



REUNION COMITE TERRE D'ETHIQUE TERRE d'ETHIQUE

16/12/2021

Présents : Christian AUBOYER, réanimateur CHUSE — Emma BREUGNION, infectiologue CHUSE — Olivier BOSSARD, Directeur Général CHUSE — Elisabeth BOTELHO NEVERS, infectiologue CHUSE — Jean Philippe CANDESSANCHE, neurologue CHUSE — François CHAPUIS, médecin-chercheur Directeur Espace de Réflexion Ethique Auvergne–Rhône–Alpes — Benoit CREMILLIEUX, réanimateur HPL — Alexandra DA CRUZ, IDE CH Claudinon — Marie Caroline DELONNAY-GALLOT, philosophe Saint-Etienne — Angèle DALI-YOUCHEF, directrice communication et de pôles CHUSE — Emilie FAVIER, médecin ICLN — Ingrid GARNIER, psychologue CHUSE — Alice GIANNOLI, réanimateur CHUSE — Laurent GERGELE, réanimateur HPL — Julie GOUTTE, interniste unité COVID+ CHUSE — Stéphanie LEROY, anesthésiste unité COVID CHUSE — Jérôme MOREL, réanimateur CHUSE — Lydia OUJAMAA, médecin rééducateur SRPR ; Flora SCHEIN, infectiologue CHUSE — Raphael LACHAND, réanimateur CHUSE — Aurore LOUF-DURIER, réanimateur CH Forez — Marie France LUTZ, infectiologue CHUSE — Sophie PERINEL RAGEY, réanimateur CHUSE — Pierre POURNIN, psychologue HPL — Frédéric RENOUX, gériatre CH Roanne — Guillaume THIERY, réanimateur CHUSE — Thomas THIERRY, Président CME CHUSE — Marie Noëlle VARLET, gynécologue CHUSE — Pascale VASSAL, médecin Soins palliatifs, CHUSE — Martine VIAL, Cadre de Santé service de soins palliatifs CHUSE

Confcall : François BALLEREAU, Président CME CH le Corbusier — Emeric BARRAT, réanimateur CHUSE — Pascal BEURET, réanimateur CH Roanne — Régis BOMBARDIERI, aumônier CH Annonay — Rachel BORIE, Directeur adjoint qualité CH le Corbusier — Thomas CELARIER, gériatre CHUSE — Jean Paul CHAUSSINAND, réanimateur CH du Forez — Agnès GAUTIER, Cadre supérieur de santé CH Le Corbusier — Vincent GAUTHIER réanimateur clinique mutualiste — Sylvie JAY, réanimateur, CH Annonay — Héroïse MUNOZ-PONS interniste CHUSE — Etienne OJARDIAS, gériatre CHUSE — Mariana PERNEA, médecin soins palliatifs CH Annonay — Yvonne QUENUM, IDE psychiatrie CHUSE

Excusés : Isabelle CARRIERE, médecin coordonnateur, CH Maurice André Saint Galmier ; Marie CHAUSSINAND gériatre CHUSE ; Michel Faure, psychologue CH Forez/Montbrison ; Marine GODIN étudiante 3^{ème} année de médecine, pour les élus étudiants de l'UFR Médecine ; François GIRAUD, urgentiste CHUSE ; Jean François JANOWIAK, médecin généraliste, président du conseil de l'Ordre, Saint Etienne ; Caroline LUSSATO, directrice CH Maurice André Saint Galmier Corinne RUBIERE , cadre sup CH Claudinon ; Françoise ROUDIER, Directrice adjointe CH du Forez ; Bertrand VIALATTE, Directeur UDAF Loire

Terre d'éthique a été saisi en urgence par les réanimateurs du GHT Loire, pour délibérer ensemble sur les tensions et dilemmes éthiques rencontrés en réanimation sur le territoire du GHT Loire au cours de cette 5^{ème} vague, par rapport aux patients COVID et non COVID, en sachant qu'à priori, il n'y a pas de possibilités d'ouverture de lits et/ou de transfert de patients hors régions.

Comment répondre à ces nombreuses questions :

Comment penser la priorité de l'accès aux soins dans un juste principe d'allocation des ressources contraintes dans le contexte sanitaire actuel ?

Quelle équité dans cet accès aux soins ?

Quel respect de l'autonomie du patient ?



Comment tendre vers le juste soin pour les patients atteints de Covid et ceux non atteints de Covid ?

Quels critères de « sélection », d'admission en réanimation ?

Quel accompagnement pour les patients récusés à la réanimation ?

Nous avons à réfléchir **sur le juste soin** pour les patients COVID 19 et non COVID dans un contexte de ressource limitée

- En réanimation, comment sélectionner pour ne pas dire trier les patients COVID + et non COVID lorsque les besoins dépassent les ressources disponibles ?
- Peut-on, et doit-on et pouvons-nous (triangle éthique) définir ensemble des critères d'admission en réa qui vont bien au-delà de l'âge des patients que nous avons évoqué à moult reprises lors des vagues précédentes
- En services COVID +, où les soignants doivent accompagner des patients récusés en réanimation du fait de ressources contraintes

Notre objectif est de réfléchir à une démarche commune au sein du territoire en définissant certains principes qui guideront les choix et qui seront appliqués dans tous les établissements du territoire, publics ou privés afin de répondre au principe d'équité pour tous les patients au sein du GHT Loire

Il s'agit de la première étape d'une réflexion qui sera portée au niveau régional ARS, puis national auprès du CCNE.

CONTEXTE – CONSTATS – CROISEMENT DES REGARDS - DISCUSSION :

- ***Prévisions de l'institut Pasteur :***
 - o Environ 220 patients devront être accueillis en réanimation – actuellement 150 patients sont en réanimation et c'est déjà très compliqué.
 - o Les perspectives sont inquiétantes et les difficultés sont prévisibles au moins jusqu'à fin janvier – la 6^{ème} vague (avec le variant Omicron) est déjà en montée et les 2 vagues vont au mieux s'enchaîner au pire s'inter-choquer – le pic de la 5^{ème} vague n'est pas encore atteint.
- ***Période particulière de l'année :***
 - o Habituellement on note une recrudescence d'accidentologie dans cette période
 - o La situation actuelle est différente par rapport aux vagues précédentes, où les mesures nationales (confinement, couvre-feu) avaient permis une nette diminution des accidents, et cela génère une grande inquiétude des réanimateurs qui se questionnent : ***comment on va pouvoir accueillir tous les patients nécessitant une réanimation ?***
 - o La fermeture de lits prévue durant cette période de Noël dans certaines unités dans tous les établissements et les congés organisés en conséquence tendent de manière majeure la situation particulièrement la semaine du 27 décembre – la question du capacitaire de lits en médecine, y compris non Covid est également posée.
- ***Mobilisation des moyens pour faire face à la situation - déprogrammation en chirurgie***
 - o Nous n'avons pas les moyens de créer des lits
 - o Les capacités d'accueil en amont et en aval sont dégradées
 - o Il faut penser en situation en mode dégradé – il s'agit d'une situation exceptionnelle, nécessitant une organisation pour des prises en charge de façon exceptionnelle.

- La déprogrammation qui n'est pas encore complètement effective au CHU à ce jour, va permettre de réorganiser des unités pour accueillir des patients atteints de Covid, mais implique une limitation du capacitaire d'accueil pour les patients en secteurs chirurgical et médical.
- Monsieur Bossard, directeur général au CHU de St-Etienne, aborde la notion de temporalité que nous devons garder à l'esprit – si nous ne pouvons pas armer suffisamment de lits d'ici les fêtes de fin d'année, nous pourrions en armer d'autres en janvier – on peut décider de ne pas relancer les activités en janvier – jusqu'à présent, on a à peu près réussi à gérer la situation – il pourrait y avoir une aide de la société avec un confinement, mais ce n'est pas à l'ordre du jour a priori.
- Comment va-t-on faire avec aussi peu de lits et aussi peu de soignants ? Cette réflexion est conduite à l'échelon du territoire et au niveau national également.
- **Fatigue des soignants (médicaux et non médicaux) :**
 - Depuis 2 ans d'épidémie, l'état, physique et psychique, des professionnels de santé est altéré – on note une asthénie, un surmenage, un mal-être psychique, des professionnels en burnout – il en résulte des réactions épidermiques et des difficultés dans la prise de recul et l'analyse de situations qui génèrent des tensions au sein des équipes – les professionnels au-delà des vacances ont besoin d'une vraie coupure pour pouvoir se ressaisir.
 - Il n'est pas question de supprimer les périodes de vacances qui permettrait peut-être de gagner un peu de temps mais qui aurait des conséquences probablement néfastes sur de longs mois ensuite – la direction générale au CHU s'est clairement positionnée pour conserver les congés de chacun – ceux qui le souhaitent pourront faire des heures supplémentaires, mais dans les faits, cela s'avère à la marge – l'état d'épuisement est trop important - les professionnels ne sont plus dans la résilience – il est primordial de ne pas « user » les soignants et de tenir dans le long terme.
 - **Altération des moyens humains au niveau des professionnels médicaux et paramédicaux :**
 - Nombreux arrêts qui engendrent de grandes difficultés pour maintenir l'organisation dans les unités
 - Constats de démissions et de départs
 - Pas ou peu de possibilités de recrutement
 - Perte en compétences, particulièrement en réanimation
- **Questionnement prégnant des professionnels de réanimation concernant les patients non vaccinés qui occupent des lits de réanimation ?**
 - Les patients accueillis en réanimation atteints de Covid sont à 80% non vaccinés, les autres patients atteints de Covid étant vaccinés mais immunodéprimés.
 - Les questions autour des conséquences de la prise en charge des patients non vaccinés contre la Covid est latente et doit pouvoir s'exprimer – le choix de ne pas se faire vacciner engage beaucoup de personnes dans la société.
 - Au sein des équipes il y a une colère en regard des conséquences, particulièrement dans les réanimations.
 - Certains expriment qu'ils attendent une position de l'institution, des pouvoirs publics et de la société en général - les médecins seuls ne peuvent porter la responsabilité de l'incapacité d'accueillir et soigner tous les patients qui le nécessiteront et de devoir faire des choix – il s'agit d'informer la population de la situation et des conséquences.
 - Il faut intégrer un changement de paradigme car on n'a plus les moyens de répondre à la demande et les soignants ne peuvent pas porter seuls des réponses qui ne sont pas évidentes.
 - On est obligé de mettre en œuvre une médecine de catastrophe avec l'escalade de la, des vagues.
 - Le professeur Chapuis, directeur de l'espace de réflexion éthique Auvergne Rhône-Alpes, souligne **qu'une somme de points de vue individuels ne fait pas un jugement éthique** – la

réflexion de chacun quant aux raisons du choix de faire son métier de soignant peut permettre de distancier ces questions difficiles – le soignant n’est pas juge – il s’agit de soigner sans a priori, quel que soit le statut vaccinal du patient – l’éthique n’est pas la morale – on n’arrivera pas à poser la question de la vaccination dans le cadre d’une stratégie à court terme ; elle se pose dans le cadre d’une stratégie à long terme et des moyens adaptatifs à trouver dans le temps.

- **Altération du capacitaire d'accueil en réanimation sur tout le territoire :**
 - Depuis 3 semaines, il y a eu beaucoup d’échanges avec tous les réanimateurs du territoire.
 - A ce jour il reste quelques lits de réanimation sur le territoire.
 - La moyenne des patients en réanimation est environ 60 ans.
 - La cinétique de temps en réanimation pour les patients atteints de Covid est plus longue.
 - Le capacitaire d’accueil des patients en réanimation et dans les secteurs sur le CHU de St-Etienne va être augmenté - contribution du SCPO pour les patients nécessitant de la réanimation et salle de bloc dédiée aux patients en post-opératoires – des unités de soins s’organisent pour mettre en place des secteurs Covid et une montée en charge est prévue dans une des unités dédiées à l’accueil des patients atteints de Covid.
 - Les réanimateurs, sur le GHT Loire et avec le HPL, clinique mutualiste, se concertent 3x/sem – depuis 2 semaines, une tension est perceptible – le nombre de lits de réanimation en capacité d’accueil reste inférieur aux vagues précédentes – toutes les régions sont touchées en même temps contrairement aux vagues précédentes et les possibilités de transferts inter-régions sont beaucoup plus restreintes.
 - L’activité est répartie de façon homogène entre les établissements
 - Où iront les patients que l’on ne peut pas accueillir ?
 - Les questions autour des **critères d’admission en réanimation** se posent mais également autour des **critères de non poursuite de réanimation** – quelle légitimité à poursuivre une réanimation pour un patient qui ne s’améliore pas et à pénaliser l’accueil d’un patient qui se présente et qui pourrait tirer un bénéfice de la réanimation ?
 - Il s’agirait de pouvoir faire une évaluation dans les premiers jours de réanimation et de pouvoir discuter collégialement de la nécessité ou non de limitation – il s’agit de mettre au cœur de la discussion et de la réflexion, le refus d’obstination déraisonnable, la bonne pondération.
 - Les réanimateurs utilisent déjà différents scores, en particulier des scores de fragilité.
- **Question de la priorisation par rapport aux possibilités d'accueil en réanimation :**
 - Actuellement, la priorisation se fait déjà *de facto* :
 - Priorisation avec les connaissances acquises lors des dernières vagues : pour les patients de plus de 80 ans atteints de Covid, la réanimation n’apporte pour la plupart d’entre eux, peu voire aucun bénéfice et ce critère d’âge corrélé avec les critères de comorbidité, est un bon choix *a posteriori*, et qui n’est pas contesté.
 - Priorisation avec les critères déjà appliqués en temps normal pour les patients admis en réanimation - critères existants et validés par les sociétés savantes de réanimation – la question qui se pose, est le gain en années pour le patient, prendre en compte la notion d’âge, la pathologie, la qualité de vie antérieure....
 - Priorisation avec la déprogrammation chirurgicale.
- **La problématique d'accueil ou non en réanimation impacte tous les secteurs de la filière Covid, réanimation et médecine :**
 - La réflexion sur les critères d’admission en réanimation ou non et de poursuite ou non de réanimation doit se faire avec tous les acteurs (SAMU, médecine pour accompagner les patients et leur entourage)
 - **Comment on décide éthiquement de ne pas donner un soin qui apporterait un bénéfice alors que l’on ne peut pas le donner ?**



- L'accompagnement du patient et de son entourage va aussi reposer sur la cohérence et le consensus décisionnel.
- Le point de vue du patient, l'expression de la personne de confiance ou les directives anticipées si le patient ne peut s'exprimer, peuvent être recherchées mais en situation de non choix en raison des contraintes d'accueil en réanimation cela risque de rester un choix très à la marge – par expérience, en réanimation peu de patients vont dire qu'ils ne souhaitent pas être intubés s'ils sont en grande décompensation respiratoire malgré ce qu'ils auraient potentiellement pu écrire.
- Il est important de ne pas faire porter une décision à un seul médecin sous peine que tous deviennent victimes d'une telle décision : le patient, le médecin, l'équipe soignante, *in fine* l'institution – la décision prise en collégialité est indispensable – il s'agit d'aider les praticiens à prendre des décisions éclairées.
- Les médecins dans les unités vont être confrontés aux annonces difficiles de non réanimation.
- Il risque d'y avoir une « vague médico-légale » après la, les vagues – d'où l'importance de la décision prise dans le cadre d'une procédure collégiale, y compris lors des gardes (en organisant une astreinte téléphonique de sénior).
- Intervention téléphonique du Professeur Delfraissy :
 - L'impact sur le système de santé dans sa globalité est une réalité, particulièrement dans cette période de fin d'année.
 - Cela risque de durer dans le temps – le temps nécessaire pour que les patients admis en soins critiques en sortent.
 - Il n'y aura pas de répit entre la vague Delta et la vague Omicron – la situation difficile va probablement perdurer jusqu'à fin janvier.

PROPOSITIONS, DECISIONS

- Harmoniser des pratiques sur tout le territoire
- Rédiger un document sur les critères d'admission en réanimation et de limitation aux soins de réanimation
- Communiquer sur les critères qui auront été définis
- Mettre en place une astreinte d'admission en réanimation - Les jeunes chefs de clinique ne doivent pas rester seuls face aux décisions difficiles – on peut faire un parallèle avec la médecine de guerre, où la décision est tout le temps prise avec un sénior
- Réfléchir aux techniques de « tri » par rapport aux urgences absolues et urgences relatives
- Maintenir les échanges téléphoniques 3x/sem entre réanimateurs au niveau du territoire
- Ne pas exclure quelques transferts inter-régions qui pourront peut-être s'organiser
- Aborder les situations difficiles dans le cadre de la procédure collégiale
- Faire une évaluation préalable avec la famille et le gériatre pour les personnes plus âgées, si possible
- Tracer les décisions
- Envisager tous les leviers décisionnels en même temps
- Anticiper pour se prémunir de la situation de crise ingérable – « catégoriser » les patients
- Mettre le patient et son entourage proche au centre – discours clair qui repose sur la décision en concertation pour expliquer au patient et à son entourage proche
- Définir les critères d'admission basés sur le score de fragilité qui peuvent fluctuer – nécessiter de tracer le niveau d'admission (état des lits de réanimation) et archiver

REDACTION d'une note de synthèse (en PJ)



Elle a été adressée à Monsieur le directeur de l'ARS Rhône Alpes Auvergne, aux Directeurs d'établissement du territoire, aux président(e)s des commissions d'établissement, au Pr DELFRAISSY, à Monsieur MIS député de la Loire et à tous les réanimateurs et urgentistes du GHT Loire.

Prochaine rencontre de Terre d'éthique le jeudi 3 mars à 18h

HAD Santé à domicile

8 Rue Léo Lagrange, 42270 Saint-Priest-en-Jarez

Thème : la contention