

Recommandations éthiques pour la reprise des activités interventionnelles aux HUG en période post-COVID

Introduction :

Cet avis fait suite à une demande du 4 février 2022 de la direction médicale des HUG d' « établir les principes éthiques qui devraient sous-tendre la reprise de l'activité chirurgicale, c'est-à-dire établir des critères de priorisation explicites pour s'assurer que, parmi les patients dont l'intervention a été reportée, voire non encore programmée, ce seront bien les patients dans le plus grand besoin qui seront opérés en premier. En effet, en raison de la 5^{ème} vague COVID, l'activité chirurgicale non urgente a été arrêtée. En prévision d'une reprise prochaine, il faut pouvoir donner des principes de base au bureau des blocs ».

Les principes énoncés dans ce document s'appliquent non seulement à la question de la reprise chirurgicale dans les blocs opératoires, mais également pour toute reprise de l'activité médicale interventionnelle qui aurait été suspendue en raison de la pandémie. Ces recommandations s'inspirent, outre les recommandations de l'ASSM en la matière, de trois documents :

- Système de priorisation pour l'accès à une chirurgie en situation de pandémie, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec 2021¹ ;
- Charte de programmation opératoire post phase aigüe Covid des secteurs libéraux et hospitaliers de la région grenobloise² ;
- Aspects éthiques relatifs à la priorisation des soins en période de COVID-19. Recommandations du 21 décembre 2020 du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique³.

La notion d'agilité nous semble importante à promouvoir. Celle-ci implique que « dans un contexte nouveau, avec des conditions qui évoluent continuellement et où l'apprentissage se fait au quotidien, tous doivent démontrer la capacité de s'adapter à ces changements, d'adapter les processus et de gérer stratégiquement les choix, les risques et les ressources. Les personnes et l'organisation doivent démontrer une ouverture à modifier leurs comportements à la suite d'une information nouvelle, d'une situation ou d'un environnement qui évolue afin de travailler de façon plus efficace et efficiente dans le but de rejoindre un maximum de patients »⁴.

¹<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-398W.pdf>

<http://www.sofarthro.com/medias/files/CHARTE%20PROGRAMMATION%20COVID19.pdf>

² <http://www.sofarthro.com/medias/files/CHARTE%20PROGRAMMATION%20COVID19.pdf>

³ https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/recommandationcovid19_aspects_ethiques_priorisation_soins.pdf

⁴ Système de priorisation pour l'accès à une chirurgie en situation de pandémie, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec 2021 p 3
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-398W.pdf>

I. Rappel des principes éthiques

Nous nous référons aux directives et prises de position de l'ASSM « Triage en soins intensifs en cas de pénurie exceptionnelle des ressources » et celles récemment émises intitulées « Pénurie exceptionnelle des ressources dans les soins stationnaires : Principes éthiques et critères procéduraux pour le report de traitements. Prise de position de la Commission Centrale d'Éthique de l'ASSM » disponibles respectivement sur les liens suivants :

https://www.samw.ch/dam/jcr:56861dfa-1c96-40b1-acec-e4c3937e5e9c/directives_v4_assm_triage_soins_intensifs_penurie_ressources_20210923.pdf

https://www.assm.ch/dam/jcr:c522057e-8a71-4b35-bc0f-9e31bb6cb375/prise_de_position_cce_assm_report_de_traitements_20220207.pdf

En sus des principes développés dans le document en lien avec le report de traitement, soit les principes de **valeur de la vie, d'équité, de justice procédurale et de solidarité**⁵, l'ASSM relève que les quatre principes médico-éthiques largement reconnus (**bienfaisance, non-malfaisance, respect de l'autonomie et équité**) sont décisifs, même en cas de pénurie des ressources⁶.

« Les ressources à disposition doivent être allouées sans aucune discrimination. Les caractéristiques des patients, comme l'âge, le sexe, le lieu de résidence, la nationalité, l'appartenance religieuse, la race, le statut social, le statut d'assuré⁷, la responsabilité personnelle, le statut vaccinal ou le handicap ne doivent pas constituer des critères de triage. En revanche, selon la maladie ou l'accident, certaines d'entre elles peuvent influencer le pronostic et doivent donc être prises en compte à titre de critère pertinent d'un point de vue médical. La procédure d'allocations des ressources doit être équitable, factuellement justifiée, transparente et compréhensible⁸.

Le recours à des critères supplémentaires tels que le tirage au sort, le principe du «premier arrivé, premier servi», la priorité aux personnes qui bénéficieraient probablement d'une bonne qualité de vie pendant plus longtemps, celle aux personnes ayant une valeur sociale élevée, ne doivent pas être appliqués.

II. Modalités décisionnelles

Les mêmes critères que ceux appliqués pour le tri (éviter la mortalité et la morbidité pour l'ensemble d'une population) doivent être utilisés pour envisager la reprise de l'activité interventionnelle et la priorisation qui s'en suivra. Faire attendre le moins de monde possible, tout en respectant les principes susmentionnés devient ainsi un enjeu majeur. Pour y arriver, il est utile de définir une date maximale au-delà de laquelle le-la patient-e ne peut plus attendre. A cette fin, il convient de tenir compte notamment des considérations de survie, de qualité de vie⁹ et de souffrance ainsi que du fardeau que

⁵ ASSM, Pénurie exceptionnelle des ressources dans les soins stationnaires: principes éthiques et critères procéduraux pour le report de traitements, p. 2

⁶ ASSM, Triage en soins intensifs en cas de pénurie exceptionnelle des ressources, Version 4, mise à jour le 23 septembre 2021, p. 3

⁷ Le CEC rappelle qu'il ne faut pas faire de distinction entre les différents régimes d'assurance (privé ou commun)

⁸ ASSM, Triage en soins intensifs en cas de pénurie exceptionnelle des ressources, Version 4, mise à jour le 23 septembre 2021, p. 3

⁹ « Le recours à cette notion doit être limité à l'évaluation du bénéfice escompté d'un traitement. La considération médicale de la qualité de vie ne comporte en aucun cas de jugement qui serait porté sur la « valeur » de la vie et de la personne du patient. » Aspects éthiques relatifs à la priorisation des soins en période de COVID-19, p. 12-13

représente l'attente pour le patient. Il faudra réévaluer régulièrement la condition clinique du patient en tenant compte du fait que l'attente peut créer elle-même une menace à la survie. La vulnérabilité sociale ne saurait constituer un motif d'exclusion, même si elle peut avoir un impact sur le résultat escompté.

Ainsi l'attente est une considération majeure, sachant qu'il se peut qu'un-e patient-e attende depuis plusieurs mois (en raison des nombreuses vagues successives) une intervention chirurgicale ou un traitement. Une évaluation de la nécessité de maintenir le-a patient-e sur une liste d'attente devrait également être faite régulièrement et lui être communiquée.

A ce propos, la communication continue avec le-la patient-e est un élément central pour sa bonne compréhension des objectifs qui lui sont proposés. Une communication continue et ouverte participe à un meilleur ressenti de confiance du patient et des proches. Elle réduit les effets psychologiques indésirables qui peuvent avoir un impact non négligeable sur l'évolution du patient. Chaque service concerné doit fixer pour chaque patient un délai d'attente maximal et prioriser les patients en se basant sur les principes éthiques et les questions ci-après exposées. Il est nécessaire de procéder de la sorte pour les nouvelles interventions également.

Ainsi, les principales questions suivantes¹⁰, en collaboration si possible avec le médecin traitant, doivent être posées :

- Le-a patient-e peut-il-elle bénéficier d'un traitement alternatif ?
- Y a-t-il :
 - Menace à la survie immédiate du patient si la chirurgie n'est pas effectuée ?
 - Menace d'une dysfonction permanente d'un membre ou d'un organe ?
 - Néoplasie rapidement évolutive ?
 - Risque de progression de la maladie (réduction de la possibilité de guérison, intervention plus importante plus tard, traitement plus morbide, risque d'inopérabilité) ?
 - Risque d'aggravation vers des symptômes plus sévères, d'augmentation de la prise d'analgésiques ou de développement de la douleur chronique dû au retard de traitement ?
 - Présence d'incapacité fonctionnelle liée à une instabilité ou une appréhension ?
 - Retentissement social en cas de retard de prise en charge chirurgicale ? La perte d'autonomie avec impossibilité de maintien à domicile ou la menace de perte d'emploi seront également à considérer
 - Pour les patients mineurs, impact de l'attente sur leur développement ?
 - L'intervention a-t-elle déjà été reportée une ou plusieurs fois ?

Une fois ces questions traitées par chaque service, nous préconisons qu'elles soient transmises à un collège interdisciplinaire centralisé qui assure la priorisation pour l'ensemble des HUG.

Nous estimons, par ailleurs, qu'en parallèle de ces considérations éthiques majeures, l'ordre de priorisation des patient-es en attente de chirurgie peut varier selon la capacité des blocs opératoires.

¹⁰ S'inspirant du document Ministère de la Santé et des Services sociaux, Système de priorisation pour l'accès à une chirurgie en situation de pandémie, Québec 2021, p. 11 <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-398W.pdf>
Charte de programmation opératoire post phase aigüe Covid des secteurs libéraux et hospitaliers de la région grenobloise.
<http://www.sofarthro.com/medias/files/CHARTE%20PROGRAMMATION%20COVID19.pdf>
https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/recommandationcovid19_aspects_ethiques_priorisation_soins.pdf

Il serait ainsi envisageable de prioriser les patient-es selon les recommandations suivantes, en assurant que la liste des patients tienne compte de la capacité des autres services cliniques dans l'offre globale de soins (p. ex. réadaptation, soins intensifs, soins intermédiaires, etc.)¹¹, à savoir :

« Entre 30% et 50% de capacité du bloc opératoire¹² :

- Les plus à risque pour leur survie ;
- Approchant le plus de la date maximale de chirurgie ou l'ayant dépassée le plus ;
- Requérant le moins de temps opératoire et de ressources possible (en considérant les cas les plus à risque et requérant plus de temps opératoire) ;
- Ayant le plus de chances de récupérer rapidement (classification ASA basse).

De 50 % à 70% de capacité du bloc opératoire :

- Les plus à risque pour leur survie ;
- Approchant le plus de la date maximale de chirurgie ou l'ayant dépassée le plus ;
- Requérant plus de temps opératoire et de ressources ;
- Ayant de bonnes chances de récupérer rapidement (classification ASA basse à moyenne).

De 70 % à 100 % de la capacité du bloc opératoire :

- Lorsque les ressources du bloc opératoire augmenteront, ajouter 10% de patients par semaine moins urgents, basés sur leur délai d'attente à la chirurgie».

III. Recommandations

Pour mettre en œuvre ces considérations éthiques, nous recommandons :

- Que le tri s'effectue en 2 étapes en utilisant un même processus décisionnel :
 - Par service concerné dans un premier temps ;
 - Puis, pour tous les services concernés par un collègue interdisciplinaire dans le but d'assurer une gestion centralisée et de garantir l'équité dans le processus de décision. Il semble important d'intégrer les représentants des spécialités concernées par les reports, des patients partenaires ainsi que des gestionnaires des blocs opératoires et de la planification opératoire.
- Le recours au Conseil d'éthique clinique des HUG au besoin :
- La mise à disposition de professionnel-les médico-soignant-es sous la responsabilité des chirurgiens pour maintenir une communication continue avec les patient-es pendant le report afin de les informer régulièrement de l'évolution de leur situation, prévenir un sentiment d'abandon et diminuer leur anxiété, à l'image des équipes mises en place pendant la phase aigüe de la pandémie.

¹¹ cf Ministère de la Santé et des Services sociaux, Système de priorisation pour l'accès à une chirurgie en situation de pandémie, Québec 2021, p. 15

¹² Op. cit, p. 15

- Donner les moyens aux patients de pouvoir informer l'équipe médico-soignante en charge de l'évolution de leur état de santé.
- De prévoir des ressources supplémentaires pour absorber la liste d'attente : Élargissement des horaires des blocs opératoires (en tenant compte de la sollicitation importante du personnel soignant dans les services concernés en raison de la pandémie) et/ou poursuite de la mobilisation des cliniques privées pour permettre un accès aux soins équitable à l'ensemble de la population genevoise.
- D'assurer la transparence avec les services par la transmission du processus mis en place.

Groupe de travail :

Catherine Bollondi Pauly

Mélissa Dao Dominicé

Paola Flores

Samia Hurst

Monique Lamuela Naulin

Madeleine Mirabaud

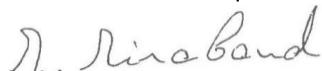
Frédéric Naville

Stéphanie Studer Scherl

Hans Wolff

Véronique Zbinden

Pour le Conseil d'éthique clinique



Dre Madeleine Mirabaud
Présidente du Conseil d'éthique clinique

Genève, le 11 février 2022