

## Skill Training 4

# Spécial coronavirus

Pierre Loeb

Spécialiste médecine générale FMH et médecine psychosomatique ASMPP, Senior Editor PHC

## L'intervention

«Madame Meier, je dois malheureusement vous transférer à l'hôpital universitaire. Votre infection au coronavirus a causé de tels dommages à vos poumons que nous ne pouvons plus vous proposer de traitement curatif ici, à la maison de repos. Autrement dit, votre état nécessite probablement des soins médicaux intensifs qui dépassent les capacités de notre maison de retraite. Ou nous vous gardons ici et faisons tout notre possible pour que vous n'ayez pas à souffrir inutilement.

Mais pour cela je dois encore vous poser une question délicate. (*Attendre – la patiente répondra peut-être d'elle-même par une question sur l'intérêt de continuer à vivre dans ces conditions.*) Je continue: pour le transfert à l'hôpital, je dois maintenant vous demander si vous souhaitez vous en remettre au cours des choses, déterminé par vos propres défenses, ou si vous attendez de nous un traitement médical intensif avec une assistance respiratoire et les médicaments les plus récents.»

## L'indication

En des circonstances normales, une hospitalisation aurait été indiquée. Mais dans la crise actuelle, avec un triage comme en temps de guerre, alors que notre système de santé est occupé jusqu'au dernier lit de soins intensifs, nous autres médecins de premier recours devons faire tout notre possible pour soulager nos collègues hospitaliers. C'est dans ce sens qu'il faut comprendre la lettre que le professeur Roland Bingisser, chef du service des urgences de l'hôpital universitaire de Bâle (USB), a adressée à la communauté médicale: «*Pour l'USB, il serait extrêmement utile de savoir quelle est, en cas d'urgence, la position de chaque personne âgée et gravement malade vis-à-vis de la médecine moderne, de manière à pouvoir lui proposer la thérapie maximale qu'elle souhaite vraiment recevoir. C'est pourquoi l'USB demande à tous les médecins qui ont à faire avec des personnes âgées – en maison, en cabinet ou à domicile – d'aborder dès à présent ces questions.*» Et il ajoute: «*Malheureusement, un très grand nombre de patients âgés ne disposent pas de directives anticipées lors de leur admission à l'hôpital. Il n'a pas non plus été déterminé en maison de soins s'ils souhaitaient bénéficier (en dernière extrémité) de notre médecine «mécani-*

## Skill Training

Avec la série Skill Training de *Primary and Hospital Care*, nous souhaitons présenter des aides à la communication simples, destinées au quotidien, sur lesquelles peut s'appuyer tout médecin de famille pour suivre de plus près l'axe psychosomatique-psycho-social pendant la consultation. Vous êtes invités à laisser vos réactions et vos questions dans la fonction commentaire, située sous le texte, de la version en ligne de l'article, à l'adresse [primary-hospital-care.ch](http://primary-hospital-care.ch).

Une première série Skill Training a déjà été publiée en 2014. Vous pouvez la retrouver dans nos archives ([primary-hospital-care.ch/fr/archives](http://primary-hospital-care.ch/fr/archives)) en tapant le nom complet de l'auteur, Pierre Loeb et «skill», dans la barre de recherche.

*sée», ou s'ils étaient satisfaits de leur prise en charge actuelle – ou même s'ils préféreraient s'en remettre au destin. Puisqu'il faut s'attendre à ce que de très nombreuses personnes âgées soient touchées, nous aimerions demander à tous les collègues qui ont à faire avec ces personnes, en maison ou à domicile et souvent depuis des années, d'évoquer tout de suite ces questions. Il est peut-être possible de le faire de manière positive au cours d'un entretien.»*

## La théorie

Dans ce genre de situation, l'efficacité des protocoles *Breaking bad news* et SPIKES (EPICES en français, voir tableau) a bien été documentée [1]. En voici un résumé pour vous aider, chers collègues, à aborder ces questions difficiles. Le professeur Bingisser a bien sûr raison de refiler la patate chaude aux médecins de famille, qui ont souvent une idée du système de valeurs de leurs patients et de la manière dont ceux-ci comprennent leur maladie. C'est le moment de vérifier si vous avez vu juste! Mais cette médaille a un revers: c'est justement parce que le médecin de famille entretient une relation personnelle avec son patient qu'il lui est difficile de franchir le pas consistant à poser cette question de vie ou de mort. Voici donc quelques repères pour vous aider [1]:

## Acronyme EPICES (légèrement adapté)

<b>Environnement:</b>	Cadre protégé, fenêtre temporelle
<b>Perception:</b>	Évaluation de la perception du patient (a-t-il bien conscience de ce dont il s'agit?), de l'état de ses connaissances, de ses valeurs, de sa compréhension de la maladie
<b>Invitation:</b>	Le patient est-il en mesure de recevoir des informations et de discuter?
<b>Connaissances:</b>	Préparation puis annonce de la mauvaise nouvelle (KISS: keep it short and simple)
<b>Empathie:</b>	Accueil des émotions et offre de soutien, <i>detached concern</i>
<b>Stratégies/Synthèse:</b>	Suite des évènements. Décision, concernant par exemple les soins palliatifs ou intensifs

Dans les situations de crise, il est rare que tous ces points soient respectés.

- Concept du processus «BAD»: B pour *Breaking bad news*, A pour *Acknowledge patient's reaction* et D pour *Develop near future*.
- N'attendez pas l'exacerbation de la maladie pour préparer cet entretien et poser la question des soins intensifs; faites-le dès le début de la maladie.
- Annoncez cet entretien et conviez une personne de confiance (famille ou proche du patient) à y participer.
- Déterminez ce que le patient sait (ou devine), quelle est sa position vis-à-vis de sa situation actuelle, et ce qu'il souhaite en cas d'aggravation. Employez des mots clairs et simples (KISS: *keep it short and simple*) – puis attendez!
- Demandez au patient s'il a une directive anticipée, ou remplissez-en une avec lui. Pour ce faire, le patient doit être capable de discernement en vue d'un acte déterminé (art. 16 du code civil). Même si le droit à l'autodétermination doit être respecté, il est conseillé d'impliquer les proches [2].
- Évitez toute consolation prématurée ou tout déni [3] du sérieux de la situation. Au contraire, abordez directement la possibilité d'une issue létale, parlez de la mort. Promettez cependant que toutes les mesures palliatives seront prises pour éviter la souffrance.
- Montrez de l'empathie (*detached concern*) et demandez au patient ce qu'il a compris, ou résumez à la fin de l'entretien la décision qui a été prise ensemble. Attendez – écoutez attentivement comment votre résumé est accueilli. Rédigez une note devant le patient, et lisez-la lui à haute voix avant de l'inscrire au dossier.

Correspondance:  
Dr. med. Pierre Loeb  
Facharzt für Allgemeine  
Innere Medizin FMH,  
spez. Psychosomatische  
Medizin SAPP  
Winkelriedplatz 4  
CH-4053 Basel  
loeb[at]hjn.ch

- Si possible (et notamment si le temps vous en est laissé), saisissez une occasion ultérieure pour redemander au patient – également en cas de nouvelle dégradation et après discussions avec la famille – si sa décision est toujours valide.

## L'histoire

Pour cette situation précise, je ne peux rendre compte d'aucune expérience personnelle. Or, c'est justement ce qui caractérise la gestion de ce nouveau coronavirus, qui exige de nous une réévaluation quotidienne de la situation. Il se peut que cet article, que j'écris le 12 mars 2020, soit dépassé et paraisse trop tard, car quand vous le lirez dans PHC, la situation aura peut-être tellement évolué que la question ne se posera plus en ces termes, et que le médecin devra annoncer à son patient une autre *Bad News*, à savoir que les personnes de plus de 70 ans infectées par le coronavirus ne peuvent plus être hospitalisées...

## L'exercice

Je crains que l'exercice prenne ici la forme d'un *Learning by doing* à mesure que s'accumulent les expériences individuelles sur les moyens d'annoncer une telle question (ou un message plus grave). N'ayez pas peur de faire preuve d'authenticité lors de cet entretien avec votre patient. On a l'impression de devoir franchir un seuil, briser un tabou – mais ce sentiment est inévitable, il revient toujours quand nous abordons la question de la vie et de la mort [4].

## Note

Dans l'édition en ligne de cet article sur [primary-hospital-care.ch](http://primary-hospital-care.ch), vous pouvez télécharger les deux documents «Empfehlungen für Therapiemassnahmen zu Hause oder im Pflegeheim bei schwerkranken Menschen mit COVID-19 in palliativer Situation» et «Ärztliche Notfallanordnung (ÄNA) – Was will ich, wenn ich krank bin». Les deux documents ont été préparés par l'hôpital universitaire de Bâle sur la base des recommandations de [palliative.ch](http://palliative.ch) et mis à notre disposition (uniquement en allemand). Pour cette publication, nous tenons à remercier la rédaction de PHC et le professeur Roland Bingisser de l'hôpital universitaire de Bâle.

## Références

- 1 La communication dans la médecine au quotidien (2013), SAMW, <https://www.samw.ch/fr/Publications/Guides-pratiques.html>, p. 38ff et 65ff.
- 2 «Toute personne qui n'est pas privée de la faculté d'agir raisonnablement à cause de [...] déficience mentale, de troubles psychiques, d'ivresse ou d'autres causes semblables, est capable de discernement au sens de la présente loi.» (voir [1] p. 65)
- 3 Pape E, et al. Gérer le déni en cas d'affection tumorale. *Prim Hosp Care Med Int Gen.* 2020;20(02):58-64.
- 4 Attitude face à la fin de vie et à la mort (2018), SAMW, <https://www.samw.ch/fr/Publications/Directives.html>