

SARI FORMATION CLINIQUE EN SOINS INTENSIFS PRÉPARATION A UNE PANDÉMIE ET CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Traduit en français par Traducteurs sans frontières (TSF). L'OMS n'est pas responsable du contenu ou de l'exactitude de cette traduction. En cas de divergence entre l'anglais et le français, la version originale en anglais prévaut.

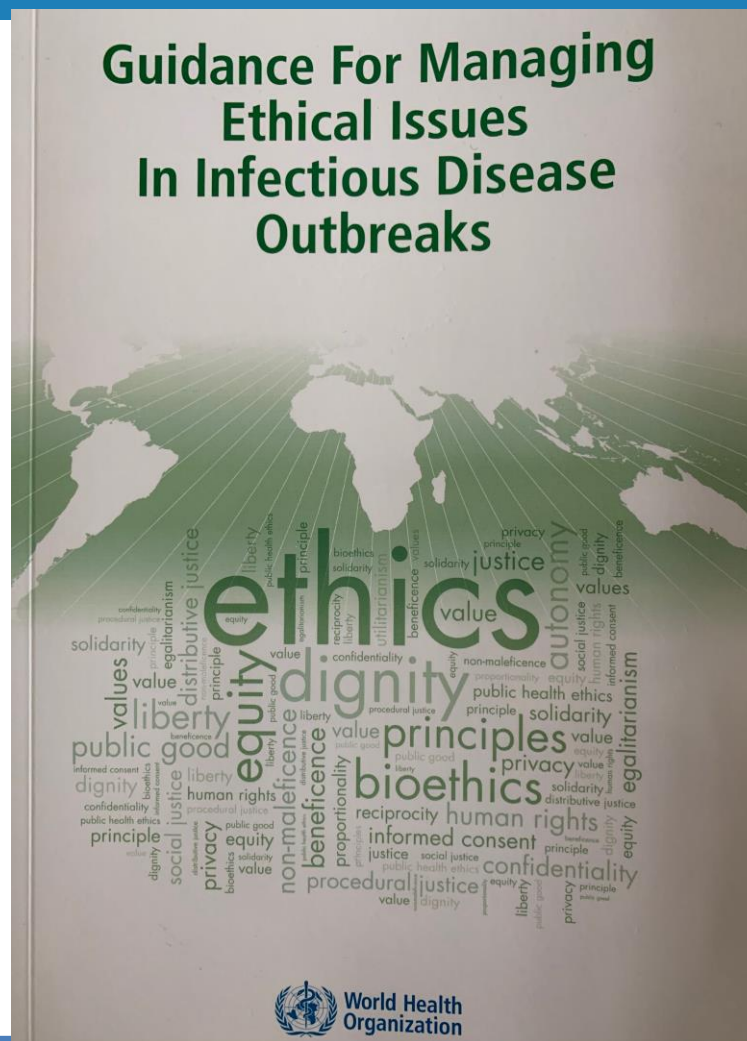
Cette traduction n'est pas vérifiée par l'OMS. Cette ressource est uniquement destinée à des fins de soutien à l'apprentissage.

Objectifs d'apprentissage

A la fin de cette session, vous serez capables de :

- Décrire l'importance d'une préparation à une pandémie (ou à une catastrophe)
- Décrire comment le contexte de triage peut changer lors d'une pandémie (ou d'un autre type de catastrophe)
- Décrire le cadre des droits de l'homme
- Créer des facteurs de triage à utiliser lors d'une pandémie (ou d'une catastrophe) en utilisant cinq principes éthiques

Publication de l'OMS sur l'éthique



<https://www.who.int/ethics/publications/infectious-disease-outbreaks/en/>



World Health
Organization

HEALTH
EMERGENCIES
programme

Les pandémies (ou les catastrophes) peuvent facilement surcharger les systèmes de santé

- La demande peut dépasser les ressources disponibles dans les USI :
 - c'est-à-dire que le nombre de patients avec une insuffisance respiratoire requérant une ventilation mécanique (VM) peut excéder les ressources disponibles.
- Le principe du triage de « premier arrivé, premier servi » qui guide les décisions de triage dans les unités de soins intensifs, en dehors des périodes de pandémie, ne suffit plus.

Défi : à qui devrait-on administrer le système d'assistance respiratoire ?



SE PRÉPARER ET ÊTRE PRÊT



World Health
Organization

HEALTH
EMERGENCIES
programme

Introduction and Executive Summary

Care of the Critically Ill and Injured During Pandemics and Disasters:
CHEST Consensus Statement

- 2014, déclaration de consensus international.
- Ensemble de 12 directives générales pour la préparation aux pandémies et aux catastrophes.

<http://www.chestnet.org/Guidelines-and-Resources/Guidelines-and-Consensus-Statements/CHEST-Guidelines>



World Health
Organization

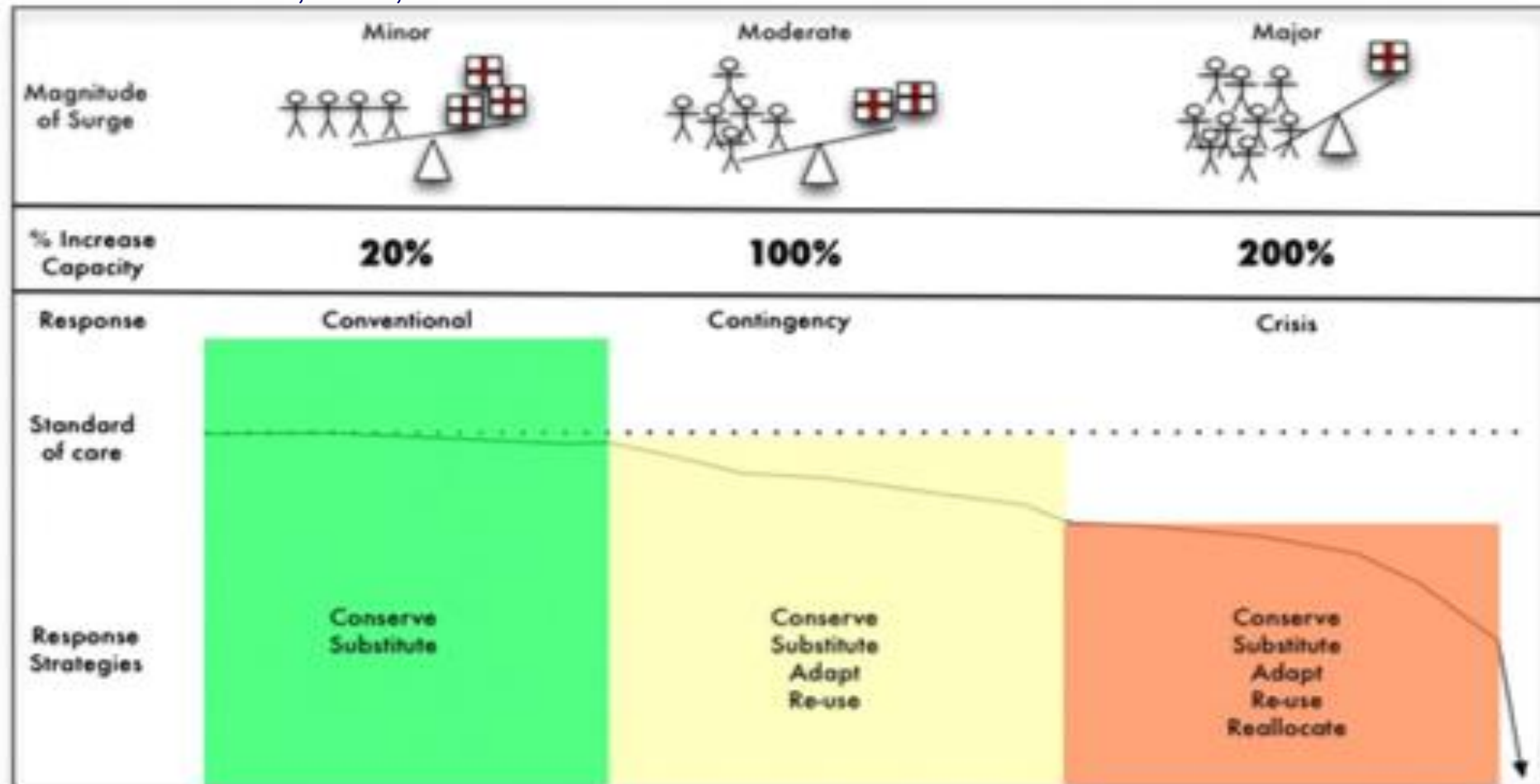
HEALTH
EMERGENCIES
programme

Principes des plans de préparation à une pandémie

- Le plan de préparation permet aux **systemes de santé et aux services publics** de mieux répondre à une pandémie ou à une catastrophe.
- Créé par une équipe interdisciplinaire (p. ex. ministères de la Santé, cliniciens, administrateurs, gestionnaires, logisticiens, pharmaciens, ingénieurs, éthiciens, etc.).
- Une participation anticipée du public est essentielle pour établir des priorités avec les parties prenantes de la société civile.
- Le maintien de la transparence et de l'équité est essentiel pour éviter le chaos et la peur.

Les ressources peuvent être épuisées très rapidement.
Pensez à votre source plus large en matière de ressources,

De CHEST, 2014, déclaration de consensus.



Plan d'action : flux de personnes

- Objectifs établis en fonction de l'arrivée massive de personnes.
- Sensibilisation aux conditions pouvant exister dans un système de santé plus vaste.
- Logistique (c'est-à-dire, flux et répartition des patients, évacuation).
- Préparation et organisation du personnel.
- Approvisionnement en chaîne de valeur/continuité des opérations.
- Considérations juridiques.



Plan d'action arrivée mass

Decreasing ← **Morbidity and Incident demands** → Increasing

	Conventional	Contingency	Crisis
Space	Usual patient care spaces maximized	Patient care areas re-purposed (PACU, monitored units for ICU-level care)	Non-traditional areas used for critical care or facility damage does not permit usual critical care
Staff	Additional staff called in as needed	Staff extension (supervision of larger number of patients, changes in responsibilities, documentation, etc')	Insufficient ICU trained staff available/unable to care for volume of patients, care team model required & expanded scope
Supplies	Cached/on-hand supplies	Conservation, adaptation and substitution of supplies with selected re-use of supplies when safe	Critical supplies lacking, possible allocation/reallocation or lifesaving resources
Standard of care	Usual care	Minimal impact on usual patient care practices	Not consistent with usual standards of care (Mass Critical Care)
ICU expansion goal	X 1.2 usual capacity (20%)	X 2 usual capacity (100%)	X 3 usual capacity (200%)
Resources	Local	Regional/State	National

Normal ← **Operating Conditions** → Extreme

Agissez rapidement - conservez, remplacez, adaptez, réutilisez.

Préparation à une pandémie dans des endroits aux ressources limitées

- Améliorer les systèmes de surveillance et de communication.
- Mettre l'accent sur les interventions préventives :
 - par exemple, la vaccination des groupes à haut risque.
- Créer des partenariats avec des partenaires locaux et internationaux **avant** l'apparition d'un événement, avec pour objectif d'organiser des plans de formation et de soutien.
- Apporter aux cliniciens des protocoles de triage et de traitement fondés sur des données probantes de l'OMS afin d'atténuer les besoins en soins intensifs.

Préparation à une pandémie dans des endroits aux ressources limitées

- Renforcer les établissements de soins de santé de base et les prestations en matière de soins **à tous les niveaux.**
- S'appuyer sur l'expertise et les services locaux :
 - Par exemple, si une unité de soins intensifs pour adultes ou des services de chirurgie sont disponibles, utiliser ces espaces pour accueillir les enfants.
- S'il n'y en a pas, mettre en place un niveau minimum de soins intensifs, à fournir dans un hôpital de niveau plus élevé :
 - créer des processus qui peuvent être appliqués aux patients les plus susceptibles d'en bénéficier
 - Par exemple, utiliser la VNI ou le PCR à bulles si les systèmes d'assistance respiratoire/ventilations mécaniques sont limités.

Voir le site de l'OMS pour lire davantage d'informations sur le nCoV-2019

- [Le site Web suivant contient des informations sur la préparation et l'état de préparation ainsi que des conseils et des outils.](#)
- <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>

L'ÉTHIQUE LORS DE PANDÉMIES



World Health
Organization

HEALTH
EMERGENCIES
programme

Cadre des droits de l'homme (1/2)

- Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits :
 - le droit de ne pas être soumis à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants
 - le droit de liberté de circulation et de résidence
 - le droit de ne pas faire l'objet d'une détention arbitraire
 - le droit à la santé.

Obligation internationale pour toutes les nations de promouvoir et de protéger la santé de leur population, notamment en facilitant l'accès aux services de santé de base



Le cadre des droits de l'homme (2/2)

- Le droit international autorise des restrictions aux libertés individuelles pour le bien public (c'est-à-dire, lorsque la santé publique est menacée).
- Les gouvernements, les ministères de la santé et les organismes de santé publique imposent des restrictions fondées sur :
 - la nécessité d'une santé publique
 - le caractère raisonnable
 - la proportionnalité

Trouver un équilibre entre le bien individuel et le bien collectif peut s'avérer difficile, en particulier dans des conditions d'incertitude scientifique et de crise.



Équité et santé (1/2)

- Les inégalités s'expliquent par des différences en matière de santé qui sont inutiles, évitables et injustes.
- Ne **pas** discriminer en fonction de :
 - l'âge
 - le genre
 - la race
 - les groupes ethniques
 - la religion
 - l'affiliation politique
 - le statut économique et social.

Équité et santé (2/2)

- Juste répartition des avantages et des inconvénients.
- Dans certains cas, la répartition des avantages et des inconvénients en fonction des individus ou du groupe peut être considérée comme équitable :
 - par exemple, il pourrait être équitable d'accorder la préférence aux plus démunis, tels que les personnes plus pauvres, les plus malades ou les plus vulnérables
 - par exemple, les vaccins ou des mesures de prophylaxie post-exposition (PPE) pour les professionnels de la santé.



Principes éthiques



World Health
Organization

HEALTH
EMERGENCIES
programme

Principe d'utilité

- Généralement acceptés et justifiés dans les situations d'urgence en matière de santé publique.
- L'objectif est de sauver le plus grand nombre de vies :
 - une survie significative et indépendante plutôt qu'un état végétatif.
- Accorder moins de priorité aux patients qui sont moins à même de se rétablir ou plus malades.

Défi : existe-t-il un outil de triage qui peut identifier rapidement quel patient a un pourcentage de survie le plus faible à court terme ?

Principe du maximum d'années de vie sauvées

- L'objectif est de redéfinir le principe d'utilité en prenant en compte le nombre d'années de vies sauvées en plus des vies sauvées.
- Lorsque deux patients ont la même chance de survie à court terme, mais



l'un d'entre eux est atteint de trouble grave de comorbidité une maladie qui limite une survie à long terme



l'un d'entre eux est en bonne santé

- La priorité sera alors accordée au patient en meilleure santé afin de sauver plus d'années de vie.

Principe du cycle de vie

- Également connu sous le nom de « fair innings » ou de principes d'équité entre les générations.
- L'objectif est que tout individu ait une chance égale de vivre les différentes étapes de la vie.
- La priorité est donnée aux jeunes patients plutôt qu'aux plus âgés.

Un principe pouvant être considéré comme discriminatoire à l'égard des personnes âgées, et qui va à l'encontre des valeurs culturelles qui privilégient les adultes par rapport



Mise en garde de l'OMS à propos du principe du cycle de vie

- Toute personne a droit à une « durée de vie normale » en termes d'années de vie.
- Les plus jeunes sont prioritaires car ils n'ont pas encore été en mesure de traverser les différentes étapes de leur vie.
- Notion d'égalité avec les expériences de toute une vie des individus plutôt qu'avec leur situation actuelle.
- Toute priorisation basée sur l'âge devra être déterminée dans le contexte des grandes étapes de la vie.

Principes de sélection du « premier arrivé, premier servi » et d'une sélection aléatoire (loterie)

- « S'il n'existe pas de différence relative entre les patients, alors chacun d'eux devrait avoir une chance égale de recevoir un traitement qui sauve la vie. »
- Garantit l'équité procédurale et l'accès équitable et peut être mis en œuvre dans la pratique :
 - peut favoriser un climat de confiance, évite toute discrimination
 - applicable aux enfants.

Attention : peut désavantager injustement tout individu qui ne peut se rendre rapidement dans un centre hospitalier.

Utilisation du protocole de triage : déclaration de consensus CHEST 2014

- Le **processus de triage uniforme** doit être préparé à l'avance, publiquement approuvé et largement diffusé.
- Si les ressources deviennent rares en dépit de tous les efforts pour les augmenter, activer le **processus de triage uniforme**.
- Le **processus de triage uniforme** doit être activé par les autorités régionales, avec une protection juridique et une connaissance de la situation.

Exemples d'un outil de triage (1/4)

<http://www.chestnet.org/Guidelines-and-Resources/Guidelines-and-Consensus-Statements/CHEST-Guidelines>

- L'énoncé de consensus du CHEST ne recommande pas un certain outil, mais souligne des principes importants :
 - identifier l'agent/l'équipe de triage des soins intensifs pour diriger le triage afin de faciliter/d'alléger le travail des médecins traitants
 - l'utilisation d'un protocole de triage est supérieure au seul jugement clinique.
 - créer des critères d'inclusion pour les admissions aux USI.



Exemple d'outil de triage (2/4)

- Envisager l'exclusion pour les patients présentant un risque de décès supérieur à 90 % et pour les patients ayant une espérance de vie courte (< 1 an).
- Offrir une possibilité de délai/recours (écart par rapport au protocole) et de réévaluation après 48 à 72 heures.
- Il n'existe aucun outil de triage qui prédit de façon satisfaisante la survie des enfants.
- Inclure autant que possible des spécialistes en pédiatrie dans le processus de planification et de triage.

Score d'évaluation séquentiel d'insuffisance organique (SOFA)

- Il a été proposé d'utiliser SOFA comme une note physiologique à utiliser comme modèle de prévision de la mortalité chez **les adultes** :
 - score plus élevé associé à une issue plus grave
 - une étude précoce a montré qu'un score > 11 était associé à une mortalité $> 95\%$, mais les études complémentaires ne furent pas aussi concluantes.

Attention : le score SOFA ne fait pas toujours la différence entre survivants et non-survivants parmi tous les patients gravement



Score d'évaluation séquentiel d'insuffisance organique (SOFA)



- Le score SOFA ne peut **pas** être utilisé chez l'enfant car il n'est pas validé pour cette population.
- En général, les taux de mortalité sont plus faibles pour les enfants gravement malades et les scores de prédiction de décès sont moins fiables, sauf chez certains petits groupes d'enfants (c-à-d. en dehors des arrêts cardiaques survenus à l'hôpital).



Qu'est-ce qui affecte nos décisions ?

expérience

relations
sociales

connaissance

stress

intuition

préjugés

convictions

valeurs



World Health
Organization

HEALTH
EMERGENCIES
programme

Résumé

- La préparation aux pandémies devrait impliquer une réponse par augmentation des capacités d'intervention, mobilisation du public et renforcement des systèmes de santé. Un processus de triage uniforme ne doit être activé que lorsque les ressources sont débordées.
- Pendant une pandémie ou toute autre catastrophe de masse, le besoin en services de soins essentiels peut submerger les ressources disponibles et des décisions de triage peuvent avoir à être prises sur la façon de prioriser les patients.
- Les cinq principes éthiques pouvant guider les outils de triage sont les suivants : les principes d'utilité, du nombre maximal d'années de vie épargnées, du premier arrivé, premier servi, de la sélection aléatoire et du cycle de la vie.
- La mobilisation du public dans la préparation aux pandémies est essentielle au développement d'une stratégie de priorisation qui soit juste, transparente et instaure la confiance.

Remerciements

Contributeurs

Dr Janet V Diaz, consultante de l'OMS, San Francisco, États-Unis

Dr John Luce, San Francisco General Hospital, États-Unis

Dr Andreas Reis, OMS, Genève, Suisse

Dr Paula Lister, Great Ormond Street Hospital, Londres, Royaume-Uni

Dr Neill Adhikari, Sunnybrook University, Toronto, Canada

Dr Niranjan « Tex » Kisson, British Columbia Children's Hospital et Sunny Hill Health Centre for Children, Canada

Dr Arjun Karki Patan, Academy of Health Sciences, Katmandou, Népal