



**Conseil Scientifique**  
Domaine de la Santé

# **PRIORISATION DES PRISES EN CHARGES NON COVID PENDANT LE TEMPS DE LA PANDÉMIE**



## Messages-clés :

Afin d'organiser la priorisation des prises en charges non Covid en temps de pandémie, le CS recommande :

- La création dans chaque établissement d'un comité de priorisation pluridisciplinaire à l'image des « tumor boards »
- La tenue de réunions régulières
- La rédaction de fiches argumentatives permettant de tracer et justifier les choix de prise en charge sur critères médicaux et des critères organisationnels liés aux ressources disponibles
- La communication avec les patients sur les arguments ayant mené à la décision

La situation sanitaire actuelle nécessite des adaptations du système de santé comme la priorisation des patients pris en charge au niveau hospitalier. En effet, les patients hospitalisés à cause de la Covid-19 utilisent beaucoup de ressources non seulement en personnels soignants et administratifs mais aussi en occupation de lits de soins normaux ou de soins intensifs, de matériels médicaux, de médicaments, etc.

Cette situation risque de durer encore plusieurs mois, même si l'espoir qu'une vaccination efficace, qu'un traitement et qu'une immunisation suffisante de la population, semblant néanmoins enfin se rapprocher, entraînent une diminution rapide et pérenne du nombre de patients COVID hospitalisés. Quand il y aura moins de patients COVID, il faudra encore plusieurs mois pour pouvoir parler d'un retour à la « normalité », car il y aura une phase de transition pendant laquelle les patients qui ont vu leur prise en charge repoussée seront enfin soignés. Pendant cette période de transition ou de rattrapage la pression sur le secteur hospitalier restera forte.

D'un point de vue de santé publique, la réduction actuelle des prises en charge qualifiées de « non vitales » est bien sûr nécessaire et compréhensible. Elle doit néanmoins être organisée de telle façon à ce qu'elle entraîne le moins de pertes de chance et de risques de séquelles pour tous les patients qui voient leurs soins reportés. Les organismes comme la NHS ou la HAS ont publié des listes d'actes avec une hiérarchie selon absence de décalage permis et de durée de décalage permis.

Comme nous le savons tous, un patient présente souvent plusieurs comorbidités et le tableau clinique général doit être évalué pour pouvoir estimer avec un minimum de risque possible, le délai maximum de report d'une prise en charge hospitalière donnée.

Puisque le retour à la capacité et au rythme normaux de prise en charge prendra du temps, **il est recommandé d'introduire dans chaque établissement un système de priorisation rationnel visant à réduire au mieux les pertes de chances des patients non-COVID.**

Le Conseil scientifique a déjà publié des recommandations sur l'organisation de filières de soins (cf organisation de la filière ambulatoire) ou sur le besoin de concertation pluridisciplinaire, en oncologie par exemple. C'est pour cela qu'aujourd'hui il propose dans le cadre de cette pandémie, l'organisation au sein de chaque hôpital de séances avec une

fréquence adaptée de revues de dossiers médicaux afin de pouvoir prioriser les prises en charges. Cette priorisation doit être organisée de manière systématique en prenant en compte de nombreux paramètres, à commencer par le *patient*, ses *pathologies* et ses *besoins en soins* en fonction de la prise en charge dont il doit bénéficier, mais aussi son corolaire, c'est-à-dire la *disponibilité en lits des services*, des *plages libres au bloc opératoires*, des *personnels soignants* etc.

**Cet exercice ne peut être fait au sein de chaque établissement hospitalier que de manière collégiale.** A l'image des « tumors boards » organisés pour la planification de la prise en charge des cancers, les séances de revues de dossier prendront en compte dans une même discussion, l'indication de la prise en charge et les raisons de priorisation, l'état de santé du patient dans sa globalité et l'organisation des soins. Le Conseil scientifique recommande que ces revues de dossiers rassemblent des médecins chirurgiens et non chirurgiens, des personnels paramédicaux à même d'évaluer « la lourdeur prévisible de la prise en charge proposée » mais aussi des cadres hospitaliers responsables de l'organisation des soins. **Ces personnes constituent le comité de priorisation.**

Ces réunions devront être préparées par un responsable qui aura une vue sur l'entièreté des dossiers à analyser afin de pouvoir présenter une vue d'ensemble des cas au comité de priorisation. D'autre part, les dossiers médicaux présentés lors de cette réunion doivent contenir tous les éléments pertinents pour permettre de prendre des décisions le plus objectivement possible. Ils doivent donc se baser sur la clinique et le pronostic du patient.

C'est pourquoi le CS propose que :

1. les éléments cliniques essentiels soient présentés de manière systématique sur une fiche reprenant :
  - a. le geste proposé,
  - b. l'indication clinique,
  - c. les antécédents principaux pouvant influencer la prise en charge (âge, comorbidité, handicaps éventuels, traitements)
  - d. les données de l'examen clinique et autres examens pertinents.
2. que le responsable de l'organisation des soins connaisse à l'avance les possibilités de prise en charge service par service, bloc opératoire inclus.

Le comité doit pouvoir recourir à la compétence du comité éthique en cas de besoin.

Le CS suggère donc à chaque établissement hospitalier d'organiser le plus rapidement possible de telles réunions du comité de priorisation pluridisciplinaires de présentation de dossiers en s'appuyant sur les conseils médicaux, les responsables des soins et le responsable de la planification des lits et la direction. Cet exercice, même s'il est complexe, sera bénéfique pour les patients mais aussi pour le personnel médical, paramédical et administratif, car il réduira au maximum la subjectivité des décisions, chaque décision de report pouvant être argumentée de manière structurée. Cette organisation permettra aussi un partage pluridisciplinaire de la responsabilité de ces décisions difficiles, et assoira donc une légitimité plus forte face aux patients.

## BIBLIOGRAPHIE :

Organisation et accès aux plateaux techniques en période pandémique. Fédération des spécialités médicales. Consulté le 21 décembre 2020 sur le site: <https://www.academie-chirurgie.fr/admin/uploads/media/photo/0001/03/eef382aba3656ad851877213e8d33ea18f39f6e5.pdf>

## GROUPE DE TRAVAIL

### GT COVID-19 :

#### Responsable du GT :

**Dr Alexandre Bisdorff**, président du Conseil scientifique

#### Membres :

**Dr Françoise Berthet**, vice-présidente du Conseil scientifique et directeur adjoint de la Direction de la Santé

**Dr Julien Darmian**, membre du Conseil scientifique, Direction de la santé

**Dr Isabelle Rolland**, experte méthodologique du Conseil scientifique, médecin dirigeant de la Cellule d'expertise médicale

**Dr Philippe TURK**, coordinateur « Cellule de crise »

Secrétariat du Conseil Scientifique  
[conseil-scientifique.public.lu](mailto:conseil-scientifique.public.lu) | [csc@igss.etat.lu](mailto:csc@igss.etat.lu)  
B.P. 1308 | L-1013 Luxembourg  
26, rue Ste Zithe | L-2763 Luxembourg | T +352 247-86284 | F +352 247-86225