



Extrait d'une exposition photo de l'association "Les p'tites lumières" © Jean-Louis Courtinat

Pourquoi la mortalité est aussi élevée en EHPAD et pourquoi on propose des soins palliatifs

Auteur : Jérôme Vétillard , April 7, 2020

Devant l'émoi provoqué par le décret permettant d'utiliser le Rivotril injectable pour la prise en charge **palliative** de la détresse respiratoire aigüe du sujet âgé à titre dérogatoire, j'ai pensé qu'il pouvait être utile d'expliquer certains faits relevant de la gériatrie, et de la pharmacodynamie des diverses molécules. J'espère que cela pourra éclairer les personnes qui pensent dans une colère sincère qu'on donne le droit d'euthanasier les patients âgés parce qu'on leur refuse la réanimation, et la "sainte" hydroxychloroquine.

Ce **décret** stipule que le Rivotril sous forme injectable peut faire l'objet « *d'une dispensation, jusqu'au 15 avril 2020, par les pharmacies d'officine en vue de la prise en charge des patients atteints ou susceptibles d'être atteints par le virus SARS-CoV-2 dont l'état clinique le justifie sur présentation d'une ordonnance médicale portant la mention "Prescription Hors AMM dans le cadre du Covid-19"* ». Il précise que dans cette prescription hors autorisation de mise sur le marché (AMM), le médecin doit « se conformer aux **protocoles exceptionnels et transitoires relatifs**, d'une part, à la prise en charge de la dyspnée et, d'autre part, à la prise en charge palliative de la détresse

respiratoire, établis par la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) le tout encadré par la loi Claeys-Leonetti de 2016 sur la fin de vie.

Le patient EHPAD est un patient très fragile cliniquement

Polypathologies chroniques et affections de longue durée

Les personnes dans les EHPAD sont très souvent des patients polypathologiques :

- Cardio-vasculaires : hypertension, athérosclérose (vaisseaux sanguins bouchés par le "cholestérol"), insuffisants cardiaques,
- Maladies métaboliques : diabète (type 1 et 2), syndrome métabolique, insuffisance hépatique, insuffisance rénale,
- Maladies neurodégénératives : Parkinson, Alzheimer, autres..
- Dénutrition, fonte musculaire, malvoyance, troubles auditifs, etc...
- Troubles psychiatriques (dépression...),

Ces maladies souvent de longue durée et chroniques ont eu le temps d'abîmer le corps (mauvaise perfusion dans la durée des organes car les capillaires sanguins qui "nourrissent" les tissus sont bouchés, abimés par le diabète). Ce sont donc des organismes très fragilisés et fatigués.

La durée médiane de séjour en EHPAD est d'environ de 2ans et 7 mois (variable selon les circuits patients d'amont). Il est important de se rappeler que l'EHPAD héberge des patients en fin d'existence. On ne sort de l'EHPAD que pour une admission à l'hôpital en aigu (25% des décès EHPAD ont lieu dans ce contexte d'admission/réadmission), ou parce qu'on y décède.

Dans un contexte COVID19, ils présentent toutes les comorbidités associées à des formes graves de la maladie.

Polymédication en réponse au tableau polypathologique

Les ordonnances des patients en EHPAD (comme celles des personnes âgées en général) sont pléthoriques du fait de l'empilement des traitements pour les diverses pathologies, suivis des traitements pour traiter les effets secondaires des traitements.

D'ailleurs le premier travail du gériatre est de simplifier ces ordonnances pour se focaliser sur l'essentiel et rompre cette litanie de comprimés, de gélules (pour ceux qui peuvent encore déglutir) pour éviter de trop fatiguer des organismes déjà passablement usés. Souvent, il arrivera de conserver un traitement qui ne sera pas donné à sa posologie (dose/fréquence) recommandée, parce qu'on aura un facteur limitant lié à un organe (foie, rein) qui ne fonctionnera pas de "manière optimale". On pourra aussi être amené à arbitrer entre deux traitements, qui présentent une toxicité particulière

(hépatique, rénale, autres), pour limiter les effets iatrogènes (effets non désirés liés à l'usage du médicament) en fonction de la balance bénéfice/risque du moment.

Leurs traitements multiples sont difficiles à équilibrer. Tout médicament présente des effets secondaires, multipliez les, et vous multipliez les difficultés à pouvoir équilibrer les différentes pathologies... parce que les reins filtrent mal, le foie métabolise mal, les intestins absorbent mal... la pharmacocinétique, c'est à dire la science qui précise comment le médicament va se comporter dans l'organisme, comment il va se distribuer dans les différents compartiments de l'organisme est en générale étudiée sur des organismes "sains" en meilleure santé.

La pharmacocinétique chez le patient EHPAD peut être passablement modifiée. Les reins n'éliminant pas très bien, les molécules actives peuvent avoir tendance à s'accumuler dans l'organisme en majorant les effets secondaires. Pour les molécules qui ont besoin d'être potentialisées/métabolisées par le foie pour devenir actives, c'est pareil.. une insuffisance hépatique, et la métabolisation sera moins efficace. Vous voyez vite le problème sur une seule molécule... imaginons que parce qu'elle est mal métabolisée, je doive anticiper et surdoser... mais que son précurseur (la molécule ingérée et non encore métabolisée) soit toxique à une certaine dose... si j'augmente le dosage pour avoir un effet thérapeutique, je risque d'entraîner une toxicité aiguë parce que les reins n'éliminent pas efficacement l'accumulation du précurseur. Donc je fais quoi ?

Imaginez maintenant le casse-tête non pas avec une seule molécule de ce genre, mais plusieurs molécules... qui ont de plus des interactions médicamenteuses... une molécule pouvant majorer la toxicité d'une autre... une molécule pouvant diminuer l'efficacité d'une autre.

La polymédication du patient EHPAD peut vite devenir un cauchemar... mais les gériatres en simplifiant les ordonnances, en se focalisant sur l'essentiel arrivent à stabiliser ce bazar... et finalement, on peut couler des jours heureux en EHPAD grâce à ce travail d'optimisation pharmacologique...

Synthèse : un équilibre très instable que la moindre complication peut faire s'effondrer

On n'arrive pas toujours à équilibrer le patient.. le diabète peut présenter une glycémie très instable.. le foie présenter des signes d'inflammation, les reins une clearance de la créatinine trop faible... mais bon an, mal an, on les fait durer, en l'absence de toute perturbation extérieure, une fois qu'on a trouvé les "bons réglages". Mais comme vous l'aurez compris, qu'une infection survienne (ou une autre complication) et on doit modifier ces "bons réglages" (auxquels le corps s'était "habitué") parce qu'on va devoir instaurer de nouveaux traitements par exemple et modifier cet équilibre entre un corps fatigué, et l'ensemble des traitements dont il est l'objet.

Et maintenant, ajoutons COVID19 (ou autre infection) à cet équilibre de château de cartes

Je ne traite pas ici de ce qu'il aurait fallu faire pour éviter que COVID19 ne contamine un ou des patients en EHPAD. Le manque de dotation en matériels idoines est criant (masques notamment, surblouses, moyens de protection des personnels et des patients). Rappelons ici que la stratégie de confinement est efficace et qu'il y a une majorité d'EHPAD qui ne rapportent pas de cas de COVID19... au prix d'une souffrance psychologique qui peut à elle seule entraîner une dégradation rapide de l'état clinique d'un patient EHPAD isolé. Mais moins rapide toutefois que celle pouvant être induite par une infection COVID19.

Des tableaux cliniques atypiques en gériatrie

Chez les patients non-EHPAD, COVID19 est une virose sévère (et potentiellement mortelle), la réplication intense du virus crée une asthénie (fatigue non compensée par le sommeil/repos) et une apathie profonde. De nombreux témoignages font état d'une fatigue intense, l'impression d'être au 36ième sous-sol.

Transposez cela chez des patients EHPAD qui sont déjà usés. Vous obtenez une asthénie et une apathie profonde chez des personnes déjà à bout. Les réanimateurs font état de patients qui « partent » très rapidement, sans signe de gravité évocateur :

- pas de sepsis, ni forcément de signes pulmonaires "bruyants", dyspnée discrète
- troubles intestinaux (tropisme intestinal de SARS-COV2), infections urinaires (tropisme rénal de SARS-COV2)

Ils meurent rapidement, ils s' éteignent en silence... vous allez chercher un dispositif médical, vous revenez, ils sont juste morts d'épuisement. L'asthénie est tellement profonde qu'elle conduit au décès, rapidement, sans signe avant coureur.

Remettez ceci dans un contexte d'EHPAD... pas de supervision temps réel des constantes, asthénie profonde sans signe évocateur (le patient dort "encore"... comme il le fait souvent). Vous ferez le point avec la famille, un peu plus tard, quand le patient aura fini sa sieste.

Vous vous doutez de quelque chose, appelez le 15 pour un transport sanitaire... qui va prendre un peu de temps... un peu trop parfois (sans que cela ne change vraiment grand chose à la conclusion finale).

Des tableaux cliniques plus "classiques" et "bruyants"

Certains les patients qui hélas développeront une détresse respiratoire aiguë. La dégradation est encore plus rapide que pour les patients non-EHPAD (chez qui cela peut déjà aller très vite : 2 à 3 heures). Très vite, ils vont passer à un stade où il faut une réanimation très lourde. De même, il faudrait pouvoir organiser un transport sanitaire

rapide, avec des moyens "saturés" qui ne peuvent pas intervenir dans l'heure (entre l'appel, et l'admission aux urgences).

Que signifie, réanimation lourde ?

Réanimation lourde = sédation (et oui.. pour les soulager, pas pour les tuer), curare pour intubation endotrachéale, différents médicaments dans les pousses-seringues automatiques. Vous devez maintenir la pression artérielle (vasopresseur), le volume de liquides corporels (cristalloïdes), fournir de l'oxygène (intubation et ventilation endotrachéale), soutenir l'activité de contraction cardiaque (Dobutamine), maintenir la glycémie (insuline), prévenir l'inflammation (hydrocortisone) et formation de caillots sanguins (protéine C humaine activée recombinante - rhAPC)... la mortelle Coagulation Intra-Vasculaire Disséminée (CIVD).

Ah oui, il faut aussi trouver des veines pour pousser tous ces produits, ils n'ont pas de chambre implantable comme les patients sous chimiothérapie. Trouver des veines exploitables chez des personnes âgées c'est compliqué, et possiblement douloureux.

Pour un épisode (hors COVID19, hors EHPAD) de sepsis (inflammation généralisée pouvant évoluer rapidement vers une défaillance multiviscérale et un choc septique avec arrêt cardio respiratoire) vous avez déjà une mortalité immédiate de 30%, (voire 50% à un an de l'épisode de sepsis). Traiter le sepsis par une procédure de réanimation lourde est une procédure éreintante pour les organismes avec une fonte musculaire importante qui nécessitera de la rééducation en soins de suite et réadaptation (SSR) de plusieurs semaines (après 2 à 3 semaines de réanimation lourde).

Imaginez la mortalité pour des personnes EHPAD avec un COVID gravissime. Elle confinerait les 100%. Les patients EHPAD sont parfois dénutris et présentent une masse musculaire déficiente. 2 à 3 semaines de rééducation.. Escarres (infection possible sur escarre), fonte musculaire, perte de force, épuisement...

Question : Si le patient meurt en réanimation lourde, invoquerez vous l'euthanasie parce qu'on l'a sédaté ?

Ou bien doit on forcer la canule endotrachéale et le laisser avec cette impression angoissante d'étouffer avec ce truc dans la gorge ?

Bon sang ! Mais c'est bien sûr... vite la "sainte" chloroquine

Jetons un coup d'oeil aux propriétés pharmacocinétiques de l'hydroxychloroquine :

- Résorption rapide par le tractus digestif : en cas de troubles intestinaux liés au COVID19 (diarrhée notamment), il va être nécessaire d'augmenter les doses pour garantir qu'une quantité suffisante de principe actif passera dans le sang (vu le transit intestinal accéléré).

- Taux plasmatique maximal en 1 à 2 heures, durable par liaison aux protéines plasmatiques. Demi-vie très longue (avec risque d'accumulation)
- Tropismes hépatique et rénal (attention aux insuffisances hépatique et rénale donc)
- Métabolisation par alkylation et glycuconjugaison.
- Elimination rénale lente (de nouveau attention en cas d'insuffisance rénale grave, risque de surdosage)
- Risque cardiaque (allongement du segment QT.. le risque de syncope et d'arrêt cardiaque semble proportionnel à l'allongement du segment QT). Le segment QT correspond à l'activité électrique de systole (contraction du cœur). L'insuffisant cardiaque présente une contraction "faible" qui résulte en une fraction d'éjection systolique faible sous optimale.

Si les contre-indications à la (hydroxy)chloroquine peuvent être passées sous silence chez un patient en (relative) bonne santé, chez un patient EHPAD à l'organisme usé, avec des reins défaillants et un cœur fragile... ce n'est pas la même histoire. Vous pourriez charger l'organisme jusqu'à atteindre une toxicité hépatique, si vous n'avez pas eu de complications cardiaques avant cela. Rappelons encore ici, le concept d'équilibre instable... même une complication cardiaque initialement "minime", peut par effet de cascade et de décompensation conduire au décès. Sans compter qu'au-delà de la gestion des contres indications, vous avez aussi à gérer les interactions médicamenteuses de son ordonnance à rallonge. Ce n'était déjà pas suffisamment compliqué comme ça.

Question : donner de la Chloroquine à un tel patient, est ce de l'euthanasie active ?

Bon rendus à ce stade allons y pour l'ECMO

On pourrait envisager une ECMO : on branche des tuyaux sur de gros vaisseaux (chirurgie), veine et artère.. et on réalise une circulation extracorporelle du sang pour le faire passer dans une membrane d'oxygénation (un poumon artificiel pour remplacer les poumons inflammés et oedématisés incapables de faire passer l'oxygène dans le sang).

Qui dit circulation extracorporelle, dit risques infectieux multipliés.. au niveau de la jonction des tuyaux avec les vaisseaux sanguins profonds... donc une autre cause majeure de déséquilibre.

Les machines ECMO sont encore plus rares que les respirateurs et mobilisent de nombreux soignants pour assurer la bonne surveillance du patient. De même que pour la réanimation en soins intensifs, la procédure clinique ECMO est extrêmement lourde et présente un taux non négligeable d'échecs (50%). On ajoute notamment des

antiaggrégants plaquettaires pour éviter la formation de caillots sanguins dans la machine... risques hémorragiques létaux fortement majorés.

Oui tout cela ressemble fortement à de l'acharnement thérapeutique.

L'échec thérapeutique et l'accompagnement compassionnel de la fin de vie

On sait qu'ils ne pourraient pas y survivre (plus exactement que le rapport bénéfique/risque est très défavorable), pour les raisons énoncées précédemment, et aussi parce que sur leurs organismes fragilisés et usés, la dégradation de la présentation clinique est excessivement rapide (on n'a pas forcément le temps de mettre en place ce parcours de réanimation).

Nous sommes donc en **Echec Therapeutique**, concept révoltant et difficile à admettre pour les jeunes médecins (fantasmant sur leur "power trip", thaumaturges des temps modernes, capables de soigner tous les patients)... et tout aussi difficile à admettre pour les citoyens qui vivent dans le fantasme du progressisme et de la toute puissance de la science et de la technologie... qui vivent également à l'abri confortable des caches-misère que sont les hôpitaux, les EHPAD... il est loin le temps où l'expérience de la fin de vie, de la mort se faisait dans un domicile multigénérationnel. Nos sociétés ont aseptisé la fin de vie... et nous la trouvons tous absolument révoltante.

Toutefois, il faut de la sagesse, de l'humilité pour admettre cet échec thérapeutique. Il faut aussi du courage, de la patience, de l'empathie pour pouvoir l'annoncer au patient (quand il peut être physiquement en capacité de l'entendre, notamment en oncologie). L'échec thérapeutique c'est quand on n'a plus d'option médicamenteuse, de dispositif médical, de procédure clinique capable d'améliorer l'état clinique du patient... et qu'au mieux on peut minimiser les effets délétères de son inexorable dégradation.

Comprenez bien, c'est la maladie qui le tue... pas la prise en charge de son angoisse, de la pénibilité de la fin de vie, de la souffrance aiguë psychologique et somatique.

Nous n'allons pas classer non plus les formes les plus pénibles d'agonie... chacune est un déchirement pour les familles, profondément marquante pour les soignants et une souffrance absolue pour les patients. Toutefois, imaginez l'effort surhumain pour inspirer et expirer... sans arriver à saturer l'hémoglobine en oxygène car les alvéoles pulmonaires sont remplies de pus, on en l'absence de surfactant/mucus pulmonaire (inflammation et oedème), les poumons n'assurent plus la fonction d'échange air/sang. Imaginez l'angoisse d'étouffer encore et encore... et d'avoir ce corps qui résiste de ses dernières forces... soulevant encore obstinément la cage thoracique.

Que faire quand on en arrive à ces extrémités ? Regarder et laisser la nature faire son oeuvre ? Ou intervenir de manière compassionnelle, collégiale, en interaction avec le patient (si il est encore consicent et en capacité de communiquer), dans le respect de la loi Claeys-Leonetti de 2016 sur la fin de vie... et mettre fin à l'angoisse, à la souffrance,

permettre une fin de vie digne et plus apaisée. Je ne suis pas un fan des anti-"whatever", analgésiques, antalgiques, anxiolytiques, antidépresseurs... Je pense pour mon cas personnel que la douleur (jusqu'à un certain point) est un indicateur clinique. Mais en pareille situation, oui j'aimerais qu'on soulage cette souffrance inutile.

Conclusion

J'espère que vous comprenez mieux le choix du traitement palliatif, dont l'intention fondamentale, primordiale est de soulager l'angoisse, la souffrance, la détresse, cette douleur polymorphe (somatique et psychologique) absolument inadmissible et inacceptable.

J'espère également que vous comprendrez que même si la conclusion finale n'est en rien modifiée par cet abord palliatif (par essence nous ne sommes pas en soins thérapeutiques, mais en échec thérapeutique), que l'intentionnalité est toute autre... Il ne s'agit pas de tuer, il s'agit de soulager, d'amoindrir la douleur, d'accompagner la fin de vie sur un chemin de dignité plus apaisée.

Cessez donc de crier à l'euthanasie... car si on suit votre raisonnement, c'est tout l'abord palliatif des soins qu'il faudrait remettre en cause, au motif qu'à la fin, on meurt... et que le traitement palliatif pourrait accélérer le trépas (par rapport à quel référentiel ?). Admettons qu'on décide de procéder à une réanimation lourde... Sédation, intubation... décès. Alors oui, peut être le patient agonisera-t-il quelques heures, jours de plus... mais sédaté, quelle interaction espérer, comment dire aurevoir ? Je n'ai pas l'expérience de l'accompagnement de fin de vie (extrêmement courte) d'un sepsis COVID19.. mais mon expérience en oncologie m'a convaincu du bénéfice irremplaçable de cet accompagnement de fin de vie avec des soignants profondément humains et investis. Hurler à l'euthanasie c'est salir le travail formidable réalisé par ces équipes.

Je comprends toutefois que :

- la dégradation extrêmement rapide de certains patients COVID19 en quelques heures (2, 3, 8, 12, 24..) ne cesse de surprendre les soignants débordés et les familles remplies d'incompréhension (mais ça allait bien tout à l'heure, je ne comprends pas !)
- les procédures mortuaires liées au caractère particulier d'infectiosité de COVID19, par des personnels débordés et non aguerris (apeurés pour eux-mêmes) à ce type de crise sanitaire, soient perçues comme un total manque de respect pour les défunts et leurs familles. Cela dépend également grandement des procédures municipales/locales mises en oeuvre. Certaines mairies étant plus "permissives" que d'autres peut-être, ou disposent notamment des protections idoines (pour les familles/visiteurs) pour ce moment de recueillement indispensable pour commencer un travail de deuil, cette bulle de

temps "suspendu" forcément trop limitée dans le temps car elle contraste avec l'hyperactivité des services de réanimation.

Mais il y a aussi un tropisme particulier des soignants... ils sont là pour soigner les vivants. Non je n'évoque pas là, l'extrême nécessité de réattribuer le lit, et ses moyens techniques **et humains** à un nouveau patient en détresse respiratoire aigüe. Bien sûr, cela est absolument nécessaire. Mais psychologiquement, les soignants ont besoin de se nourrir d'espoir... ils ont échoué avec ce patient... ils réussiront avec le prochain. Il y a une urgence psychologique à soigner *a minima* et à sauver/guérir dans le meilleur des cas.

Pensez à renseigner vos directives anticipées pour faciliter votre prise en charge conformément aux souhaits que vous aurez exprimés.

1. Vous trouverez un article sur les mécanismes physiopathologiques du virus (voir lien1 dans le premier commentaire)

2. Vous trouverez un article (initialement sur l'économie de la santé) mais qui évoque ce biais progressiste et le fait que la santé est au sens économique un bien supérieur (voir lien 2 dans le premier commentaire)