

Hospitalisation d'un.e résident.e de Maison de Repos et de Soins atteints ou suspect d'une COVID-19: aide à la décision d'hospitalisation

Version 2.0 21 octobre 2020

Dans cette version révisée, le travail a principalement porté sur la rédaction d'une lettre d'accompagnement de l'organigramme publié sur le site web de la Société belge de gériatrie et de gérontologie (SBSG) le 19 mars 2020. La présente lettre d'accompagnement s'inspire fortement de la ligne directrice élaborée par la Fédération des médecins spécialistes des Pays-Bas.*

Groupe de travail

Prof. Nele Van Den Noortgate, dienst geriatrie UZ Gent

Prof. Jan de Lepeleire, huisartsgeneeskunde KU Leuven

Prof. Ruth Piers, dienst geriatrie UZ Gent

Prof. Johan Flamaing, dienst geriatrie UZ Leuven

Avec le soutien de:

Conseil d'administration de la SBSG :

Prof. Jean-Pierre Baeyens, AZ Alma

Prof. Ivan Bautmans, VUB

Prof. Nicolas Berg, CHU Liège

Dr. Katrien Cobbaert, AZ Delta

Prof. Isabelle de Brauwere, UCLouvain, Cliniques universitaires saint-Luc

Prof. Sandra de Breucker, ULB

Prof. Anne Marie de Cock, UZA

Prof. Marie de Saint Hubert, UCLouvain, CHU-UCL-Namur

Prof. Sophie Gillain, CHU Liège

Prof. Eva Dierckx, VUB

Prof. Tony Mets, UZ Brussel

Prof. Lies Vanassche, KU Leuven

Ethiciens KU/UZ Leuven

Prof. Martin Hiele (président du comité d'éthique UZ Leuven)

Prof. Chris Gastmans, (chef du centre inter-facultaire pour le droit et la bioéthique biomédicaux, KU Leuven)

Contribution :

Comité d'Éthique Ethici UZGent/UGent: Bert Vanderhaegen, Prof. R. Rubens, Prof. S. Sterckx

* Triage à domicile par rapport à l'orientation vers l'hôpital pour les patients âgés atteints de (suspicion de) COVID-19' version 4

Ce document se veut être une **aide à la décision** en offrant des repères concrets et des points d'attention spécifiques afin d'ajuster la prise en soins des résident.es de Maison de Repos et de Soins (MRS) souffrant d'une infection virale à SARS-Cov-2 confirmée ou suspectée, la COVID-19. Il se base sur ce qui est actuellement connu de cette maladie au sein de la population âgée en termes de facteurs cliniques (gravité, fragilité et autre facteurs de risque) et d'objectifs de soins souhaités par le.la résident.es et/ou ses proches, indépendamment de son âge.

Ce document ne concerne pas une situation dans laquelle des choix doivent être faits sur la base des capacités disponibles dans l'hôpital. Il est destiné aux médecins et concerne les critères d'admission à l'hôpital pour raisons médicales, raisons qui pourraient également être non liés à la COVID-19. Une admission à l'hôpital doit toujours être discutée par le médecin avec le.la résident.e et/ou ses proches (en cas d'incapacité) dans le cadre du processus de prise de décision conjointe, en tenant compte des souhaits de celui.celle-ci et des directives anticipées qu'il.elle aurait émises précédemment.

Le bien-être du.de la résident.e est primordial : si, en raison de circonstances organisationnelles, des soins adéquats ne peuvent être garantis au sein de la MRS, l'orientation vers l'hôpital peut être envisagée, en consultation avec le.la résident.e et/ou ses proches. Un contact préalable avec un.e gériatre permet de discuter de cette admission et d'assurer une transition des soins le plus sereinement possible, en coordination avec le service des urgences de l'hôpital, si cela s'avère nécessaire.

EXISTE-T-IL UN BESOIN MÉDICAL D'ADMISSION À L'HÔPITAL AIGU?

Les soins adéquats sont individualisés pour chaque résident.e et dépendent toujours de la situation médicale de départ. Les comorbidités, la fragilité, l'espérance de vie et les souhaits du.de la résident.e sont pris en compte. Cette démarche centrée sur le.la patient.e s'applique également en dehors des périodes de crise.

- 1. Il est important de réfléchir à l'avance aux avantages dont bénéficieront les résident.e.s ayant une (suspicion de) COVID-19, soit:**
 - **D'un traitement intensif axé sur la maladie, avec possibilité d'admission en unité de soins intensifs en cas d'insuffisance respiratoire,**
 - **D'un traitement conservateur axé sur la maladie, c'est-à-dire d'une possibilité d'admission à l'hôpital, sans admission aux soins intensifs,**
 - **D'un traitement conservateur axé sur la maladie, au sein de la MRS, sans hospitalisation,**
 - **D'une approche purement palliative.**

Le pronostic dépend de la gravité de l'infection COVID, des réserves physiologiques de la personne (degré de fragilité) et de ses comorbidités.

Pour estimer les réserves physiologiques (degré de fragilité), la Clinical Frailty Scale (CFS, voir annexe) est l'outil validé le plus utilisé. Cette échelle doit être remplie par le médecin, de préférence en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire.

- 2. Lorsqu'il n'y a PAS D'INSUFFISANCE RESPIRATOIRE, le taux de survie est généralement favorable. La nécessité ou non d'une admission à l'hôpital est déterminée par les signaux d'alarme cliniques, comme indiqué dans l'organigramme. Si ces signaux sont présents, il peut**

être utile d'orienter le.la résident.e vers l'hôpital, y compris un.e résident.e ayant un score CFS de 7, si le.la résident.e et/ou ses proches le souhaite.nt.

Chez les plus de 80 ans admis à l'hôpital, ce n'est que chez les personnes âgées les plus fragiles (CFS 8 et 9, en phase terminale/fin de vie) que les recherches observationnelles montrent des taux de mortalité élevés, même en cas d'infection légère par la COVID-19. Dans ce groupe de personnes âgées, une approche palliative est donc généralement le choix le plus approprié d'un point de vue médical. Dans la plupart des cas, l'environnement familial avec le personnel qui a déjà établi une relation avec le.la résident.e est l'endroit privilégié pour ces soins – idéalement avec une adaptation des modalités de visites pour les proches.

3. **Lorsque le.la résident.e présente une INSUFFISANCE RESPIRATOIRE, le pronostic est généralement sombre, y compris à l'hôpital (mortalité à l'hôpital de 60% et plus), même après admission aux soins intensifs.** À l'heure actuelle, rien ne prouve que les traitements tels que la dexaméthasone et/ou le remdesivir réduisent la mortalité chez les personnes âgées. En effet, aucune étude n'a porté spécifiquement, à l'heure actuelle, sur une population âgée présentant des comorbidités.

Les chances que les résident.e.s vulnérables en MRS, atteints de la COVID-19 survivent à une admission en soins intensifs de longue durée sont très faibles. En effet, pour survivre à une telle admission en soins intensifs, les études montrent qu'un certain degré de réserve physiologique est nécessaire. Il existe un consensus international sur le fait qu'une personne ayant un score CFS de 7 et plus a des réserves insuffisantes pour y survivre; par contre, chez une personne ayant un score CFS de 5 et 6, le doute persiste. Il est important de noter que, en cas de survie, les conséquences d'une admission prolongée aux soins intensifs impliquent des pertes fonctionnelles qui nécessitent généralement une longue réadaptation -jusqu'à un an-, dont l'issue est incertaine en termes de récupération des capacités antérieures à la maladie. L'expérience de la première vague de COVID-19 montre que cela s'applique même à une population saine, plus jeune. Ce type de traitements intensifs axés sur la maladie s'adresse principalement aux personnes âgées en bonne santé. Le risque de mortalité et le risque de perte fonctionnelle doivent être discutés avec les résident.es et/ou leur.s proche.s.

AUTRES FACTEURS ENTRANT EN LIGNE DE COMPTE, EN CONSULTATION AVEC LE.LA RESIDENT.E ET/OU SES PROCHES

Il est essentiel d'établir un plan de soins anticipés et personnalisés, de discuter des souhaits et de ce qui importe pour le.la résident.e, avec celui.celle-ci et/ou ses proches (notamment en cas d'incapacité). Lors de ces discussions, les avantages et les inconvénients d'une admission à l'hôpital doivent être discutés et il est primordial de clarifier les objectifs de soins du.de la résident.e.

Avantages d'une admission à l'hôpital :

- Diagnostic différentiel avec d'autres maladies que la COVID-19, traitables; tou.te.s les patient.e.s souffrant de dyspnée ne sont pas nécessairement atteints de la COVID-19 ;
- Administration d'oxygénothérapie à haut débit (généralement jusqu'à 5L/min en MRS; jusqu'à 15L/min en hôpital) ;
- Hydratation et antibiothérapie par voie intraveineuse, en cas de nécessité ;
- Logistique plus rapide des examens diagnostiques et des soins ;
- Contrôle plus fréquent des paramètres vitaux.

Désavantages et risques d'une admission à l'hôpital

- Un taux de mortalité élevé malgré les traitements supportifs hospitaliers maximaux ;
- Un risque accru de delirium -confusion aiguë- en particulier chez des personnes ayant des troubles cognitifs préexistants ; le delirium est grevé de taux de morbidité (complications) et mortalité accrus ;
- Plus de risques d'avoir des (nombreux) examens invasifs, potentiellement inconfortables,
- Déclin fonctionnel nécessitant un temps de récupération et réadaptation prolongé et dont l'issue est incertaine ;
- En principe, les hôpitaux ont également des restrictions quant aux visites avec, parfois, des exceptions en fin de vie.

Souhaits et objectifs de soins : prolonger la vie au prix d'éventuels inconforts (guérison) ou axer la prise en soins principalement sur le confort, sans vouloir à tout prix prolonger la vie (palliation) ?

Il est important de déterminer si le.la résident.e souhaite ou non être hospitalisé.e et à quel endroit il souhaite vivre la fin de sa vie si son état de santé devait se détériorer rapidement. Il est encore plus important d'évaluer l'objectif de soins du.de la résident.e :

- Si le résident accorde la priorité à la guérison, c'est-à-dire prolonger sa vie au prix de soins et examens parfois inconfortables, le traitement commencera en MRS, en l'absence de signaux de gravité. Les soins pourront être poursuivis au sein de la MRS si l'évolution clinique est favorable. En cas de signaux de gravité et/ou d'évolution clinique défavorable malgré le traitement bien conduit, une hospitalisation doit être envisagée, en communiquant clairement le but et les objectifs de celle-ci au résident et/ou ses proches.
- Si les soins palliatifs sont souhaités, mais que ces soins ne peuvent pas être prodigués de façon adéquate en MRS, une hospitalisation est également souhaitable, en précisant clairement quel est l'objectif de soins du résident et/ou ses proches, de préférence en coordination avec un gériatre, afin de faciliter la transition des soins.

CHECKLIST POUR LE MEDECIN

✓	Quel est le degré de fragilité du résident que je soigne ? Remplir l'échelle de fragilité clinique CFS, qui prend en compte l'état du résident <u>2 semaines</u> avant une maladie aiguë
✓	L'état de santé du résident nécessite-t-il des examens/diagnostics supplémentaires afin d'exclure d'autres maladies (traitables) ou afin d'évaluer la gravité de la maladie ?
✓	Le résident a-t-il de bonnes chances de survivre et se rétablir à un niveau fonctionnel acceptable si un traitement hospitalier (O2/IV) lui est administré ?
✓	Le résident a-t-il déjà pu discuter d'un plan de soins anticipé et personnalisé, de la fin de sa vie ? Quels sont les souhaits et objectifs de soins du résident ?
✓	Les proches ont-ils pu prendre connaissance et discuter de ces souhaits ?
✓	Comment se positionnent les soignant.e.s par rapport aux souhaits et plan de soins anticipés du.de la résident.e ? (sens, possibilité d'adhérer au sein MRS, ...)
✓	Le résident et/ou ses proches se rendent-ils compte du pronostic à l'hôpital, souvent médiocre pour la COVID-19 ?
✓	Le résident se rend-il compte que les visites à l'hôpital sont (également) limitées ?

✓	Les objectifs de soins sont-ils documentés ? Un document contenant ces objectifs est-il fourni au moment du transfert à l'hôpital et, de préférence, également par téléphone avec un responsable de l'hôpital en question ?
---	--