

2020

TERRE d'ETHIQUE

BILAN D'ACTIVITÉ

RAPPORT ANNUEL

Dr. Jean-Paul CHAUSSINAND, Dr. Sylvie JAY, Pr. Pascale VASSAL



SOMMAIRE

Introduction	2
1 – Les rencontres de Terre d'éthique	3
2 – Cellule de soutien éthique : 16 rencontres.....	7
3 – Sept saisines.....	8
4 – Une sous-commission d'éthique de la recherche dynamique	8
5 – Un site Internet réactualisé.....	8
Annexes	9
A - Comptes rendus des rencontres de Terre d'éthique	10
B - Cellule de soutien éthique du GHT Loire	48
C - Listes des protocoles de recherche observationnelle 2020	50

Introduction

Nous voudrions, tout d'abord, rendre hommage à Françoise CHERBUT fidèle membre de Terre d'éthique depuis sa création, qui nous a quitté durant l'été 2020. Elle était cadre de santé à l'ICLN puis au Centre des 7 Collines.

Terre d'éthique, véritable espace de réflexion, à l'échelle du territoire, regroupe des soignants (médecins de toute spécialité, cadres de santé, infirmier(e)s, psychologues), mais également des représentants de la société civile (directeurs d'hôpital, directeurs d'EHPAD, philosophe). Tous ces professionnels sont sensibilisés à la dimension éthique de leur exercice.

En 2020, nous avons vécu une situation sanitaire exceptionnelle, pleine d'incertitudes (nombre de cas, durée de l'épidémie, virulence du virus) où les besoins débordaient les ressources disponibles et nous ont conduits à faire des choix.

Que dire de l'accès aux soins pour tous, quand les questions du triage, du choix, de la sélection, du rationnement et des priorités se posent à nous ?

Comment répondre à ces nombreuses questions :

- qui a la priorité d'être soigné quand tout le monde ne peut pas l'être ? Qui hospitaliser en réanimation, quand on ne peut pas hospitaliser tout le monde ?
- quels doivent être les justes principes d'allocation de ressources limitées ?
- quelle place dans ce contexte accordons-nous aux plus vulnérables d'entre nous ?

On comprend là les enjeux bien évidemment sanitaires mais également éthiques et humains.

Des valeurs sont à rappeler dans le cadre de cette réflexion éthique :

- le **respect de la dignité** c'est-à-dire pour que la valeur individuelle soit reconnue comme absolue. La dignité d'une personne n'est pas tributaire de son utilité.
- l'**équité** : la répartition équitable des soins s'exprime à travers un jeu de pondération entre les critères de l'espérance de vie, la recherche de l'efficacité et le degré d'urgence
- le **respect de l'autonomie du patient** au sens de capacité à décider, être autonome c'est être libre avec les autres et non contre eux (directives anticipées, personne de confiance, famille, ..)
- la **solidarité** consiste à permettre à un plus grand nombre d'exercer leur autonomie.

En 2020, les points forts de Terre d'éthique ont été :

- **Dix rencontres** avec de nombreux membres de Terre d'éthique
- Des saisines par les soignants pour **sept situations cliniques complexes**
- La création d'une **cellule de soutien éthique**
- Une commission d'éthique de la recherche de Terre d'éthique qui a étudié et donné un avis sur **164 protocoles** de recherche non interventionnelle, hors RIPH versus 102 en 2019
- Deux séminaires éthiques en santé pour les étudiants de médecine de l'Université Jean Monnet
- Un site Internet dynamique et réactualisé

1 – Les rencontres de Terre d'éthique

En 2020, nous avons organisé **dix rencontres** qui ont toutes eu lieu au CHUSE, contrairement aux années précédentes. Cette décision a été prise par l'ensemble des membres de Terre d'éthique car, pour beaucoup parcourir le département du Nord au Sud, était compliqué.

1) Le 20 Février 2020 au CHU de Saint-Etienne (cf. CR en annexe)

A la demande du Dr Mariana PERNEA et à travers à une situation clinique, nous avons réfléchi à la place des familles dans les décisions médicales

2) Le 19 Mars 2020 au CHU de Saint-Etienne (cf. CR en annexe)

Nous avons réfléchi sur le **juste soin pour les patients COVID 19** dans un contexte de ressource limitée

- En réanimation, décision ou non d'admettre en réanimation : sur quels critères ? anticiper la réflexion si le nombre de patients augmentent (ce qui est fortement probable) et qu'il n'y ait peu ou pas de lits en réanimation
- En EHPAD, la question de limitation des thérapeutiques ou non chez la personne âgée en EHPAD, présentant un épisode de détresse respiratoire aigüe (hospitalisation, mutation en réanimation, isolement en EHPAD...).Quelle conduite à tenir ? Que faire ou ne pas faire ? Que décider ? Comment anticiper ?
- Quelle est la place des familles ?

Après discussion et parce que l'éthique est pratique, le groupe a proposé :

- **Équité** : même prise en charge sur tout le territoire : les réanimateurs vont s'appeler régulièrement, pour discuter des critères d'admission en réanimation qui se modifieront probablement en fonction du nombre de demande. Un médecin de la cellule de soutien éthique participera à ces discussions afin de rappeler les principes éthiques qui guident les meilleures décisions possibles.
- **Juste soin pour les EHPAD**, demande à tous les médecins coordonnateurs et médecins généralistes d'anticiper au mieux la conduite à tenir pour tous les résidents si leur état clinique se dégrade (Covid + ou autre pathologie), en fonction des co-morbidités, des facteurs de fragilité et se positionner par rapport ou non à une hospitalisation. Pour cela, nous proposons de compléter la fiche « pallia Samu » pour tous les résidents. Par ailleurs, nous informerons la possibilité d'interpeler un médecin sur les différentes hotlines gériatrique, COVID, Soins Palliatifs
- **Assurer la meilleure fin de vie** des patients âgés en EHPAD avec la problématique de la continuité des soins notamment la nuit. Les EHPAD pourront faire appel aux HAD. Nous allons également essayer de voir si les IDE qui se sont portées volontaires, pourraient intervenir
- **Aider à la réflexion éthique** des soignants travaillant dans des services COVID : participation à une réunion hebdomadaire
- **Création d'une cellule éthique de soutien éthique**

3) Le 2 Avril 2020 : CHU de Saint-Etienne (cf. CR en annexe)

Chacun a pu évoquer **les dilemmes éthiques rencontrés au regard de l'équité de prise en charge des patients en réanimation et du juste soin pour les patients âgés vivants en EHPAD** :

- En réanimation, en EHPAD, dans les unités COVID+ : selon quels principes éthiques répartir les ressources limitées ? Comment choisir les patients qui auront le droit de recevoir des soins nécessaires à leur survie ? Nous évoquons également la souffrance des soignants, la place des

familles et la médecine de ville où face à la baisse d'activité, les médecins généralistes s'inquiètent sur des retards de diagnostic et leurs conséquences.

- En EHPAD, que faire lorsque plusieurs résidents vivant en unité de vie protégée (UVP) sont positifs : faut-il protéger les autres résidents de l'UVP en les contenant physiquement voire chimiquement ou les laisser librement déambuler en prenant le risque qu'ils soient à leur tour contaminés ?

La richesse du groupe est de réunir ensemble des médecins de spécialités très différentes pour partager des réflexions éthiques qui nous concernent pourtant tous avec les notions :

- équité pour tous les patients du GHT admis en réanimation
 - équité pour les patients en EHPAD qui vivent dans des unités de vie protégée – UVP -
 - respect de la dignité quelle que soit la décision et le contexte d'urgence, le patient est considéré comme une personne
 - l'accompagnement des familles reste une priorité pour chacun
- Et n'oublions pas que chaque situation clinique est singulière et que derrière le COVID il existe un Homme.

4) Le 16 Avril 2020 : CHU de Saint-Etienne (cf. CR en annexe)

Il nous a paru que l'interdiction totale de **visite à l'hôpital** ne pouvait pas perdurer. Mais comment alors conjuguer la protection de l'état de santé du patient et le principe de bienfaisance pour les familles en véritable souffrance.

Comment penser les principes éthiques pour le patient

- principe d'autonomie du patient : que souhaite-t-il ?
- principe de bienfaisance : qu'est-ce qui est le mieux pour le patient

Comment assurer notre responsabilité de protéger les autres patients et les soignants

Nous avons tenté d'établir ensemble des pré requis et quelques règles incontournables pour harmoniser les pratiques sur le territoire, et souhaité qu'elles soient proposées à l'ensemble des établissements médicaux du GHT Loire.

5) Le 28 Avril 2020 : CHU de Saint-Etienne (cf. CR en annexe)

Nous avons réfléchi sur la nouvelle **place des familles** à l'hôpital afin de rétablir les liens. Ce projet a été élaboré par les membres de Terre d'éthique. Nous ne donnerons pas de réponse formelle (ce n'est pas l'objectif de Terre d'éthique), mais nous vous proposons des grands axes d'orientations réfléchis à partir des principes éthiques tels que bénéfices-risques, autonomie, équité, responsabilité....

Depuis le début de la crise sanitaire, les visites des familles sont interdites à l'hôpital sauf pour les patients en fin de vie. Cette mesure, quoique nécessaire pour des raisons infectieuses, est très pénalisante pour les patients et les proches.

Questionnements éthiques :

Les familles peuvent rendre visite à leurs proches en EHPAD, quant est-il à l'hôpital aujourd'hui et demain après le confinement ?

- Comment préserver ou rétablir l'inestimable contact humain entre les patients et leurs proches ?
- Comment faire autrement ?

- Comment penser cette question sur le plan individuel (rencontre du patient et de ses proches) et sur le plan collectif (non contamination) ?
- Comment conjuguer distanciation physique dite « sociale » et maintien du lien social ?
- Comment réfléchir sur les risques et les bénéfices des visites, protéger les patients (isolement) et éviter le retentissement tant physique que psychique de cet isolement sur le patient et ses proches ?
- Comment rester équitable ?

Au sein de l'hôpital, la place des proches doit, bien sûr, être très précisément définie et encadrée. Notre réflexion éthique se situe à 4 niveaux

1) pour le patient, penser les principes éthiques de

- autonomie : que souhaite-t-il ? comment lui permettre d'exercer son libre arbitre

- bienfaisance : qu'est-ce qui est le mieux pour le patient ?

2) pour les proches : respect du principe de précaution : protection de l'état de santé du patient et du principe de bienfaisance pour les familles qui présentent une réelle souffrance

3) pour les soignants, permettre au patient de voir ses proches, leur donner des informations et leur apporter un soutien et assumer notre responsabilité de protéger les autres patients et les soignants

4) pour l'institution, elle se doit d'être garante d'une équité pour tous les patients COVID + et COVID free et d'assurer une protection de chacun patient-famille-soignant.

6) Le 26 Mai 2020 : CHU de Saint-Etienne (cf. CR en annexe)

La discussion, à bâton rompu, a permis à chacun d'exprimer son vécu, questionnement, expérience dans cette période de crise.

1- La place des familles, les autorisations de visites à l'hôpital et en EHPAD

Quelques soient les établissements, les différentes équipes ont usé d'ingéniosité pour limiter les répercussions de la distanciation. Certaines expériences seront probablement pérennisées comme utilisation de Skype sur tablette, l'utilisation d'outils d'accompagnement des familles lors du séjour d'un proche en réanimation (livret, lettre...), ouverture de certains services de réanimation 24h/24....

La volonté d'équité en formalisant des modalités d'organisations discutées en équipe et validées par les institutions, a aidé à accepter les restrictions de visites tant pour les professionnels que pour les patients et leur entourage.

2- Admissions en réanimation, questionnement et vécu

Concernant les admissions en réanimation, et plus particulièrement la notion de critère d'âge qui a été beaucoup questionnée, réfléchi, discutée, débattue, mise en perspective dans le contexte de la crise et pour laquelle les acteurs au sein du GHT Loire étaient dans un consensus, il semble important de ne pas occulter ce que cela peut faire vivre encore *a posteriori* pour les uns et les autres.

Ce qui est à souligner, c'est l'humilité des réanimateurs devant une situation inédite, où les connaissances et apprentissages se sont faits au fil des prises en charge, au quotidien, dans le partage et la solidarité. L'organisation au sein du GHT Loire a été particulièrement performante et les relations interprofessionnelles ont permis aussi un soutien mutuel.

Cette sélection à l'admission des malades, que certains appellent « tri » est un élément important de la stratégie dans la médecine de catastrophes ou en temps de guerre. Au début de l'épidémie, des termes militaires ont souvent été employés par nos dirigeants. Les professionnels médicaux avaient un devoir à s'inscrire et conduire cette réflexion éthique en

amont. Les consignes étaient de se déplacer auprès des patients, d'avoir une réflexion collégiale et de la tracer dans le dossier. Cette concertation préalable a sans doute permis de prendre des décisions de façon plus apaisée. Il est vraisemblable que chaque fois que des réunions d'équipe ont pu être réalisées, elles ont été bénéfiques et qu'à terme, il faudra pouvoir rediscuter de la situation de ces patients qui n'ont pas été admis en réanimation. La venue du médecin réanimateur et la concertation collégiale dans le cadre d'une décision d'admission ou non en réanimation, ont permis au médecin référent du patient d'être plus à l'aise pour porter la décision, donner les explications au patient, à l'entourage et à l'équipe, décisions qui ont par ailleurs mieux acceptées et comprises.

7) Le 17 Septembre 2020 : CHU de Saint-Etienne (cf. CR en annexe)

Dans une première partie, nous avons évoqué les questionnements éthiques soulevés par la crise sanitaire : liberté d'aller et venir en EHPAD, Bénéfice/risques par rapport à la poursuite de la chimiothérapie pour des patients stabilisés, problématique de la liberté quant à la limitation des visites à l'égard des résidents en EHPAD.

Dans un second temps nous avons répondu à une **saisine de contrôleur général des lieux de privatisation des libertés** (CGLPL), en effet, une des recommandations du CGLPL, dans son rapport provisoire, porte sur la **sexualité des patients**. Il a été imposé au CHUSE de s'interroger sur la problématique suivante : *« L'hôpital doit engager une réflexion institutionnelle sur la sexualité des patients, en prenant en compte tant le principe de la liberté sexuelle que la protection des patients les plus vulnérables. »*

8) Le 15 Octobre 2020 : CHU de Saint-Etienne (cf. CR en annexe)

Face aux enjeux éthiques inhérents à la crise sanitaire actuelle, cette séance exceptionnelle de Terre d'Éthique s'est tenue dans l'urgence, à la demande du Docteur Thomas Celarier (médecin gériatre) et du Docteur Jérôme Morel (médecin réanimateur).

Nous avons réfléchi d'un point de vue conceptuel et pratique, à quels dilemmes éthiques sommes-nous concrètement confrontés aujourd'hui face à la réalité de la « deuxième vague » de la COVID-19 dans un contexte où les services de réanimations sont sur le point d'être débordés, où les familles expriment leurs incompréhensions et leurs colères, où la souffrance des soignants dans sa dimension psychosociale doit être prise en charge. Une discussion s'en suit par rapport aux questions éthiques portant **sur l'égalité, l'équité, la justice autour du « tri des patients en réanimation » et entre patients COVID+ et COVID free**. En conclusion, face à l'ampleur de la crise sanitaire et des questions éthiques qu'elle engendre, il a été proposé de renforcer la fréquence des séances de Terre d'Éthique. Le Dr Laurent Gergelé souhaitait réunir les membres de Terre d'éthique, pour réfléchir exclusivement à la question de l'équité des soins sur le territoire. Il faut souligner également l'importance, de réaliser une procédure collégiale pour chaque décision de LAT, ici la non mutation en réanimation, et de la transcrire sur le dossier médical du patient. On rappelle que lors de situations cliniques complexes, des avis peuvent être demandés à l'unité mobile de gériatrie pour évaluer la fragilité de la personne âgée. Enfin, et ceci est un aspect crucial de la réflexion et clôture de la meilleure manière possible le propos : *« L'absence de réanimation n'implique pas pour autant une absence de soins »*.

9) Le 29 Octobre 2020 : CHU de Saint-Etienne (cf. CR en annexe)

Nous avons à réfléchir sur **le juste soin pour les patients COVID + et pour les autres** qui présentent des décompensations d'organes aigues, des maladies graves évolutives, des maladies chroniques... :

- Dans les services d'urgences, difficultés pour les urgentistes (notamment Firminy, Roanne...) à devoir refuser des patients COVID +, qui leur sont proposés par téléphone par les médecins généralistes. Il s'agit souvent de patients âgés, en EHPAD. Compte tenu du manque de lits, ils « récuse » leur hospitalisation.
- Dans les services de médecine, de chirurgie : qui prioriser ? Pour quels patients, porteur d'une maladie chronique, déprogrammer les suivis ?
- En EHPAD, la question de limitation des thérapeutiques ou non chez la personne âgée en EHPAD, présentant un épisode de détresse respiratoire aigüe (hospitalisation, mutation en réanimation, isolement en EHPAD...). Quelle conduite à tenir ? Que faire ou ne pas faire ? Que décider ? Comment anticiper ?
- En réanimation, décision ou non d'admettre en réanimation : la question a été abordée lors de la rencontre du 17 octobre mais reste prégnante compte-tenu du nombre de patients hospitalisés.

En conclusion il ne doit pas y avoir de décision protocolisée car chaque cas est unique ; individualiser les décisions, savoir anticiper, parler en amont, tendre vers une équité des soins en mutualisant les hotlines, agir sur le plan pratique pour éviter que la souffrance ne soit trop grande, éviter autant que faire se peut le burn out des soignants, écouter, communiquer.

10) Le 3 Décembre 2020 : CHU de Saint-Etienne (cf. CR saisine en annexe)

Cette réunion était principalement consacrée à un échange téléphonique avec le Collectif EHPAD 42 qui avait saisi Terre d'éthique par rapport à la problématique du confinement des résidents en EHPAD et de l'interdiction des visites par les familles.

2 – Cellule de soutien éthique : 16 rencontres

Lors de la réunion de Terre d'éthique du 15 Octobre 2020, l'évocation de nombreux témoignages en lien avec la souffrance des soignants durant et après la crise sanitaire du printemps a débouché sur la décision de mettre en place, en prévision du nouvel épisode COVID annoncé, un outil de prévention à destination des équipes de soins, la Cellule de Soutien Éthique du GHT (CSE-GHT). En lien avec les préconisations du Comité Consultatif National d'Éthique CCNE¹

Cette Cellule, constituée d'une vingtaine de membres volontaires issus de tout le GHT est animée par le Pr Pascale VASSAL, chef de service des Soins Palliatifs, et s'est donnée pour mission de proposer à ceux qui en feraient la demande un temps d'échange entre les personnels d'une même équipe. Il s'agit d'évoquer les situations qui ont pu donner lieu à des questionnements ou à des incompréhensions en relation avec des enjeux éthiques.

Un poste de Praticien Contractuel a été créé en date du 30 Octobre. Une astreinte téléphonique sur un numéro dédié (04 77 82 96 34) et une adresse mail (terre.ethique@chu-st-etienne.fr) ont été mises à disposition pour recueillir et traiter les demandes de soutien.

D'une durée d'une heure trente environ, **16 rencontres** ont été organisées dans les services, dans les établissements ou à distance en visioconférence, en présence de deux à trois membres de la CSE-GHT (cf Annexes)

¹ CCNE « COVID-19 CONTRIBUTION DU COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE : Enjeux éthiques face à une pandémie » 13 Mars 2020

Les membres de la CSE-GHT ont assuré également une **permanence téléphonique** 24h/24 et 7j/7. **Chaque semaine une confcall** avec tous les membres de la CSE avait lieu.

3 – Sept saisines

Nous avons été saisis par :

- 1) Les soignants (médecin, psycho) : Un patient en milieu carcéral refusant des soins et dont le refus de soins engage le pronostic vital
- 2) Une patiente admise en UNV suite à un AVC et poursuivant une grossesse
- 3) Pédiatrie/maladies neurodégénératives
- 4) Les 4 vents MAS : accompagnement difficile d'une résidente
- 5) Devenir du patient présenté le 26 septembre 2019 au CH d'Annonay par le Dr Maël PULCINI (médecin psychiatre)
- 6) Saisi du CGLPL le 17 septembre 2020, : confère rencontre terre d'éthique du 17 septembre
- 7) Saisine par le collectif famille EHPAD 42 : confère rencontre de terre d'éthique du 3 décembre

4 – Une sous-commission d'éthique de la recherche dynamique

Elle se compose de : Sandrine ACCASSAT, Frédérique BERTHOLON, Jean Baptiste BOUCHET, David CHARIER, Aymeric CANTAIS, François CHAPUIS, Béatrice DEYGAS, Eric FAKRA, Arnauld GARCIN, Sylvain GRANGE, Laurent GERGELE, Xavier GOCKO, Nicolas MAILLARD, Fabienne PRIEUR, Marie Caroline TRONE, Pascale VASSAL, Alain VIALON.

Elle se réunit une fois par mois.

En 2020, elle a donné **164 avis** sur des études prospectives ou rétrospectives hors recherche impliquant la personne humaine (RIPH)

5 – Un site Internet réactualisé

Le site Internet de Terre d'éthique www.chu-st-etienne.fr/Reseau/reseau/TerreEthique/Accueil.asp, est très régulièrement réactualisé dans ses différentes rubriques et notamment dans ses rubriques littératures et publications :

- Revue de presse du comité consultatif national éthique (CCNE),
- Lettres du CEERE - Centre Européen d'Enseignement et de recherche éthique de Strasbourg
- Lettres de l'Espace éthique azuréen
- Articles récents
- Publications des actes des colloques
- Compte-rendu des rencontres de Terre d'éthique

Annexes

A - Comptes rendus des rencontres de Terre d'éthique

1 - Rencontre du 20 février 2020 : CHUSE Salle d'enseignement du service de pneumologie

Participants :

Christian AUBOYER, réanimateur CHUSE; Marie BOYTON infirmière coordonnatrice HAD santé à domicile ; Alexandra DA CRUZ IDE CH Claudinon ; Michel FAURE, psychologue CH Forez/Montbrison ; Emilie FAVIER médecin ICLN ; Agnès GAUTIER cadre sup CH Firminy ; Corinne MOMPLOT gériatre CH Saint-Chamond ; Fabienne PARSSENGY gériatre, Mutualité française ; Mariana PERNEA médecin EMASP CHAN ; Patricia PETETET gériatre CH Saint Chamond ; Damien PONSONNET, médecin HAD Santé à domicile ; Marie Noëlle VARLET, Gynécologue CHUSE, Pascale VASSAL médecin Soins palliatifs, CHUSE ; Martine VIAL, care de santé Soins palliatifs, CHUSE ;

Excusés

Isabelle CARRIERE gériatre CH Maurice André Saint Galmier ; Jean Paul CHAUSSINAND AR CH Montbrison ; Françoise CHERBUT cadre de santé, les 7 colline ; Jean François JANOWIAK, Généraliste, président du conseil de l'Ordre, Saint Etienne ; Sylvie JAY, réanimateur, CH Annonay ; JF JANOWIAK Julien KEUNEBROEK directeur CHUSE ; Marilynne MARCEAU, médecin Soins palliatifs, HCL ; Blandine MARCELLIN EMSP Forez, Nicole RAMIN sage-femme CHUSE ; Bertrand VIALATTE Directeur UDAF

Questionnement éthique rapporté par Mariana Pernéa à partir de la situation de Mr T Vo né en 1947. Il existe des nombreuses situations où les médecins demandent aux familles (Maisons de retraites, ou hôpital) s'ils veulent la Réanimation ou pas pour leurs parent. Qu'en pensez-vous ?

2 - Rencontre du 19 mars : CHUSE Salle d'enseignement de dermatologie et chirurgie pédiatrique et confcall

Participants :

CHUSE : Thomas CELARIER - gériatre, Isabelle COURT FORTUNE - pneumologue, Jérôme MOREL – réanimateur, Guillaume THIERY – réanimateur, Marc VERCRUYSSÉ réanimateur, Jean Baptiste BOUCHET – réanimateur, Eric DICONNE – réanimateur, Martine VIAL – cadre de santé, Pascale VASAL - Soins palliatifs, Anne FRESARD – maladie infectieuse, Anne POUVARET – maladie infectieuse

HPL : Laurent GERGELE – Réanimateur

Hôpital Maurice André St Galmier : Isabelle CARRIERE – gériatre

CH Annonay : Mariana PERNEA – médecin soins palliatifs, Régis BOMBARDIERI – Aumonier, Sylvie JAY – réanimateur.

Ordre des médecins : Jean François JANOWIAK, Généraliste, président

Espace éthique Auvergne Rhône-Alpes : François CHAPUIS, directeur

Contexte

Nous vivons une situation sanitaire exceptionnelle, pleine d'incertitudes (nombre de cas, durée de l'épidémie, virulence du virus) où les besoins débordent les ressources disponibles et vont nous conduire à faire des choix.

Que dire de l'accès aux soins pour tous, quand la question du triage, du choix, de la sélection, du rationnement et des priorités se pose à nous.

Comment répondre à ces nombreuses questions :

- qui a la priorité d'être soigné quand tout le monde ne peut pas l'être ? Qui hospitaliser en réanimation, quand on ne peut pas hospitaliser tout le monde ?
- quels doivent être les justes principes d'allocation de ressources limitées ?
- quelle place dans ce contexte accordons-nous aux plus vulnérables d'entre nous ?

On comprend là les enjeux bien évidemment sanitaires mais également éthiques et humains.

Des valeurs sont à rappeler dans le cadre de cette réflexion éthique :

- le respect de la dignité c'est-à-dire pour que la valeur individuelle soit reconnue comme absolue. La dignité d'une personne n'est pas tributaire de son utilité.
- l'équité : la répartition équitable des soins s'exprime à travers un jeu de pondération entre les critères de l'espérance de vie, la recherche de l'efficacité et le degré d'urgence
- le respect de l'autonomie du patient au sens de capacité à décider, être autonome c'est être libre avec les autres et non contre eux (directive anticipée, personne de confiance, famille, ..)
- la solidarité consiste à permettre à un plus grand nombre d'exercer leur autonomie

Questionnement

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

- En réanimation, décision ou non d'admettre en réanimation : sur quels critères ? anticiper la réflexion si le nombre de patients augmentent (ce qui est fortement probable) et qu'il n'y ait peu ou pas de lits en réanimation
- En EHPAD, la question de limitation des thérapeutiques ou non chez la personne âgée en EHPAD, présentant un épisode de détresse respiratoire aiguë (hospitalisation, mutation en réanimation, isolement en EHPAD....).Quelle conduite à tenir ? Que faire ou ne pas faire ? Que décider ? Comment anticiper ?
- Quelle est la place des familles ?

Discussion

En début de réunion, Pascale VASSAL (PV) résume la situation en expliquant qu'il y aura beaucoup de patients, avec des ressources limitées et que par ailleurs, se posera le problème de la personne âgée, pour laquelle on peut soit prendre des dispositions générales, soit étudier les situations au cas par cas.

Jérôme MOREL (JM) précise que l'ARS prévoit 3 à 4 fois plus de patients que de lits disponibles. En Auvergne Rhône Alpes, il y a 550 lits de réanimation qui pourront être augmentés à 1 500.

PV : quels critères faut-il retenir pour les admissions ? Faut-il les pondérer avec une notion d'espérance de vie, une notion de qualité de vie ?

JM : « Nous serons dans une logique de médecine de guerre, c'est-à-dire faire le mieux pour le plus grand nombre ». Il faudra donc réfléchir sur les patients qu'on admet et réfléchir à ceux qui peuvent sortir.

Eric DICONNE (ED) Pour faire diminuer la durée de séjour en réanimation, nous pourrions éventuellement songer aux trachéotomies, avec sevrage en dehors de la réanimation, pour cela, on pourra récupérer des respirateurs support de vie auprès des prestataires de services.

Mais les capacités de soins de suite, post-réanimation sont très limitées et il faudra donc créer des services pour ces patients, mais qui pour les gérer ?

Thomas CELARIER (TC) et d'autres insistent sur la nécessité impérieuse de décider, de façon collégiale, de façon à pouvoir dire, qu'en temps normal, on aurait pu essayer la réanimation, mais que dans ce contexte de COVID, ce n'est pas possible. Il faudra qu'il y ait des réflexions en amont.

Un des problèmes importants est que les familles sont en dehors des EHPAD et pourront être difficilement concertées.

Mariana PERNEA (MP) : beaucoup d'EHPAD n'ont pas de médecin coordinateur (la moitié dans notre zone). Sur les EHPAD d'Annonay, les médecins ont analysé les dossiers et ont appelé les familles. Certaines (3 ou 4), ont refusé l'idée d'une abstention thérapeutique.

Il est aussi rappelé par de nombreux participants qu'une personne âgée peut ne pas être éligible à la réanimation, mais peut avoir simplement besoin d'être hospitalisée dans les lits de MCO.

TC indique qu'il est en train de créer une équipe mobile COVID pour les EHPAD, qui pourra donner des avis téléphoniques pour éviter les hospitalisations. Cette équipe est composée d'un gériatre et d'une infirmière et pourra s'occuper de Saint Etienne et de la petite couronne.

Il y aura également des problèmes de transports.

Des personnes, dans l'assistance ré insistent sur la problématique des patients intermédiaires.

JM insiste à nouveau sur le fait qu'il faudra s'adapter au nombre de lit. TC, sur le fait qu'il faudra des avis multidisciplinaires avec des écrits.

JML : nous faisons un tour quotidien des réanimations du GHT.

Laurent Gergelé (LG) : « il faut faire une conf call chaque jour dans les services de réanimation, pour pouvoir accorder nos critères, de façon à ce que les admissions soient faites sur les mêmes notions, dans tous les services et qu'il n'y ait pas de disparité ».

Il insiste sur la nécessité de ne pas créer de « faux espoir » chez les patients.

Guillaume THIERY (GT) insiste sur le fait que, au vu de la sévérité et de la durée de ventilation, la grande majorité des patients d'EHPAD, ne peuvent pas être admis en réanimation car n'en retirerait aucun bénéfice.

ED : Actuellement, les patients admis ont tous des évolutions très longues et tous les décès qui ont été constatés sont tous survenus après des limitations de soins (LATA).

Il peut arriver en réanimation que l'on essaie des réa courtes, des réa d'attente, mais là, ce n'est pas possible.

ED : En réanimation CHUSE actuellement, il y a 13 patients de 75 ans, mais dont l'état général est bien meilleur que celui des patients habituels.

LG : « à 12 h chaque jour, il y a, au CHPL, une réunion pour décider du devenir des patients : réa ou pas réa ? Ces décisions peuvent être revues chaque jour.

Il semble, d'avis général, que les règles d'isolement total, d'interdiction pour les familles de rentrer pour les fins de vie ou pour les patients décédés, soient amenées à être allégées. Actuellement, dans les services, ils laissent rentrer une famille restreinte.

En Alsace, il n'y a pas de réanimation après 70 ans. En Italie, pas de réanimation après 65 ans.

PV informe que l'EMASP de Saint Etienne peut en fonction de la demande prendre en charge en EHPAD des PA qui en ont besoin, contrairement à notre fonctionnement dans cette situation le médecin de l'EMSP prescrira pour éviter que le médecin traitant se déplace.

TC parle de la possibilité d'HAD pour les EHPAD où il n'y a pas d'infirmière la nuit. Il parle également de réquisition d'une infirmière pour les équipes mobiles.

Jean François JANOWIAK : SOS médecins aurait parlé de créer une structure SOS infirmières. Ils vont être contactés pour savoir où en est le projet. Des IDE (au nombre de 12) se seraient portées volontaires pour apporter leurs aides.

François CHAPUIS informe qu'une cellule Ethique régionale va se créer, en lien avec les cellules de soutien éthique mise en place dans les 4 CHU de la région Auvergne Rhône-Alpes, pour aider à la résolution des situations difficiles. Elle pourrait fonctionner en partage d'informations, avec une approche collégiale de la décision et s'appuierait sur des médecins référents de crise.

Des infectiologues organisent à des réunions hebdomadaires dans leur service et proposent de diffuser les comptes rendus.

Plusieurs personnes estiment qu'il serait intéressant de revoir « à froid », les décisions prises « à chaud », en se rapprochant des techniques de groupe Ballint, car « psychologiquement ça va laisser des traces chez nous, ça va pleurer dans les services »

Isabelle COURT FORTUNE dit qu'elle prendra des post-réanimation, mais bien sûr, avec des possibilités limitées en terme de nombre. Elle a d'ores et déjà demandé à ADEN de lui réserver des respirateurs support de vie

LG soulève la question d'ouvrir d'autres lits de post réa

GT va rédiger une grille rapide pour évaluer les décisions éthiques prises.

Synthèse

Tout au cours de la séance, à plusieurs reprises, l'ensemble des participants a insisté sur :

- la lourdeur de la situation à venir
- son caractère inédit
- la nécessité de réfléchir aux possibilités de prise en charge matériels et ce de façon homogène sur le territoire.
- la nécessité d'une procédure collégiale, écrite avec l'aide de la *fiche Pallia SAMU pour les résidents des EHPAD*
- la nécessité de prévoir des solutions pour se préserver et préserver nos équipes,
- soutien psycho émotionnel pour les soignants et téléphonique possible en rétrospectif pour les familles

Propositions du groupe

- Equité : même prise en charge sur tout le territoire : les réanimateurs vont s'appeler tous les jours, pour discuter des critères d'admission en réanimation qui se modifieront probablement en fonction du nombre de demande, un médecin de la cellule de soutien éthique participera à ces discussions afin de rappeler les principes éthiques qui guident les meilleures décisions possibles.
- Juste soin pour les EHPAD, demande à tous les médecins coordonnateurs et médecins généralistes d'anticiper au mieux sur la conduite à tenir pour tous les résidents si leur état clinique se dégrade (Covid + ou autre pathologie), en fonction des co-morbidités, des facteurs de fragilité se positionner par rapport ou non à une hospitalisation. Pour cela, nous proposons de compléter la fiche pallia Samu en PJ pour tous les résidents. Par ailleurs, nous informerons d'être questionner sur les différentes hotlines gériatrique, COVID, Soins Palliatifs
- Assurer la meilleure fin de vie des patients âgés en EHPAD avec la problématique de la continuité des soins notamment la nuit, les EHPAD pourront faire appel aux HAD mais aussi nous allons essayer de voir si les IDE qui se sont portés volontaires pourraient intervenir (réfléchir ce projet avec JF Janowiak, T Celarier, P Vassal)
- Aide à la réflexion éthique des soignants travaillant dans des services COVID : participation à une réunion hebdomadaire
- Création d'une cellule éthique de soutien éthique
 - Membres
 - Réanimateur : Guillaume THIERY
 - Maladie infectieuse : Anne POUVARET
 - COVID+ : Isabelle COURT-FORTUNE
 - Gériatre : Thomas CELARIER
 - Psychiatre : Eric FAKRA
 - Soins palliatifs, éthique : P VASSAL
 - Cadre de santé : Martine VIAL
 - Missions
 - Apporter une réflexion éthique pour aider des décisions complexes
 - Analyser les décisions, *a posteriori*, à la lumière des principes éthiques pour prévenir la souffrance des médecins et des paramédicaux
 - Apporter un soutien aux réanimateurs lors des LATA (avis extérieur)

- Rester disponibles pour répondre à des questions de la part des soignants, de l'administration
- Modalités pratiques
 - N° appel
 - Adresse mail terre.ethique@chuse.fr
 - Saisines

3 - Rencontre du 2 Avril 2020 : CHUSE Salle d'enseignement de dermatologie et chirurgie pédiatrique présentiel et conf call

Participants :

CHUSE : Thomas CELARIER - gériatre, Tiffany TROUILLON - pneumologue, Jérôme MOREL – réanimateur, Jean Baptiste BOUCHET – réanimateur, Martine VIAL – cadre de santé, Pascale VASAL - Soins palliatifs, Eric FRAKA - psychiatre, Anne POUVARET – maladie infectieuse, Marie France LUTZ - maladie infectieuse

HPL : Laurent GERGELE – réanimateur

Hôpital Maurice André St Galmier : Isabelle CARRIERE – gériatre

CH Annonay : Mariana PERNEA – médecin soins palliatifs, Régis BOMBARDIERI – aumônier, Sylvie JAY – réanimateur

CH du Forez : Jean-Paul CHAUSSINAND - réanimateur

Ordre des médecins : Jean François JANOWIAK, généraliste, président

En introduction nous reprenons les éléments de réflexion de la rencontre précédente du 18 mars 2020

- L'équité de prise en charge des patients en réanimation
- Le juste soin pour les patients âgés vivants en EHPAD
- La meilleure fin de vie pour les patients âgés en EHPAD : continuité des soins jour-nuit
- Les problèmes éthiques rencontrés par les soignants pour des patients COVID+
- La cellule de soutien éthique

Chacun pourra évoquer les dilemmes éthiques rencontrés au regard de nos propositions : en réanimation, en EHPAD, dans les unités COVID+ : selon quels principes éthiques répartir les ressources limitées ? Comment choisir les patients qui auront le droit de recevoir des soins nécessaires à leur survie ?

1 – Réanimation LATA

En réanimation, l'organisation d'une conf call quotidienne, à laquelle participent tous les réanimateurs du GHT Loire, a permis dans ce contexte d'urgence sanitaire, de gérer au mieux la situation, 110 lits de COVID positifs ce 02/04, avec une limite d'âge de 80 ans, pour l'admission en réanimation, limite discutée et acceptée de manière consensuelle par l'ensemble des acteurs du territoire, ce qui permet une attitude cohérente, à la fois pour les patients et pour les professionnels. Il est précisé que cette décision a permis une optimisation de gestion des lits de réanimation, de ne pas être submergé et de conserver un niveau de soins quasiment normal. La discussion a également pris en compte la situation

difficilement tenable pour les professionnels des services de réanimation de devoir limiter les soins de réanimation pour certains patients qui auraient été intubés afin de donner une chance à d'autres patients, il est plus difficile d'accepter une limitation dans cette situation. Cette limite d'âge reste néanmoins interrogée pour chaque patient, la démarche éthique, dans ce contexte, prend encore plus de sens, en recherchant autant que faire se peut, la parole du patient voire ses directives anticipées dans une procédure collégiale, sans oublier de tracer la décision dans le dossier du patient.

Jérôme Morel et d'autres insistent sur le fait qu'en réanimation, les cas sont assez cadrés. En effet, les limitations thérapeutiques et les décisions de non réanimation sont en général faites en amont dans les services CODIV+. Néanmoins, ces décisions restent difficiles à prendre même si l'on a décidé de prendre en compte le critère de l'âge, il est parfois important que les réanimateurs discutent avec d'autres collègues, et se concertent dans le cadre de procédures collégiales.

Laurent Gergelé souligne le fait qu'un patient qui a une étiquette soins palliatifs, a un pronostic moins bon, car toutes les thérapeutiques possibles ne lui sont pas forcément proposées. Il ré insiste sur le fait qu'il est indispensable d'avoir une réflexion collégiale à la fois pour essayer d'approcher la vérité et pour supporter à plusieurs la responsabilité.

A posteriori, il faudra étudier cette population âgée pour voir qu'elle aura été son évolution, à la fois pour les quelques patients inclus avant que soit décidée la limite d'âge et pour ceux laissés en service conventionnel.

Les réanimateurs soulignent l'implication et la contribution admirable des professionnels paramédicaux dans cette situation complexe.

Jean Paul Chaussinand évoque le questionnement éthique que lui pose une de ces patientes de 69 ans, autonome, vit seule, en surcharge pondérale (BMI 30), BPCO, hypertendue, diabète non insulino-dépendant, insuffisance respiratoire chronique, qui est hypoxique (PaO₂ = 54) et non hypercapnique. Les avis divergent pour la prise en charge de cette patiente pour laquelle le test PCR est négatif mais le tableau très évocateur d'un COVID+ (scanner évocateur). Il est difficile pour elle de raisonner et d'avoir son expression sur ses souhaits, elle ne supportait pas la VNI à domicile.

Que faire ? Faut-il la muter en réanimation compte-tenu des facteurs de co-morbidités ? Son pronostic, une fois intubée, serait extrêmement mauvais pour certains, mais incertain pour d'autres. En dehors du contexte d'épidémie et de ressources limitées, la patiente aurait été prise en charge en réanimation. Faut-il lui proposer une VNI avec un risque majoré de diffusion du virus par aérosolisation et contamination des soignants ?

Pour les réanimateurs présents, il semble qu'une intubation ne serait pas une bonne indication, mais qu'en effet la VNI serait l'indication thérapeutique à retenir. Dans certains services de réanimation la VNI est utilisée, avec l'obligation pour toute personne qui entre dans le service d'être entièrement équipé de protection (surblouse, masque FFP2, lunette, charlotte, surchaussures).

La question de la VNI va probablement se poser également dans le cadre de certaines situations de sevrage respiratoire.

Certains psychologues, libérés de leurs obligations habituelles, assistent aux staffs journaliers fait dans le service de réanimation et de ce fait voient les soignants qui peuvent être en difficulté et les familles. Leur présence dans le service, dans les mêmes conditions que les soignants, est perçue très positivement au sein de l'équipe.

2 – Souffrance des soignants

Laurent Gergelé souligne le caractère peu éthique de laisser des soignants exclus 15 jours parce qu'ils sont COVID + alors qu'ils pourraient revenir plus tôt. Les nouvelles consignes sont plus en adéquation à savoir 8 jours d'arrêt.

Jérôme Morel insiste sur la peur, parfois insurmontable voire irrationnelle que présente certains soignants, ou d'autres intervenants et souligne l'intérêt d'une cellule d'aide psychologique. Eric FAKRA nous explique que 15 volontaires psychologues sont disponibles sur le CHU pour intervenir en binôme dans les services pour les équipes soignantes de jour et de nuit. Il faudrait que les cadres des unités n'hésitent pas à interpellier les psychologues pour soutenir les soignants. Il faut également être vigilant aux professionnels des équipes de nuit.

A Montbrison, une cellule de soutien psychologique est disponible en journée, à Annonay, une seule IDE, à l'HPL, le service ambulatoire est transformé en hôtel-restaurant pour les soignants des unités COVID+, avec une salle organisée pour être conviviale. Dans cette salle, trois fois par semaine au moment des repas, des psychologues sont présents et à disposition des soignants, qui vont, semble-t-il, volontiers les voir pour une écoute individuelle ou en groupe.

La souffrance des soignants est très présente, Anne Pouvaret nous dit combien le vécu des soignants est difficile, dans les services COVID+ face à des patients présentant des tableaux de grande détresse respiratoire aiguë, des limitations des traitements, la mise en place de sédations vécues comme des euthanasies, et de nombreux décès. Sans compter la place des familles, qui elles, aussi, sont en détresse.

Jean François Janowiak, appuyé par l'ensemble des participants, insiste sur le danger de faire une dichotomie entre le personnel prenant en charge des patients COVID+ et ceux prenant en charge des non COVID, et de ne pas créer une catégorie de « supers héros » et les autres qui pourraient se sentir exclus de la « reconnaissance » générale, la poursuite de la prise en charge des soins ordinaires étant tout à fait capitale et l'implication des soignants dans tous les secteurs remarquables.

3 – EHPAD

De nouvelles directives indiquent que les résidents, déjà confinés dans l'EHPAD, doivent être confinés dans leur chambre.

Isabelle Carrière nous rapporte que 6 résidents dans une unité de vie protégée sont COVID +, une question éthique se pose : faut-il protéger les autres résidents de l'UVP en les contenant physiquement voire chimiquement ou les laisser libres de déambuler en sachant qu'ils sont patients contacts ?

A Saint-Galmier, des activités individuelles sont organisées ainsi que des promenades dans le parc. Il est remarqué que le confinement est parfois plus difficile à accepter pour les familles que pour les patients en fonction des organisations qui ont pu être mises en place.

La question de la souffrance dans les EPHAD est soulevée ; les soignants sont très inquiets de ne pas pouvoir faire face à l'épidémie par manque de moyens, d'information et de présence de soignants jour et nuit.

4 – La place des familles

Certains services, comme Montbrison, ont mis en place des Skype en réanimation, qu'il faut sans doute utiliser à bon escient. Dans une grande majorité de services, les familles sont accueillies par les soignants des services lors de la phase agonique, et pour voir le corps du défunt. Certaines familles ne souhaitent pas venir probablement par peur d'une contamination.

A noter, que dans tous les hôpitaux, et les EHPAD, les familles sont régulièrement informées par téléphone de l'état de santé de leur proche.

A l'HPL, il n'y a pas de visite du tout dans l'enceinte de la clinique, du fait des consignes institutionnelles, et les familles peuvent voir les défunts en chambre mortuaire.

Les rapatriements des corps au Maghreb sont absolument impossibles actuellement. Il existe un numéro de soutien, que l'on peut appeler le 07.56.83.43.00, éventuellement une inhumation provisoire peut être proposée.

5 – Médecine de ville

Jean François Janowiak souligne la baisse d'activité, de 70 à 80%, des médecins généralistes et s'inquiète des retards de diagnostic et des conséquences pour les patients atteints de pathologies chroniques qui n'ont plus de suivi actuellement.

Pour conclure, quelques réflexions :

La richesse du groupe est de réunir ensemble des médecins de spécialités très différentes pour partager des réflexions éthiques qui nous concernent pourtant tous avec les notions :

- équité pour tous les patients du GHT admis en réanimation
- équité pour les patients en EHPAD qui vivent dans des unités de vie protégée – UVP -
- respect de la dignité quelle que soit la décision et le contexte d'urgence, le patient est considéré comme une personne
- l'accompagnement des familles reste une priorité pour chacun

Et n'oublions pas que chaque situation clinique est singulière et que derrière le COVID il existe un Homme.

4 - Rencontre du 16 Avril 2020 : CHUSE Salle d'enseignement de dermatologie et chirurgie pédiatrique présentiel et conf call

Participants :

CHUSE : Martine VIAL – cadre de santé, Pascale VASAL - Soins palliatifs, Guillaume THIERY – réanimateur, Jérôme MOREL - réanimateur

CH Annonay : Mariana PERNEA – médecin soins palliatifs, Régis BOMBARDIERI – aumônier, Sylvie JAY – réanimateur

CH Forez : Jean Paul CHAUSSINAND – réanimateur

HPL : Laurent GERGELE – réanimateur

Ordre des médecins : Jean François JANOWIAK, généraliste, président

1 – Place actuelle des familles

Difficile de comprendre les contraintes du confinement les restrictions de liberté quand on n'est pas concerné, à Annonay pas de patient COVID+ dans les EHPAD

Explications : fermeture très tôt des EHPAD a permis de protéger les résidents

Place des familles

- réanimation B : - famille reçue le 1er jour pour donner des explications puis pas de visite sauf si fin de vie

- réanimation G : visite organisée par le CS sur rendez-vous

- réanimation Annonay : visite autorisée jour et nuit

- réanimation Montbrison : visite permise en fonction des situations évaluées par le médecin

Service de médecine CH Annonay : visite interdite pour toutes les familles, problème pour l'accompagnement, famille très demandeuse qui ne comprendra pas l'évolution de la dégradation de son parent si ne le voit pas

Discussion

Question d'équité ou d'égalité : pas de visite pour personne

Cette interdiction ne peut pas perdurer

2 – Discussion et réflexions

Comment conjuguer le principe de précaution : protection de l'état de santé du patient et le principe de bienfaisance des familles qui présentent une réelle souffrance

Comment penser les principes éthiques pour le patient

- principe d'autonomie du patient : que souhaite-t-il ?

- principe de bienfaisance : qu'est-ce qui est le mieux pour le patient

Comment assurer notre responsabilité de protéger les autres patients et les soignants

3 – Propositions

Pré requis incontournable ou quelques règles incontournables

Pour une harmonisation des pratiques sur le territoire, nous proposons que ces règles soient proposées à l'ensemble des établissements médicaux du GHT Loire

Principes généraux

- Respect des gestes barrières :

- Masques : qui les fournit
- SHA
- Distanciation : pb salle d'attente ou s'il n'y en pas

- Visite sur rendez-vous afin de les organiser pour l'ensemble des patients hospitalisés dans un service, les heures de visite sont fixées par l'équipe médicale et paramédicale en fonction de l'organisation des soins
- Définir le nombre de personnes autorisées par visite 1, 2, 3
- Quelles personnes : conjoint ? enfants ? parents ? frères ? sœurs ?
- Quelle durée : 30 minutes ? une heure ou plus ?
- Quelle périodicité pour un patient
- Quel encadrement des visites ?

La régulation des visites en donnant des rendez-vous est-elle suffisante ou faut-il imaginer

- un guichet commun à l'entrée de l'hôpital pour vérification (masque- SHA) et rendez-vous ?
- un appel des familles qui attendent dans leurs voitures (confère pédiatrie)

Principes particuliers et en pratique

A penser, organiser dans chaque service

5 - Rencontre du 28 Avril 2020 : CHUSE Salle d'enseignement de dermatologie et chirurgie pédiatrique présentiel et conf call

Réflexion sur la nouvelle place des familles à l'hôpital, Rétablir les liens

Introduction

Ce projet, que nous vous proposons, a été élaboré par les membres de Terre d'éthique. Nous ne donnerons pas de réponse formelle (ce n'est pas l'objectif de Terre d'éthique), mais nous vous proposons des grands axes d'orientations réfléchis à partir des principes éthiques tels que bénéfico-risques, autonomie, équité, responsabilité....

Contexte

Depuis le début de la crise sanitaire, les visites des familles sont interdites à l'hôpital sauf pour les patients en fin de vie. Cette mesure, quoique nécessaire pour des raisons infectieuses, est très pénalisante pour les patients et les proches.

Actuellement, nous percevons :

- Pour les patients
 - la tristesse voire la perte de l'élan vital de certains patients seuls dans leur chambre
 - en réanimation, le besoin de la présence d'éléments familiaux et rassurants lors de la phase de réveil,
 - en fin de vie, à la souffrance morale d'affronter la mort, s'ajoute la souffrance de ne pas pouvoir être entouré de ses proches
 - la solitude des patients

- Pour les familles
 - o la souffrance des familles, certaines montrent une grande résilience, d'autres au fur et à mesure que les jours passent, montrent une grande colère, une incompréhension
 - o l'impossibilité de voir le patient et de s'entretenir directement avec l'équipe médicale ajoutent de l'anxiété au stress naturel d'avoir un proche hospitalisé en réanimation, en unité de soins palliatifs, en service COVID-19 dédié.
 - o la culpabilité de ne pouvoir accompagner leur proche
 - o l'attente stressante de l'appel téléphonique du médecin : que va-t-il me dire ?

- Pour les soignants
 - o le malaise des soignants et leur culpabilité de devoir refuser une visite quand une famille le demande
 - o la difficulté à annoncer par téléphone à une famille la décision de LATA
 - o les difficultés de parler de l'état clinique du patient par téléphone, comment interpréter les silences, il nous manque le langage non verbal, les expressions du visage, les mimiques

Les soignants et les directions des hôpitaux ont fait preuve d'imagination, d'adaptabilité pour que le lien famille-patient ne soit pas trop rompu :

- appel quotidien des familles
- envoi du livret d'accueil du service
- envoi d'une lettre explicative régulièrement
- tenu d'un livret de bord dans lequel les soignants collent les mails, les photos, les témoignages que les proches envoient dans le service ; véritable mémoire vivante, ainsi lorsque le patient se réveillera et sortira du service de réanimation, il pourra vivre, comprendre ce qui s'est passé durant son hospitalisation tant dans sa famille que dans la société
- utilisation de tablettes pour communiquer par *Skype*
- réalisation d'entretiens téléphoniques avec les familles par « *face time* » pour essayer de créer du lien
- mise du téléphone à l'oreille d'un patient même sédaté

Questionnements éthiques

Les familles peuvent rendre visite à leurs proches en EHPAD, quant est-il à l'hôpital aujourd'hui et demain après le confinement ?

- Comment préserver ou rétablir l'inestimable contact humain entre les patients et leurs proches ?
- Comment faire autrement ?
- Comment penser cette question sur le plan individuel (rencontre du patient et de ses proches) et sur le plan collectif (non contamination) ?
- Comment conjuguer distanciation physique dite « sociale » et maintien du lien social ?
- Comment réfléchir sur les risques et les bénéfices des visites, protéger les patients (isolement) et éviter le retentissement tant physique que psychique de cet isolement sur le patient et ses proches ?
- Comment rester équitable ?

Au sein de l'hôpital, la place des proches doit, bien sûr, être très précisément définie et encadrée.

Notre réflexion éthique se situe à 4 niveaux

1) pour le patient, penser les principes éthiques

- d'autonomie : que souhaite-t-il ? comment lui permettre d'exercer son libre arbitre

- de bienfaisance : qu'est-ce qui est le mieux pour le patient ?

2) pour les proches : respect du principe de précaution : protection de l'état de santé du patient et du principe de bienfaisance pour les familles qui présentent une réelle souffrance

3) pour les soignants, permettre au patient de voir ses proches, leur donner des informations et leur apporter un soutien et assumer notre responsabilité de protéger les autres patients et les soignants

4) pour l'institution, elle se doit d'être garante d'une équité pour tous les patients COVID + et COVID free et d'assurer une protection de chacun patient-famille-soignant.

A noter que les EHPAD et les services de réanimation ont déjà réfléchi à l'accueil des proches, et ont mis en place des procédures adaptées.

Principes

Principes généraux

Pour une harmonisation des pratiques sur le territoire, nous proposons que ces principes généraux soient présentés à l'ensemble des établissements médicaux du GHT Loire

Pour nous, ces principes généraux sont des prérequis incontournables

- Respect des gestes barrières :

- questionnaires sur l'état de santé des visiteurs comme pour les patients, prise de température ?
- masques obligatoires : qui les fournit ? quel type de masque ?
- solution Hydro Alcoolique (SHA)
- distanciation physique: problème des salles d'attente ou s'il n'y en pas comment éviter les croisements de personnes

- Visites sur rendez-vous planifier pour l'ensemble des patients hospitalisés dans un service, les heures de visite seraient fixées par l'équipe médicale et paramédicale en fonction de l'organisation des soins

La régulation des visites en donnant des rendez-vous est-elle suffisante ou faut-il imaginer

- un guichet commun pour les visiteurs à l'entrée de l'hôpital pour vérification (masque-SHA) et rendez-vous ?
- un appel des familles qui attendent dans leurs voitures (confère pédiatrie) ?

- Définir le nombre de personnes autorisées par visite 1, 2, 3

- Quelles personnes : conjoint ? enfants ? parents ? frères ? sœurs ?

- Quelle durée : 30 minutes ? une heure ou plus ?

- Quelle périodicité pour un patient ?

- Quel encadrement des visites ? Accueil : pédagogie autour des gestes barrières, information risques, qui le fait (très chronophage)
- Les services seront-ils tous fermés pour une régulation des visites ?
- Une fiche d'information destinée aux patientes et aux familles devra être ajoutée dans le livret d'accueil

Principes particuliers et en pratique

Ces principes généraux sont à décliner par chaque service qui définira une procédure pratique : Service de réanimation COVID + et COVID -, Unités dédiées COVID-19 +, Services de médecine, Services de chirurgie, Services de pédiatrie, Services de gynécologie et obstétrique, service de rééducation, Hôpitaux de jour, Consultations

6 - Rencontre du 26 Mai 2020 : CHUSE Salle d'enseignement de dermatologie et chirurgie pédiatrique présentiel et conf call

Participants :

CHUSE : Héloïse MUNOZ-PONS – médecin Médecine Interne, Martine VIAL – cadre de santé Soins Palliatifs

CH Annonay : Mariana PERNEA – médecin Soins Palliatifs, Sylvie JAY – réanimateur

Clinique Mutualiste : Vincent GAUTHIER – réanimateur

L'ordre du jour concernait la place de la famille et la réflexion autour du déconfinement / période post-covid.

Du fait de l'absence de gériatres et du peu de participants, la discussion, à bâton rompu, a permis à chacun d'exprimer son vécu, questionnement, expérience dans cette période de crise.

1- Place des familles / autorisation de visites - à l'hôpital – en institution

Au CHU de Saint Etienne, en soins palliatifs, les visites sont organisées sur RDV sur des créneaux horaires toutes les ½ heures, réparties de 15h à 20h30 afin éviter que les familles se croisent. Une visite par jour et par patient, de 2 personnes pour une durée d'une heure est autorisée. Les infirmières(iers) gèrent la prise de RDV qui sont tracés dans un tableau informatisé. Si besoin, le médecin du service peut recevoir la famille le jour de la visite. Une procédure a été formalisée et est donnée au patient et à l'entourage. L'organisation des visites se passe plutôt bien et est relativement bien comprise et acceptée par tous. La formalisation des modalités d'organisation des visites avec le rappel de la note institutionnelle sur la restriction des visites est aidante pour les professionnels qui rencontrent moins de situations conflictuelles. La discussion en équipe autour des modalités d'organisation des visites, a été aussi l'occasion de remettre le patient au centre et de rappeler l'importance de s'enquérir de son

souhait concernant les visites. Il s'est avéré qu'en posant la question, certains patients ont exprimé ne pas souhaiter de visite.

En médecine interne au CHU de Saint Etienne, les visites sont réduites à une visite par semaine d'une durée d'1h, une seule personne à la fois (en dehors des situations de fin de vie) mais l'équipe paramédicale doit faire face à certains débordements, notamment le week-end. La gestion des RDV ainsi que les explications des règles est chronophage et énergivore pour l'équipe soignante.

Au CH d'Annonay, les maisons de retraite ont souvent instauré la possibilité de visites encadrées, dans des lieux dédiés, en dehors des chambres des patients. Cela se passe plutôt bien, sauf pour les patients qui présentent des troubles cognitifs. Des « parloirs » ont été mis en place et les résidents sont accompagnés par une psychologue ou une animatrice pour les rencontres.

A la Clinique mutualiste, en réanimation, trois créneaux d'une heure ont été organisés (entre 12h et 20h), chaque après-midi. Les horaires de visites sont donnés par la secrétaire du service et 1 personne est autorisée à rentrer (en dehors des situations de fin de vie). Le médecin rencontre les familles quotidiennement. Le frein à la reprise des visites est surtout venu des soignants par peur de contaminer les familles. L'organisation des visites en secteurs Covid nécessite également une mise à disposition de matériel pour l'entourage (masques, surblouses, charlottes, lunettes) qui est à prendre en compte. Un ouvreuse accueille les membres de famille à l'entrée de la clinique qui sont guidées ensuite pour l'habillage et accompagnées dans la chambre par l'IDE.

Au CH d'Annonay, en réanimation, les visites de fin de vie n'ont jamais été annulées ; elles sont maintenant possibles pour les familles, sur rendez-vous, en autorisant 2 à 3 visites chaque jour sur l'ensemble du service.

Quelques soient les établissements, les différentes équipes ont usé d'ingéniosité pour limiter les répercussions de la distanciation. Certaines expériences seront probablement pérennisées comme utilisation de Skype sur tablette, l'utilisation d'outils d'accompagnement des familles lors du séjour d'un proche en réanimation (livret, lettre...), ouverture de certains services de réanimation 24h/24....

Il a également été constaté que certains membres de familles ne sont pas venus en visite par peur de se contaminer.

La volonté d'équité en formalisant des modalités d'organisations discutées en équipe et validées par les institutions, a aidé à accepter les restrictions de visites tant pour les professionnels que pour les patients et leur entourage.

2- Admissions en réanimation – questionnaire et vécu

Concernant les admissions en réanimation, et plus particulièrement la notion de critère d'âge qui a été beaucoup questionnée, réfléchi, discutée, débattue, mise en perspective dans le contexte de la crise et pour laquelle les acteurs au sein du GHT Loire étaient dans un consensus ([Cf. CR Terre Ethique du 02/04/2020](#)), il semble important de ne pas occulter ce que cela peut faire vivre encore *a posteriori* pour les uns et les autres.

Ce qui est à souligner, c'est l'humilité des réanimateurs devant une situation inédite, où les connaissances et apprentissages se sont faits au fil des prises en charge, au quotidien, dans le partage et la solidarité. L'organisation au sein du GHT Loire a été particulièrement performante et les relations interprofessionnelles ont permis aussi un soutien mutuel.

L'évolution de cette pathologie non connue, s'est avérée longue et il apparaît que des patients porteurs de comorbidités ou d'un âge avancé, ne retireraient vraisemblablement pas de bénéfice d'un séjour en réanimation. Le constat des séjours longs a aussi amené la réflexion autour du risque de saturation des possibilités d'accueil en réanimation et du risque de devoir revoir les critères d'admission ou de limitation, ce qui auraient été encore plus difficile à accepter. Pour rappel, sur le GHT, il y avait, avant la crise, 77 lits de réanimation, et au plus fort de la crise, nous sommes montés à 201 lits.

Cette sélection à l'admission des malades, que certains appellent « tri » est un élément important de la stratégie dans la médecine de catastrophes ou en temps de guerre. Au début de l'épidémie, des termes militaires ont souvent été employés par nos dirigeants. Les professionnels médicaux avaient un devoir à s'inscrire et conduire cette réflexion éthique en amont. Les consignes étaient de se déplacer auprès des patients, d'avoir une réflexion collégiale et de la tracer dans le dossier. Cette anticipation a pu être faite au vu de l'expérience italienne et de nos confrères de l'Est. Cette concertation préalable a sans doute permis de prendre des décisions de façon plus apaisée. Il est vraisemblable que chaque fois que des réunions d'équipe ont pu être réalisées, elles ont été bénéfiques et qu'à terme, il faudra pouvoir rediscuter de la situation de ces patients qui n'ont pas été admis en réanimation. La venue du médecin réanimateur et la concertation collégiale dans le cadre d'une décision d'admission ou non en réanimation, ont permis au médecin référent du patient d'être plus à l'aise pour porter la décision, donner les explications au patient, à l'entourage et à l'équipe, décisions qui ont par ailleurs mieux acceptées et comprises.

Il est rappelé qu'en dehors de la période Covid, l'admission en réanimation est habituellement réfléchi et discutée et que la singularité de la situation de chaque patient est au cœur de la réflexion. La dynamique décisionnelle dans la période Covid est restée la même.

Concernant l'accompagnement des équipes soignantes, en médecine interne au CHU (service Covid), des réunions de « débriefing éthique » ont été organisées avec la participation de Pascale Vassal à la demande des médecins du service et ont été très investies et appréciées par toute l'équipe soignante. Cette expérience pourrait être poursuivie.

3- Vécu post crise

Il faudra pouvoir reparler du vécu de cette période singulière. Les soignants ont fait preuve d'un total engagement spontanément, ils ont fait corps et ont investi des réorganisations considérables dans un temps extrêmement court. Ils ont mis leur mission en priorité, parfois en faisant des choix de séparation pour un temps avec leurs enfants afin de ne pas leur faire prendre de risque. Ils sont parfois venus travailler la peur au ventre.

La reconnaissance de la population et la surmédiatisation des « supers héros soignants » a pu être lourde à porter pour certains.

Il s'agit aussi de ne pas oublier le risque de différence de traitement, comme pour la prime par exemple, que les établissements privés ne pourront peut-être pas budgétiser ou qui ne sera pas la même en fonction de la zone. Ces différences risquent d'être vécues comme très inéquitables alors que l'investissement et l'engagement ont été les mêmes.

Le retour à un fonctionnement plus normal, pourrait être l'occasion de survenue de conflits (vécus individuels différents, implication ou participation différentes...) et de contrecoups qu'il va falloir gérer.

Il s'agira de ne pas occulter les répercussions que cela pourrait générer et les questions qui vont se poser.

7 - Rencontre du 17 septembre 2020 : CHUSE Salle Bessat en présentiel et conf call

Participants :

Christian AUBOYER, réanimateur CHUSE; Régis BOMBARDIERI, Aumonier ; Jean Paul CHAUSSINAND AR CH Montbrison ; Renée CRINE cadre de santé psychiatrie CHUSE ; Emilie FAVIER médecin ICLN ; Marilyne MARCEAU, médecin Soins palliatifs, HCL ; Caroline LUSSATO directrice CH Maurice André Saint Galmier ; Catherine MASSOUBRE, chef du pôle de psychiatrie CHUSE ; Corinne MOMPLOT gériatre CH Saint-Chamond ; Solange MUTIEL cadre de santé pédiatrie CHUSE ; Nicolas ORIOL interne en psychiatrie CHUSE ; Patricia PETETET gériatre CH Saint Chamond ; Damien PONSONNET, médecin HAD Santé à domicile ; Yvonne QUENUM IDE psychiatrie CHUSE ; Pascale VASSAL médecin Soins palliatifs, CHUSE ; Martine VIAL, cadre de santé Soins palliatifs, CHUSE ; Maud VOIRON philosophe.

Excusés :

Isabelle CARRIERE gériatre CH Maurice André Saint Galmier ; Alexandra DA CRUZ IDE CH Claudinon ; Pierre Fournel, oncologue ICLN ; Vincent GAUTHIER réanimateur clinique mutualiste ; Agnès GAUTIER cadre sup CH Firminy ; Nicole GIRAUDIER sage-femme CHUSE ; Jean François JANOWIAK, Généraliste, président du conseil de l'Ordre, Saint Etienne ; Sylvie JAY, réanimateur, CH Annonay ; Julien KEUNEBROEK directeur CHUSE ; Blandine MARCELLIN EMSP Forez ; Fabienne PARSSEGNY gériatre, Mutualité française ; Mariana PERNEA médecin EMASP CHAN ; Michel FAURE, psychologue CH Forez/Montbrison ; Marie Noëlle VARLET, Gynécologue CHUSE, Bertrand VIALATTE Directeur UDAF.

Introduction

Nous avons rendu hommage à Françoise Cherbut, membre de Terre d'Ethique, cadre de santé à l'ICLN puis au Centre 7 collines, décédée cet été.

Nous accueillons avec grand plaisir Maud VOIRON, philosophe spécialiste en éthique médicale et bioéthique, enseignante en philosophie de la médecine, qui a présenté sa candidature spontanée pour intégrer notre comité éthique de territoire en santé. Bienvenue à Maud

1. Terre d'éthique et COVID-19

a. Les rencontres

- 19 mars 2020
- 2 avril 2020
- 16 avril 2020
- 28 avril 2020
- 26 mai 2020

Les comptes rendus sont à consulter sur le site internet de Terre d’Ethique :

<http://www.chu-st-etienne.fr/Reseaux/TerreEthique/Accueil.asp>

b. Autres questionnements éthiques soulevés lors de la crise sanitaire

Un moment a été consacré à un retour d’expérience concernant la crise sanitaire. À ce titre, chacun a pu relater son vécu de la crise sanitaire, ce qui a donné aux intervenants la possibilité de libérer la parole. De nombreux participants se sont rejoints sur un point crucial : celui de la question d’un vécu/ressenti différent de la crise en fonction de la temporalité. En effet, il apparaît que le temps de la gestion de la crise étant un temps d’action, l’urgence du « faire au mieux » a en partie pris le pas sur une prise de conscience émotionnelle des implications inhérentes à la situation. Egalement stimulés par le soutien sociétal à destination des soignants, ces derniers se sont entièrement dévoués à la prise en charge de leurs patients et à leurs soins, souvent au détriment de leur vie personnelle (des exemples de soignants prenant la décision de se confiner avec les résidents dans les EHPAD ont été relatés). Mais à l’heure du « déconfinement », lorsqu’une prise de recul a été possible et qu’une pleine conscience des événements traversés a été intégrée, cela fut la source de traumatismes pour de nombreux soignants. L’ampleur traumatique de la crise sanitaire s’est donc partiellement vécue « en décalé », avec notamment une réévaluation des décisions qui avaient été prises dans l’urgence. La perspective de devoir réinvestir les organisations dans le cadre d’une deuxième vague engendre beaucoup d’appréhension pour certains soignants. Certains professionnels qui ont été affectés dans d’autres unités que la leur lors de la première vague et qui ont été confrontés à des situations très difficiles restent très marqués. Il semble important de prendre la mesure de ce qui a pu être vécu par les uns et les autres dans cette période bien singulière, tant sur le plan personnel que professionnel.

Face à cet état de fait, de nombreuses questions éthiques ont été mises en exergue. Ces dernières impliquent notamment, à différentes échelles, la question de la liberté :

- **Liberté d’aller et venir en EHPAD**, notamment dans les unités de vie protégée. Sans être dans une optique qui se voudrait totalement liberticide, il s’agit de trouver un « juste milieu » pour protéger en même temps les personnes vulnérables. Dès lors, où placer le curseur ?

- **Bénéfices/risques par rapport à la poursuite de la chimiothérapie** pour des patients stabilisés. En outre, par crainte de la COVID-19, certains patients suivis en service d’oncologie ont temporairement renoncé à se rendre sur leur lieu de soin, mettant à mal l’observance de leurs traitements. Aussi, les conséquences se sont-elles avérées délétères pour certains malades dont l’état s’est dégradé durant la crise.

- La problématique de la **liberté se pose également quant à la limitation des visites** à l'égard des résidents en EHPAD. Si le bienfondé sanitaire d'une telle décision est indéniable, la question des écueils psychologiques et sociaux est également à prendre en considération. Aussi, dans la balance bénéfiques/risques, le débat reste largement ouvert. La privation du lien social et familial (même s'il a tenté d'être pallié par différents outils technologiques à disposition, à l'instar de « Skype ») est responsable, dans certains cas, de syndromes de glissement pour les personnes âgées vivant en EHPAD.

- Enfin, impliquant toujours de manière sous-jacente la notion de liberté, une question importante a été soulevée : « **Une décision collective peut-elle être éthique ?** » Cette interrogation, proposée par le Docteur Jean-Paul Chaussinand, faisait suite à une décision collective prise lors de la crise sanitaire. En effet, il avait été acté, face à la saturation des services de réanimation dans le département de la Loire (comme cela a été le cas dans de très nombreux départements), de ne plus admettre en réanimation les patients atteints de la COVID-19 lorsqu'ils étaient âgés de plus de 80 ans. Ce choix, pris collectivement dans une volonté d'agir conformément à un principe éthique d'équité, a mis à mal certains soignants qui ne se sentaient pas en adéquation avec cette décision. À ce titre, le Docteur Chaussinand exprimait un sentiment d'entrave dans sa liberté, et donc, corrélativement, dans l'exercice de sa profession. Car, quand bien même la décision qui avait été prise n'était pas une obligation au sens légal du terme, le fait d'y déroger aurait impliqué une inégalité dans l'accès aux soins au sein du territoire. Le respect de cette décision a donc pu être éprouvé comme une forme de pression. De plus, si le choix a bien été pris collectivement, le médecin se retrouve seul face au patient lorsqu'il refuse son admission en service de réanimation. Or, ces refus ont entraîné la dégradation très rapide de l'état de santé de certains patients âgés, voire leur mort. Cela ouvre donc pleinement la réflexion quant aux problématiques liées au « tri des patients » en situation d'urgence. Et si ce tri s'avère incontournable, l'âge est-il le critère sur lequel il faut s'appuyer ? De telles décisions relèvent-elles de l'éthique ? Enfin, le Docteur Chaussinand a mis l'accent sur un élément fondamental, celui du poids de la responsabilité et donc, contextuellement, du sentiment de culpabilité ressenti par le médecin lorsque de telles décisions sont adoptées et mises en pratique.

2. Les saisis de Terre d'éthique

a. Des situations cliniques complexes

- Un patient en milieu carcéral refusant des soins et dont le refus de soins engage le pronostic vital
- Une patiente admise en UNV suite à un AVC et poursuivant une grossesse
- Pédiatrie/maladies neurodégénératives
- Les 4 vents MAS

- Devenir du patient présenté le 26 septembre 2019 au CH d'Annonay par le Dr Maël PULCINI (médecin psychiatre) :

Pour rappel du contexte : il s'agissait d'un jeune homme devenu tétraplégique suite à un accident. Très tôt lors de sa prise en charge, il avait manifesté sa volonté de mourir. Dans cette optique, il souhaitait se rendre en Suisse afin de pouvoir bénéficier d'un suicide médicalement assisté. Le médecin suisse avait donné son accord, mais afin de pouvoir aller au bout de sa

démarche, un certificat médical provenant d'un médecin français était imposé. Le Docteur Pulcini avait alors refusé de le rédiger. Au final, c'est un médecin psychiatre suisse qui a accepté de le lui fournir. Le patient a donc pu bénéficier d'un suicide médicalement assisté en Suisse. Il est à noter qu'entre le moment de son accident et l'acte de suicide médicalement assisté, plus d'un an et demi s'est écoulé, délai nécessaire compte-tenu du contexte médical du patient et garant de son autonomie décisionnelle.

b. Saisi du CGLPL (contrôleur général des lieux de privation des libertés)

Demande du CGLPL :

Une des recommandations du CGLPL, dans son rapport provisoire, porte sur la sexualité des patients. Il a été imposé au CHUSE de s'interroger sur la problématique suivante :

« L'hôpital doit engager une réflexion institutionnelle sur la sexualité des patients, en prenant en compte tant le principe de la liberté sexuelle que la protection des patients les plus vulnérables. »

Il est à noter que le CGLPL n'attend pas uniquement des perspectives de réflexion et d'analyse, mais la mise en place d'actions concrètes allant dans le sens d'une plus grande liberté en termes de sexualité pour les patients hospitalisés en service de psychiatrie au CHUSE.

Il faut au préalable savoir que le CGLPL évalue uniquement les lieux où des personnes sont privées de liberté (prisons, hôpitaux psychiatriques, commissariats de police, etc.). C'est la raison pour laquelle la réflexion se cristallise autour des patients hospitalisés en psychiatrie car, bien évidemment, de tels questionnements concernant la sexualité pourraient être aisément élargis et intéressent, en réalité, tous les patients hospitalisés.

Contexte du pôle de psychiatrie du CHUSE :

Le contexte du pôle de psychiatrie du CHUSE est rappelé au Comité par le Pr. Catherine Massoubre et Renée Crine (Cadre de santé).

Dans les services de psychiatrie du CHUSE, les patients au long cours ne représentent pas la majorité des patients hospitalisés. En effet, la durée moyenne de séjour est de trois à quatre semaines, et peu de patients restent hospitalisés au-delà d'un an. L'hospitalisation sur du long terme n'est donc pas la situation la plus courante. À titre indicatif, le patient ayant bénéficié de la plus longue hospitalisation est au CHUSE depuis 13 ans.

Le CHUSE bénéficie également d'un secteur pédopsychiatrique. Ce dernier comporte 14 lits départementaux d'hospitalisation et 4 lits d'urgence pédopsychiatrique. Néanmoins, certains enfants et adolescents restent hospitalisés au CHUSE au-delà du temps nécessaire à leur prise en charge. Cette réalité, bien que non justifiable d'un point de vue médical, s'explique par le fait qu'ils ne disposent d'aucune structure ou entourage familial prêts à les accueillir. Ils restent donc hospitalisés provisoirement, en attente d'une autre solution.

Enfin, le CHUSE dispose d'une unité de prise en charge pour les patients souffrant de troubles des comportements alimentaires – TCA - (patientèle majoritairement féminine et souvent mineure). Ce

service comporte 8 lits d'hospitalisation. Dans le contexte pathologique spécifique des TCA, contrairement aux autres services de psychiatrie, la majorité des hospitalisations s'inscrit dans la durée (plusieurs mois en moyenne).

Dans quel contexte précis s'agit-il de se questionner face à la recommandation du CGLPL ?

Comme nous venons de l'énoncer, dans les services de psychiatrie du CHUSE (hors pédopsychiatrie et unité spécifique à la prise en charge des TCA), la durée moyenne du séjour à l'hôpital est de trois à quatre semaines, et donc les patients au long cours ne représentent pas la majorité des patients hospitalisés. Entre 15% et 20% des patients sont hospitalisés sous contrainte, et peu de patients sont sous tutelle. En revanche les curatelles ne sont pas rares chez les patients psychotiques. Quoiqu'il en soit, Catherine Massoubre et Renée Crine informent le Comité que tous les patients hospitalisés présentent des pathologies graves et non équilibrées.

Or, les patients hospitalisés avec leur consentement et stabilisés disposant de certaines libertés, dont notamment le droit à des permissions leur permettant de sortir ponctuellement de l'hôpital en suivant un créneau horaire déterminé, le fait de pouvoir maintenir une vie sexuelle tout en étant hospitalisé est possible, dans la mesure où ils peuvent exercer ce droit en dehors de l'enceinte hospitalière. La question d'un droit à la liberté sexuelle, telle qu'elle a été évoquée par le CGLPL, concerne donc logiquement davantage de fait les personnes hospitalisées sans leur consentement, et donc privées de leur liberté d'aller et venir en dehors de la structure hospitalière.

La problématique, comme nous l'explicitent clairement Catherine Massoubre et Renée Crine, est infiniment complexe et quasi-inextricable, car le droit à la liberté sexuelle se heurte indubitablement au devoir de protection des personnes vulnérables. Trouver des solutions pratiques afin de combiner conjointement ces deux enjeux semble éminemment difficile à mettre en place.

Perspectives d'analyse et de réflexion concernant les problématiques en jeu :

Dans un premier temps, cela pousse à mettre en exergue plusieurs éléments :

- a. Le droit à la liberté sexuelle et le respect de ce dernier. Jusqu'à quel point l'institution médicale peut-elle faire preuve d'ingérence à ce sujet ?
- b. Le devoir de protection des personnes vulnérables et la responsabilité des soignants dans ce sens.
- c. La notion de « consentement libre et éclairé », puisque nous sommes majoritairement dans le cas de patients atteints de pathologies psychiatriques graves et non équilibrées. Se pose alors nécessairement la question du libre-arbitre, de la capacité à consentir à un acte sexuel, de la capacité à maintenir ce consentement dans le temps. Comment évaluer ici l'autonomie et l'autodétermination des patients ? Si l'enjeu touche effectivement bien à la question de la liberté, jusqu'à quel point le patient hospitalisé en psychiatrie est-il libre des décisions qu'il prend ? Et si le fait de s'inscrire dans une perspective qui se voudrait absolument liberticide peut être problématique, à l'inverse, une trop grande liberté accordée dans ce sens n'empièterait-elle pas de façon délétère et potentiellement dangereuse le droit à la protection dont doivent bénéficier les personnes vulnérables ?
- d. Notre réflexion doit s'inscrire dans le cadre du devoir de cohésion de la collectivité.

Avant de poursuivre sur les différentes perspectives de réflexion proposées par le Comité, il semble fondamental de réfléchir la recommandation du CGLPL conformément aux enjeux légaux qui s'y rattachent. En effet, la privation de la liberté sexuelle en service de psychiatrie a déjà fait l'objet d'un litige juridique. À ce titre, nous pouvons citer un arrêt de jurisprudence prononcé par la Cour administrative de Bordeaux, le 6 novembre 2012. Alain Vernet, dans son article *Les relations sexuelles en service de psychiatrie*, nous rappelle le contexte : il s'agissait d'un patient majeur sous curatelle, hospitalisé sans consentement dans l'unité Verneuil du Centre hospitalier de Cadillac en Gironde. Dans un souci de protection des personnes vulnérables, et dans la logique d'une préservation de l'intimité du patient et d'autrui, l'unité avait clairement stipulé dans son règlement intérieur que les relations sexuelles entre les patients étaient proscrites. Le patient avait donc demandé au directeur du Centre hospitalier que cette interdiction soit levée. Face à son refus, il avait décidé de saisir la justice, et c'est finalement la Cour administrative d'appel de Bordeaux qui lui donnera raison. Le tribunal considère « *qu'il ne peut exister d'interdiction générale et a priori, et que celle-ci doit toujours être adaptée à des situations singulières* ». ² Dans son article *Les relations sexuelles en service de psychiatrie*, Alain Vernet, dans la continuité de l'exposé de ce cas de jurisprudence, fait mention de l'article L.3211-3 du Code de santé publique, invoqué par le tribunal : « *Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques en application des dispositions des chapitres II et III du présent titre ou est transportée en vue de ces soins, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée.* » Considérant dès lors que le respect de la vie privée constitue une liberté individuelle dont la sexualité fait partie intégrante, le fait d'empêcher l'accès à cette liberté ne peut être toléré d'un point de vue légal que si sa finalité est « légitime », « adéquate » et « proportionnée ».

En outre, la problématique ne portait donc pas sur la restriction d'une liberté sexuelle, justifiée légalement au regard de l'état pathologique de certains patients. En revanche, l'extension de cette interdiction à tous les patients, de manière globale, et indépendamment de leur situation particulière (qui est par principe toujours singulière) a été considérée par la Cour administrative de Bordeaux comme une entrave non légitime au respect de la vie privée, voire même comme une entrave à la dignité.

Or, concernant le pôle de psychiatrie du CHUSE, le règlement intérieur ne fait aucunement mention d'une telle interdiction. Il est toutefois clairement demandé aux patients de ne pas se rendre dans la chambre d'un autre patient, dans un souci de respect de la tranquillité et de l'intimité de chacun. La « proscription » d'une sexualité entre patients pourrait donc plutôt être qualifiée « d'implicite », elle

8- Rencontre du 15 octobre 2020 : CHUSE Salle d'enseignement de dermatologie et chirurgie pédiatrique

Participants :

² A. Vernet, et coll. Les relations sexuelles en service de psychiatrie. Cairn Cairn.info 2014 ;7(90) :525-30 <https://www.cairn.info./revue-1-information-psychiatrie-2014-7-page-525.htm>

Christian AUBOYER, réanimateur CHUSE ; Thomas CELARIER Gériatre, CHUSE ; Michel FAURE, psychologue CH Forez/Montbrison ; Emilie FAVIER médecin ICLN; Amandine GAGNEUX-BRUNON maladie infectieuse, CHUSE ; Laurent GERGELE réanimateur HCL ; François GIRAUD, urgentiste CHUSE ; Jean François JANOWIAK, Généraliste, président du conseil de l'Ordre, Saint Etienne; Sylvie JAY, réanimateur, CH Annonay ; Jérôme MOREL réanimateur CHUSE ; Solange MUTIEL cadre de santé pédiatrie CHUSE ; Damien PONSONNET, médecin HAD Santé à domicile; Josiane REYNAUD réanimateur CH du Gier; Guillaume THIERY Réanimateur CHUSE ; Pascale VASSAL médecin Soins palliatifs, CHUSE ; Martine VIAL, cadre de santé Soins palliatifs, CHUSE ; Maud VOIRON philosophe;

Excusés :

Mickael BATTESTI, secrétaire général CHUSE ; Isabelle CARRIERE gériatre CH Maurice André Saint Galmier; Alexandra DA CRUZ IDE CH Claudinon ; Pierre FOURNEL, oncologue ICLN; Vincent GAUTHIER réanimateur clinique mutualiste; Agnès GAUTIER cadre sup CH Firminy; Nicole GIRAUDIER sage-femme CHUSE ; Marie Noëlle VARLET, Gynécologue CHUSE

Introduction

Face aux enjeux éthiques inhérents à la crise sanitaire actuelle, cette séance exceptionnelle de Terre d'Éthique s'est tenue dans l'urgence, à la demande du Docteur Thomas Celarier (médecin gériatre) et du Docteur Jérôme Morel (médecin réanimateur). Elle s'est inscrite dans la même dynamique et logique que les séances qui avaient eu lieu au moment de la « première vague ».

- 19 mars 2020
- 2 avril 2020
- 16 avril 2020
- 28 avril 2020
- 26 mai 2020

Nous vous rappelons à ce titre que tous les comptes rendus sont à consulter sur le site internet de Terre d'Éthique :

<http://www.chu-st-etienne.fr/Reseaux/TerreEthique/Accueil.asp>

A. D'un point de vue conceptuel et pratique, à quels dilemmes éthiques sommes-nous concrètement confrontés aujourd'hui, face à réalité d'une « deuxième vague » de la COVID-19 ?

Comme nous le rappelle le Pr Pascale Vassal, la crise sanitaire que nous traversons actuellement nous enjoint à réfléchir dans l'urgence à des questions éthiques multiples, et dont les perspectives réflexionnelles peuvent entrer en tensions. Ce sont des dilemmes sur lesquels le comité souhaite débattre, dans l'expectative d'un consensus, et dans la volonté de garantir une équité concernant l'accès aux soins sur le territoire.

Voici quelques enjeux que nous pourrions sommairement mentionner :

- S'il est nécessaire de prioriser les patients, de quelle manière délibérer sur cette notion de « priorité » ? Face au manque de ressources disponibles, des choix doivent indubitablement être faits, notamment dans les services de réanimation, car il ne sera pas possible de pouvoir y admettre

l'ensemble des patients dont l'état le légitimerait. Dès lors, qui faut-il choisir ? Et, à contrario, quels devront être les critères discriminants, voire rédhibitoires ?

- Cela pose la question des « justes principes » et, de fait, nous interroge sur la place accordée aux populations les plus vulnérables, à l'instar des personnes âgées. En effet, là où la médecine s'inscrit logiquement comme la discipline prenant en charge la vulnérabilité, dans le cadre contextuel de la crise sanitaire que nous traversons, une trop grande vulnérabilité devient potentiellement un critère d'exclusion (non pas du soin au sens large, mais de la réanimation).

- Des valeurs doivent ici être pensées et réfléchies :

- La dignité
- L'équité
- Les principes de bienfaisance, de non mal-efcience, de justice et d'autonomie.
- Une réflexion entre les notions de « bon soin » et de « juste soin ».

- De quelle manière procéder pour prendre de telles décisions ?

- La souffrance des soignants doit également être entendue et être prise en compte.

B. Dans quel contexte précis sommes-nous actuellement et, au vu des questionnements préalablement soulevés, quels choix nous faut-il opérer ?

Etat des lieux sanitaire et vécu émotionnel des soignants :

Comme l'a souligné le Docteur Jérôme Morel, la situation est d'une extrême gravité. Le cas de patients atteints de la COVID-19 augmentant de manière exponentielle, les services de réanimation sont sur le point d'être débordés.

À l'unanimité, les soignants s'accordent sur le fait que cette « deuxième vague » n'est en rien comparable à la première. Lors de la « première vague », nous avons rapidement atteint le « sommet de la courbe ». Il était également possible d'identifier de gros clusters, et donc d'établir aisément de vrais liens épidémiologiques. Par exemple, au mois de mars, un grand concours de « belote » avait été à l'origine d'une contamination massive des participants. Le confinement ayant joué un « rôle » bénéfique dans ce sens, les nouveaux clusters étaient également facilement repérables, entraînant une bonne traçabilité de la chaîne de contamination. Enfin, en mars, environ 5000 soignants de la France entière se sont mobilisés pour venir soutenir les équipes des régions particulièrement touchées. Aujourd'hui, la répartition du virus sur le territoire étant beaucoup plus homogène, de telles initiatives ne sont plus envisageables.

À l'heure du « déconfinement », nous avons donc progressivement assisté à une dissémination progressive, plurielle et incontrôlable de la COVID-19. De fait, la circulation virale est donc plus importante qu'au mois de mars. De plus, la réouverture des centres scolaires implique une croissance de jeunes patients COVID+, même si leur degré de contagiosité (enfant-adulte) reste un sujet discutable quant au risque effectif, car il semble bien moins important que le R0 entre adultes.

Même si les services tentent de conserver des lits « non COVID », l'explosion du nombre de cas met à mal cette volonté. A Saint-Etienne, la situation est décrite comme étant catastrophique. Car, lorsqu'en mars on avait encore la possibilité d'avoir quelques places d'avance, et que le CHU a compté jusqu'à 380 lits, la situation actuelle est tout autre. Aujourd'hui, il s'agit d'ouvrir de nouvelles unités qui, de

par le nombre de patients en attente de prise en charge, sont en vérité déjà pleines avant même d'être ouvertes.

Laurent Gergelé brosse un état des lieux édifiant. Dans la nuit du 15 octobre 2020, il ne restait plus qu'une seule place disponible en service de réanimation. L'insécurité et l'incertitude sont ici les maîtres-mots, puisqu'il est pratiquement impossible de pouvoir anticiper la situation, même à brève échéance. La situation sanitaire est aujourd'hui plus complexe qu'en mars. En effet, alors qu'au mois de mars, le service disposait de plus de 100 lits de réanimation dédiés aux patients COVID+, les moyens alloués à ces patients se sont dégradés, et on ne compte à ce jour que 50 lits pour eux. En bref, les moyens sont inférieurs alors que le nombre de malades s'étend rapidement et inexorablement.

Concernant la réalité de la situation, le Dr Josiane Reynaud réanimateur au CH du Gier, confirme pleinement cet état de fait. Alors qu'en mars le seuil maximum du nombre de lits occupés n'avait jamais été atteint, le service accepte aujourd'hui plus de patients que sa capacité ne devrait le permettre. Cela conduit *de facto* à une réflexion sur les conditions dans lesquelles les patients sont pris en charge. Mais cela engendre également une réflexion fondamentale sur l'épuisement des soignants de manière générale, ce qui est un point crucial. D'autre part, le Dr Josiane Reynaud souligne une recrudescence de patients plus jeunes admis en réanimation, comparativement au mois de mars. Il s'agit de patients âgés entre 50 et 70 ans. Les soignants s'accordent d'ailleurs assez unanimement sur le fait que de plus en plus de « jeunes patients » semblent admis en service de réanimation. Comme nous en informait le Dr Amandine Gagneux-Brunon, infectiologue au CHU de Saint-Etienne, au 17 octobre 2020, le plus jeune patient COVID+ hospitalisé était âgé de 35 ans.

De plus, comme le soulignent le Dr Laurent Gergelé et le Dr Amandine Gagneux-Brunon, la maladie en elle-même induit parfois un degré d'urgence qui est en total décalage avec le vécu personnel du patient, le laissant dans une dynamique d'incompréhension. La COVID-19 entraînant une atteinte neurologique, avec notamment une atteinte sympathique majeure, certains patients hypoxiques disent « aller bien ». La mécompréhension de la gravité de la situation dans laquelle il se trouve, engendre plusieurs problématiques pour le patient, à commencer par un retard de prise en charge (puisque le patient n'a pas pris la mesure concrète de son état pathologique). D'autre part, cela interroge, d'un point de vue légal, sur la question des « volontés des patients », et notamment des directives anticipées. Ce sujet, toujours extrêmement délicat à aborder pour les soignants, est d'autant plus complexe qu'il existe donc ce décalage entre l'état ressenti/vécu (*illness*) et la réalité médicale (*disease*).

Quoi qu'il soit, la « libre et massive » circulation du virus implique le fait que la COVID-19 entre aujourd'hui dans les maisons des soignants. Alors que certains se voient donc contraints de se confiner pour une période déterminée car ils sont « cas contact », ou encore que d'autres doivent garder le domicile pour s'occuper de leurs enfants dont les classes sont fermées pour cause de cas de COVID-19 au sein de l'établissement scolaire, nombreux sont les soignants dont l'état psychologique est à ce jour plus que préoccupant. En toute logique, les arrêts pour « burn-out » se multiplient, notamment chez les infirmiers.

Le Dr Laurent Gergelé l'affirme : en réanimation, les infirmiers sont « à bout », en état d'épuisement et de détresse accrus. Aussi, les lettres de démission du CHU se multiplient-elles de manière exponentielle.

Solange Mutiel, cadre de santé en pédiatrie, rejoint les propos du Dr Laurent Gergelé. Aujourd'hui, les syndicats sont sollicités par les soignants, et notamment les infirmiers, pour rédiger leurs lettres de démission ou à invoquer une disponibilité de droit.

Enfin, comme le mentionnent notamment le Dr Laurent Gergelé et le Dr Thomas Celarier, les familles des patients malades ne sont plus dans le même schème communicationnel que lors de la « première vague ». Là où une certaine amplitude en termes de compréhension était encore possible, sur la question du « tri des patients » par l'âge par exemple, elle cède aujourd'hui la place à de la colère et de l'indignation. Il y a eu progressivement une fracture dans la confiance que les patients accordent aux soignants. Or, même si de fait, l'origine du manque de ressources, de moyens et de praticiens à disposition, ne relève pas du corps médical et paramédical, c'est sur les professionnels de santé que l'agressivité des familles et de leurs proches s'exerce. Comme le souligne le Dr Laurent Gergelé, certaines familles appellent pour tenter d'imposer « par la force » leur proche malade. Cette agressivité latente ou explicite, tout comme la rupture de la confiance des usagers envers la sphère médicale qu'elle met en exergue, sont un facteur supplémentaire de souffrance chez les soignants.

Comme le mentionne également le Pr. Pascale Vassal, l'interdiction des visites au CHU est difficilement acceptée par les malades et leurs proches. À Saint-Chamond, les visites sont également interdites dans les EHPAD et les MCO. Dans le cadre du service de maternité, le papa n'a droit qu'à une seule visite après l'accouchement.

Néanmoins, il ne faut pas perdre de vue qu'il en va ici de questions sanitaires, même si elles soulèvent des problématiques psychologiques et affectives. Car, comme nous le rappelle le Dr Sylvie Jay, médecin généraliste à Annonay, si l'hôpital est fermé aux visiteurs, c'est également parce que la contamination par la COVID-19 se propageait dans les services « à cause » des familles, venant donc de l'extérieur de l'hôpital, et potentiellement positives et contagieuses (même en étant asymptomatiques).

Il n'y a bien sûr que dans le contexte spécifique de la fin de vie que les mesures sont autres, et que les visites sont tolérées.

Quoi qu'il en soit, la détresse et la souffrance des patients et de leurs proches, face à la privation des visites, engendrent un climat conflictuel et une frustration violente dont les soignants sont les premières victimes.

La souffrance des soignants, comprise dans sa dimension biopsychosociale, doit être prise en charge. Il en va d'un souci humaniste en premier lieu : la détresse soignante doit être entendue et prise en considération, elle nécessite indubitablement que des actions concrètes soient mises en place. D'autre part, cela va également dans le sens d'une logique de rassurance pour les soignants, afin de tenter de pallier la problématique du « burn-out ». Michel Faure, psychologue évoque donc la mise en place de « permanences » reposant sur une écoute active des soignants. Mais cette démarche s'avère *a priori* vaine si elle ne s'inscrit pas dans une dynamique de mobilité. Il souhaite à ce titre calquer le modèle et protocole des cellules d'urgence médico-psychologique – CUMP- à la crise sanitaire actuelle. Il s'agit donc de se déplacer de service en service pour se rendre au plus près des soignants, mais également des patients et de leurs familles. Cela avait déjà été mis en place à Montbrison lors de la « première vague » et semble s'être révélé probant. Aujourd'hui, nous le rappelle-t-il, face à cette situation inédite, nous « torpillons les croyances ». Il faut donc véritablement se poser la question d'une fréquence plus soutenue de rencontres au sein du comité.

Il a également été le témoin d'une recrudescence de la violence des familles de malades. À titre d'exemple, à Montbrison, les visites des proches sont interdites, et ces derniers en sont prévenus via des panneaux d'informations. Sur ces mêmes panneaux, les proches ont inscrit des insultes. Ces réactions violentes peuvent également être la résultante d'un manque de courage politique qui n'édicte pas de règles claires de restrictions ce qui, à plus ou moins court terme, va mener à une catastrophe.

En résumé, il lui apparaît comme fondamental de consacrer des temps d'écoute attentive et mutuelle (une à deux fois par jour), dans un contexte de pluridisciplinarité, afin de pouvoir échanger librement sur « ce que chacun traverse ». Au-delà, il serait on ne peut plus judicieux de préserver quelques moments de convivialité entre soignants, sous le prisme de « break très courts », permettant de s'exhorter quelques instants du poids harassant que la crise sanitaire impose (de manière multifactorielle). Une nouvelle fois, tout cela dans le but de limiter le risque de « burn-out ».

Questions éthiques : Egalité, équité, justice autour du « tri des patients » :

En outre, tout cela soulève des problématiques sur le plan organisationnel face au manque de ressources disponibles. Dans une situation que le Docteur Jérôme Morel juge être comparable à une problématique « de guerre », nous entrons de plain-pied dans un carrefour décisionnel fort où les choix qui seront entrepris aujourd'hui par les soignants impacteront les malades, leurs entourages, la nation entière, les soignants dans l'exercice de leurs fonctions, mais également les soignants face au poids de la responsabilité des dilemmes éthiques violents qui se présentent aujourd'hui à eux. Corrélativement à la question de l'éthique, nous retrouvons bien évidemment d'autres concepts fondamentaux auxquels il nous faut impérativement réfléchir. La question du « tri des patients » est une question de justice forte qui engage deux principes essentiels et entrant ici en tensions : l'égalité d'une part, et l'équité d'autre part.

Selon le Dr Jérôme Morel, deux critères se doivent d'être rédhitoires pour toute acceptation en service de réanimation : l'âge et la comorbidité. Ce sont les deux critères auxquels les soignants s'étaient conformés lors de la « première vague ». Le Docteur Jérôme Morel s'inscrit donc pleinement dans une perspective utilitariste dont la dynamique réflexive est de « tenter de faire au mieux pour le plus grand nombre d'individus possible ».

Il est parfaitement rejoint sur ce point par le Docteur Laurent Gergelé, réanimateur, pour qui la question de l'éthique incarnerait une forme de biais de discernement, de jugement et de cognition, puisqu'elle aurait pour vocation de « rendre complexes des questions simples », à l'instar du « tri des patients ». En d'autres termes, de son point de vue, la « comorbidité » ou « l'âge » seraient des critères « simples », aisément applicables, et sur lesquels faire consensus procéderait du « bon sens ».

De plus, comme le souligne le Docteur Jérôme Morel, la non admission en service de réanimation pour certains patients ne s'inscrit pas uniquement dans la visée d'un sacrifice que l'on pourrait légitimer au vu du manque de moyens, de soignants, et de lits de réanimation disponibles. Ce sont les cas de certains patients qui justifient eux-mêmes, dans une logique de bienfaisance, dans le respect du *Primum non nocere*, de ne pas intervenir dans ce sens.

En effet, qu'il s'agisse de patients de plus de 80 ans, comme de patients plus jeunes présentant de nombreux facteurs de comorbidité, l'admission en service de réanimation pourrait leur être délétère

et, malgré la bonne intention des soignants, conduire à des actes de malfeasance, imposant donc de fait des souffrances inutiles aux malades. Dans le cas de la COVID-19, l'admission en service de réanimation s'inscrit dans la durée : 10 jours de ventilation et 15 jours de réanimation. Ce type de prise en charge chez le sujet âgé, comme chez le patient présentant d'autres facteurs de comorbidité, est dans beaucoup de cas profondément néfaste au patient, nuisant gravement à sa qualité de vie et impactant violemment son autonomie, alors même que les chances de rémission sont particulièrement faibles.

Néanmoins, cette question du « tri des patients », notamment par l'âge ne fait pas consensus. En témoigne le Dr Thomas Celarier, médecin gériatre, qui réfute la « simplicité » d'une telle catégorisation par critères. Son questionnement se pose sur la possible admission en service de réanimation de patients vivant en EHPAD. En effet, la première difficulté résiderait dans le fait que l'âge ne soit qu'un critère approximatif dans de nombreux cas, et que l'âge déterminé de 80 ans procède d'un choix arbitraire, qui n'est pas toujours réaliste dans les faits. Certains patients de 81 ans, ayant un état de santé globalement bon, mais étant atteints de la COVID-19, se verraient refuser l'entrée en réanimation uniquement parce qu'ils dépasseraient d'une année l'âge rédhitoire ? Il rejoint également le propos d'autres soignants insistant sur le fait que les familles feront beaucoup moins preuve de compréhension que lors de la première vague. Pour lui, il ne serait absolument pas possible de rester sur le discours : « Les patients en EHPAD restent en EHPAD ». Ce type de raisonnement n'est à ce jour plus admissible par la population et risque de mener indubitablement à une crise sociétale.

Le Dr Amandine Gagneux-Brunon exprime qu'une telle dynamique n'est pas envisageable car non conforme à la réalité. Le seul « bienfait » dans l'idée d'extraire un patient COVID+ d'un EHPAD serait de restreindre au maximum la potentielle contamination des autres résidents. Mais dans une telle perspective, ce n'est de toute manière pas en service de réanimation qu'il doit être admis.

Le Dr Celarier émet des réserves concernant les critères décisionnels, explique la tension avec son éthique personnelle que cela lui fait vivre.

Egalité et équité entre patients COVID+ et patients COVID free : Enjeux éthiques et sanitaires :

D'autre part, comme le mentionne bien le Docteur Jérôme Morel, ces temps de séjours longs en réanimation pour les patients COVID+ engorgent ces services, ce qui, inéluctablement, va aggraver la situation, en créant de fait de moins en moins de places disponibles. Or, il s'agirait également, d'un point de vue sanitaire, de sortir d'un débat qui se focaliserait uniquement sur la seule question de la COVID. L'admission de patients COVID+, et la priorisation de leur prise en charge, induit la mobilisation de lits et de soignants qui, en temps normal, étaient réservés à d'autres malades, malades qu'il est du devoir des soignants de ne pas abandonner. Pour illustrer ce propos, nous pouvons faire mention de la réunion de Terre d'Éthique du 17 septembre 2020, où certains professionnels du soin avaient bien constaté, à cause de la crise sanitaire et d'une interruption de certains soins (parfois due aux malades eux-mêmes craignant de se rendre sur leur lieu de prise en charge), la dégradation de l'état de patients stabilisés avant la crise sanitaire, notamment en oncologie. Ce 15 octobre 2020, le Dr Josiane Reynaud

fait le même constat : dans le cas de patients COVID+, le temps d'hospitalisation est long et cela engorge les services : il s'agit d'autant de « lits bloqués » pour les patients COVID free.

Donc, comme le soumet à la réflexion le Professeur Pascale Vassal : Pourquoi privilégier à tout prix les patients COVID+ au détriment des patients COVID free ? Cela n'engage-t-il pas justement de graves enjeux éthiques ?

Quelle que soit la gravité de la crise sanitaire que nous traversons aujourd'hui, nous ne pouvons pas penser nos choix indépendamment des patients COVID free, dont la prise en charge requiert la qualité de soins nécessaire et proportionnelle à leur état. Occulter cette réalité, en détournant toute l'activité médicale sur la question de la COVID conduirait *ipso facto* à une « perte de chances » pour les autres patients, soit donc à une grave iniquité. Subséquemment, nous comprenons que ces questions sanitaires se confrontent à des enjeux de justice. Elles nécessitent donc des pistes de réflexion éthiques qui, n'ayant aucunement la prétention de pouvoir se prononcer sur un tel débat, permettent néanmoins d'aller au bout d'une dynamique réflexive co-construite, dans la logique de la pluridisciplinarité, pour tenter de valoriser « le meilleur possible » et d'éviter le « maximum de dérives », dans une situation où aucune solution ne sera exempte de choix tragiques...

Malgré tout, nous ne pouvons pas nous départir de réalités factuelles qui échappent au contrôle des soignants.

Selon le Dr Laurent Gergelé, il est donc temps d'affronter des réalités qui, bien qu'elles soient peut-être pour certains difficiles à admettre, ne peuvent pas être omises. Dès lors, il ne s'agirait donc même plus de faire consensus sur les mêmes critères rédhitoires qu'au mois de mars, mais plutôt de les étendre, ce qui, corrélativement restreindrait les chances pour les patients COVID+ d'être admis en service de réanimation. C'est sur ce terrain que, selon lui, le débat devrait se placer, et non pas sur une réflexion éthique autour du « tri des patients ». Sous un prisme réflexif très pragmatique, il s'agirait donc de restreindre dans chaque catégorie le seuil de tolérance, maximisant par ce biais le nombre de patients refusés, mais maximisant également la possibilité d'admettre des patients dont le pronostic reste bon (quand bien même aucune certitude n'est possible, cela va de soi). En attente de nouveaux critères ou d'une extension des critères déjà « validés », qui seront conjointement dépendants de l'évolution de la crise, il semblerait donc fondamental a minima de s'inscrire sur la même lignée qu'en mars 2020 avec deux critères rédhitoires :

1. Âge du patient (avec comme limite 80 ans)
2. Comorbidité (sans seuil limite d'âge)

Selon le Dr Laurent Gergelé, il ne faut donc pas se départir conceptuellement d'enjeux factuels et réalistes. À ce titre, il enjoint les médecins à jouer la carte de la transparence auprès des malades et de leur entourage. Les contraintes actuelles en termes de nombre de lits d'hospitalisation et de soignants disponibles ne relèvent pas de la responsabilité et de la volonté des soignants. Ce sont des faits que l'on ne peut pas leur imputer. Aussi, il n'y a pas à avoir honte concernant le fait que des critères rédhitoires aient été décidés.

L'HAD :

Lorsqu'il apporte son témoignage le 15 octobre 2020, le Dr Damien Ponsonnet explique que depuis environ 8 jours, les patients COVID free, par peur d'une potentielle contamination, souhaitent rentrer chez eux. À la peur de la contamination, s'ajoute également l'impossibilité des familles de se rendre sur le lieu de soins.

En ce qui concerne l'HAD, même si les EHPAD sollicitent de plus en plus les services de ces équipes, cela reste tout de même encore assez faible au regard de la demande effective. Peut-être est-ce par manque d'informations ? Il serait donc important de discuter du GIR 4.

En revanche, même si la démarche est pertinente, pour le Dr Jean François Janowiak, médecin généraliste, ces équipes ne pourront jamais pallier toutes les demandes.

Le report et la déprogrammation de soins :

Face à la crise sanitaire, le Dr Laurent Gergelé souhaite demander à l'ARS une déprogrammation à 65% pour les patients COVID free. Il s'agit de choix difficiles, car les soignants n'ont pas été « formatés pour cela », pour proposer une qualité de soins « dégradée ». Néanmoins, cette réalité n'est pas du ressort des soignants, ils sont les victimes collatérales d'un système politique dysfonctionnel et d'une inertie de l'ARS, dont les chiffres sont totalement minorés. L'ARS est également biaisée dans sa compréhension d'éléments factuels, à l'instar du nombre de lits COVID+ et du nombre de lits COVID free.

Comme le souligne le Pr Pascale Vassal, la déprogrammation va induire, indéniablement, le fait que certains patients soient « laissés au bord de la route ».

Le Dr Jean François Janowiak, lui rétorque qu'il y a déjà des patients dont les soins ont été déprogrammés ou d'autres dont les soins n'ont même pas été programmés. Il rappelle, une nouvelle fois, que la situation est aujourd'hui plus dramatique qu'en mars (il y a 3 fois plus de patients, et dont les symptômes sont de plus en plus variables), et qu'il faut envisager les choses de manière très pragmatique : « S'il n'y a plus de places, que va-t-on faire ? ». De plus, le personnel est épuisé, et c'est évidemment un facteur qui doit entrer dans la balance.

Bien sûr, les personnes âgées auront largement payé le tribut de cette crise sanitaire. Elles auront pour la plupart travaillé et cotisé toute leur vie pour que, finalement, elles se voient discriminées dans l'accès aux soins. Alors, même si cela est bien un « crève-cœur », à l'heure actuelle il ne semble exister aucune autre solution.

Sur la question de la responsabilité :

De manière globale, les soignants s'accordent à dire qu'une décision collégiale dissout en grande partie la responsabilité des soignants, lorsqu'ils sont confrontés à un refus d'admission d'un patient en service de réanimation. Pour Dr Jean François Janowiak, l'ensemble du corps médical ne peut pas être sur la même « longueur d'ondes ». Aussi, certains soignants jugeront-ils ce tri scandaleux. Mais ces décisions ne devraient pas impliquer d'autres sphères que le monde médical, car ce sont pour lui des débats qui se doivent d'être internes aux soignants. Aussi est-il, en adéquation avec le plus grand

nombre, partisan du fait que la collégialité permettrait de se sentir moins responsable et tendrait en faveur du mieux-être des soignants face à cet état de fait.

Pourtant, des exemples de soignants semblent également contredire cette perception de la notion de responsabilité, à l'instar du Dr Jérôme Celarier ou du Dr Jean-Paul Chaussinand (absent le 15 octobre, mais qui avait évoqué le sujet lors de la rencontre de Terre d'Éthique le 17 septembre).

Pour Michel Faure psychologue, il semble important de définir des règles communes, sans pour autant imposer une observance totale, sinon la situation deviendrait invivable pour les soignants.

Cela engendre deux questionnements majeurs :

1. Quel est le pouvoir et la légitimité concernant l'ingérence d'un groupe de praticiens sur l'éthique et la pratique d'un autre médecin, même en temps de crise sanitaire ?
2. Ne faudrait-il pas tout de même opérer une distinction conceptuelle entre « responsabilité » et « sentiment de responsabilité » ? Car, si le groupe, via une décision collégiale démantèle bien majoritairement le « sentiment de responsabilité », le fait qu'il démantèle « la responsabilité » en tant que telle n'est pas aussi évident.

Comment communiquer auprès de la population ?

Cette question éminemment importante doit se penser sur deux échelles :

1. Dans le microcosme de la relation médecin-patient (et entourage).
2. Dans le macrocosme de la dimension sociétale.

1. Dans le microcosme de la relation médecin-patient-entourage, si le Dr Laurent Gergelé invite à la transparence, le Dr Amandine Gagneux-Brunon invite néanmoins à filtrer l'information. Aussi, s'il apparaît fondamental d'être parfaitement honnête quant à la situation actuelle (comme le manque de lits en réanimation), jusqu'à quel point faut-il pousser cette information ? Il n'existe pas de protocole universellement applicable dans ce sens. Le devoir d'information est obligatoire, mais le rendre parfaitement exhaustif pourrait créer de nouvelles problématiques, notamment une automatisation des critères.

2. En ce qui concerne la diffusion de l'information à plus large échelle (population, société), les avis sont nettement plus partagés. Si pour l'aumônier, il est fondamental de communiquer de façon exhaustive auprès de la population, afin de restaurer une confiance envers la sphère médicale qui, aujourd'hui, d'un point de vue sociétal, s'étiole, tous les soignants en présence adoptent une position bien plus nuancée. Globalement, la prudence est de mise. Le médecin généraliste à ma droite, exprime le fait qu'il s'agirait de « communiquer sur des œufs ». En effet, Dr Jean François Janowiak, partant du postulat que de telles problématiques ne sont compréhensibles que par la sphère soignante, il craint les répercussions chaotiques d'annonces trop brutales, en grande partie dues à l'ignorance de faits médicaux et organisationnels inaccessibles aux profanes. Aussi, s'il semble pertinent de prévenir la population quant à la saturation des services de réanimation, il serait selon lui extrêmement dangereux de donner une liste des critères rédhitoires.

En revanche, comme le mentionne le Dr Jérôme Morel, il serait fondamental et particulièrement salubre de faire passer, via les médias, un message fort quant aux mesures barrières à adopter (solution hydroalcoolique, lavage des mains, port du masque de manière adéquate et automatique, distanciation sociale).

Pour lui, il est essentiel d'agir sur les politiques, en commençant par le Maire de Saint-Etienne. Il était d'ailleurs prévu que Catherine Seguin, préfète de la Loire, se rende le 16 octobre au CHU de Saint-Etienne. Toutefois, il ne faut pas adopter une posture réductionniste dangereuse : la crise sanitaire ne se limite pas à la ville de Saint-Etienne, elle touche l'ensemble de la Loire et de la Haute-Loire.

Enfin, toujours selon le Dr Jérôme Morel, il s'agirait d'entamer avec l'ARS une véritable discussion au-delà du seul espace géographique de la région. Il devient nécessaire de faire basculer des patients sur d'autres régions. Aussi, 4 patients ont-ils déjà été mutés sur Clermont-Ferrand et deux autres devaient l'être le 16 octobre. Néanmoins, le transport de ces patients est un véritable casse-tête puisque le SAMU 42 ne gère le transit des patients que sur la région. Au-delà, il faut utiliser le TGV, ce qui engendre d'immenses problématiques organisationnelles, complexifiées par un système dysfonctionnel.

Dans la même dynamique, le Dr Sylvie Jay a pu muter 2 patients sur Valence avec beaucoup de difficultés, car l'ARS bloquait en partie le déplacement de ces patients. À Annonay, un deuxième service de réanimation a dû ouvrir ses portes le lundi 19 octobre ou le mardi 20. L'ouverture de ce dernier, qui devait initialement être effective le 16 octobre, a dû être différée, faute de personnel soignant. C'est ainsi que, selon la même logique que le Dr Jérôme Morel, le Dr Sylvie Jay a alerté le Maire d'Annonay.

C. Conclusions :

- Face à l'ampleur de la crise sanitaire et des questions éthiques qu'elle engendre, il a été proposé de renforcer la fréquence des séances de Terre d'Éthique. La prochaine se tiendra donc ce jeudi 29 octobre à 18h au CHU de Saint-Etienne (en présentiel ou en « confcall »).
- Le Dr Laurent Gergelé souhaiterait réunir les membres de Terre d'éthique, pour réfléchir exclusivement à la question de l'équité des soins sur le territoire.
- Il faut souligner également l'importance, de réaliser une procédure collégiale pour chaque décision de LAT, ici la non mutation en réanimation, et de la transcrire sur le dossier médical du patient.
- On rappelle que lors de situations cliniques complexes, des avis peuvent être demandés à l'unité mobile de gériatrie pour évaluer la fragilité de la personne âgée.
- Enfin, et ceci est un aspect crucial de la réflexion et clôture de la meilleure manière possible le propos : « L'absence de réanimation n'implique pas pour autant une absence de soins ». Nous devons cette réflexion au Dr Amandine Gagneux-Brunon.

9- Rencontre du 29 octobre 2020 : CHUSE Salle d'enseignement de dermatologie et chirurgie pédiatrique

Participants :

Thomas CELARIER Gériatre, CHUSE ; Jean Paul CHAUSSINAND réanimateur CH du Forez ; Alexandra DA CRUZ IDE CH Claudinon ; Michel FAURE, psychologue CH Forez/Montbrison ; Anne FRESARD maladie infectieuse, CHUSE ; Agnès GAUTIER cadre sup CH Firminy ; Laurent GERGELE réanimateur HCL ; François GIRAUD, urgentiste CHUSE ; Jean François JANOWIAK, Généraliste, président du conseil de l'Ordre, Saint Etienne ; Sylvie JAY, réanimateur, CH Annonay ; Fabienne PARSSEGNY gériatre mutualité de la Loire ; Mariana PERNEA soins palliatifs CH Annonay ; Damien PONSONNET, médecin HAD Santé à domicile ; Claude MONTUY COQUARD directrice de la filière médico-sociale clinique mutualiste ; Pascale VASSAL médecin Soins palliatifs, CHUSE ; Martine VIAL, cadre de santé Soins palliatifs, CHUSE ;

Excusés :

Maud VOIRON philosophe ; Isabelle CARRIERE gériatre CH Maurice André Saint Galmier ; Vincent GAUTHIER réanimateur clinique mutualiste ; Marie Noëlle VARLET, Gynécologue CHUSE ; Alain VIALON médecin urgentiste CHUSE ;

Introduction

Nous avons à réfléchir sur le juste soin pour les patients COVID + et pour les autres qui présentent des décompensations d'organes aigues, des maladies graves évolutive, des maladies chroniques.... :

- **Dans les services d'urgences**, difficultés pour les urgentistes (notamment Firminy, Roanne...) à devoir refuser des patients COVID +, qui leur sont proposés par téléphone par les médecins généralistes. Il s'agit souvent de patients âgés, en EHPAD. Compte tenu du manque de lits, ils « refusent » leur hospitalisation.
- **Dans les services de médecine, de chirurgie** : qui prioriser ? Pour quels patients, porteur d'une maladie chronique, déprogrammer les suivis ?
- **En EHPAD**, la question de limitation des thérapeutiques ou non chez la personne âgée en EHPAD, présentant un épisode de détresse respiratoire aiguë (hospitalisation, mutation en réanimation, isolement en EHPAD....). Quelle conduite à tenir ? Que faire ou ne pas faire ? Que décider ? Comment anticiper ?
- **En réanimation**, décision ou non d'admettre en réanimation : la question a été abordée lors de la rencontre du 17 octobre mais reste prégnante compte-tenu du nombre de patients hospitalisés.

1 – En EHPAD

Dans les EHPAD, le nombre de patients COVID+ ne cesse d'augmenter, ainsi que le nombre de personnels soignants COVID +

Au début de la seconde vague de l'épidémie, il avait été décidé que lorsqu'un résident était COVID +, il serait hospitalisé afin d'éviter une propagation de l'infection dans l'EHPAD (maîtrise de l'épidémie). Actuellement du fait que de nombreux résidents et le personnel sont COVID+, il a été indiqué à l'ensemble des médecins coordonnateurs et des directeurs par le Dr Celarier en lien avec la DGA que des patients GIR 4 sous O2 qu'on aurait habituellement hospitalisé ne le seront pas du fait d'un

manque de lits. L'unité mobile de gériatrie intervient pour aider à la PEC. Les médecins coordonnateurs ont bien compris la problématique peuvent appeler les gériatres pour des avis des conseils, pas de de retour des familles (refus de 3 ou 4 patients). Les équipes sont un peu désarmées face à des patients sous O2 qui se dégrade et avec des médecins traitants déjà très occupés qui ne peuvent pas passer tous les 2 jours ; ressentis de solitude, d'autant plus que dans certaines EHPAD il n'y a pas de médecins coordonnateurs et pas d'IDE la nuit. Ce n'est pas un choix, c'est une situation subie, situation dramatique. Il a été ouvert des lits en gériatrie à la clinique mutualiste et à la Charité qui permettent d'hospitaliser certains patients et de soulager des équipes en difficulté mais a priori ils vont vite se remplir compte-tenu des chiffres annoncés.

Ne peut-on pas dans ce contexte réfléchir plus en amont comme lors de la 1^{ère} vague sur les patients GIR 4 pour lesquels l'hospitalisation apporterait un bénéfice certain.

Les mêmes difficultés se rencontrent pour les personnes handicapées souvent plus jeunes (cas d'une jeune fille de 16 ans) qui présentent des troubles du comportement avec nécessité d'être accompagnées d'un éducateur si hospitalisation.

A ces difficultés, s'ajoute un absentéisme du fait de soignants COVID +et difficulté de trouver du personnel. Cette problématique a été remonté par Thomas Celarier à Madame Grataloup directrice de l'ARS Loire, rappel d'une médicalisation réduite des EHPAD difficulté de la gestion du juste soin au bon moment, une réponse est que l'hôpital à travers ses équipes mobiles puissent aller dans les EHPAD

Quelle est la place de la réflexion éthique dans ces EHPAD pour soutenir les équipes et face à des décisions complexes, grand besoin car non hospitalisation, besoin d'un soutien psychologique

Inquiétude avec rabaissement de l'âge d'entrée en réanimation, la décision des 80 étant difficile à vivre. Ce jour pas d'actualité mais clairement ça ne passera pas ; la discussion devra avoir lieu très rapidement, il faut anticiper décision sur un mode d'organisation de guerre et pas d'éthique. Les patients en réa sont plus jeunes (20% ont plus de 70ans).

Réanimation

Les choses se sont considérablement dégradées sur le plan éthique car lors de la première vague on a fixé dans la douleur une barrière à 80 ans mais on avait convenu que l'on fixait cette barre et que chaque fois on l'accompagnait d'un raisonnement éthique, d'une explication. A ce jour le message est passé au sein des réanimateurs, dans les EHPAD, dans les urgences donc crainte que le questionnement éthique ne se fasse plus. Les gériatres ne proposent plus les plus de 80 ans en réanimation, ils arrivent des urgences en service de gériatrie Covid + sans qu'il y ait eu discussion individuelle sur le dossier médical, en gériatrie 23 décès en un mois (dc moins nombreux lors de la première vague) patientèle plus fragile, discours entendus et en même temps les réanimations ne pourraient pas répondre à toutes les hospitalisations de plus de 80 ans. Pour Laurent et Sylvie, tous les dossiers sont individuellement discutés en amont avant la décompensation du patient à 3h du matin par une discussion collégiale avec deux médecins plus un avis extérieur. Attention le message de limitation à 80 ans est passé dans la population chez les médecins généralistes, dans les EHPAD, parfois il n'y a même pas de proposition, ceci est vrai toute l'année même s'il y actuellement une exacerbation ; la limitation des demandes en réa ne se faisait pas sur l'âge mais sur des facteurs de co morbidité,

En Ehpad même réflexion, même si on n'hospitalise pas tous les patients, on réfléchit d'une façon individuelle ce ne sont pas des numéros en fonction du GIR par exemple.

On ne peut pas protocoliser la mort et donner des consignes en amont, pour chaque patient dans la mesure du possible il faudrait qu'il y ait une discussion, une réflexion, une entrevue avec la famille éventuellement et puis pour chaque patient une proposition de solution « dégradée », le mieux possible (si on ne peut pas les hospitaliser en réa on peut les hospitaliser dans un service, voire de l'O2 ; il y a toujours quelque chose de possible.

A Claudinon, EHPAD COVID+ de tous les résidents, les familles ont été rencontrées lors de la dégradation du patient, il y a des projets de vie établis et certains résidents ont le souhait de rester à l'EHPAD avec des soignants qu'ils connaissent car finir sa vie en réa ou être intubée et finir sa vie avec quelle qualité ? C'est un beau témoignage d'une EHPAD rattachée à un CH mais n'oublions pas que toutes les EHPAD ne fonctionnent pas ainsi.

Attention des décisions prises en amont de fait. Ne pas renoncer à téléphoner aux urgences, aux gériatres.

La discussion d'une nouvelle limitation d'âge par les réanimateurs ne devrait peut-être pas diffuser.

Du fait des tests plus accessibles, on se retrouve avec un grand nombre...aide des unités médicales COVID. Difficultés de muter des patients Covid en médecine

Patient porteurs de patho chroniques que l'on ne va pas hospitaliser :

En amont, dans cette situation catastrophique créer une permanence éthique téléphonique ? avec un administrateur qui connaît bien l'état des lits (bed manager) sur tout le territoire, un psychologue à l'écoute des familles et des soignants et un médecin qui pourrait donner des indications thérapeutiques

Fermeture des lits de médecine, perte de chance ;

EHPAD pas de médecins coordonnateurs, pas de médecins traitants Covid + ou débordés

Agglomération St Etienne ligne COVID EHPAD 24h/24 et 7j/7 et Hot ligne Soins palliatifs

Les EHPAD ne sont pas des établissements de santé néanmoins les résidents sont mieux à l'EHPAD que dans un couloir à l'hôpital

Taux de répliation

Place dans les SSR (si besoin d'O2) pour le PA 30 à 50 lits avant le domicile et les EHPAD

HAD interviennent dans les EHPAD où il n'y pas d'IDE la nuit ; capacités limitées ; pour les HAD difficultés d'hospitaliser des patients avec une perte de chance : cette dernière est vrai pour tous si le système est saturé.

Ce qui est important c'est de savoir qu'il n'y a pas d'autres possibilités : est-ce que je n'ai pas laissé passer une possibilité ; certitude que tout a été bien fait ; ceci est toujours vrai mais actuellement c'est la rapidité de la dégradation des patients et le nombre de patients atteints

Sur le plan thérapeutique, le seul tt est la dexaméthasone 6 à 8 mg (non accessible sous forme IV en EHPAD) par jour 5 à 10 jours dès que le patient est oxygénodépendant ; O2, paracétamol et ttt anticoagulant car haut risque thrombo embolique Lovenox en préventif

L'éthique de l'égalité (équité) des soins qui ne doit pas dépendre de l'endroit où j'habite or ce n'est pas le cas actuellement confère hotline EHPAD et soins palliatifs ; nécessité de mutualiser projet ARS mise en exergue de problème idée de mutualiser c'est le rôle des GHT

Dégradé terme mal choisi, un pallier en dessous

Réanimateur du GHT modèle d'équité dans la distribution des soins (privé et public) : beau modèle du travail en confiance (modèle plus facile car peu de lits) mais difficile à développer sur le GHT.

Nécessité de moyens 4 psychologues, 4 médecins et 4 administratifs avec des hotlines disponibles 24h/24 réflexion éthique ne peut pas se donner en 10 secondes

Question de temporalité dans cette crise sanitaire

Que proposer : comment faire pour bien faire ? Cellule de soutien éthique Quels objectifs : pouvoir répondre aux soignants face aux grands nombres de décès, de sédation, de LAT

Semi urgence se déplacer dans les EHPAD pour comprendre ce que j'ai fait, accompagner une ou deux situations permettra aux équipes de trouver sens et de ne pas s'épuiser dans le EHPAD, aux CH ; rôle de prévention

Le personnel des EHPAD (grande souffrance, certaines IDE veulent démissionner) trouvera –t-il de temps pour participer à ces rencontres proposées.

Il faut le proposer, modèle à décliner dans les différents territoires (Annonay, Montbrison, Roanne, st Etienne)

Connection Zoom au HPL voire pour les EHPAD

Tous les soignants vivent la même chose d'insatisfaction, d'impuissance, de culpabilité, de penser que l'on n'a pas tout fait, partage d'expérience pour être rassuré.

L'éthique est pratique, comment organiser cette cellule ;

Rôle du psychologue à l'occasion du décès de nombreux patients rencontre des soignants ; politique du moins pire

Etre proactif ne pas se contenter de donner un numéro ; ce qui a bien marcher c'est passé dans les services

Rencontre hebdomadaire par une visio pour donner un point épidémiologique et recueillir les témoignages, se raconter face à des situations difficile donner le sens à ce que l'on fait ; travail à partir de cas concrets

Proposition du CCNE appel général par mail comment la développer

Conclusion

Pas de décision protocolisée car chacun est unique ; individualisé des protocoles

Savoir anticipé en parler en amont

Equité des soins mutualisation hotline

Agir sur le plan pratique pour éviter que la souffrance soit trop grand, éviter autant que faire ce peut le burn out des soignants, écouter communiquer

Besoin d'être rassuré pour avancer adaptation des soins

Nouvelle rencontre dans 15 jours

10- Rencontre du 3 Décembre 2020 : CHUSE Salle d'enseignement de dermatologie et chirurgie pédiatrique

Présents

- Sur le lieu de réunion : Dr Jean Paul CHAUSSINAND réanimateur CH du Forez, Michel FAURE (psychologue CH forez), Nicole GIRAUDIER sage-femme CHU Saint-Etienne, Dr Jean-Francois JANOWIAK président Conseil départemental de l'ordre des médecins, Caroline LUSSATO directrice Hôpital Maurice André Saint Galmier, Dr Marie Noëlle VARLET gynécologue-obstétricien CHU Saint-Etienne, Martine VIAL cadre de santé CHU de Saint-Etienne, Pr. Pascale Vassal chef du service de soins palliatifs Chu Saint-Etienne,
- En conférence téléphonique : Dr Christian AUBOYER réanimateur CHU de Saint-Etienne, Dr Isabelle CARRIERE gériatre Hôpital Maurice André Saint Galmier, Dr Vincent GAUTHIER réanimateur Mutualité de la Loire, Agnès GAUTIER cadre supérieur de santé CH Firminy, Dr Laurent GERGELE réanimateur HPL, Dr François GIRAUD urgentiste, Dr Sylvie JAY réanimateur CH d'Annonay, Dr Mariana PERNEA médecin en soins palliatifs CH d'Annonay, Floriane VARINARD psychologue CHU de Saint-Etienne,

Cette réunion était principalement consacrée à un échange téléphonique avec le Collectif EHPAD 42. Ce collectif a en effet saisi Terre d'Ethique de la problématique notamment juridique posée par le confinement des résidents au sein des EHPAD. Jean-Paul Chaussinand a organisé ce temps d'échange avec les membres de Terre d'Ethique.

Les représentants de ce collectif, présents téléphoniquement, étaient les suivants : Mme Ojardias, Mme Rousseau, Mme Pertué.

Mme Rousseau a présenté les questionnements principaux du collectif : à l'issue du 1^{er} confinement, des familles du territoire Roannais, qui avaient constaté de grandes disparités de pratiques entre les établissements de leur territoire, ont décidé de se regrouper au sein d'un collectif pour échanger sur

leur expérience, comparer les pratiques des établissements et s'entraider. Ce collectif est désormais en lien avec d'autres collectifs sur le territoire national et a pu s'enrichir des expériences d'autres départements. Les membres de ce collectif souhaitent une plus grande écoute des directions et un respect plus important de la Liberté d'aller et venir de leurs parents. Ils cherchent à être associés aux décisions prises par les Directions, telles que le demandent les directives nationales. Egalement, ils souhaitent que le droit de visite soit élargi, car un droit de visite limité aux résidents en fin de vie n'est pas entendable. Les résidents d'EHPAD se fragilisent et vivent leurs derniers mois privés des leurs. Ayant du mal à faire aboutir leurs demandes auprès de certains établissements, ils ont saisi l'ARS et le Département. Ces 2 institutions les ont reçus mais sans donner de suite réelle à leurs échanges. Ils attendaient une intervention de l'ARS auprès des Directeurs, ce qui n'a pas été réalisé. Ils attendent de Terre d'éthique un soutien et recherchent avant tout une aide à la communication avec les directions des EHPAD.

Pascale Vassal explique que Terre d'Éthique n'aura pas directement de réponses à leur apporter mais engagera des pistes de réflexion et une mise en lien.

Caroline Lussato explique le cheminement qui a permis aux directions d'établissements d'évoluer entre le 1^{er} et le 2^{ème} confinement. Le 1^{er} confinement, rythmé par les décisions nationales, était guidé par une exigence de protection face à un virus dont l'ampleur des conséquences pour notre public était inconnu. Il a été nécessaire de s'en prémunir. La mise en lien avec les familles est néanmoins apparue très vite comme nécessaire. D'une vague à l'autre, les directions et leurs équipes ont appris à s'adapter à la situation. Elles ont recherché le meilleur équilibre possible entre la protection collective et l'exigence de respect des libertés individuelles. Chaque établissement a géré cet équilibre en fonction de son environnement, des besoins de ses résidents et de sa situation sanitaire. L'uniformisation des réponses n'est pas possible. Lorsque l'on gère une propagation d'épidémie, il n'est pas possible de mobiliser ses forces et son énergie pour toutes les activités qui seraient à déployer dans l'idéal. Mais les périodes de fermeture totale des établissements ont la plupart du temps été plus courtes malgré des épidémies plus fréquentes au sein des établissements. Les directeurs ont également fait part de leur souhait d'une éventuelle médiation avec les familles quand la communication semblait rompue, éventuellement via la personne qualifiée qui devrait être nommée dans chaque département.

Michel Faure complète en indiquant que cette situation fait violence à tous et qu'il convient de trouver un compromis entre les exigences légales et le respect des considérations humaines.

Mme Ojardias précise qu'elle a fait le choix de prendre sa mère à domicile pendant quelques semaines afin qu'elle ne vive plus ce confinement, décision responsable que salue Mariana Pernéa.

Jean-Paul Chaussinand indique que la lecture des courriers du collectif laissait à penser qu'il remettait en cause purement et simplement le confinement. Or cette remise en cause n'est pas possible au vu du contexte. Si leur demande est plutôt celle d'une amélioration de la communication, d'un partage plus important avec les Directions, la demande paraît légitime. Il est important que leur demande soit apportée avec le même aspect constructif qu'elle est posée ce soir.

Mme Ojardias confirme leur volonté de communication.

Pascale Vassal précise qu'il est important de regarder ce qui est fait, les bonnes choses plutôt que de focaliser sur une vision négative : les visites de fin de vie étaient interdites au début de la première vague ; leur mise en place a donc été une plus-value. Les EHPAD sont ici visés, mais dans de nombreux services hospitaliers, les visites sont interdites alors même que des personnes sont hospitalisées de nombreuses semaines et que leur besoin de lien avec leurs proches est aussi légitime que pour un résident d'EHPAD.

Il faut savoir que le risque juridique qui pèse sur les établissements est majeur. Pour l'instant, les contentieux sont liés à une insuffisance de protection des résidents, et non à une insuffisance de liberté qui leur serait accordée et donc aux pertes d'autonomie qui en découleraient. Laurent Gergel illustre ce propos en expliquant que son établissement est l'objet d'une plainte et qu'il convient de prouver que tous les éléments de protection contre une contamination ont été mis en place. Cette judiciarisation est très lourde pour les établissements. La prévalence d'une logique de liberté sur celle de la sécurité semble un combat difficile à mener dans nos sociétés qui n'acceptent pas le risque.

Le collectif précise avoir proposé à certaines directions une décharge de responsabilité mais le Dr Janowiak leur explique pourquoi un tel document n'a pas de valeur juridique et ne peut être accepté par des Directions et médecins.

En conclusion, la clef d'un apaisement reste la communication. La présence d'un tiers au sein de cette communication peut être un élément facilitateur. Le collectif EHPAD 42 se rapprochera donc des autorités afin d'obtenir les coordonnées de cette personne au niveau départemental et remercie Terre d'Éthique pour la compréhension et l'écoute apportées.

B - Cellule de soutien éthique du GHT Loire

Terre d'Éthique réunit régulièrement des professionnels attachés à la dimension éthique de leur exercice. Cet espace de réflexion, à l'échelle du territoire, regroupe des soignants (Médecins de toute spécialité, cadres de santé, infirmier(e)s, psychologues), mais également des représentants de la société civile (Directeurs d'EHPAD ou de la fonction hospitalière, philosophe).

Lors de la réunion du 15 Octobre 2020, l'évocation de nombreux témoignages en lien avec la souffrance des soignants durant et après la crise sanitaire du printemps a débouché sur la décision de mettre en place, en prévision du nouvel épisode COVID annoncé, un outil de prévention à destination des équipes de soins, la Cellule de Soutien Éthique du GHT (CSE-GHT).

Cette Cellule, constituée d'une vingtaine de membres volontaires issus de tout le GHT est animée par le Pr Pascale VASSAL, chef de service des Soins Palliatifs, et s'est donnée pour mission de proposer à ceux qui en feraient la demande un temps d'échange entre les personnels d'une même équipe. Il s'agit d'évoquer les situations qui ont pu donner lieu à des questionnements ou à des incompréhensions en relation avec des enjeux éthiques.

Un poste de Praticien Contractuel a été créé en date du 30 Octobre. Une astreinte téléphonique sur un numéro dédié (04 77 82 96 34) et une adresse mail (terre.ethique@chu-st-etienne.fr) ont été mises à disposition pour recueillir et traiter les demandes de soutien.

D'une durée d'une heure trente environ, ces rencontres se sont organisées dans les services, dans les établissements ou à distance en visioconférence, en présence de deux à trois membres de la CSE-GHT.

Le bilan des activités de la CSE-GHT durant les mois de Novembre et Décembre 2020 est le suivant :

- Quatre rencontres avec des équipes médicales
 - o PH du CH Firminy (Visioconférence le 05/11/20)
 - o PH du SAMU du CHUSE (Réunion le 06/11/20)
 - o PH du CHAN (Confcall le 06/11/20)
 - o PH du Service de Médecine Interne du CHUSE (Réunion le 12/11/20)
- Deux rencontres avec des équipes soignantes
 - o Équipes de nuit du CHPL (Visioconférence le 12/11/20)
 - o Équipe de Médecine Interne du CHUSE (Réunion le 19/11/20)
- Trois rencontres avec les équipes des EHPAD :
 - o Mutualité de Loire et de l'Ardèche (Réunion le 05/11/20)
 - o Les Bruneaux à Firminy (Réunion le 24/11/20)
 - o Partage à Lorette (Réunion le 27/11/20)
- Cinq rencontres avec les Internes du GHT
 - o En présence des Prs Berthelot (Doyen) et Gocko (MCU de MG) (Réunion le 20/11/20)
 - o Internes du CHUSE (Réunions les 26/11 et 03/12/20)
 - o Internes du CH Roanne (Réunion le 01/12/20)
 - o Internes du CH du Forez (Réunion le 10/12/20)
- Deux rencontres avec des Collectifs de familles
 - o Collectif Famille 42 (Confcall le 03/12/20)
 - o Clos Champirol (Réunion le 08/12/20)
- Deux entretiens individuels
 - o Directeur de l'EHPAD de Saint Just la Pendue (Téléphone le 13/11/20)
 - o Infirmière Service COVID CHU (Téléphone le 03/12/20)
- Les Cadres de Santé de dix-sept des vingt et un services COVID du CHUSE ont fait l'objet d'une visite de présentation de la CE-GHT entre le 16 et le 20/11/20.

Les échanges ont mis en évidence des domaines de réflexion récurrents :

- Solitude et désarroi des équipes face au contexte de crise
- Critères de priorisation dans les Indications d'Hospitalisation
- Conditions d'accompagnement des fins de vie
- Gestion des visites des familles / Isolement des patients ou résidents
- Bouleversement des rituels funéraires pour les accompagnants et les familles

Le GHT a permis la mise en place rapide, à l'aube d'une deuxième poussée épidémique de la COVID, d'un dispositif destiné à prévenir les conséquences de la souffrance morale des soignants. Cela a permis d'apporter une écoute et un cadre analytique à de nombreux professionnels des établissements hospitaliers et des EHPAD du territoire.

C - Listes des protocoles de recherche observationnelle 2020

N°	Investigateur	Protocole
2020-01	Dr Pascal EDOUARD	Facteurs socioculturels des blessures en athlétisme : perceptions et expériences des acteurs de l'athlétisme français
2020-02	Dr Pascal EDOUARD	Expériences individuelles des blessures de sur-utilisation en athlétisme : enquête rétrospective
2020-03	Joseph Jeannin Pr Charles RODOLPHE	« Comment protégez-vous vos enfants des écrans ? »
2020-04	Ndéye Ndatté SAMB.	Mieux intégrer les transitions de soins en renouant le fil des conversations entre patients âgés, familles et soignants : une étude comparative franco-canadienne
2020-05	Pr Gilles THURET	Greffe de membrane amniotique lyophilisée pour trous maculaires dépassés
2020-06	Elie AYOUB Pr C.LE HELLO	Intérêt de la pression digitale au gros orteil dans le diagnostic de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs
2020-07	Pr Guillaume MILLET	Mieux comprendre les effets de l'entraînement sur la performance et la fatigue chez les pratiquants de trail
2020-08	Valentin BABAZ Pr MOREL Dr D. CHARRIER	Utilisation de l'index bispectral et de la pupillométrie quantitative dans l'évaluation du pronostic neurologique de l'encéphalopathie postanoxique.
2020-09	Dr Clement CORNEC	Perception multimodale des signaux acoustiques non verbaux
2020-10	Amandine VICCICA Pr FROUDARAKIS	Etude cytologique de l'effet temps sur la sensibilité dans les pleurésies malignes
2020-11	Elise KOHOUT Pr. Pascal CATHEBRAS	Etude exploratoire d'acceptabilité d'un document pédagogique pour la prise en charge de l'anxiété centrée sur la santé en médecine générale
2020-12	Ludovic LAFAIE Dr Olivier COLLARD	Etude observationnelle rétrospective monocentrique portant sur la réduction des doses de la première cure de chimiothérapie prescrite chez les patients de plus de 70 ans
2020-13	Dr Pascal EDOUARD	Etude PerBIA : étude sur la perception des blessures par les athlètes et les déterminants de la réalisation d'un programme de prévention des blessures
2020-14	Joanna GRZESK Pr. Paul FRAPPE	Parcours et vécu des internes de médecine générale ayant fait leur deuxième cycle à l'étranger
2020-15	Pr Alain BELLI	Etude sur la pratique du football récréatif chez les personnes âgées de 60 à 80 ans

2020-16	Dr Mael PULCINI	Impact du suivi intensif dans la communauté selon un modèle ACT de patients présentant des troubles psychiatriques sévères par une équipe mobile de psychiatrie sur les couts de prise en charge hospitalière
2020-17	Camille BELLOT Dr Jean Baptiste BOUCHET	Evaluation de la capacité d'une manœuvre de recrutement alvéolaire par paliers à prédire la pré-charge dépendance en chirurgie cardiaque
2020-18	Dr Jean Philippe KLEIN	Le suivi de la sexualité par les sages-femmes libérales est-il à la hauteur de l'attente des patientes ?
2020-19	Dr Amandine GAGNEUX-BRUNON	Etude de validation du questionnaire 5C (questionnaire de mesure des antécédents psychologiques sur la vaccination) adapté en Français pour évaluer l'hésitation vaccinale.
2020-20	Florence BOYER	La médecine génomique de demain : pour une approche francophone et sociale de l'innovation santé
2020-21	Pr Hugues PATURAL	PremCRY : Ontogénèse des pleurs chez les prématurés
2020-22	Luc GOETHALS	Etude qualitative multicentrique auprès des acteurs des différentes Hotlines gériatriques sur le territoire français : freins et leviers à la mise en place de ce dispositif
2020-23	Dr Pascal EDOUARD	Etude PerBIA : étude sur la perception des blessures par les athlètes et les déterminants de la réalisation d'un programme de prévention des blessures
2020-24	Dr Andrea BUCHMULER	Typologie des patients présentant une maladie thromboembolique veineuse pris en charge par le réseau national français de thrombose « INNOVTE »
2020-25	Delphine JAMMET	Besoins des parents d'enfants porteurs d'une épilepsie à paroxysme rolandique (EPR) hospitalisés lors d'une première crise
2020-26	Pr Frédéric ROCHE	Cause de décès des sujets inclus dans la cohorte PROOF
2020-29	Dr Tristan GABRIEL	MICMOTIV : Etude du profil motivationnel des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques en rémission présentant une fatigue résiduelle
2020-28	Mélanie BROSSIER Dr Valérie ROUSSELON-CHARLES	Habiter, en Situation de Précarité, avec un Enfant Autiste : quels enjeux pour l'accompagnement dans les soins ? Étude qualitative — Étude monocentrique – Étude HaSPREA
2020-30	Pr Gilles THURET	Prélèvements de cornées pédiatriques pour la thérapie cellulaire endothéliale
2020-31	Dr Marine VIEVILLE	Parathyrectomie involontaires : impact sur l'hypocalcémie post-thyroïdectomie

2020-32	Charlotte CUBIZOLLES Dr Amandine GAGNEUX BRUNON	Evaluation de la perception et des connaissances de la vaccination chez la femme enceinte contre la grippe, la coqueluche et un futur vaccin contre le virus respiratoire syncytial
2020-33	Solène DORIER et Nathalie BARTH	Cyber Conciergerie ou conciergerie numérique territoriale : étude qualitative et quantitative d'acceptabilité
2020-34	Pr Guillaume MILLET	Evaluation de la fatigue perçue et de l'activité physique chez les patients atteints de Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI)
2020-35	Pauline GOUTTEFARDE Nathalie BARTH	Projet d'alternance innovante
2020-36	Laura TEILLOL Dr Pascal EDOUARD	« Les perceptions et intentions du sportif durant son effort influencent-elles la survenue d'une lésion musculaire des ischio-jambiers ? »
2020-37	Dr Etienne OJARDIAS	IVS3-G : Acceptabilité et adaptabilité de l'utilisation de la thérapie miroir informatisée sur des sujets âgés.
2020-38	Dr Manon LAUNAY	Métforminémie et surdosage ; évaluation de l'impact de l'ouverture de l'AMM aux insuffisants rénaux légers et modérés
2020-39	Dr Antoine GIRAUD	Évaluation du développement psychomoteur de l'enfant prématuré à 30 mois d'âge corrigé : comparaison de l'Agès and Stages Questionnaire à l'échelle de Brunet-Lézine Révisée
2020-40	Estelle RAVNI Pr Jean Luc PERROT	Apport de la dermatoscopie magnifiée pour l'exploration in vivo des tumeurs génitales pigmentées
2020-41	Lydia TIGHEZERT Pr Rodolphe CHARLES	Des lieux de soin alternatif : Les jardins de santé. Etude qualitative – Université Jean-Monnet, Saint-Etienne
2020-42	Pr Elisabeth BOTELHO	Etude de l'hésitation vaccinale en contexte d'émergence de pathologie infectieuse et de l'intention de se faire vacciner contre un pathogène émergent
2020-43	Emera Chhuy Dr Marie-Caroline TRONE	Comparaison des données pupillométriques des patients candidats à la chirurgie réfractive prises par 2 appareils : la topolyzer et l'oculyzer
2020-44	Dr Carole PELISSIER	Evaluation de la prévalence de la détresse psychologique des étudiants et des facteurs sociaux médicaux et professionnels associés
2020-45	Nathalie BARTH	Projet ARECOVID

		Avis, Représentations et expériences des professionnels de santé et des personnes âgées face à l'épidémie du coronavirus
2020-46	Dr Sophie PERINEL-RAGEY	Etude monocentrique de la pharmacocinétique de l'hydroxychloroquine chez les patients de réanimation au cours de l'infection à SARS-CoV2
2020-47	Dr Amandine GAGNEUX BRUNON	Etude descriptive des patients suivis en ambulatoires au CHU de Saint-Etienne pour une maladie liée au SARS-CoV2 : COVID-19.
2020-48	Dr Fabrice COGNASSE	Impact de l'infection COVID-19 sur le taux de plaquettes sanguines des patients : anticipation des besoins qualitatifs des concentrés plaquettaires
2020-49	Dr Pascal EDOUARD	Influence des restrictions sur la vie publique pendant la pandémie de coronavirus sur le comportement à l'exercice et le bien-être subjectif: une enquête multinationale (Influence of restrictions on public life during the coronavirus pandemic on exercise behavior and subjective well-being: a multinational survey)
2020-50	Dr Sophie PERINEL-RAGEY	Etude multicentrique de la pharmacocinétique de l'hydroxychloroquine et impact sur le QT chez les patients de réanimation au cours de l'infection à SARS-CoV2.
2020-51	Pr Thomas BOURLET	Mise au point de tests rapides de dépistage et sérologiques du COVID-19
2020-52	Dr David HUPIN	Représentations, avis et expériences des patients fibromyalgiques dans le contexte de la pandémie de Covid-19. L'étude FIMOUV-V19.
2020-53	Dr David HUPIN	Représentations, avis et expériences des sujets de la cohorte PROOF dans le contexte de la pandémie de Covid-19. L'étude PROOF-V19.
2020-54	Pr Alain VIALLLON Dr Luc JANISSET	Identification de facteurs pronostiques chez des patients admis aux urgences pour suspicion de COVID-19
2020-55	Dr Sébastien BRUNEL Manon CARETTE	Etat des lieux sur la consommation de psychotropes chez les étudiants stéphanois au cours de l'année universitaire 2019-2020
2020-56	Dr Carole JALBERT	Relationship between Acute Pulmonary Embolism and Covid-19
2020-57	Dr Sylvain GRANGE	Utilisation d'une mixture de gélatine résorbable au retrait de l'aiguille lors d'une biopsie pulmonaire transpariétale scannoguidée pour réduire la fréquence de survenue d'un pneumothorax
2020-58	Pr Alain VIALLLON Dr Luc JANISSET	Patient non admis aux urgences après tri IOA au cours de l'épidémie de CoVid-19, évolution à J18

2020-59	Antoine MOUGENEL- CHANTEREAU Pr Hugues PATURAL	Dépistage combiné auditif et des infections congénitales à CMV en maternité : Étude de faisabilité
2020-60	Dr David CHARIER	Recherche de l'existence d'une dysautonomie chez les patients hospitalisés en Réanimation pour une infection au SARS-CoV-2 : étude COVIDANS-Réa. Etude monocentrique.
2020-61	Pr Gilles THURET	Prélèvements de cornée pendant et après la pandémie SARS-Cov-2 Quels tests microbiologiques faut-il réaliser ? Quels risques ?
2020-62	Dr Amandine GAGNEUX BRUNON	Etude descriptive des patients hospitalisés au CHU de Saint-Etienne pour une maladie liée au SARS-CoV2 : COVID-19.
2020-63	Marie STRIETZEL Dr Elisabeth RIVOLLIER	Déshabillage du patient en cabinet de médecine générale : perception de la demande par le patient
2020-64	Pr Guillaume MILLET	Étude de la récupération de la fatigue des patients atteints par le Covid-19
2020-65	Pr Pierre CROIZILLE	Prédiction de l'évolution clinique des patients suspects COVID19 par approches de classification non supervisée, fondé sur la signature multiparamétrique du scanner thoracique réalisé à l'admission (COVID-CTPRED)
2020-66	Dr Carole PELISSIER Pr Luc FONTANA	Effets du risque infectieux lié au virus SARS-CoV-2 sur l'anxiété des soignants
2020-67	Alexia SAUVAGE Dr Aurélie GAY	Évaluation des besoins de soins en addictologie chez les patients âgés de 65 ans et plus
2020-68	Pr Guillaume MILLET	French translation and validation of the Rating-of-Fatigue Scale
2020-69	Dr Pascal EDOUARD	Etude PROVE : Analyse des déterminants psychophysiologiques des blessures de surutilisation en athlétisme.
2020-70	Dr Georgia Karpathiou	Etude immunohistochimique des chordomes pour améliorer leur prise en charge diagnostique et pronostique
2020-71	Dr Julien LANOISELEE	Evaluation multicentrique de la relation pharmacocinétique et pharmacodynamique (PK/PD) de l'énoxaparine chez les patients hospitalisés en réanimation pour infection à SARS CoV-2

2020-72	Dr Carole PELISSIER Pr Luc FONTANA Pr Eric FAKRA	Télétravail dans un contexte de confinement et état de santé psychique des salariés
2020-73	Anais CHAIGNE Pr JP CAMDESSANCHE	Etude du devenir à long terme des patients pris en charge pour une encéphalite anti-NMDAR aux CHU de Saint-Etienne et de Lyon.
2020-74	Dr Pascal EDOUARD	Blessures et Maladies en compétition d’Athlétisme : Analyse des caractéristiques et des facteurs associés de 2007 à 2020 (Etude RETRO-IICS).
2020-75	Lucie CARNEIRO ESTEVES Pr Pascal CATHEBRAS	Episodes thrombotiques au cours des anémies hémolytiques autoimmunes : expérience du Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Etienne
2020-76	Coralie BLANC Pr Rodolphe CHARLES	Effet du DNS sur l’épidémiologie des usagers du SAFEP
2020-77	Pr. Guillaume THIERY	Evaluation des stratégies d’admission en réanimation des patients atteint du COVID 19.
2020-78	Mélanie JOUAK Dr GAY Aurélia	Dépistage du trouble de déficit de l’attention/hyperactivité chez des patients pris en charge pour un trouble addictif et caractérisation de cette population
2020-79	Dr Elie HADDAD	Le brochage en « L » dans les fractures du col du cinquième métacarpien chez l’adolescent
2020-80	Charlotte BOUTHEON Nathalie BARTH	L’habitat inclusif comme une alternative solidaire et coopérative favorisant la qualité de vie des aînés
2020-81	Marcelline SIX Pr. JL PERROT Pr. THOMAS	Vieillesse des tissus de soutien osseux et cutané : corrélation entre densitométrie osseuse et dermatoscopie haute résolution, à propos de 158 sujets seniors de la cohorte PROOF
2020-82	Dr Amandine GAGNEUX-BRUNON	Evaluation de l’acceptabilité d’un essai clinique de chémoprophylaxie contre les infections à SARS-CoV-2 chez les soignants
2020-83	Elodie BERNARD Dr Baptiste GRAMOND	Connaissance et acceptabilité du jeûne thérapeutique chez les sujets de plus de 65 ans
2020-84	Anthime FLAUS Dr PREVOT-BITOT	Analyse de l’association avec les paramètres de survie des paramètres de textures issue de la TEP au 18[F]FDG initiale combinés avec des méthodes de machine learning dans une cohorte rétrospective de patients atteints de mélanome métastatique.

2020-85	Dr Fabien FOREST	Etude histopathologique, moléculaire et du microbiote des patients avec métastase cérébrale de cancer du côlon
2020-86	Dr Fabien FOREST	Description clinicopathologique et moléculaire des métastases cutanées d'adénocarcinome pulmonaire.
2020-89	Pr Vincent GAUTHERON	Conséquences du Confinement COVID-19 sur l'état de santé globale des Enfants en Situation de handiCap en région ARA
2020-90	Dr Aurélien SCALABRE	Facteurs prédictifs de succès du traitement du pectus carinatum par système de compression dynamique. Pectusdyn
2020-91	Dr Aurélie DESBREE Pr Rodolphe CHARLES	Etat des lieux de la prise en charge en hospitalisation à domicile pédiatrique dans la Loire – Etude qualitative – Etude monocentrique
2020-92	Dr Isabelle ROUCH Hanane EL HAOUARI	Stress, personnalité, attachement et coping durant la crise Covid, Etude STERACovid
2020-93	Jessica GUYOT, B. BONGUE, Nathalie BARTH	Évaluation de l'acceptabilité d'un dispositif de dépistage des facteurs de risque de l'AVC par le biais du « Neurocoach » chez les personnes de plus de 65 ans vivant à domicile Étude d'acceptabilité auprès des professionnels et des participants au dépistage.
2020-94	Dr Laurent GERGELE	Evaluation du surrisque infectieux dans les suites d'un ultra-trail
2020-95	Solène DORIER Nathalie BARTH	Projet RESPIRE. Plateforme de mise en lien de seniors avec des accueillants familiaux : étude qualitative d'acceptabilité
2020-96	Dr Pascal EDOUARD	Existe-t-il une adaptation de l'équilibre de la force entre les muscles rotateurs de l'épaule avec la pratique sportive ou la pathologie ? (Etude Isok-épaule)
2020-97	Fleur PETIT Dr Claude LAMBERT	Etude du Stress ressenti pendant la pandémie Covid19 et le déconfinement pour évaluer ses Effets sur l'Immunité (SCEI)/ Analysis of Stress felt during Covid-19 pandemia and deconfinement to approach its effects on Immunity Etude Multicentrique, internationale.
2020-98	Pr Hugues PATURAL	Evaluation de la fatigue perçue chez les enfants ayant séjourné en service de réanimation – Etude multicentrique régionale
2020-99	Ludovic WORD	Nasofibroscopie d'effort chez le sportif : comment constater

	Dr Dominique DUBOIS-BOISSIER	l'obstruction laryngée induite à l'effort ? Une étude rétrospective.
2020-100	Dr Georgia Karpathiou	Étude immunohistochimique et histologique des kystes mésothéliaux dans le but d'élucider leur physiopathologie et leur prise en charge diagnostique.
2020-101	Dr Georgia Karpathiou	Étude immunohistochimique et histologique des myxomes cardiaques pour élucider leur physiopathologie et améliorer leur prise en charge diagnostique
2020-102	Alexis GUIGNAND Dr Aline GUILLOT	Etude observationnelle rétrospective monocentrique portant sur la toxicité de la chimiothérapie néoadjuvante de type M-VAC prescrite chez les patients atteints de carcinome urothélial infiltrant de la vessie localisé et son impact éventuel en terme de réponse tumorale
2020-103	Pr Pascal GIRAUD	Evaluation rétrospectives des effets d'une prise en charge en visio-motrice par le dispositif IVS3
2020-104	Dr Pascal EDOUARD	Etude IVS-RETRO Effets d'un entraînement par séries de sprints courts (Sprint Interval Training) sur les capacités d'endurance, de force et de vélocité chez des joueurs de basketball de niveau national. Étude SIT-BB
2020-105	Aurélie MAXO Pr Paul CALMELS	ÉTUDE DU PARCOURS DE SOIN SANITAIRE, RÉÉDUCATIF-RÉADAPTATIF ET MÉDICO-SOCIAL DE MALADES ATTEINTS DE TUMEURS CÉRÉBRALES PRIMITIVES. ANALYSE RÉTROSPECTIVE D'UNE COHORTE DE POPULATION IDENTIFIÉE DE 2017 à 2018.
2020-106	Line MONCELON Dr Pascal EDOUARD	Facteurs prédictifs d'abandon chez les coureurs à la limite des barrières horaires en Ultratrail : Application à l'UTMB et à la TDS 2019
2020-107	Dr Jean Baptiste GUICHARD	Etude du rôle du remodelage atrial gauche sur pronostic à long-terme à la suite d'un ESUS.
2020-108	Dr Jean Baptiste GUICHARD	Etude des prédicteurs de survenue de fibrillation atriale chez les patients âgés – cohorte PROOF
2020-109	Myriam BELKACEMI Dr Marc VERCRUYSSÉ	la prévalence de l'anémie et de ses différents sous types en péri opératoire de chirurgie cardiaque, ainsi que son implication sur le devenir post opératoire des patients.
2020-110	Marie NIEL Dr Catherine PLOTON	Identifier les modèles explicatifs des patients obèses

2020-111	Dr Fabien FOREST	Facteurs pronostiques cliniques et histopathologiques des carcinomes épidermoïdes pulmonaires opérés.
2020-112	Dr Fabien FOREST	Hétérogénéité du microenvironnement tumoral des adénocarcinomes pulmonaires.
2020-113	Dr Carole PELISSIER	Evaluation du risque COVID-19 et de la prévalence de la COVID-19 parmi le personnel symptomatique dépisté
2020-114	Marine DAFFORT Dr Mael PULCINI	Evaluation des connaissances et des représentations actuelles de la pair-aidance chez le personnel soignant en psychiatrie au CHU de Saint Etienne
2020-115	Dr Sabrina Ben Ahmed	Validation de la planification par simulation numérique des endoprothèses aortiques abdominales fenêtrées terumo aortic anaconda : étude FENSIM 2
2020-116	Dr Amandine GAGNEUX BRUNON	Analyse des réseaux et cartographie des formations, des besoins en formations et des objectifs des professionnels de santé concernant la vaccination des sujets âgés et identification de leurs attitudes concernant cette vaccination.
2020-117	Dr Antoine GIRAUD	Évaluation de l'association entre l'exposition à une inflammation périnatale et la croissance postnatale des enfants prématurés : une étude de cohorte multicentrique
2020-118	Camille RIVEILL Dr Jean Noel BALLY	PEUT-ON PARLER DE CHOIX DE MEDECIN TRAITANT EN 2020 ? Etude qualitative auprès de patients dans la région de la Loire
2020-119	Dr Tiphaine BARJAT	Etude VACCISAGE : Attitudes et perceptions de la vaccination par les sages-femmes et les étudiants en maïeutique
2020-120	Dr Carole PELISSIER	Crise sanitaire COVID 19 et impact psychologique au long cours chez les soignants travaillant dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes(EHPAD)
2020-121	Dr Carole PELISSIER	Crise sanitaire COVID 19 et impact psychologique au long cours chez les soignants travaillant au CHU de Saint Etienne
2020-122	Nicolas THIERRY Dr MARTIN	Évaluation échographique de la vacuité gastrique chez des patientes bénéficiant d'une interruption volontaire de grossesse programmée : une étude rétrospective
2020-123	Dr Laurence VICO- POUGET	Questions non résolues sur le squelette des cosmonautes et rôle de l'axe FGF23-Klotho ; contribution d'un jumeau numérique osseux (BONE ON ISS)
2020-124	Dr Fabien FOREST	Cycline D1 comme marqueur des tumeurs cérébrales avec activation de la voie RAS et des MAP kinases

2020-125	Dr Fabien FOREST	Caractérisation de l'hétérogénéité intra-tumorale du micro-environnement des carcinomes pulmonaires biphasiques
2020-126	Dr Fabien FOREST	Impact du sous-type histopathologique et du résultat de l'immunohistochimie anti-PD-L1 dans les métastases d'adénocarcinome pulmonaire
2020-127	Dr Fabien FOREST	Examen du stroma tumoral et pronostic des mésothéliomes malin diffus pleuraux
2020-128	Stéphanie RAPP et Clémence BESSON	Contextualiser le conflit dans une situation de soin, à travers des patients « Du simple désaccord à l'agressivité envers le médecin traitant »
2020-129	Pr. Pascal EDOUARD	Evaluation des connaissances sur l'activité physique et santé des étudiants en santé (SESA-AP)
2020-130	Dr Josselin RIGAILL	Evaluation du kit MRSA MGB pour le diagnostic rapide des infections ostéo-articulaires
2020-131	Dr Romain POMMIER Dr Florian CHARVOLIN	Etude des stratégies de rétablissement des altérations du sens commun des personnes avec un trouble du spectre de la schizophrénie
2020-132	Manon PIQUE Dr Catherine PLOTTON	Connaissances des adolescentes concernant les menstruations et rôle du médecin généraliste : étude qualitative
2020-133	Jessica GUYOT	Evaluation de l'acceptabilité d'un programme d'art-thérapie : l'art dément le chaos
2020-134	Boris CHAPOTON Pr Franck CHAUVIN	ICoRéSo – Influence Comportementale sur les Réseaux Sociaux – Phase Etudiants en Service Sanitaire
2020-136	Marie Pierre PERQUIS Dr Claire TISSOT	Caractéristiques, prise en charge diagnostique et thérapeutique, et survie des patients porteurs d'un CBNPC muté EGFR pris en charge depuis 2010 sur le bassin stéphanois
2020-137	Marie STOUVENEL Anais RODRIGUEZ Dr Jean Noel BALLY	Délivrance d'antibiotiques par les pharmaciens et infirmiers dans la cystite et l'angine : freins et moteurs de son application auprès des patients, infirmiers, pharmaciens et médecins généralistes de la Loire
2020-138	Dr Julie GOUTTE	Attitudes des Internistes et Rhumatologues vis-à-vis de plaintes douloureuses chroniques
2020-139	Dr Marie Caroline TRONE	Etude comparative des paramètres topographiques des cornées normales et kératoconiques entre le CASIA SS1000, le CASIA 2 et le Pentacam
2020-140	Quentin VASSELON	Étude qualitative sur la perception des internes de l'information promotionnelle délivrée par les firmes de produits de santé

	Pr Josette VALLEE	
2020-141	Dr Cédric BOUSQUET Dr Amandine GAGNEUX BRUNON	Analyse sur Twitter des motifs associés à l'hésitation par rapport à un éventuel vaccin contre le SARS-COV-2
2020-142	Aurane RAPHARD Dr Fabien FORGES Wafa BOULEFTOUR	Analyse de l'impact du capping sur la tolérance et l'efficacité des traitements de chimiothérapie anticancéreuse des cancers du sein précoce. Etude rétrospective monocentrique
2020-143	Pr Xavier ROBLIN	EasyMICI LIB CREGG Etude observationnelle prospective multicentrique de suivi des MICI après un premier traitement anti-TNF
2020-144	Dr Sylvie PILLET	Etude des facteurs prédictifs de colite à cytomégalovirus (CMV) chez des patients atteints de rectocolite hémorragiques (RCH)
2020-145	Pauline GOUTTEFARDE Nathalie BARTH	Évaluation de l'expérimentation « Projet Sentinelle – Repérage des risques de fragilisation »
2020-146 (doublon 2020-133)	Jessica GUYOT	Evaluation de l'acceptabilité d'un programme d'art-thérapie : l'art dément le chaos
2020-147	HASSNAOUI Johara HABRARD Claire-Lise Dr Angelique SAVALL	Explorer l'utilisation de la musicothérapie dans la prise en charge du trouble anxieux.
2020-148	Solène DORIER	Projet Fasteech : évaluation d'un projet expérimentant un dispositif innovant autour de l'hygiène bucco-dentaire des seniors
2020-149	Pr Frédéric ROCHE Émeline BORGET	Relation entre les paramètres de repolarisation cardiaque et la présence d'un syndrome d'apnée/hypopnées du sommeil.
2020-150	Dr Marlène DAMIN- PERNIK	Etude de l'incidence des effets indésirables médicamenteux (EIM) chez les patients hospitalisés au CHU de Saint-Etienne pour une infection SARS-CoV-2 vs une autre infection.
2020-151	Dr Marc ROUSSIER	Constipation en service de soins palliatifs : étude rétrospective de l'efficacité d'une prise en charge ostéopathique.
2020-152	Pr Natacha GERMAIN	ANALYSE DU PROFIL DE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE (CRAVING) ET SON LIEN AVEC LES PARAMETRES METABOLIQUES CHEZ DES PATIENTS DIABETIQUES DE TYPE 2 SOUS TRAITEMENT PAR GLP1 A PARTIR DES INFORMATIONS DE SUIVI RECUEILLIE SUR 12 MOIS. (DIABète Glp1 et cRaving AliMentaire DIAGRAM)

2020-153	Pr Eric FAKRA	Evaluation de la modification du parcours patient et des caractéristiques patient suite à la mise en place de nouvelles modalités de fonctionnement d'une équipe mobile de psychiatrie de crise
2020-154	Dr Maxence RIGON	Mesure de l'impact du déconfinement sur le bien être mental durant la 2 ème vague de l'épidémie de COVID 19 chez des usagers de dispositifs d'intervention précoce.
2020-155	Pr Jean-Luc PERROT Mme Céline BOURGEA	Performance de l'intelligence artificielle dans la détermination des sous types histologiques des carcinomes basocellulaires à partir d'images dermoscopiques par rapport au gold standard qu'est l'examen anatomopathologique.
2020-156	Amandine BAUDOT Dr Nathalie BARTH	Evaluation du contexte de mise en œuvre du programme Acti-Pair dans le département de la Loire
2020-157	Dr Marie Caroline TRONE	Ressenti psychologique de la greffe de cornée.
2020-158	Dr Thomas BOURLET	EVALUATION DE TESTS IMMUNOCHROMATOGRAPHIQUES POUR LE DIAGNOSTIC RAPIDE DES INFECTIONS PAR LES VIRUS DE L'IMMUNODEFICIENCE HUMAINE (HIV), ET DES HEPATITES B ET C
2020-159	Dr Aymeric CANTAIS	Analyse des bruits pulmonaires des enfants atteints de bronchiolites : Bronchioscope
2020-160	Dr Amandine GAGNEUX-BRUNON	[COVID] Enquête sur les facteurs de risque de contamination au SARS-COV-2 chez les patients âgés de plus de 65 ans.
2020-162	Dr Manon LAUNAY Dr Xavier DELAVENNE	[COVID] Impact de l'inflammation sur la pharmacocinétique du Lopinavir chez le patient COVID.
2020-164	Dr Amandine GAGNEUX-BRUNON	[COVID] Exploration des freins et des motivations à la vaccination contre la COVID-19, et de la participation aux essais cliniques vaccinaux