



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

Score de fragilité clinique : consensus des sociétés savantes pour les admissions en unités de soins critiques et en réanimation

Clinical frailty score: Consensus of learned societies for admissions to critical care units and intensive care units

Claude Hautain (médecin urgentiste, directeur de l'aide médicale urgente en Hainaut)

28, avenue Commandant Lachouque, 1410 Waterloo, Belgique

RÉSUMÉ

Les sociétés scientifiques belges ont rapidement, en début de première vague, émis des recommandations à l'intention des médecins de première ligne pour les aider à faire des choix éthiques dans la prise en charge de l'afflux massif de patients lors du début de la pandémie COVID-19.

© 2022 Société Française de Médecine de Catastrophe. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

SUMMARY

Belgian scientific societies quickly, at the start of the first wave, issued recommendations for primary care physicians to help them make ethical choices in dealing with the massive influx of patients at the onset of the pandemic to COVID-19.

© 2022 Société Française de Médecine de Catastrophe. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

INTRODUCTION

La pandémie à COVID 19 a mis le système de soins de santé en péril. Pour éviter un effondrement de ce dernier, les urgentistes ont dû implémenter un triage inspiré de la médecine de catastrophe. En effet, si le système de soins de santé devait subir une saturation, telle que les ressources deviendraient insuffisantes par rapport aux besoins en soins aux malades, l'on pourrait évoquer à la manière des collapsologues, un effondrement.

RAPPEL DES FAITS

Physiopathologie et histoire clinique

La pandémie COVID-19 est apparue dans le courant du mois de décembre 2019 en Chine dans la province de Wuhan. Il s'agit d'une affection virale à coronavirus. Le germe

incriminé portera le nom de SARS-CoV-2. Vu la mondialisation et l'accélération de la vitesse des transports, ce virus aura atteint l'Europe en quelques semaines en commençant son périple dans le nord de l'Italie pour devenir une pandémie.

La propagation de ce virus a été tout d'abord sous-estimée comme une propagation par gouttelettes mais rapidement, il sera admis qu'il s'agit d'une aérosolisation de virions.

La maladie présente un timing assez spécifique. Durant les 10 premiers jours de l'affection, survient une phase appelée « phase de réplication virale », différentes présentations d'affection des voies aériennes supérieures prévalent (rhinorrhée, pyrexie, toux, douleurs thoraciques, etc.) avec une particularité relevant dans un pourcentage significatif des malades : l'apparition d'une agueusie et d'une anosmie.

La deuxième partie de la maladie, appelée « phase pro-inflammatoire » rapporte un

MOTS CLÉS

Personnes âgées
Fragilité
Soins intensifs
Personnes âgées fragiles
Évaluation gériatrique

KEYWORDS

Aged
Frailty
Critical care
Frail Eldery
Geriatric assessment

Adresse e-mail :
claude@hautain.be

syndrome de détresse respiratoire de l'adulte (ARDS) ainsi que des pathologies thromboemboliques. C'est cette deuxième phase de la maladie qui est le plus souvent létale. C'est durant cette période que l'hospitalisation survient. La dégradation des conditions respiratoires et ventilatoires du patient précipitent son admission en unité de soins intensifs (USI), son intubation orotrachéale, sa mise en position ventrale et le placement d'oxygénation extracorporelle (ECMO). Les facteurs de risque de la COVID-19 sont : l'âge, l'obésité, l'hypertension artérielle, le diabète et les pathologies respiratoires chroniques, telle la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).

Une situation sanitaire exceptionnelle

Un événement de grande envergure peut être défini, entre autre, par un afflux massif de patient pouvant altérer la qualité des soins (perte de chance) et l'efficacité des professionnels de la santé engagés (perte de compétence). Intervient dès lors le concept de justice distributive. Concept hautement éthique prenant en considération l'adéquation des moyens avec l'espérance de vie des malades concernés.

En résumé, traiter adéquatement les malades qui ont le plus de chances de s'en sortir avec les moyens les moins énergivores de manière à soigner le plus de patients possible. De la médecine de guerre, de catastrophe.

L'expérience lombarde

L'Europe a connu la pandémie COVID-19 via l'Italie et plus particulièrement la Lombardie où il existe une grande communauté chinoise. C'est plus que probablement ce type de voyageurs qui ont importé la maladie dans cette région de l'Europe. Nos amis italiens n'étaient absolument pas préparés à cet événement. Tant par le peu de pratique précédente que par leur manque d'entraînement à ce genre de situation. Leur réponse a été peut nuancée et sans critères de sélection. A priori, chaque patient qui s'est présenté dans une institution hospitalière a reçu les soins maximaux. Sans discrimination ni triage. Cette situation n'a pas été aidée par deux caractéristiques importantes concernant leur population : tout d'abord, il s'agit de la population la plus âgée d'Europe et deuxièmement, l'Italie est un pays avec une forte pression confessionnelle.

CLINICAL FRAILITY SCALE

	1	VERY FIT	People who are robust, active, energetic and motivated. They tend to exercise regularly and are among the fittest for their age.
	2	FIT	People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g., seasonally.
	3	MANAGING WELL	People whose medical problems are well controlled , even if occasionally symptomatic, but often are not regularly active beyond routine walking.
	4	LIVING WITH VERY MILD FRAILITY	Previously "vulnerable," this category marks early transition from complete independence. While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities . A common complaint is being "slowed up" and/or being tired during the day.
	5	LIVING WITH MILD FRAILITY	People who often have more evident slowing , and need help with high order instrumental activities of daily living (finances, transportation, heavy housework). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation, medications and begins to restrict light housework.

	6	LIVING WITH MODERATE FRAILITY	People who need help with all outside activities and with keeping house . Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.
	7	LIVING WITH SEVERE FRAILITY	Completely dependent for personal care , from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~6 months).
	8	LIVING WITH VERY SEVERE FRAILITY	Completely dependent for personal care and approaching end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.
	9	TERMINALLY ILL	Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy <6 months , who are not otherwise living with severe frailty . (Many terminally ill people can still exercise until very close to death.)

SCORING FRAILITY IN PEOPLE WITH DEMENTIA

The degree of frailty generally corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

In **very severe dementia** they are often bedfast. Many are virtually mute.



Clinical Frailty Scale ©2005–2020 Rockwood, Version 2.0 (EN). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicine.ca
Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489–495.

Figure 1. Score de fragilité clinique ou *Clinical frailty score* [3].

Le système de soins de santé italien, dans certaines régions a connu un effondrement.

Le consensus des sociétés savantes belges

Fort de l'expérience lombarde, dès le 20 mars 2020, la *Belgian Society of Emergency and Disaster Medicine* (BESEDIM), le *Belgian Resuscitation Council* (BRC), la société belge de soins intensifs et la société belge de gériatrie ont posé les jalons d'un consensus qui pourrait être appliqué au tout venant se présentant dans un service d'urgence durant cette situation d'exception [1].

Ce consensus qui se base sur les principes généraux d'éthique, tels qu'ils mettent en sécurité les intervenants, est axé sur l'intérêt du patient et a permis la prise de décision quant à la réanimation avancée :

- il fait la part belle à la justice distributive dans cette situation exceptionnelle en lieu et place de situations standardisées;
- il propose une approche spécifique en situation d'exception. Une discussion et un projet thérapeutique doivent être prévus pour chaque patient pris individuellement [2];
- il se base sur le devenir fonctionnel des patients à la lumière de leur score de fragilité clinique [3] et de leurs co-morbidités (Fig. 1);
- il traite des patients atteints de COVID-19 et de ceux qui n'en sont pas atteints. La gestion de la situation est faite en équipe et le distingo est immédiatement clarifié entre abstention thérapeutique (*No treatment*) et non réanimation (*Not to be reanimated*). Pour un patient dont l'affection à COVID-19 est avérée, il est question de l'attitude face à un rythme non choquable. Lors de la prise en charge d'un rythme choquable, il met l'accent sur l'absolue nécessité du port d'équipements de protection individuelle (EPI) adaptés. Les soins standards sont continués aussi longtemps que possible [4].

DISCUSSION ET PROPOSITIONS [5–7]

Pour tout patient dont le score de fragilité clinique est entre un et cinq : l'admission en unités de soins intensifs (USI) est recommandée et l'hospitalisation en unité standard (COVID+ ou non COVID) est recommandée.

Pour tout patient dont le score est égal à six : l'admission en USI n'est pas recommandée et l'admission en hospitalisation classique (COVID+ ou non COVID) est recommandée.

Pour tout patient dont le score de fragilité clinique est supérieur à sept : aucune admission en hospitalisation classique (COVID+ ou non COVID) ni en USI n'est recommandée.

Pour tout patient présentant un rythme non choquable et sans présence de témoin dont le score de fragilité clinique est supérieur à sept, il est recommandé de ne pas tenter de réanimation.

CONCLUSION

Ce consensus a permis en Belgique de limiter et à tout le moins d'éviter la saturation du système de santé et son effondrement. Tant en salle d'accueil des urgences qu'en hospitalisation en unité classique qu'aux soins intensifs.

Il a également donné une base médico-légale et a apporté un support substantiel aux médecins sur le terrain. D'autant plus aux assistants en formation [8].

Remerciements

Mes remerciements vont au Dr Frank Vantrimpont pour son inspiration.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

RÉFÉRENCES

- [1] Van de Voorde P, Monsieurs K, Renier W, Ghuysen A, Lemoyne S, Jan Van Asbroeck P, et al. Ethical principles and guidance with regard to ethical decisions in pre-hospital and emergency medicine in Belgium during the COVID-19 pandemic. A joint statement of the Belgian Society of Emergency and Disaster Medicine and the Belgian Resuscitation Council; 2020, https://www.brc-rea.be/wp-content/uploads/2020/03/Ethical-decision-making-in-emergencies_COVID19_22032020_final.pdf.
- [2] Bossaert LL, Perkins GD, Askitopoulou H, Raffay VI, Greif R, Haywood KL, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation* 2015;95:302–11.
- [3] Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005;173(5):489–95.
- [4] Biddison LD, Berkowitz KA, Courtney B, De Jong MJ, Devereaux AV, Kisson N, et al. Ethical considerations: care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. *Chest* 2014;146(4 Suppl):e145S–55S.
- [5] Satkoske VB, Kappel DA, DeVita MA. Disaster ethics: shifting priorities in an unstable and dangerous environment. *Crit Care Clin* 2019;35(4):717–25.
- [6] Somes J, Donatelli NS. Ethics and disasters involving geriatric patients. *J Emerg Nurs* 2014;40(5):493–6.
- [7] Mezinska S, Kakuk P, Mijaljica G, Waligóra M, O'Mathúna DP. Research in disaster settings: a systematic qualitative review of ethical guidelines. *BMC Med Ethics* 2016;17(1):62.
- [8] Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987;40(5):373–83.