

Démarche éthique et projet thérapeutique



COVID-19
CORONAVIRUS

Quelques repères pour une démarche éthique

- Accueillir le vécu émotionnel de chacun (patients, aidants proches, professionnels)
- Structurer la réflexion à partir de questions concernant les différents intervenants et leurs interactions
- Nommer les valeurs en jeu dans la situation
- Établir des priorités entre elles afin de rendre compte des choix proposés

PATIENTS ÂGÉS SUSPECTS OU ATTEINTS DE COVID 19

La mise en œuvre d'une **démarche éthique** ne peut se réduire ni à la simple application de certains principes ni à l'utilisation d'un algorithme dont la dernière ligne indiquerait les décisions à prendre. En effet, de tels processus empêchent de tenir compte de la **complexité** des différentes situations, des particularités du contexte dans lequel elles surviennent, de la **singularité de chaque patient** et des **attentes de ses proches**.

Et pourtant, l'actualité de l'épidémie de Covid 19 montre bien que nous avons besoin de **repères**, à la fois théoriques et pratiques, afin de pouvoir **donner du sens** aux décisions à prendre, aux choix à effectuer. Ces repères sont à « inventer », au regard des enjeux et spécificités qui nous convoquent aujourd'hui, et en mobilisant la **dimension réflexive** qui fait le corps du métier de soignant.

Plutôt que de donner des directives à suivre, nous pensons qu'il est utile d'ouvrir un certain **champ d'interrogation**, qui nous permette de cadrer (autant que possible) les nombreuses questions qui se posent dans ce contexte bien particulier. Ce cadre peut nous aider à creuser ces questions tout en les mettant en **perspective** les unes avec les autres.

Cet outil est donc avant tout destiné à **ouvrir au dialogue** et à (ré)introduire de la réflexion là où elle viendrait à manquer.

Si le patient/résident pour lequel il est utilisé est inconscient ou réputé « incapable » au sens juridique du terme, nous vous renvoyons à la loi relative aux droits du patient pour contacter les personnes avec qui il est nécessaire d'en parler.



Le patient a-t-il eu l'occasion de s'exprimer par rapport à sa fin de vie ?...

- Quand ? Dans quelles circonstances ?
- Oralement ? Auprès de qui ?
- Par écrit ? dans quel document (PSPA, directives anticipées...)?
- A-t-il expliqué le sens de ses souhaits ?



Les membres de la famille ont-ils eu l'occasion...

- De parler avec le patient de sa fin de vie ?
- De prendre connaissance de ses souhaits ?
- D'exprimer leurs souhaits auprès d'un ou plusieurs membres de l'équipe soignante ?
- Quelles sont les valeurs qu'ils veulent faire respecter à travers ces souhaits ?



Les membres de l'équipe soignante...

- Se sentent-ils/elles en (des) accord avec les souhaits du patient ? des proches ?
- Pensent-ils que ces souhaits sont applicables dans le contexte actuel au sein de la MRS ?
- Ont-ils/elles l'occasion d'en parler ? d'exprimer leur éventuel malaise ? (« ça ne va pas ! »), de préciser ce qui ferait sens pour eux ?

Y a-t-il accord entre le patient et ses proches à ce propos ?
S'il y a un désaccord, comment est-il pris en compte ?

Pour aider le patient et les proches à préciser et faire évoluer leurs souhaits, a-t-on pris le temps...

De lui expliquer l'accompagnement possible à domicile ou en MRS, quelle que soit l'évolution de sa maladie ?

- ▶ Soins de confort
- ▶ Prise en charge des symptômes qui inquiètent les uns et les autres
- ▶ Présence (limitée) des proches
- ▶ Possibilité de « passer le cap » et de guérir de la maladie

De comprendre les raisons d'un éventuel désir d'hospitalisation ?

- ▶ Sécurité accrue
- ▶ Prise en charge plus intensive
- ▶ Possibilité de réanimation
- ▶ Besoin de faire le maximum pour sauver son proche
- ▶ ...

De préciser les limites de l'un et l'autre choix ?

- ▶ Pas de réa à domicile ou en MRS mais soins axés sur le confort
- ▶ Risque associé au passage en USI (intubation, etc.)
- ▶ Chaque hospitalisation doit être médicalement justifiée, de même que la prise de certains médicaments (chloroquine), l'entrée en soins intensifs...

Prenons l'exemple d'une dyspnée sévère

Alain Dessard, MG et équipe soutien palliative DELTA

Ou autre situation aiguë (hémorragie, douleur incontrôlable)

Les messages clés sont:

1. Les directives anticipées ne sont d'application que lorsqu'un patient ne peut plus s'exprimer valablement.
2. Il y a des repères légaux en matière de représentation du patient non communiquant.
3. Anticiper le fait que malgré un souhait d'hospitalisation rédigé par un patient, l'hôpital (par tel, ou via le smur sur place) peut tenir une autre position.

Notre compétence à partir de notre position est de tenir la directive du patient tout en étant capable d'entrer en dialectique avec celle de l'hôpital, en d'autres termes pouvoir mettre les 2 positions en tension et décider collégialement.

4. Un protocole de détresse a une durée limitée (4h) et un relais doit être anticipé (sédation)

Si le patient est conscient et non confus :

Recueillir **ses souhaits/son projet thérapeutique** et en fonction de ceux-ci adopter une démarche :

- s'il souhaite rester à la MR : lui proposer, si son état le nécessite (détresse respiratoire, douleur incontrôlable, hémorragie, ...), un protocole de détresse, suivi d'une sédation probablement terminale
- s'il souhaite être hospitalisé : appeler le SMUR et lui proposer, si son état le nécessite, un protocole de détresse dans l'attente de l'arrivée du SMUR.

Si le patient est incapable d'exprimer valablement ses volontés :

Se renseigner à la MR sur l'**existence d'un projet thérapeutique** rédigé par le patient.

- Si un tel projet existe, il est obligatoire de s'y conformer tant au niveau du souhait d'hospitalisation ou non, qu'au niveau des autres points du PSPA (bénéficiaire ou non d'une réanimation cardio-pulmonaire, ...).
 - Si dans ce projet, le patient exprime le souhait de ne pas être hospitalisé, administrer, si son état le nécessite, un protocole de détresse suivi d'une sédation.
 - S'il souhaite être hospitalisé, en fonction des signes d'inconfort, administrer, si son état le nécessite, un protocole de détresse en attendant le SMUR. Accepter que le médecin du SMUR prenne une autre décision.
- En absence d'un projet thérapeutique rédigé par le patient, se renseigner sur l'existence d'un **mandataire en matière de santé désigné par le patient, ou d'un gestionnaire de la personne (représentant légal)**.

- Si l'un ou l'autre existe, il faut tenter de le contacter car il représente valablement et légalement le patient pour la prise de décisions.
- En l'absence de mandataire comme évoqué ci-dessus, ce rôle est tenu par le conjoint ou cohabitant, puis en cas d'impossibilité ou de refus, par un enfant, ensuite en cas d'impossibilité ou de refus, par un parent (en cas de patient jeune, en collectivités par exemple), ensuite en cas d'impossibilité ou de refus, par un frère ou une sœur, ensuite en cas d'impossibilité ou de refus, par le praticien.

En pratique, les MR disposent toujours d'une **personne de référence** à contacter.

Cet interlocuteur va permettre de prendre, de manière valable, avec l'équipe soignante toute décision qui se rapproche de ce qu'aurait souhaité le patient, en tenant compte de son intérêt dans le contexte immédiat.

Le praticien peut déroger à l'avis du représentant légal du patient si cet avis fait courir un préjudice sérieux au patient (pas uniquement en termes de pronostic vital, mais également en termes de qualité de vie).

La décision d'hospitalisation est prise collégalement au sein de la maison de repos (ou de l'institution) et avec les intervenants hospitaliers (gériatres/SMUR).

Si une décision d'hospitalisation est prise, en fonction des signes d'inconfort, administrer, si son état le nécessite, un protocole de détresse en attendant le SMUR.