résultats et le rapport risque/bénéfice global d'une dispensation appropriée des ressources disponibles pour chaque patient individuellement, mais aussi pour la société dans son ensemble. Cela pourrait signifier également "la meilleure répartition possible de l'aide médicale à un maximum de personnes" (justice distributive).
3. La prise de décisions éthiques en cas de catastrophe nécessite une approche spécifique, compte tenu du déséquilibre inhérent entre la disponibilité des ressources et les besoins en ressources. Dans une telle situation, les prestataires de soins de santé devront prendre des décisions (éclairées) pour décider quelles ressources seront utilisées pour quels patients. En règle générale, ces décisions sont basées sur des paramètres contextuels (sécurité, accessibilité, besoins en ressources), ainsi que sur la survie probable pour chaque patient.

Décisions éthiques dans les urgences préhospitalières et hospitalières lors de la pandémie de COVID-19 en Belgique.

1. Les médecins généralistes devraient discuter (et documenter) la planification préalable des soins avec tous les patients (et leurs proches) qui présentent un risque accru d'arrêt cardiaque ou une chance de survie diminuée lors de la survenue d'un arrêt cardiaque, ainsi qu'avec les patients pour lesquels des technologies de réanimation avancées, une ventilation mécanique ou l'admission aux soins intensifs seraient considérées comme «disproportionnées».
2. Étant donné la probabilité de problèmes majeurs de capacité hospitalière et des soins intensifs dus au COVID-19 dans les semaines à venir, et quel que soit le cadre éthique standard pour la médecine d'urgence, les prestataires de soins de santé devraient soigneusement réfléchir à qui administrer quel niveau de traitement. Ils devraient éviter de prodiguer des soins disproportionnés aux patients présentant une faible probabilité de "bon résultat fonctionnel" si cette décision conduisait à l'incapacité de pouvoir traiter des patients avec de bonnes chances de survie à priori. Les intervenants des soins d'urgence doivent être conscients que bientôt le nombre de lits des soins intensifs deviendra probablement le problème majeur pour le système de santé.
 - Pour évaluer la probabilité de bons résultats fonctionnels, en particulier pour les personnes âgées, nous recommandons l'utilisation de l'échelle de fragilité clinique (Clinical Frailty Scale - annexe 1), plutôt que l'âge en tant que tel.

- Chez les patients présentant une fragilité légère, des soins intensifs et une réanimation sont généralement conseillés. Chez les patients (âgés) à fragilité modérée (échelle 6 : ayant besoin d'aide pour toutes les activités extérieures... et par exemple pour se baigner, monter des escaliers), l'admission à l'hôpital peut toujours être utile, mais les soins intensifs ne le sont probablement pas.
 - Chez les patients présentant une fragilité sévère ou très sévère (échelle 7 : complètement dépendante pour les soins personnels; échelle 8 : approche de fin de vie) nous remettons fortement en question la valeur ajoutée de l'admission à l'hôpital et préférons la considérer comme un dommage (dysthanasie) limitant potentiellement la possibilité d'assurer des soins de confort appropriés dans l'environnement familial du patient.
 - De plus, bien qu'aucun facteur unique (autre que ceux décrits ci-dessus) ne prédise sans équivoque la survie, les prestataires devraient essayer d'identifier les situations où le risque de préjudice l'emporterait probablement sur le risque de bénéfice, par exemple en cas d'absence de retour de la circulation spontanée lors de la réanimation, de comorbidité chronique sévère, de très faible qualité de vie ...). Cela est particulièrement applicable à un arrêt cardiaque sans témoin, avec un rythme initial non choquable.
3. Les critères décrits ci-dessus sont aussi bien valides pour les patients atteints de COVID-19 que pour tout autre patient, et ceci aussi bien pour les enfants que pour les adultes. En ce qui concerne la prise de décision lors de catastrophes et de pandémies, les règles suivantes s'appliquent :
- Toute décision de suspendre ou d'interrompre le traitement devrait idéalement être prise par une équipe comprenant au moins un médecin senior expérimenté. Dans la mesure du possible, deux ou trois médecins seniors de formations différentes (soins intensifs, médecine d'urgence, spécialiste des organes, gériatre ou pédiatre) devraient être impliqués dans le processus décisionnel final. Idéalement, au moins l'un d'entre eux ne devrait pas avoir de relation thérapeutique directe avec le patient.
 - Il n'y a pas de différence éthique entre suspension (p.ex. pas d'intubation) et arrêt des soins (p.ex. l'extubation). Les procédures actives de fin de vie (différentes de la limitation du traitement ou des soins de confort de fin de vie appropriés) ne sont pas éthiquement autorisées, même en cas de catastrophe ou de pandémie. Toute décision concernant la limitation du traitement à tout moment de la trajectoire de soins doit être communiquée (de façon respectueuse et empathique mais totalement transparente et directive) au patient et/ou à ses proches.

4. Spécifiquement en ce qui concerne les patients COVID-19 :

- Chez les patients présentant un arrêt cardiaque extrahospitalier (OHCA) non choquable à la suite d'une hypoxie due à une infection COVID-19 sévère prouvée, le risque de préjudice l'emporte probablement sur le bénéfice attendu de la réanimation, et cela devrait être considéré comme une raison pour interrompre la réanimation. Les systèmes devraient envisager de rédiger des ordres permanents pour permettre cela.
- Chez tous les autres patients en arrêt cardiaque avec une affection COVID-19 possible ou prouvée (ce qui signifie donc un grand nombre de personnes atteintes d'OHCA étant donné que la prévalence du COVID-19 dans la population augmente), la RCP doit être commencée, en tenant compte des critères d'éthique générale décrite ci-dessus. Les prestataires doivent d'abord s'assurer d'avoir une protection personnelle adéquate en place avant de commencer la RCP. Bien que nous respectons la décision individuelle des secouristes témoins, formés à délivrer la respiration artificielle par exemple aux membres de leur famille, le conseil standard pour les témoins est d'effectuer une RCP avec uniquement des compressions thoraciques. Les intervenants professionnels ne devraient assurer la ventilation pendant la RCP que via un système masque-ballon, un système supraglottique ou un tube endotrachéal.

5. Tous les patients devraient recevoir des soins appropriés aussi longtemps que raisonnablement possible. Dans la situation particulière où les équipes sont confrontées à un manque de ressources (de soins intensifs) en raison du nombre croissant de SRAS-COV-2 (mais seulement à ce moment-là et non à titre préventif), une priorisation plus approfondie deviendra inévitable. La prise de décision éthique dans ces situations est complexe mais doit être basée sur les mêmes principes que ceux décrits ci-dessus. Finalement, les priorités devraient être décidées en fonction des survies attendues et des besoins en ressources pour chaque patient individuellement, tant pour les patients COVID-19 positif que négatif. Les preuves limitées de la littérature devraient être prises en compte, plutôt qu'uniquement l'opinion d'experts. L'indice de comorbidité de Charlson pourrait être informatif (Charlson Comorbidity Index - annexe 2). Lorsque les cas sont vraiment comparables, le principe du «premier arrivé, premier servi» reste juste. Il n'y a aucun motif éthique de favoriser spécialement des groupes spécifiques en raison, par exemple, de la profession, du grade ou du statut Les caractéristiques personnelles de chaque personne telles que le style de vie ou les mérites dans la société ne peuvent pas non plus être considérées comme des critères éthiques dans l'établissement des priorités. En tout temps, les décisions cliniques doivent être bien documentées (idéalement aussi dans un registre) pour permettre la transparence et les futurs

audits. Les cliniciens impliqués dans de telles décisions devraient bénéficier d'un débriefing et d'un soutien psychologique (prolongé). Les prestataires qui ne sont pas en mesure d'accepter ce cadre éthique devraient de préférence assumer des rôles de soutien non clinique.

References

1. Bossaert LL, Perkins GD, Askitopoulou H, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation* 2015; 95:302–311.
2. Biddison LD, Berkowitz KA, Courtney B, et al. Ethical considerations: care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. *Chest* 2014; 146(4 Suppl):e145S–55S.
3. Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005; 173(5):489–495.
4. Satkoske VB, Kappel DA, DeVita MA. Disaster Ethics: Shifting Priorities in an Unstable and Dangerous Environment. *Crit Care Clin.* 2019; 35(4):717–725.
5. Somes J, Donatelli NS. Ethics and disasters involving geriatric patients. *J Emerg Nurs.* 2014; 40(5):493–496.
6. Mezinska S, Kakuk P, Mijaljica G, Waligóra M, O'Mathúna DP. Research in disaster settings: a systematic qualitative review of ethical guidelines. *BMC Med Ethics.* 2016;17(1):62.
7. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis.* 1987;40(5):373–383

Appendix

1. Clinical Frailty Scale: https://www.bgs.org.uk/sites/default/files/content/attachment/2018-07-05/rockwood_cfs.pdf.
2. Charlson Comorbidity Index: <https://www.mdcalc.com/charlson-comorbidity-index-cci#use-cases>
Pour plus d'informations concernant le contexte éthique en cas de catastrophes, veuillez voir :
<https://disasterbioethics.com/covid-19/>