

TRANSFERT DE PATIENTS DES HUG DANS D'AUTRES UNITES DE SOINS INTENSIFS EN SUISSE PANDEMIE COVID-19

Cet avis est relatif à la place des proches dans la décision de transfert de patients des HUG dans d'autres unités de soins intensifs en Suisse et s'applique dans la période de pénurie de places de soin et/ou de ressources dans ces unités aux HUG.

*Demande urgente du Directeur Médical au Conseil d'éthique clinique le 14.11.2020 :
Quelle attitude adopter vis-à-vis des proches qui refusent d'entrer en matière pour le transfert dans une autre unité des soins intensifs d'un hôpital suisse, d'un patient hospitalisé aux HUG?*

1. Contexte :

En raison de la vitesse à laquelle la pandémie de COVID-19¹ (SARS-CoV-2) s'est propagée, les unités de soins intensifs ont été confrontées à un afflux massif de patients. En collaboration avec les parties prenantes du système de santé, le service sanitaire coordonné de la confédération (SSC) a élaboré au niveau fédéral une « Cellule de Coordination ». Cette cellule de coordination nationale a pour rôle de centraliser le transfert des patients des unités de soins intensifs (ci-après SI) saturées vers d'autres unités de soins intensifs en Suisse pour assurer une optimisation de toutes les capacités de traitement en médecine intensive en Suisse.

L'objectif de la Cellule de coordination est de préserver le plus longtemps possible la prise en charge des patients ayant besoin de soins aigus avec un niveau de médecine individuelle. Il vise : « [une] coordination [qui] a pour but d'offrir à tous les patients en tout temps les meilleurs soins possibles » (art.1 al. 3 OSSC) et « [à] l'échelon fédéral, l'OSANC (organe sanitaire de coordination) prend en charge, sur ordre du Conseil fédéral, la coordination dans des situations particulières et extraordinaires ou en cas de conflit armé. Il dispose d'un état-major central permanent » (art. 9 al.3 OSSC).

« Dans le cas d'un afflux attendu de patients auprès d'une unité de soins intensifs proche de sa capacité maximale, la Cellule de coordination fait office d'intermédiaire régulant le transfert de patients déjà triés et admis vers des places de traitement disponibles, en première priorité, dans d'autres unités de soins intensifs certifiées ou reconnues disposant d'une capacité suffisante et, en seconde priorité, dans des lits de soins intensifs ad hoc. Pour équilibrer les capacités de traitement en amont, elle peut proposer le transfert de patients d'unités de soins intensifs approchant la saturation vers des unités de soins intensifs disposant de capacités de réserve.

¹ Coordination nationale en cas d'afflux massif de patients dans les unités de soins intensifs durant la pandémie du COVID-19, Confédération suisse, bureau du service sanitaire coordonné 2020 <https://www.vtg.admin.ch/fr/organisation/etat-major-de-larmee/Affaires-sanitaires/ksd/cnusi.html>

Elle ne remplace en aucun cas les réseaux de confiance existants entre les unités de soins intensifs, les hôpitaux et les cantons, mais les soutiendra et les suppléera lorsque la sollicitation des capacités remettrait en question le bon fonctionnement de ces réseaux. Ce n'est que lorsqu'au sein d'un canton ou d'une région, les canaux établis ne permettraient plus d'effectuer des transferts de patients ou d'équilibrer les capacités disponibles, que les responsables des unités de soins intensifs s'adresseront à la Cellule de coordination afin de solliciter les transferts suprarégionaux ou nationaux nécessaires et un rééquilibrage des capacités de traitements » dans toute la Suisse².

Si la responsabilité du triage incombe à l'hôpital correspondant, c'est également la Cellule de coordination nationale qui se charge de déterminer le moment à partir duquel les décisions de triage conformément aux directives de l'ASSM³ deviennent inévitables.

2. Pesée des intérêts : Autonomie du patient versus équité des soins en situation de pénurie de places et/ou de ressources dans le dispositif de soin.

En prérequis, en situation de pénurie de ressources, la qualité des soins doit être garantie pour le plus grand nombre de personnes, et ce pour sauver le plus de patients.

Cette réflexion tient compte dans ce cas d'une balance entre :

- La volonté exprimée par le patient lui-même ou par ses proches au nom du principe d'autonomie, et
- Le principe d'équité, à savoir que le plus grand nombre de patients doit pouvoir bénéficier de possibilités de soins équivalentes.

Le cœur du droit à l'auto-détermination du patient est son droit à consentir, ou non, aux interventions proposées. Il n'y a pas de droit équivalent à exiger des interventions, en particulier lorsque ces interventions prêteraient les droits d'autres patients. Ainsi, si la volonté du patient doit être respectée et entendue, elle ne peut primer sur l'équité des soins pour tous lorsque la demande impliquerait le refus en soins intensifs d'un autre patient en cas de limitation des ressources.

L'impossibilité de réaliser un transfert par refus du patient ou de sa famille peut provoquer une prise en charge non optimale d'un autre patient, voire son décès par manque de ressources de soins à disposition (ressources humaines, matériel ou places).

De plus, le non transfert d'un patient peut mettre en tension les équipes soignantes avec comme conséquence une moins bonne prise en charge de l'ensemble des patients.

2.1 La place des proches au regard de l'autonomie dans la prise de décision :

L'intégration des proches dans les décisions de prise en charge du patient incapable de discernement part du postulat qu'ils jouent un rôle dans la transmission de la volonté présumée du patient permettant ainsi le respect du principe d'autonomie. Par conséquent, ce que les proches peuvent demander n'est jamais plus que ce que le patient aurait pu décider lui-même, s'il avait été capable de discernement. Dans le même esprit, les proches peuvent exprimer aux soignants ce que le patient pourrait

² Précisions sur la coordination nationale des unités de soins intensifs pendant la situation particulière et lors du passage à une situation extraordinaire

<https://www.vtg.admin.ch/fr/organisation/etat-major-de-larmee/Affaires-sanitaires/ksd/cnusi.html>

³ Cf ASSM, Pandémie Covid-19: Triage des traitements de soins intensifs en cas de pénurie des ressources

<https://www.samw.ch/fr/Ethique/Apercu-des-themes/Medecine-intensive.html>

attendre de sa prise en charge dans une décision thérapeutique⁴. Toutefois, peu de patients ou de familles ont déjà envisagé la possibilité d'un transfert dans un autre canton.

Les équipes médico-soignantes des unités de soins intensifs ont une grande expérience dans la communication avec les proches. Il serait souhaitable que la question de l'allocation des ressources puisse être abordée précocement par ces équipes avec les proches, ainsi que la possibilité prévue de transferts de patients d'un hôpital à un autre. Même s'il est prévu de tenir compte du contexte social des patients pour ces transferts, cela n'est en pratique pas toujours possible et une information claire doit être donnée dans ce sens le plus tôt possible. La relation avec les proches doit se baser sur la confiance, et les arguments en faveur d'un transfert doivent être discutés avec les familles.

Les proches ont le droit d'être entendus. Il importe que les informations dont ils disposent concernant le patient et qui pourraient influencer l'évaluation sur la possibilité ou l'opportunité de transférer un patient puissent être communiquées à l'équipe médico-soignante. En revanche, si les proches peuvent accepter ou refuser une décision médicale, ils ne peuvent en aucun cas exiger une prise en charge qui n'a pas été proposée par l'équipe médicale.

2.2. La place des proches au regard de l'équité des soins en situation de pénurie de places et/ou de ressources dans le dispositif de soin

Le transfert inter-hospitalier de patients vise :

- A préserver le plus de vies possibles ;
- A maintenir la qualité des soins pour le plus grand nombre ;
- A retarder, éviter, ou limiter un triage des patients dans le cas de pénurie de lits de soins intensifs (des patients qui auraient pu bénéficier de soins intensifs en temps normal ne pourraient plus en bénéficier) ;
- A protéger les professionnels et la qualité de leur travail (la surcharge des professionnels en cas d'afflux de patients risque fortement d'affecter la qualité des soins, d'une part, et de provoquer une détresse morale importante pour les soignants, d'autre part, qui aurait aussi un impact sur la qualité des soins).

Le transfert des patients doit être envisagé lorsque les places aux soins intensifs viennent à manquer ou lorsqu'il est prévisible qu'elles pourraient venir à manquer à brève échéance. Ce sont les équipes des unités en question qui, sur des critères médicaux, identifient quels sont les patients transférables et informent leurs proches.

Pour le patient, comme pour les proches, un transfert peut avoir un certain nombre de conséquences, comme une réduction probable du nombre de visites des proches dans un autre canton et le risque d'un décès sans la présence des proches.

De plus, le transfert, même s'il est réalisé dans les meilleures conditions possibles, peut faire courir un risque de complications supplémentaires au patient.

Si les proches peuvent avoir de bonnes raisons de préférer qu'un patient ne soit pas transféré, ces raisons doivent être mises en balance avec le fait que le transfert vise à permettre de poursuivre les mesures de soins intensifs, et donc à viser de sauver la vie du patient, tout en permettant de sauver également la vie d'un autre patient, pour

⁴ Rôle des proches dans les décisions thérapeutiques, avis général du Conseil d'éthique clinique des HUG

lequel une place est rendue disponible par ce transfert. Il est peu vraisemblable que les raisons avancées par les proches, même bonnes en tant que telles, soient suffisantes pour contrebalancer ces considérations. En cas de pénurie de places, de matériel de soins ou de personnel spécialisé, la marge de manœuvre du souhait des proches est rendue encore plus étroite car les soignants doivent en plus tenir compte d'une dimension supplémentaire, à savoir que le transfert peut être la meilleure manière d'offrir les meilleurs soins tant à ce patient qu'à d'autres patients déjà présents ou à venir.

Dans le cas de proches refusant un transfert dans des conditions de pénurie, et partant du postulat que le risque de transfert est médicalement raisonnable, les médecins expérimentés⁵ peuvent être amenés à prendre la décision eux-mêmes au regard des éléments suivants :

Le transfert est bénéfique au patient lui-même lui permettant :

- La poursuite de soins optimaux dans la durée ;
- La prolongation de son séjour aux SI même en cas de non amélioration rapide.

Le transfert est bénéfique à d'autres patients :

- Le transfert médicalement raisonnable d'un patient peut permettre de prendre en soin un autre patient, qui sinon ne pourrait pas être pris en charge, faute de place ou de ressources suffisante, ou ne serait pas transférable pour des raisons médicales.

Le choix des patients à transférer doit être fondé sur les mêmes principes que ceux qui sous-tendent le tri : le souci de sauver le plus grand nombre de vies possibles, et le respect égal de la vie de chacun. Il y aurait un risque important d'iniquité si l'on renonce au transfert de patients face à une famille qui s'exprime avec force, déterminée à s'opposer aux décisions médicales. Cela serait au détriment d'une autre personne qui serait transférée dans des conditions de risque moins favorables, mais avec des proches plus discrets, ou d'un autre patient qui ne pourrait pas être admis aux soins intensifs.

Le souci de sauver le plus grand nombre de vies possible pourrait avoir pour résultat que des patients déjà admis il y a quelques jours, et par conséquent plus stables, soient de meilleurs candidats au transfert que des patients chez lesquels la question de l'admission aux soins intensifs se pose. Dans le cas où un patient déjà admis aux soins intensifs serait un meilleur candidat sous l'angle du risque, ce critère doit avoir la priorité sur le souci de maintenir une relation déjà établie avec le patient et sa famille.

Le postulat du premier arrivé, premier servi, ne peut être retenu ici, car les patients doivent être traités de façon équitable, dans la durée. Il est important de rappeler qu'« équité » ne signifie pas identique, différents critères médicaux justifiant qu'un patient soit transféré alors qu'un autre non.

Dans cette situation si particulière et difficile de pénurie de places de soins ou de ressources, il est d'autant plus important de rappeler que le CEC est à disposition pour aider les équipes et les proches dans cette pesée des valeurs et enjeux et émettre des avis consultatifs individuels.

⁵ Cf ASSM, Pandémie Covid-19: Triage des traitements de soins intensifs en cas de pénurie des ressources <https://www.samw.ch/fr/Ethique/Apercu-des-themes/Medecine-intensive.html>

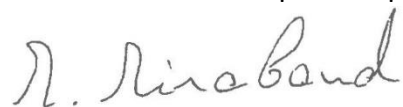
Recommandations :

1. Le choix des patients à transférer doit être fondé sur les mêmes principes que ceux qui sous-tendent le tri : le souci de sauver le plus grand nombre de vies possibles, et le respect égal de la vie de chacun. Ainsi des critères médicaux doivent prévaloir pour le choix des patients transférables.
2. Les proches ont le droit d'être informés et aussi d'être entendus. Il importe que les informations dont ils disposent concernant le patient et qui pourraient influencer l'évaluation sur la possibilité ou l'opportunité de transférer un patient puissent être communiquées à l'équipe médico-soignante. A situation égale et si un choix existe parmi les patients transférables, l'environnement social du patient doit pouvoir être pris en considération pour assurer l'équité des soins.
3. Si les proches peuvent accepter ou refuser une décision médicale, ils ne peuvent en aucun cas exiger une prise en charge qui n'a pas été proposée par l'équipe médicale.
4. Si les proches peuvent avoir de bonnes raisons de préférer qu'un patient ne soit pas transféré, ces raisons doivent être mises en balance avec le fait que le transfert vise à permettre de poursuivre les mesures de soins intensifs, et donc à viser de sauver la vie du patient, tout en permettant de sauver également la vie d'un autre patient, pour lequel une place est rendue disponible par ce transfert. Il est peu probable que les raisons avancées par les proches, même bonnes en tant que telles, soient suffisantes pour contrebalancer ces considérations.
5. Il y aurait un risque important d'iniquité si l'on renonçait au transfert de patients parce qu'une famille s'exprime avec force contre le transfert. Ce risque serait que l'on renonce au transfert au détriment d'une autre personne qui serait transférée dans des conditions de risque moins favorables mais avec des proches plus discrets, ou d'un autre patient qui ne pourrait pas être admis aux soins intensifs.
6. Dans cette situation si particulière et difficile de pénurie de places de soin ou de ressources, il est d'autant plus important de rappeler que le CEC est à disposition pour aider les équipes et les proches dans cette pesée des valeurs et enjeux et émettre des avis consultatifs individuels.

Cet avis a souhaité développer une réflexion sur le cas de figure particulier du refus par les proches de transfert d'un patient dans une autre unité de soins intensifs extra cantonale, sans autres alternatives.

Or, le refus de transfert peut avoir d'autres développements possibles comme, par exemple, le souhait des familles de privilégier les soins palliatifs à un transfert, au risque d'une péjoration de l'état de santé du patient. Une pesée des enjeux devrait alors être faite pour déterminer le meilleur intérêt du patient dans cette situation donnée. Le Conseil d'éthique pourrait aussi être sollicité dans ce cas de figure.

Pour le Conseil d'éthique clinique

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Mirabaud', written in a cursive style.

Docteure Madeleine Mirabaud
Présidente

Genève, le 17 novembre 2020