



HAL
open science

Transfer dynamics of macroplastics in estuaries – New insights from the Seine estuary: Part 2. Short-term dynamics based on GPS-trackers

R. Tramoy, J. Gasperi, L. Colasse, M. Silvestre, P. Dubois, Camille Noûs, B. Tassin

► To cite this version:

R. Tramoy, J. Gasperi, L. Colasse, M. Silvestre, P. Dubois, et al.. Transfer dynamics of macroplastics in estuaries – New insights from the Seine estuary: Part 2. Short-term dynamics based on GPS-trackers. Marine Pollution Bulletin, 2020, 160, pp.111566. 10.1016/j.marpolbul.2020.111566 . hal-02932439

HAL Id: hal-02932439

<https://hal.science/hal-02932439>

Submitted on 8 Sep 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Dochead dossier

Sous-dochead Covid-19, une urgence sanitaire

Surtitre initiative

Retour d'expérience sur la mise en place d'une filière Covid pour les personnes vulnérables non accessibles à la réanimation

Régis Aubry*

Professeur des universités-praticien hospitalier, chef du pôle Autonomie – Handicap, chef du service de gériatrie, responsable de l'axe "Éthique et progrès médical", membre du comité consultatif national d'éthique

Séverine Koeberle

Praticien hospitalier, service de gériatrie, axe "Éthique et progrès médical"

Nicolas Bécoulet

Praticien hospitalier, chef du service de soins palliatifs

CHU Besançon, Hôpital Jean-Minjoz, 3 boulevard Alexandre-Fleming, 25000 Besançon, France

* *Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : raubry@chu-besancon.fr (R. Aubry).

Résumé

Cet article présente une expérience de structuration d'une filière Covid pour les personnes touchées par le virus Sars-CoV-2 mais qui, en raison de leur vulnérabilité, d'une part, et de la nécessité de gérer la pénurie de moyens, d'autre part, ne sont pas susceptibles d'accéder à une prise en charge en réanimation. Une réflexion sur les leçons à tirer de cette expérience suit la présentation de cette expérience originale.

© 2020

Mots clés – épidémie de Covid-19 ; éthique ; filière ; parcours de santé ; personne vulnérable ; territoire

Summary à traduire

© 2020

Keywords à traduire, mettre par ordre alphabétique

Parallèlement à la mise en place d'une filière Covid (*Coronavirus Disease* permettant de limiter les complications multiples et la mortalité par le recours à une filiarisation incluant une hospitalisation en maladie infectieuse et un éventuel passage en réanimation, il nous est apparu important de penser, parallèlement, à une filière Covid pour les personnes dont la vulnérabilité et l'état de santé pouvaient poser la question du niveau de soins, pour éviter autant que possible une orientation inadéquate. Celle-ci pouvant mener à des traitements susceptibles de se révéler inutiles, voire délétères, ou au contraire à une insuffisance de prise en charge, au seul motif de l'âge ou d'un état de dépendance, par exemple.

Autrement dit, alors que nous mesurons l'importance de l'épidémie, sa gravité à l'égard des personnes vulnérabilisées par l'âge, par la ou les maladies, par le handicap, par des maladies touchant à l'immunité, il était capital de concevoir un dispositif, une organisation à destination de ces personnes. Le soubassement de cette organisation est une réflexion sur le respect que nous devons aux personnes qui, dans un contexte complexe et grave, comme celui généré par l'épidémie de Covid, se trouvent survulnérabilisées.

Nous avons pensé que ces personnes vulnérables, dont l'accès éventuel aux traitements spécifiques ou aux traitements lourds de réanimation était discutable, en termes de balance bénéfices-risques, devaient toutes recevoir une prise en charge et un accompagnement individualisés, en lien avec les possibilités de prise en charge sur leurs lieux de vie.

T1 Une plateforme téléphonique d'aide et de soutien pour les personnes vulnérables

Les équipes mobiles de gériatrie et les équipes mobiles de soins palliatifs ont été particulièrement mobilisées pour cette organisation. Une mission commune à ces équipes mobiles est de venir en soutien, en appui, en accompagnement des professionnels qui, eux-mêmes, sont au contact direct de populations vulnérables (personnes âgées, personnes atteintes de maladies graves et évoluées, etc.). Ces équipes ont une véritable culture, une véritable compétence pour épauler des aidants professionnels.

Voilà la raison pour laquelle ce consortium d'équipes mobiles de soins palliatifs et de gériatrie a entrepris, dans le territoire du centre hospitalier universitaire (CHU) de Besançon dans un premier temps puis au niveau de chaque GHT de la région dans un second temps, de contacter l'ensemble des établissements médico-sociaux (accueillant des personnes âgées ou des personnes handicapées), d'une part, et l'ensemble des représentants des acteurs libéraux d'autre part – en particulier les acteurs du dispositif d'appui à la coordination, les représentants des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les représentants des unions régionales des professions de santé. Il s'agissait de leur signaler la mise en place d'une plateforme téléphonique d'aide et de soutien, composée de médecins de soins palliatifs et de gériatrie. Un numéro d'appel unique a été créé pour l'occasion, permettant un accès direct 7 jours sur 7 aux professionnels en contact direct de populations vulnérables.

Un premier travail de contact de l'ensemble des structures et des personnes elles-mêmes en contact avec des personnes vulnérables a permis de fixer des modalités de travail de type téléexpertise (essentiellement par échange téléphonique, avec mise en place progressive d'une offre de téléconsultation) pour éviter de rompre les logiques du confinement qui s'imposent dans ce moment clé de l'épidémie.

Chaque responsable de structure contacté – en particulier les médecins coordinateurs pour les structures médicosociales – a pu échanger sur les questions de la vulnérabilité des personnes institutionnalisées et/ou confinées, de l'accès à des hospitalisations, à des traitements, voire à une réanimation lourde, qui doivent être systématiquement discutées lorsqu'il s'agit de personnes pour lesquelles le risque peut être supérieur au bénéfice et quand l'action peut être malfaisante alors que l'intention est bienfaisante.

Enfin, la question d'un accès à des moyens lourds, contraints, limités et potentiellement délétères devait faire discussion. Était également envisagée d'emblée la situation des personnes en fin de vie, du fait de l'effet cumulé de leur état pathologique antérieur et de l'infection par la Covid-19. Une anticipation de ce qu'il pouvait advenir et des traitements ou décisions de non-traitement était autant que possible réalisée.

Au fil du temps, une approche au cas par cas a été privilégiée : tout patient en situation de vulnérabilité pour lequel se discutait une hospitalisation, une prise en charge dans la filière Covid, a fait l'objet et continue de faire l'objet d'une véritable discussion de nature éthique, interdisciplinaire, aboutissant à des choix raisonnés, issus d'échanges argumentés. Ainsi, certains patients sont restés à domicile ou dans l'établissement médico-social qui est leur résidence lorsque les possibilités de prise en charge dans leurs lieux de vie étaient jugées satisfaisantes, en accord avec les professionnels de santé en charge de ces patients ainsi que les personnes de confiance, systématiquement contactées. Voilà pourquoi d'autres ont été dirigés vers l'hôpital. Certains, au terme de la discussion, sont entrés dans la filière Covid dans une visée curative, après que l'on eut discuté du rapport bénéfices-risques.

T1 L'ouverture d'une unité de soins palliatifs Covid+

D'autres ont été dirigés vers la filière palliative et nous avons d'emblée pensé utile de transformer l'unité de soins palliatifs du CHU en une unité Covid+, pour pouvoir accueillir ces patients

possiblement en fin de vie. À noter que l'expérience de cette épidémie a montré certaines évolutions qui ont défié les prévisions avec des améliorations, voire des guérisons improbables chez des personnes dont l'état de santé antérieur très altéré était aggravé par l'infection à la Covid-19.

L'ensemble des patients admis dans cette unité l'a été parce que le maintien dans le service d'origine, le maintien à domicile ou encore le maintien dans l'institution de résidence n'apparaissaient plus compatibles avec la possibilité d'une certaine qualité de fin de vie. Ces patients en situation palliative et en état de grande souffrance physique ou psychique ont bénéficié de traitements palliatifs adaptés et difficiles à conduire à leur domicile ou dans leur institution de résidence. Ils ont pu être accompagnés lorsque la fin de la vie était marquée par des difficultés respiratoires ou l'angoisse de l'asphyxie. Ils ont pu être soutenus lorsque la souffrance existentielle confinait à l'envahissement du champ de la conscience par l'angoisse.

Exceptionnellement et avec l'accord de la direction du CHU, une visite par jour dans cette unité Covid de soins palliatifs a été autorisée à un proche ou un parent, pour permettre le contact ultime.

T1 Le maintien à domicile ou en institution avec une aide des professionnels de proximité

Pour les autres patients, ceux pour qui une décision de maintien au domicile ou dans la structure d'hébergement avait été décidée, une organisation a été trouvée, mise en place afin que des soins appropriés puissent être délivrés en lien avec l'expertise des gériatres et des professionnels de soins palliatifs. L'objectif était d'éviter qu'une personne ne se retrouve en rupture de soins, au sens des soins de base, à savoir manger, se mouvoir, parler.

Au domicile, alors que les professionnels étaient eux-mêmes touchés et que certains ne pouvaient plus assurer leur activité professionnelle, d'autres travaillant essentiellement en téléconsultations, il nous est apparu important de contribuer à une organisation prenant appui sur les CPTS, en cours de structuration dans notre région, pour permettre l'accès de tous les patients aux besoins médicaux, soignants et rééducatifs. Cette organisation, qui s'est faite en mobilisant les dispositifs d'appui à la coordination issus de la loi de modernisation du système de santé [1], les CPTS et les réseaux spontanés d'acteurs libéraux (infirmiers, médecins, professionnels de la rééducation), a permis assez rapidement la couverture d'une permanence des soins sur l'ensemble du territoire.

T1 Les leçons que l'on peut d'ores et déjà tirer d'un tel dispositif

Dans le contexte de l'épidémie de Covid-19, la mise en place d'une telle filière spécifique pour les personnes vulnérables nous semble la contrepartie éthique obligée de la mise en œuvre de la filière Covid, allant des services d'urgences à la réanimation en passant par les services de maladies infectieuses, filière activement construite et essentielle dans une visée de tentative de sauvegarde des vies menacées de certains patients atteints par le virus.

La gestion de la pénurie de lits de réanimation a conduit, dans certains endroits particulièrement concernés par les flux de patients requérants, à faire une sélection des patients susceptibles d'y accéder, accentuant le passage d'une logique d'égalité d'accès à une autre logique d'équité de l'offre. Par ailleurs, comme la canicule de 2003, l'infection par le virus *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* et l'épidémie de Covid-19 qu'elle a engendrée sont révélatrices de situations de grandes fragilités chez certaines personnes vulnérables ainsi que dans notre système de santé. Ces personnes dont l'indépendance et/ou l'autonomie sont touchées par l'âge, par la ou les maladies, par le handicap, ont besoin des aides et des formes de solidarité qui sont en théorie la caractéristique de nos sociétés démocratiques. La mise en place du dispositif présenté dans cet article s'insère dans cette conception de l'humanisme, du devoir d'entraide et de solidarité.

Enfin, cette organisation a à la fois révélé les cloisonnements de notre système de santé et la capacité des acteurs de se mobiliser pour précisément transcender ces obstacles au parcours de santé, pour se coordonner entre eux, dans l'intérêt des patients, à la faveur d'un péril pour la santé populationnelle. Il faut espérer que nous tirerons les leçons de cette expérience en cours dans le sens du respect de la dignité de l'homme tel qu'il est signifié dans la convention d'Oviedo¹ signée par la France en 2011 [2].

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Note

¹ Cette Convention est le seul instrument juridique contraignant international pour la protection des droits de l'homme dans le domaine biomédical. Elle reprend les principes développés par la Convention européenne des droits de l'homme dans le domaine de la biologie et de la médecine. Elle vise à protéger la dignité et l'identité de tous les êtres humains et à garantir à toute personne, sans discrimination, le respect de son intégrité et de ses autres droits et libertés fondamentales à l'égard des applications de la biologie et de la médecine.

Références

[1] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id.

[2] Conseil de l'Europe. Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine : convention sur les droits de l'homme et la biomédecine. 4 avril 1997. Série des traités n° 164. <https://rm.coe.int/090000168007cf99>.