

→ OBSERVATOIRE COVID-19 ÉTHIQUE & SOCIÉTÉ
ENJEUX ÉTHIQUES DÉCISIONNELS EN RÉANIMATION
SYNTHÈSE N°1 – 18 MARS 2020

■ 17 mars 2020

Sommaire

I - Membres de la cellule de réflexion

Page 2

II - Points de vigilance

Page 4

1. Enjeux éthiques de principe
2. La mobilisation et la motivation des professionnels dans la continuité
3. Régulation des Samu
4. Éléments de preuve, certitude dans la décision
5. Protocoles
6. Dynamique d'un processus décisionnel équitable
7. Accompagnement de la fin de vie, les proches, le deuil

III - Bibliographie

Page 19

1. Articles et ouvrages (76 références)
2. Autres : recommandations et lignes directrices (14 références)

IV - Annexes

Page 29

1. Les principes éthiques du tri pour l'accès en réanimation / pandémie COVID-19

Frédéric Leichter-Flack

Maître de conférences HDR en éthique et littérature, Université Paris Nanterre

Page 33

2. La contribution des théories de la justice à la réflexion sur le triage en réanimation

Paul-Loup Weil-Dubuc

Philosophe, responsable du pôle recherche, Espace de réflexion éthique région Île-de-France

Clémence Thébaut

Maître de conférences en économie, Université de Limoges, chercheur associée au LEGOS (Université Paris-Dauphine)

3. Des procédures incontestables, soucieuses de la dignité des personnes et d'une exigence de justice

Emmanuel Hirsch

Professeur d'éthique médicale, Université Paris-Saclay, directeur de l'Espace de réflexion éthique région Île-de-France

I - Membres de la cellule de réflexion

- **Emmanuel Hirsch**

Coordination, Professeur d'éthique médicale, Université Paris-Saclay, directeur de l'Espace éthique région Île-de-France

- **Arie Attias**

Praticien hospitalier, praticien hospitalier, service anesthésie-réanimation chirurgicale, CHU Henri Mondor, AP-HP

- **Marie-Frédérique Bacqué**

Professeure de psychopathologie, Université de Strasbourg

- **Françoise Chastang**

Praticien hospitalier, CHU de Caen

- **Dominique Claudet**

Sociologue

- **Anne-Caroline Clause-Verdreau**

Médecin de santé publique, pôle recherche, Espace éthique région Île-de-France

- **Sophie Crozier**

Praticien hospitalier, neurologue, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, AP-HP

- **Matthieu le Dorze**

Praticien hospitalier, réanimation chirurgicale polyvalente, groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal, AP-HP

- **Anne-Sophie Debue**

Infirmière, service de médecine intensive et réanimation, GHU Paris-Centre, AP-HP

- **Nicolas Engrand**

Médecin, chef de service adjoint de réanimation, Hôpital Fondation Rothschild, Paris

- **Sylvie Froucht-Hirsch**

Médecin, service d'anesthésiste-réanimation, Hôpital Fondation Rothschild, Paris

- **Luc-Marie Joly**

Professeur des universités, chef de service des urgences, CHU de Rouen

- **Frédéric Leichter-Flack**

Maître de conférences HDR en éthique et littérature, Université Paris Nanterre

- **Olivier Lesieur**

Praticien hospitalier en réanimation, CHG de La Rochelle, secrétaire de la commission d'éthique de la SRLF

- **Vianney Mourman**

Praticien hospitalier, responsable, équipe mobile de soins palliatifs, groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal, AP-HP

- **Benjamin Pitcho**

Avocat à la cour, maître de conférences en droit, Université Paris 8 Vincennes-Saint-Denis

- **Hélène Romano**

Docteure en psychopathologie HDR, CPP, HC Lyon

- **Aline Santin**

Praticien hospitalier, urgentiste, service de médecine interne, Hôpital Tenon, AP-HP

- **Fabrice Venier**

Praticien hospitalier, services SAMU et urgences, CHU de Rouen

- **Bernard Vigué**

Praticien hospitalier, département d'anesthésie-réanimation, CHU de Bicêtre, AP-HP

- **Paul-Loup Weil-Dubuc**

Philosophe, responsable du pôle recherche, Espace éthique région Île-de-France

II - Points de vigilance

1. Enjeux éthiques de principe
2. La mobilisation et la motivation des professionnels dans la continuité
3. Régulation des Samu
4. Éléments de preuve, certitude dans la décision
5. Protocoles
6. Dynamique d'un processus décisionnel équitable
7. Accompagnement de la fin de vie, les proches

Rédigée sans disposer encore du temps indispensable aux approfondissements, cette contribution identifie quelques points de vigilance et esquisse des lignes possibles d'action. La bibliographie et les commentaires annexes sont autant de ressources complémentaires.

Cette démarche intervient en complément des documents de préconisation produits par les instances publiques ainsi que les sociétés savantes qui constituent les références indispensables.

La cellule de réflexion poursuit son travail de veille et présentera d'autres éclairages et propositions en accompagnement des évolutions de la pandémie.

Toute contribution à la concertation sera la bienvenue¹.

1. Enjeux éthiques de principe

1.1. • Infléchir la dynamique pandémique de haute intensité vers une basse intensité justifie-t-il des **mesures exceptionnelles**, y compris en renonçant transitoirement aux valeurs qui fondent et éclairent l'éthique médicale ?

À situation d'exception, éthique d'exception ? Par quel processus identifier et formaliser ce à quoi il faut renoncer ? **Est-il un seuil d'inacceptable que l'on ne peut franchir ?** Comment en décider ?

1.2. • **Principes éthiques mobilisés en situation de pandémie** : respect de la personne dans sa dignité, son autonomie, ses droits et sa sphère privée, protection des personnes vulnérables, bienveillance, limitation des souffrances inutiles, équité et transparence dans l'attribution des moyens, arbitrage argumenté et loyal entre intérêt de la personne et impératifs de santé publique, soutien aux intervenants professionnels, aux personnes malades et à leurs proches.

Les principes éthiques en situation d'état d'urgence sanitaire peuvent être hiérarchisés par les autorités gouvernementales sous le contrôle de la représentation nationale, éclairés par une expertise médico-scientifique adaptée à l'évolution des circonstances.

1.3. • Il convient de prendre en compte comme une exigence d'éthique et de santé publique la prise en soin des personnes en situation de vulnérabilités

¹ Adresser les contributions à : emmanuel.hirsch@universite-paris-saclay.fr

de précarités sociales et d'isolement à domicile, en campements (migrants), dans la rue, en établissements (y compris psychiatriques, centres de détention). **Les principes de non discrimination et de non stigmatisation s'avèrent à leur égard aussi pertinents que pour les personnes âgées.**

1.4. • Quels critères mobiliser et lignes d'actions décider, dans le cadre de quelle gouvernance et avec quels contrôles afin de **parvenir à une régulation éthique de la distribution de capacités de traitements limités dans un contexte dégradé ?**

1.5. • Les moyens mobilisés en réanimation ainsi que l'exclusion d'autres personnes malades ne relevant pas immédiatement d'une urgence vitale, ne sont-ils pas sources de discriminations et de pertes de chances collatérales injustifiables ?

En quoi les décisions de priorisation de l'accès à la réanimation des personnes en situation de détresse vitale par contamination du COVID-19 sont-elles acceptables et tenables au regard du préjudice direct causé à d'autres personnes malades justifiant la continuité de traitements indispensables ?

S'ajoute à l'interrogation le nombre limitatif des capacités de réanimation, le surinvestissement des équipes, la désorganisation du système hospitalier **au regard d'un bénéfice à évaluer et d'effets péjoratifs pour d'autres personnes malades pour lesquels des stratégies thérapeutiques efficaces avaient été ou auraient pu être engagées.**

Nécessité de mise en place d'un dispositif de suivi et d'évaluation, selon des critères établis, de la hiérarchisation des priorités.

Exemple de dilemmes :

Risque de rupture dans la chaîne du don et de la greffe d'organes du fait de la priorisation des équipes d'anesthésie-réanimation et de la capacité des blocs opératoires. Le concept d'urgence vitale sera-t-il pertinent et recevable ?

1.6. • L'expertise acquise en médecine militaire fait apparaître 3 principes :

- Soigner selon des pratiques adaptées au contexte
- Accepter la perte de chance inhérente à un choix justifié
- Maximaliser les possibilités au bénéfice du nombre le plus grand de personnes qui pourraient en bénéficier.

La hiérarchisation des choix relève d'une démarche dynamique évolutive et contextualisée qui intègre les niveaux capacitaires d'accueil, de suivi et de traitement.

L'évaluation doit être régulière et assumée selon des critères précis validés en fonction des circonstances, des opportunités, de la situation clinique de la personne et de la proportionnalité des moyens disponibles.

1.7. • Le souhait d'un patient de ne pas être hospitalisé en réanimation (à travers l'expression à la première personne de son autonomie décisionnelle, ses directives anticipées, le témoignage de la personne de confiance, des proches ou du médecin traitant) ne doit-il pas être respecté dès lors qu'il apparaît approprié à la situation ? Dans ce cas la procédure de recueil de son consentement doit être réalisée de façon appropriée et consignée.

1.8. • Selon quelles règles développer un protocole de recherche ? En situation exceptionnelle, l'intérêt supérieur de la recherche pourrait-il prévaloir sur les droits reconnus

à la personne malade en pratique courante ? La protection des personnes doit prévaloir. Un CPP peut travailler en tenant compte des circonstances d'urgence (même s'il convient de mobiliser un CPP de référence au plan national). Il devra pouvoir justifier de ses choix, la situation exceptionnelle étant passée.

Mettre en place un comité indépendant de suivi est-ce satisfaisant ?

Synthèse 1

- À situation d'exception, éthique d'exception ? Par quel processus identifier et formaliser ce à quoi il faut renoncer ? Comment en décider ?
- Repères : équité et transparence dans l'attribution des moyens, arbitrage argumenté et loyal entre intérêt de la personne et impératifs de santé publique, soutien aux intervenants professionnels, aux personnes malades et à leurs proches.
- Prise en compte comme une exigence d'éthique et de santé publique la prise en soin des
- Prévenir l'exclusion d'autres personnes malades ne relevant pas immédiatement d'une urgence vitale ?
- Nécessité de mise en place d'un dispositif de suivi et d'évaluation, selon des critères établis, de la hiérarchisation des priorités.
- Maximaliser les possibilités au bénéfice du nombre le plus grand de personnes qui pourraient en bénéficier.
- L'évaluation doit être régulière et assumée selon des critères précis validés en fonction des circonstances, des opportunités, de la situation clinique de la personne et de la proportionnalité des moyens disponibles.
- Selon quelles règles développer un protocole de recherche ? En situation exceptionnelle, l'intérêt supérieur de la recherche pourrait-il prévaloir sur les droits reconnus à la personne malade en pratique courante ?

2. La mobilisation et la motivation des professionnels dans la continuité

2.1. • La conviction est que la mobilisation des professionnels de santé en ville ou à l'hôpital ou du médico-social sera sans faille tant que leurs seront assurées des conditions d'intervention personnelles suffisantes. Qu'en sera-t-il de leurs capacités d'agir de manière continue et avec un même investissement dans un contexte d'urgence extrême et sur une période indéterminée mais probablement longue, avec de plus le risque d'augmentation du nombre de soignants contaminés² ? **L'anticipation s'impose y compris dans l'évaluation régulière de la capacité d'engagement de chacun dans un contexte bienveillant qui prémunisse de**

² L'accompagnement, l'encadrement et la formation des personnels réquisitionnés n'exerçant plus depuis un certain temps ou n'ont jamais exercé en réanimation rajoutent une dimension supplémentaire à une charge de travail déjà lourde. Les professionnels réquisitionnés qui découvrent la réanimation dans des conditions particulièrement anxiogènes risquent un phénomène d'usure psychologique et de stress post traumatique si leur accueil est insuffisamment encadré et leurs missions insuffisamment définies et circonscrites.

toute forme de jugements péjoratifs d'un besoin de pause, voire d'un retrait. Une personne de référence doit assurer la mission de suivi des professionnels et coordonner les dispositifs de soutien dont ils bénéficieraient.

2.2. • Les doutes, retraits temporaires, abandons momentanés de poste, y compris, plus rares, définitifs, sont autant de réactions et accidents qui, pris comme tels sur le champ, expliqués, surmontés, soudent les professionnels entre eux. **Il est essentiel que des psychologues qualifiés accompagnent les professionnels au plus près et soient disponibles de manière continue.**

2.3. **Jusqu'à quel seuil de saturation le système maintiendra-t-il sa cohérence et les professionnels une capacité d'engagement et une capacité décisionnelle cohérente ?**

Certains renoncements ne seront-ils pas nécessaires afin de préserver la continuité et la soutenabilité des pratiques dans un contexte extrême réfractaire à tout choix élaboré ?

« Plus la courbe pandémique sera raide, plus les tensions seront fortes et les risques de rupture incontrôlables. »

2.4. • En situation de crise anxiogène s'éprouve le **besoin de se retrouver en groupe**, celui de se reconforter mutuellement. Qu'en est-il lorsqu'il y a contrainte et confinement ?

2.5. • **Sans valorisation et reconnaissance, le risque est celui de la transgression, de la dissidence.**

Pour la médecine et les soins de ville, **valoriser, reconnaître et stimuler la solidarité entre professionnels.**

Dans l'environnement ambulatoire (essentiellement libéral), il existe un reliquat de concurrence qui actuellement se cristallise autour des équipements de protection nécessaires pour les professionnels de soin primaire, mais ce reliquat pourrait s'exacerber et mettre en péril les volontés de collaboration pluridisciplinaire (médecins généralistes, infirmiers, et aussi les pharmaciens).

2.6. • **La carence en matériel adapté à la protection des professionnels de santé** est dissuasive à la capacité d'intervention dans des conditions acceptables. Les injonctions à intervenir sans disposer des équipements et parfois même des lignes de conduites adaptées, **suscitent la défiance à l'égard des instances de régulation et peuvent exposer à des prises de risques indues.**

2.7. • **Comment créer des espaces de parole** propices à poser, à exprimer et à partager les ressentis ? Les psychologues eux-mêmes auront besoin d'être accompagnés et supervisés.

*Des soignants renforcent (pour le moment, parce qu'ils en ont encore le temps) les **journaux de bord** et encouragent les proches à en faire de même de chez eux.*

2.8. • **Limiter les facteurs d'incertitude et d'insécurité** face à l'invisibilité et à la prégnance du danger. Singularité du caractère virtuel et insidieux de ce virus, maladie émergente, en cela distinct de l'acte terroriste flagrant.

2.9. • **Être soucieux en communication de donner à comprendre aux personnes comment reprendre le contrôle** en ayant de sentiment de reprendre l'initiative et de ne pas être passif au regard des décisions qui s'imposent.

2.10. • Comment faire en sorte qu'à propos d'une « médecine d'exception », **les médias ne communiquent pas des images et des informations erronées ou troquée ?**

2.11. • **Comment témoigner socialement une considération aux soignants** (ainsi qu'à leurs proches) et les soutenir dans leurs engagements ?

Cela est possible en valorisant auprès de la société et des différentes communautés, groupes, corps intermédiaires représentatifs qui la composent et de façon permanente leur action et les difficultés qu'ils surmontent. Un discours construit, officiel et véridique s'impose

2.12. • **Les lendemains d'hyperactivité sont toujours un passage difficile.** La reconnaissance de la société doit être conçue de telle sorte qu'elle soit concomitante avec la fin de la menace, elle doit donc être anticipée en tenant compte des critiques faites de l'intérieur à leur système par les personnels de santé de sorte qu'un affrontement interne ne suive pas l'accalmie.

Synthèse 2

- Qu'en sera-t-il de leurs capacités d'agir de manière continue et avec un même investissement dans un contexte d'urgence extrême et sur une période indéterminée mais probablement longue, avec de plus le risque d'augmentation du nombre de soignants contaminés ?

Jusqu'à quel seuil de saturation le système maintiendra-t-il sa cohérence et les professionnels une capacité d'engagement et une capacité décisionnelle cohérente ?

- En situation de crise anxiogène s'éprouve le besoin de se retrouver en groupe, celui de se reconforter mutuellement. Qu'en est-il lorsqu'il y a contrainte et confinement ?

- Comment créer des espaces de parole propices à poser, à exprimer et à partager les ressentis ? Les psychologues eux-mêmes auront besoin d'être accompagnés et supervisés.

- Être soucieux en communication de donner à comprendre aux personnes comment reprendre le contrôle en ayant de sentiment de reprendre l'initiative et de ne pas être passif au regard des décisions qui s'imposent.

- Comment témoigner socialement une considération aux soignants (ainsi qu'à leurs proches) et les soutenir dans leurs engagements ?

3. Régulation des Samu

3.3. • **Réfléchir à la chaîne et à la cohérence décisionnelles** du point de vue de sa rigueur et de ses complémentarités dans la continuité du suivi dès le contact téléphonique ou l'accueil à l'hôpital.

3.4. • **Le Samu possède peu de procédures de feed-back**, de contrôle sur le suivi de ses régulations, du moins en ce qui concerne les patients qui ne sont pas immédiatement perçus comme graves. En ce qui concerne la zone grise, regroupant des patients non évidemment graves pour lesquels la décision aura été prise soit par défaut soit par excès, le rétrocontrôle reste défaillant.

3.5 • Une régulation équitable ne justifie-t-elle pas un suivi en réel des capacités d'accueil des établissements tenant compte de critères de recevabilité des demandes selon des rationnels formalisés ?

Justification à **mettre en place une procédure d'évaluation continue** de l'adaptation des capacités de réponses **en référence à une grille évolutive opérationnelle d'orientation** de la décision adossée à l'expertise des services d'aval³.

3.6. • Les rationnels de régulation seront-ils constants et équitables au plan national dès lors que certains Samu sont confrontés à des demandes qui saturent leur capacité de réponse⁴ ?

3.7. • Le critère d'âge est-il un déterminant discriminant de manière justifiée⁵ ?

« Ce n'est pas l'âge qui compte mais l'indice de fragilité. »

Que répondre aux responsables d'EHPAD qui constatent la réfutation a priori de leur demande de déplacement du Samu sur seul critère d'âge de la personne ? Que dire aux familles concernées ?

3.8. • Comment limiter et admettre les inévitables pertes de chances liées aux difficultés d'accès au Samu saturé par les demandes d'avis liées aux suspicions d'atteintes par le COVID-19 ?

3.9. • Comment tenir compte de l'impact social dans une décision de régulation ? Si l'indice de fragilité est important, la potentialité de contamination d'un groupe ou d'une collectivité peut aussi faire partie des critères déterminants.

3.10. Importance de prendre en considération le soutien des ARM (agents de régulation médicale) qui sont des professionnels très exposés : ils accueillent le premier appel en régulation et se trouvent en première ligne sans toujours bénéficier de la formation nécessaire et d'un soutien psychologique au regard d'une crise inédite. Il en est de même concernant les étudiants en médecine et autres intervenants requis en soutien.

- Réfléchir à la chaîne et à la cohérence décisionnelles du point de vue de sa rigueur et de ses complémentarités dans la continuité du suivi dès le contact téléphonique ou l'accueil à l'hôpital.
- Une régulation équitable ne justifie-t-elle pas un suivi en réel des capacités d'accueil des établissements tenant compte de critères de recevabilité des demandes selon des rationnels formalisés ?
- Les rationnels de régulation seront-ils constants et équitables au plan national dès lors que certains Samu sont confrontés à des demandes qui saturent leur capacité de réponse ?
- Comment limiter et admettre les inévitables pertes de chances liées aux difficultés d'accès au Samu saturé par les demandes d'avis liées aux suspicions d'atteintes par le COVID-19 ?

³ Cette observation est émise du fait de son importance, alors qu'il est acquis que cette procédure est opérationnelle notamment dans le cadre des procédures de coordination des ARS.

⁴ Les Samu ont répondu en mobilisant du personnel supplémentaire, dont des étudiants, ou en modifiant certaines procédures comme rappeler les appelants pour leur répondre plus tard après s'être assuré rapidement qu'il ne s'agissait pas d'une grande urgence. Cela pose le problème de l'arrivée sur les mêmes lignes de tous les appels, urgents ou pas, si les moyens du pré-tri, non médical, en première ligne du front office, ne sont pas dimensionnés.

⁵ Si en temps de crise l'âge devait représenter un critère prédominant, avec une barrière systématique préétablie, cela ne saurait relever d'une décision médicale singulière, mais d'une décision politique, difficile à porter, qui devrait se justifier d'un point de vue éthique.

4. Éléments de preuve, certitude dans la décision

« Il nous faut préserver de l'humilité et de l'humanité dans une pratique technicienne soumise, en situation de crise, à d'autres limites que celles de ses capacités effectives à démontrer son efficacité. »

4.1. • La médecine de réanimation adosse la hiérarchisation de ses choix sur une médecine de la preuve et des évidences, ainsi que sur une expertise validée par la littérature scientifique. Même si les semaines de recul permettent déjà le transfert de certaines expériences qui émanent notamment de médecins et scientifiques chinois, le recul est limité et les incertitudes importantes.

4.2. • Comment renoncer à une appréciation au cas par cas et privilégier des règles générales qui relèveraient aujourd'hui davantage de l'intuition que d'un raisonnement strictement argumenté et/ou validé ?

Dans un environnement de « victimes multiples », présentant un même contexte pathologique, **le choix pourrait être de s'exonérer de l'appréciation singulière pour s'en remettre à des protocoles généraux**. En même temps ces critères généraux éviteraient les biais de discrimination variables selon le décisionnaire. Les critères de décision éthique ne peuvent pas pour autant disparaître : collégialité et responsabilité individuelle. **Chacun doit être en mesure de répondre de ses choix, de leurs conséquences, au moment de la décision et après**, et de garder pleine conscience de cette responsabilité au moment même de la décision. **Le caractère exceptionnel de la situation ne peut être un blanc-seing pour y échapper**.

Au-delà de la pronostication incertaine, pour réfléchir au cas par cas dans le contexte du COVID-19, les personnes présentant un SDRA sont de manière majoritaire inaccessibles au dialogue, leurs proches étant de surcroît interdits d'entrée en réanimation. Les échanges habituellement utiles sont fortement limités par des entretiens au téléphone : un unique interlocuteur, pas d'accès à ses réactions non-verbales, des entretiens plus courts entre médecin et un membre de la famille, donc sans les apports des autres membres de l'équipe, notamment l'observation et la participation paramédicale qui permettent une vigilance accrue sur la compréhension du proche ainsi que de creuser des aspects auquel le médecin ne pense pas systématiquement.

4.3. • Le travail d'équipe autour de l'information est fortement limitée, le travail narratif aussi bien autour du patient que de la décision est privé d'une grande partie de ce qui fait son intérêt. La répartition du travail pour améliorer l'efficacité morcelle encore davantage le travail des soignants et les détache encore plus de « leurs » patients.

4.4. • En réanimation les indications sont rarement indiscutables, ne serait-ce que lorsqu'est envisagée une « réanimation d'attente ». En situation de limitation des capacités, le sas décisionnel que constitue la « réanimation d'attente » est révolu.

4.5. • L'articulation des protocoles de réanimation et d'urgences doit être harmonisée.

Synthèse 4

- La médecine de réanimation adosse la hiérarchisation de ses choix sur une médecine de la preuve et des évidences, ainsi que sur une expertise validée par la littérature scientifique.
- Comment renoncer à une appréciation au cas par cas et privilégier des règles générales qui relèveraient aujourd’hui davantage de l’intuition que d’un raisonnement strictement argumenté et/ou validé ?
- En réanimation les indications sont rarement indiscutables, ne serait-ce que lorsqu’est envisagée une « réanimation d’attente ». En situation de limitation des capacités, le sas décisionnel que constitue la « réanimation d’attente » est révolu.

5. Protocoles

Un médecin de Colmar témoigne : « Les urgences ont l'habitude de travailler dans ces conditions dégradées, mais là nous sommes dans le dégradé du dégradé du dégradé, et nous attendons encore une dégradation croissante voire exponentielle pour les 15 jours à venir. »

5.1. • Importance des préconisations actualisées et homogènes émises par les sociétés savantes expertes du point des bonnes pratiques et de leur applicabilité en termes d’arbitrages éthiques.

Les protocoles seront-ils mieux respectés en situation de pandémie qu’en pratique courante ?

5.2 • L’application d’un protocole est de nature à permettre au professionnel de santé de se protéger d’une décision subjective qui affecterait ses principes d’humanité. Le protocole est contenant. Il doit se référer à un arbitrage officiel mais permettre de **conserver une part d’adaptabilité casuistique**.

5.3. • La décision devrait-elle ne relever que de critères déterminés de manière anticipée et appliqués de manière systématique sans autre forme d’arbitrage ? Qu’en serait-il de son acceptabilité et de sa soutenabilité ?

5.4. • Le protocole devrait constituer une base de discussion, de délibération, mais sans prescrire la réponse par anticipation.

Si la décision relève d’une procédure systématisée (prédéterminée), il ne s’agit plus alors ment d’une décision mais d’une application par des effecteurs interchangeables. On y gagne en neutralité (bien que les critères ayant été définis en amont ne sont pas objectifs) mais les soignants y perdent en implication. C’est pourtant le fait d’être impliqués et responsables qui aura un effet sur la qualité de leur prise en charge. Si l’implication est difficile, il ne convient pas de s’en extraire, mais de l’affronter en équipe, en collégialité.

5.5. • Quelle seront les conséquences d’une décision de réanimer ou d’arrêter des soins si l’équipe médicale n’est pas convaincue du bien-fondé des choix ?

Exemple de dilemmes :

Devra-t-on ne pas réanimer une personne d’un âge prescrit, alors qu’elle bénéficierait en pratique courante d’une réanimation favorable à son rétablissement ?

Doit-on réanimer une personne qui risque de contaminer un groupe ou une collectivité et qui, contaminée, entraînerait une nouvelle surcharge des services ?

5.6. • Observation est faite du risque de soumettre les professionnels aux conséquences d'un traitement externalisé de la décision qui les ramènerait à être les exécutants de décisions auxquels ils n'auraient pas contribué de manière personnelle. Le travail d'élaboration contribue à en rendre intégrables et acceptables les conséquences.

« *Que signifie être éthique dans la répartition de moyens contraints ?* »

5.7. • Les différents scores habituellement mobilisés permettront-ils d'établir un rationnel décisionnel pertinent en situation de SDRA ?

Le recours est recommandé au score de fragilité clinique (CFS), GIR, score de Katz, indice de performance de l'OMS. L'avantage est la simplicité de leur usage car ce sont des scores d'autonomie purs. L'inconvénient est leur non prise en compte des comorbidités. Certaines personnes peu autonomes présentent peu de comorbidités, alors que d'autres présentent des comorbidités avec une bonne autonomie. Ces personnes ont tout à perdre après un séjour en réanimation pour maladie grave.

Si les scores d'autonomie ont peut-être une justification pour les EPAHD il n'en est pas de même en réanimation, en tous cas si les comorbidités ne sont pas prises en compte.

5.8. • Est-il utile de formaliser le concept de « proportionnalité des traitements » dans le contexte de COVID-19 ? Si oui, selon quels rationnels ?

5.9. • Variabilité des critères et des approches décisionnelles selon l'hôpital, la culture du service, le point de vue des soignants et la tension sanitaire locale.

« *Dans notre culture de service, on n'accélère pas une fin de vie afin de libérer un lit. Y compris pour admettre un patient dont l'état le justifierait car habituellement il peut être accueilli par une autre équipe.* »

5.10. • Le protocole pourrait-être contestable et contesté dès lors qu'il n'a pas été établi en amont dans le cadre d'une concertation sociale qui se justifiait. Le **risque de mise en cause de la relation de confiance** est évident ainsi que de contestation et de manifestations d'hostilité à l'égard des professionnels.

Pour autant, **la société délègue à des professionnels compétents la capacité à élaborer des procédures** de prise de décision et à modéliser leur mise en œuvre.

5.11. • Les études en psychologie⁶ estiment que la confiance repose sur la conviction que l'autre est : compétent, bienveillant et intègre. Comment en attester ?

Des études démontrent que l'ouverture des services H24 a permis de renforcer la relation de confiance avec les proches. Les services sont actuellement fermés aux visiteurs qui n'ont accès aux soignants que par téléphone.

5.12. • Réflexion à développer en amont sur le devenir des personnes qui une fois le SDRA en voie d'amélioration vont nécessiter des semaines de rééducation notamment respiratoire qui à ce jour est pratiquée en réanimation ou dans les rares centres de Soins de Rééducation Post-Réanimation, mais qui en situation de pandémie vont immobiliser des lits indispensables. **Cette phase de la maladie va mobiliser des savoirs et du temps de kinésithérapie plutôt qu'infirmier, mais toujours des lits adaptés et des respirateurs.**

⁶ Mayer, Davis and Schoorman, An integrative model of organizational trust, Academy of management review, 1995, Vol 20 n°3 709-734.

5.13. • Dans cette deuxième phase, une mobilisation de psychologues de réanimation sera nécessaire du fait **des séquelles psychiques habituelles des patients de réanimation et notamment des patients hospitalisés pour défaillance respiratoire grave et hospitalisés longtemps** : dans les conditions de travail actuelles, avec des soignants habillés de pied en cap, limitant au maximum leurs entrées dans les chambres, l'interdiction de visite des proches, et des patients qui sont « tous les mêmes » car sous sédation et recevant exactement les mêmes traitements d'une chambre à l'autre, l'humanisation est extrêmement difficile. Le risque de stress post-traumatique des patients va être majoré grandement.

5.14. • Qu'en sera-t-il des conditions de sortie de réanimation puis de retour en EPHAD ou en centre spécialisé qui refusent d'accueillir la personne ? **Cette situation bloquerait le circuit et aurait des conséquences lourdes**, notamment dans le refus de traitement des personnes vivant en établissement.

Synthèse 5

- Importance des préconisations actualisées et homogènes émises par les sociétés savantes expertes du point des bonnes pratiques et de leur applicabilité en termes d'arbitrages éthiques.
- La décision devrait-elle ne relever que de critères déterminés de manière anticipée et appliqués de manière systématique sans autre forme d'arbitrage ? Qu'en serait-il de son acceptabilité et de sa soutenabilité ?
- Quelle seront les conséquences d'une décision de réanimer ou d'arrêter des soins si l'équipe médicale n'est pas convaincue du bien-fondé des choix ?
- Observation est faite du risque de soumettre les professionnels aux conséquences d'un traitement externalisé de la décision qui les ramènerait à être les exécutants de décisions auxquels ils n'auraient pas contribué de manière personnelle. Le travail d'élaboration contribue à en rendre intégrables et acceptables les conséquences.
- Les différents scores habituellement mobilisés permettront-ils d'établir un rationnel décisionnel pertinent en situation de SDRA ?
- Variabilité des critères et des approches décisionnelles selon l'hôpital, la culture du service,
- Qu'en sera-t-il des conditions de sortie de réanimation puis de retour en EPHAD ou en centre spécialisé qui refusent d'accueillir la personne ? Cette situation bloquerait le circuit et aurait des conséquences lourdes, notamment dans le refus de traitement des personnes vivant en établissement.

6. Dynamique d'un processus décisionnel équitable

Un médecin de Colmar témoigne : « *Nous sommes au bout d'un système, il va falloir faire des choix sur nos critères d'admission, non seulement en réanimation, mais tout simplement dans une structure hospitalière.* »

6.1 • Les algorithmes décisionnels utilisés ordinairement en réanimation pour déterminer si un patient peut bénéficier des soins critiques s'appliquent-ils à la situation actuelle ?

6.2. • Les critères de « triage » seront-ils formulés de manière explicite, rediscutés en fonction de l'évolution des circonstances dans un contexte donné, contrôlés dans leurs modalités pratiques de mise en œuvre avec traçabilité sur un « registre de triage » ?

Point de discussion :

Le principe « premier arrivé, premier servi » est-il soutenable dès lors que la dynamique pandémique permet d'anticiper les tableaux cliniques des malades relevant d'une réanimation. Une gestion aléatoire des admission s'avèrerait-elle plus juste que des critères décisionnels non robustes ?

6.3. • Nécessité de vérifier l'effectivité de l'adéquation du tableau clinique de la personne au regard des critères décisionnels.

6.4. • La création de « staffs du lendemain », sur le modèle de ce qui existe en chirurgie et obstétrique permet une « analyse à chaud des pratiques », d'adapter des protocoles et procédures, sachant que ce qui s'écarte de la norme n'est pas nécessairement négatif et peut faire progresser son efficacité. **La collecte et la remontée des informations en temps réel est nécessaire et doit faire l'objet d'un dispositif identifié.**

6.5. • Quelle instance de construction partagée de la décision mettre en place en accompagnement, évaluation et ajustement et mise en œuvre des protocoles ?

6.6. • La bonne pratique est-elle de ne pas admettre en réanimation au motif d'infection par COVID-19 un patient dont l'admission aurait été refusée en toute autre circonstance en raison d'un rapport bénéfice/risque à l'évidence défavorable (comorbidités, score de fragilité, exposition à un risque iatrogène) ?

6.7. • En situation d'incertitude, une « réanimation d'attente » permet de rechercher les volontés du patient exprimées antérieurement, de vérifier les antécédents et comorbidités qui n'auraient pas été identifiés à l'admission, d'apprécier après un délai raisonnable l'évolution sous traitement maximal. Au terme de cette période dite "full code", il peut être décidé de poursuivre les traitements, de limiter les thérapeutiques jugées disproportionnées, et/ou de confier le patient à une unité plus appropriée à la situation du patient. Cette procédure est-elle envisageable dans le cadre d'un exercice contraint ?

6.8. • Comment envisager une consultation collégiale dans un contexte de limitation de la disponibilité des équipes et parfois d'urgence à décider ?

6.9. • Au-delà de la compétence du médecin sénior dont la présence s'impose en soutien aux arbitrages, que pourrait être le recours à un référent médical pour éclairer une prise de décision complexe (généraliste, gériatre ou neurologue, par exemple) ?

6.10. • Par quelle médiation viser de manière effective le principe de justice dans l'allocation de ressources limitatives réparties de manière non homogène entre des établissements confrontés à des circonstances d'amplitude différente ? **La régulation administrative est-elle dotée des données** nécessaires à l'exercice de ces arbitrages ?

6.11. • Une instance indépendante sera-t-elle installée pour contrôler la rectitude de mise en œuvre des procédures (au même titre que le comité indépendant d'une étude clinique) ? Quelle traçabilité des décisions dans un contexte de pratiques dégradées ?

Synthèse 6

- Les algorithmes décisionnels utilisés ordinairement en réanimation pour déterminer si un patient peut bénéficier des soins critiques s'appliquent-ils à la situation actuelle ?
- Les critères de « triage » seront-ils formulés de manière explicite, rediscutés en fonction de l'évolution des circonstances dans un contexte donné, contrôlés dans leurs modalités pratiques de mise en œuvre avec traçabilité sur un « registre de triage » ?
- Nécessité de vérifier l'effectivité de l'adéquation du tableau clinique de la personne au regard des critères décisionnels.
- Quelle instance de construction partagée de la décision mettre en place en accompagnement, évaluation et ajustement et mise en œuvre des protocoles ?
- La bonne pratique est-elle de ne pas admettre en réanimation au motif d'infection par COVID-19 un patient dont l'admission aurait été refusée en toute autre circonstance en raison d'un rapport bénéfice/risque à l'évidence défavorable (comorbidités, score de fragilité, exposition à un risque iatrogène) ?
- Comment envisager une consultation collégiale dans un contexte de limitation de la disponibilité des équipes et parfois d'urgence à décider ?
- Par quelle médiation viser de manière effective le principe de justice dans l'allocation de ressources limitatives réparties de manière non homogène entre des établissements confrontés à des circonstances d'amplitude différente ? La régulation administrative est-elle dotée des données nécessaires à l'exercice de ces arbitrages ?
- Une instance indépendante sera-t-elle installée pour contrôler la rectitude de mise en œuvre des procédures (au même titre que le comité indépendant d'une étude clinique) ? Quelle traçabilité des décisions dans un contexte de pratiques dégradées ?

7. Accompagnement de la fin de vie, les proches, le deuil

Une des observations actuelle des soignants italiens est la détresse des patients qui meurent seuls et la difficulté d'en être les témoins impuissants. Certes, plus fréquent hors réanimation, car en réanimation les patients déjà endormis ne se voient pas partir.

7.1. • À quel stade du processus décisionnel les équipes de soins palliatifs seront-elles intégrées aux arbitrages ?

7.2. • Un espace spécifique sera-t-il dédié à la fin de vie des personnes non admises en réanimation ou en échec de réanimation ?

« Comment accompagner ceux que l'on ne peut pas sauver ? »

7.3 • Comment assurer des soins palliatifs de qualité, pratiquer des sédations sans excès et non par défaut ?

7.4. • L'impératif est d'éviter l'effroi de se voir mourir en suffoquant (symptômes réfractaires).

Les soins palliatifs symptomatiques diffèrent de la prise en soin globale.

7.5. • **La sédation terminale** s'imposerait-t-elle au regard d'une sédation discontinue impossible à assurer dans le cadre des SDRA ?

7.6. • **Une mobilisation de psychologues de réanimation** compétents au regard de tels enjeux devrait absolument être favorisée.

7.7. • Les proches ne doivent pas éprouver le moindre sentiment de négligence à l'égard de la personne malade dont on anticiperait le moment de sa mort. **La temporalité va manquer pour négocier avec eux l'acceptabilité d'une décision.** Y compris, si pour pondérer cette difficulté, il est évident que la dramatisation actuelle les rend plus accessibles à la gravité de certaines échéances.

7.8. • Selon quel protocole et dans quelles conditions favoriser la communication avec les proches ? La présence auprès du mourant, sous une forme ou une autre, peut-elle être envisagée ?

7.9. • Quel accompagnement à la décision proposer aux professionnels des soins palliatifs, quels soutiens psychologiques ?

7.10. • **En chambre mortuaire ne doit-on pas initier d'autres approches :** visualisation à distance, vidéos, photos du défunt, nouveaux modes de ritualisation ?

7.11. • **Quels dispositifs envisager pour ne pas compromettre le deuil ?**

Être vigilant en cas de deuils multiples liés à la contamination.

7.12. • D'emblée évoquer les possibilités de commémoration à la sortie de la crise, ce qui relance l'espoir, malgré la perte d'un proche.

Une ritualisation collective pourrait constituer une piste parmi d'autres pour favoriser des échanges et un soutien entre les proches qui auront vécu la même expérience.

7.13. • Pour les autres morts, penser à l'idée qu'elles sembleront peut-être moins *héroïques* dans ce contexte de centration sur la mort par Coronavirus.

7.14. • **Quel accompagnement envisager pour les agents funéraires,** actuellement submergés et régulièrement grands oubliés de ses crises sanitaires ?

Synthèse 7

- À quel stade du processus décisionnel les équipes de soins palliatifs seront-elles intégrées aux arbitrages ?
- Comment assurer des soins palliatifs de qualité, pratiquer des sédations sans excès et non par défaut ?
- La sédation terminale s'imposerait-t-elle au regard d'une sédation discontinue impossible à assurer dans le cadre des SDRA ?

- Les proches ne doivent pas éprouver le moindre sentiment de négligence à l'égard de la personne malade dont on anticiperait le moment de sa mort. La temporalité va manquer pour négocier avec eux l'acceptabilité d'une décision. Y compris, si pour pondérer cette difficulté, il est évident que la dramatisation actuelle les rend plus accessibles à la gravité de certaines échéances.
- Selon quel protocole et dans quelles conditions favoriser la communication avec les proches ? La présence auprès du mourant, sous une forme ou une autre, peut-elle être envisagée ?
- En chambre mortuaire ne doit-on pas initier d'autres approches : visualisation à distance, vidéos, photos du défunt, nouveaux modes de ritualisation ?

III - Bibliographie

1. Articles et ouvrages (76 références)
2. Autres : recommandations et lignes directrices (14 références)

1. Articles et ouvrages

- Adeniji, Kayode A., et Rebecca Cusack. 2011. « The Simple Triage Scoring System (STSS) Successfully Predicts Mortality and Critical Care Resource Utilization in H1N1 Pandemic Flu: A Retrospective Analysis ». *Critical Care (London, England)* 15 (1): R39. <https://doi.org/10.1186/cc10001>.
- Almeida e Sousa, João Paulo. 2012. « [The response of intensive care medicine in situations of multiple victims and catastrophe] ». *Acta Medica Portuguesa* 25 (1): 37-43.
- Ashton-Cleary, David, Andrew Tillyard, et Nicola Freeman. 2011. « Intensive Care Admission Triage during a Pandemic: A Survey of the Acceptability of Triage Tools ». *Journal of the Intensive Care Society* 12 (juillet): 180-86. <https://doi.org/10.1177/175114371101200303>.
- Aylwin, Christopher J., Thomas C. König, Nora W. Brennan, Peter J. Shirley, Gareth Davies, Michael S. Walsh, et Karim Brohi. 2006. « Reduction in Critical Mortality in Urban Mass Casualty Incidents: Analysis of Triage, Surge, and Resource Use after the London Bombings on July 7, 2005 ». *The Lancet* 368 (9554): 2219-25. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69896-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69896-6).
- Baldisseri, Marie, Mary J. Reed, et Randy Wax. 2019. *Intensive Care Unit in Disaster, An Issue of Critical Care Clinics E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Bandayrel, Kristofer, Stephen Lapinsky, et Michael Christian. 2013. « Information Technology Systems for Critical Care Triage and Medical Response during an Influenza Pandemic: A Review of Current Systems ». *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 7 (3): 287-91. <https://clicktime.symantec.com/3VGoFYHoP7biQzPStcVsnCM6H2?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.1001%2Fdmp.2011.45>.
- Baker, Michael S. 2007. « Creating Order from Chaos: Part I: Triage, Initial Care, and Tactical Considerations in Mass Casualty and Disaster Response ». *Military Medicine* 172 (3): 232-36. <https://doi.org/10.7205/milmed.172.3.232>.
- Barnett, Daniel J., Holly A. Taylor, James G. Hodge, et Jonathan M. Links. 2009. « Resource Allocation on the Frontlines of Public Health Preparedness and Response: Report of a Summit on Legal and Ethical Issues ». *Public Health Reports* 124 (2): 295-303.
- Challen, Kirsty, Andrew Bentley, John Bright, et Darren Walter. 2007. « Clinical review: Mass casualty triage – pandemic influenza and critical care ». *Critical Care* 11 (2): 212. <https://doi.org/10.1186/cc5732>.

- Challen, Kirsty, John Bright, Andrew Bentley, et Darren Walter. 2007. « Physiological-Social Score (PMEWS) vs. CURB-65 to Triage Pandemic Influenza: A Comparative Validation Study Using Community-Acquired Pneumonia as a Proxy ». *BMC Health Services Research* 7 (mars): 33.
<https://clicktime.symantec.com/34TKB7xmsAAVyDUd7LY3KfM6H2?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.1186%2F1472-6963-7-33>.
- Challen, Kirsty, Steve W. Goodacre, Richard Wilson, Andrew Bentley, Mike Campbell, Christopher Fitzsimmons, et Darren Walter. 2012. « Evaluation of Triage Methods Used to Select Patients with Suspected Pandemic Influenza for Hospital Admission ». *Emergency Medicine Journal: EMJ* 29 (5): 383-88.
<https://clicktime.symantec.com/3WoXtDYokea1FdFHdW56o736H2?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.1136%2Femj.2010.104380>.
- Cheung, Winston K., John Myburgh, Ian M. Seppelt, Michael J. Parr, Nikki Blackwell, Shannon Demonte, Kalpesh Gandhi, et al. 2012. « A Multicentre Evaluation of Two Intensive Care Unit Triage Protocols for Use in an Influenza Pandemic ». *The Medical Journal of Australia* 197 (3): 178-81.
<https://clicktime.symantec.com/3Hai9thkQzShPvSija1JL3H6H2?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.5694%2Fmja11.10926>.
- Cheung, Winston, John Myburgh, Ian M. Seppelt, Michael J. Parr, Nikki Blackwell, Shannon Demonte, Kalpesh Gandhi, et al. 2012. « Development and Evaluation of an Influenza Pandemic Intensive Care Unit Triage Protocol ». *Critical Care and Resuscitation: Journal of the Australasian Academy of Critical Care Medicine* 14 (3): 185-90.
- Christian, Michael D., Robert Fowler, Matthew P. Muller, Charles Gomersall, Charles L. Sprung, Nathaniel Hupert, David Fisman, et al. 2013. « Critical Care Resource Allocation: Trying to PREEDICCT Outcomes without a Crystal Ball ». *Critical Care (London, England)* 17 (1): 107. <https://doi.org/10.1186/cc11842>.
- Christian, Michael D., Laura Hawryluck, Randy S. Wax, Tim Cook, Neil M. Lazar, Margaret S. Herridge, Matthew P. Muller, Douglas R. Gowans, Wendy Fortier, et Frederick M. Burkle. 2006. « Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic ». *CMAJ : Canadian Medical Association Journal* 175 (11): 1377-81.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.060911>.
- Christian, Michael D., Cindy Hamielec, Neil M. Lazar, Randy S. Wax, Lauren Griffith, Margaret S. Herridge, David Lee, et Deborah J. Cook. 2009. « A Retrospective Cohort Pilot Study to Evaluate a Triage Tool for Use in a Pandemic ». *Critical Care (London, England)* 13 (5): R170.
<https://clicktime.symantec.com/35gUkv3VhXvJTvKAABY1mr46H2?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.1186%2Fcc8146>.
- Christian, Michael D., Christian E. Sandrock, Asha Devereaux, James Geiling, Dennis E. Amundson, et Lewis Rubinson. 2009. « Ethical Issues and the Allocation of Scarce Resources during a Public Health Emergency ». *Annals of Internal Medicine* 150 (12): 890-91; author reply 891-892. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-150-12-200906160-00020>.

- Devereaux, Asha V., Jeffrey R. Dichter, Michael D. Christian, Nancy N. Dubler, Christian E. Sandroock, John L. Hick, Tia Powell, et al. 2008. « Definitive Care for the Critically Ill during a Disaster: A Framework for Allocation of Scarce Resources in Mass Critical Care: From a Task Force for Mass Critical Care Summit Meeting, January 26-27, 2007, Chicago, IL ». *Chest* 133 (5 Suppl): 51S-66S.
<https://clicktime.symantec.com/34gvBEzmQKpKfkVzkMuwXop6H2?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.1378%2Fchest.07-2693>.
- Devereaux, Asha, Michael D. Christian, Jeffrey R. Dichter, James A. Geiling, Lewis Rubinson, et Task Force for Mass Critical Care. 2008. « Summary of Suggestions from the Task Force for Mass Critical Care Summit, January 26-27, 2007 ». *Chest* 133 (5 Suppl): 1S-7S.
<https://doi.org/10.1378/chest.08-0649>.
- Docter, Stynke P., Jackie Street, Annette J. Braunack-Mayer, et Gert-Jan van der Wilt. 2011. « Public Perceptions of Pandemic Influenza Resource Allocation: A Deliberative Forum Using Grid/Group Analysis ». *Journal of Public Health Policy* 32 (3): 350-66.
<https://clicktime.symantec.com/3GvKJhzHuEG8Upj31mmT1u26H2?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.1057%2Fjphp.2010.49>.
- Eastman, Nigel, Barbara Philips, et Andrew Rhodes. 2010. « Triage for Adult Critical Care in the Event of Overwhelming Need ». *Intensive Care Medicine* 36 (6): 1076-82.
<https://doi.org/10.1007/s00134-010-1862-0>.
- « Fair Allocation of Intensive Care Unit Resources | American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine ». s. d. Consulté le 16 mars 2020.
<https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/ajrccm.156.4.ats7-97>.
- Ferreira, F. L., D. P. Bota, A. Bross, C. Mélot, et J. L. Vincent. 2001. « Serial Evaluation of the SOFA Score to Predict Outcome in Critically Ill Patients ». *JAMA* 286 (14): 1754-58.
<https://doi.org/10.1001/jama.286.14.1754>.
- Frolic, Andrea, Anna Kata, et Peter Kraus. 2009. « Development of a Critical Care Triage Protocol for Pandemic Influenza: Integrating Ethics, Evidence and Effectiveness ». *Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.)* 12 (4): 54-62.
<https://clicktime.symantec.com/38jyTZ7TW2ZLjQ4LxYFHS5Z6H2?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.12927%2Fhcq.2009.21054>.
- Garner, Alan, Anna Lee, Ken Harrison, et Carl Schultz. 2001. « Comparative analysis of multiple-casualty incident triage algorithms ». *Annals of emergency medicine* 38 (décembre): 541-48. <https://doi.org/10.1067/mem.2001.119053>.
- Garrouste-Orgeas, Maité, Luc Montuclard, Jean-François Timsit, Jean Reignier, Thibault Desmettre, Philippe Karoubi, Delphine Moreau, et al. 2005. « Predictors of Intensive Care Unit Refusal in French Intensive Care Units: A Multiple-Center Study ». *Critical Care Medicine* 33 (4): 750-55. <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000157752.26180.f1>.
- Ghanbari, Vahid, Ali Ardalan, Armin Zareian, Amir Nejati, Dan Hanfling, et Alireza Bagheri. 2019. « Ethical Prioritization of Patients during Disaster Triage: A Systematic Review of Current Evidence ». *International Emergency Nursing* 43 (mars): 126-32.

<https://clicktime.symantec.com/35bVdVCDiST1pjroJY4C7F86H2?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.1016%2Fj.ienj.2018.10.004>.

- Glass, Allan R. 2009. « Ethical Issues and the Allocation of Scarce Resources during a Public Health Emergency ». *Annals of Internal Medicine* 150 (12): 889; author reply 891-892.
<https://clicktime.symantec.com/3PrdCnKzpD62RhLiU5EHuWq6H2?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.7326%2F0003-4819-150-12-200906160-00016>.
- Guest, T., G. Tantam, N. Donlin, K. Tantam, H. McMillan, et A. Tillyard. 2009. « An Observational Cohort Study of Triage for Critical Care Provision during Pandemic Influenza: "clipboard Physicians" or "Evidenced Based Medicine"? » *Anaesthesia* 64 (11): 1199-1206.
<https://clicktime.symantec.com/3HLUKLNd3MwiRGKpfG79ikw6H2?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.1111%2Fj.1365-2044.2009.06084.x>.
- Hansen-Flaschen, John. 2009. « Ethical Issues and the Allocation of Scarce Resources during a Public Health Emergency ». *Annals of Internal Medicine* 150 (12): 889; author reply 891-892.
<https://clicktime.symantec.com/33H5Yu7gKtz3gwwuFL3RybV6H2?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.7326%2F0003-4819-150-12-200906160-00017>.
- Hearn, James D. 2013. « Social Utility and Pandemic Influenza Triage ». *Medicine and Law* 32 (2): 177-89.
- Hick, John L., et Daniel T. O'Laughlin. 2006. « Concept of Operations for Triage of Mechanical Ventilation in an Epidemic ». *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine* 13 (2): 223-29.
<https://doi.org/10.1197/j.aem.2005.07.037>.
- Hick, John L., Lewis Rubinson, Daniel T. O'Laughlin, et J. Christopher Farmer. 2007. « Clinical Review: Allocating Ventilators during Large-Scale Disasters--Problems, Planning, and Process ». *Critical Care (London, England)* 11 (3): 217. <https://doi.org/10.1186/cc5929>.
- Iserson, Kenneth V., et John C. Moskop. 2007. « Triage in Medicine, Part I: Concept, History, and Types ». *Annals of Emergency Medicine* 49 (3): 275-81.
<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2006.05.019>.
- Joynt, G. M., C. D. Gomersall, P. Tan, A. Lee, C. A. Cheng, et E. L. Wong. 2001. « Prospective Evaluation of Patients Refused Admission to an Intensive Care Unit: Triage, Futility and Outcome ». *Intensive Care Medicine* 27 (9): 1459-65.
<https://doi.org/10.1007/s001340101041>.
- Kain, Taylor, et Robert Fowler. 2019. « Preparing intensive care for the next pandemic influenza ». *Critical Care* 23 (1): 337. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2616-1>.
- Kanter, Robert K. 2015. « Would Triage Predictors Perform Better than First-Come, First-Served in Pandemic Ventilator Allocation? » *Chest* 147 (1): 102-8.
<https://clicktime.symantec.com/39QtDqcmQN8GvynaoNiZEdu6H2?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.1378%2Fchest.14-0564>.
- Kaposy, Chris. 2010. « Accounting for Vulnerability to Illness and Social Disadvantage in Pandemic Critical Care Triage ». *The Journal of Clinical Ethics* 21 (1): 23-29.

- Kaposy, Chris, Natalie Bandrauk, Daryl Pullman, Rick Singleton, et Fern Brunger. 2010. « Adapting the Hamilton Health Sciences Critical Care Pandemic Triage Protocol ». *Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.)* 13 (2): 60-63.
<https://clicktime.symantec.com/3VyKGgHj5mX2aSj7bQYrSHH6H2?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.12927%2Fhcq.2013.21671>.
- Kennedy, K., R. V. Aghababian, L. Gans, et C. P. Lewis. 1996. « Triage: Techniques and Applications in Decision Making ». *Annals of Emergency Medicine* 28 (2): 136-44.
[https://doi.org/10.1016/s0196-0644\(96\)70053-7](https://doi.org/10.1016/s0196-0644(96)70053-7).
- Khan, Z., J. Hulme, et N. Sherwood. 2009. « An Assessment of the Validity of SOFA Score Based Triage in H1N1 Critically Ill Patients during an Influenza Pandemic ». *Anaesthesia* 64 (12): 1283-88. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2009.06135.x>.
- Kirby, Jeffrey. 2010. « Enhancing the Fairness of Pandemic Critical Care Triage ». *Journal of Medical Ethics* 36 (12): 758-61.
<https://clicktime.symantec.com/3Xj1Giw1PpoKvAuHdA4Zq8Z6H2?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.1136%2Fjme.2010.035501>.
- Klein, Kelly R., Paul E. Pepe, Frederick M. Burkle, Nanci E. Nagel, et Raymond E. Swienton. 2008. « Evolving Need for Alternative Triage Management in Public Health Emergencies: A Hurricane Katrina Case Study ». *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 2 Suppl 1 (septembre): S40-44. <https://doi.org/10.1097/DMP.0b013e3181734eb6>.
- Kouliev, Timur. 2016. « Objective Triage in the Disaster Setting: Will Children and Expecting Mothers Be Treated like Others? ». *Open Access Emergency Medicine: OAEM* 8: 77-86.
<https://clicktime.symantec.com/3WPHHdAuSray2hRUWdDkfq6H2?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.2147%2FOAEM.S96913>.
- Koyuncu, Melik, et Rizvan Erol. 2010. « Optimal Resource Allocation Model to Mitigate the Impact of Pandemic Influenza: A Case Study for Turkey ». *Journal of Medical Systems* 34 (1): 61-70.
<https://clicktime.symantec.com/33wJ7vhCM3kxrD1CyrwA47J6H2?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.1007%2Fs10916-008-9216-y>.
- Levin, Phillip D., et Charles L. Sprung. 2006. « Intensive Care Triage--the Hardest Rationing Decision of Them All ». *Critical Care Medicine* 34 (4): 1250-51.
<https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000208355.77757.9C>.
- Melnychuk, Ryan M., et Nuala P. Kenny. 2006. « Pandemic triage: the ethical challenge ». *CMAJ : Canadian Medical Association Journal* 175 (11): 1393-94.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.061322>.
- Morris, A. Conway. 2015. « Triage during Pandemic Influenza: Seeking Absolution in Numbers? ». *British Journal of Anaesthesia* 114 (6): 865-67.
<https://clicktime.symantec.com/38Rdr332m1HWruH43NQJxsW6H2?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.1093%2Fbja%2Faev141>.
- Morton, B., L. Tang, R. Gale, M. Kelly, H. Robertson, M. Mogk, N. Robin, et I. Welters. 2015. « Performance of Influenza-Specific Triage Tools in an H1N1-Positive Cohort: P/F Ratio

Better Predicts the Need for Mechanical Ventilation and Critical Care Admission ». *British Journal of Anaesthesia* 114 (6): 927-33.

<https://clicktime.symantec.com/34surBt6yAjfwWr1hCgY8MH6H2?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.1093%2Fbja%2Faev042>.

- Moskop, John C., et Kenneth V. Iserson. 2007. « Triage in Medicine, Part II: Underlying Values and Principles ». *Annals of Emergency Medicine* 49 (3): 282-87.
<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2006.07.012>.
- Noji, Eric. 2011. *Ethical considerations for decision making regarding allocation of mechanical ventilators during a severe influenza pandemic or other public health emergency*.
- O'Laughlin, Daniel T., et John L. Hick. 2008. « Ethical Issues in Resource Triage ». *Respiratory Care* 53 (2): 190-97; discussion 197-200.
- Myles, Puja R., Jonathan S. Nguyen-Van-Tam, Wei Shen Lim, Karl G. Nicholson, Stephen J. Brett, Joanne E. Enstone, James McMenamin, et al. 2012. « Comparison of CATs, CURB-65 and PMEWS as Triage Tools in Pandemic Influenza Admissions to UK Hospitals: Case Control Analysis Using Retrospective Data ». *PloS One* 7 (4): e34428.
<https://clicktime.symantec.com/348jhfyCREk2op8XMykar1e6H2?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.1371%2Fjournal.pone.0034428>.
- Nakao, Hiroyuki, Isao Ukai, et Joji Kotani. 2017. « A Review of the History of the Origin of Triage from a Disaster Medicine Perspective ». *Acute Medicine & Surgery* 4 (4): 379-84.
<https://clicktime.symantec.com/35b13Q48twETKk87nx86R3u6H2?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.1002%2Fams2.293>.
- Phin, Nick F., et Lindsey Davies. s. d. « Resource Allocation during an Influenza Pandemic - Volume 14, Number 10—October 2008 - Emerging Infectious Diseases journal - CDC ». Consulté le 17 mars 2020.
<https://clicktime.symantec.com/3PC6FBhTeN4YeuzkEy9WMhQ6H2?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.3201%2F1410.080371>.
- Powell, Tia, Kelly C. Christ, et Guthrie S. Birkhead. 2008. « Allocation of Ventilators in a Public Health Disaster ». *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 2 (1): 20-26.
<https://doi.org/10.1097/DMP.0b013e3181620794>.
- Powell, Tia, Guthrie Birkhead, et Kelly Christ. 2009. « Ethical Issues and the Allocation of Scarce Resources during a Public Health Emergency ». *Annals of Internal Medicine* 150 (12): 890; author reply 891-892.
<https://clicktime.symantec.com/3SgXQ7cAcvuKPkCB3wcbTQi6H2?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.7326%2F0003-4819-150-12-200906160-00019>.
- Robertson-Steel, Iain. 2006. « Evolution of triage systems ». *Emergency Medicine Journal: EMJ* 23 (2): 154-55. <https://doi.org/10.1136/emj.2005.030270>.
- Rottman, Steven J., Kimberley I. Shoaf, Jennifer Schlesinger, Eva Klein Selski, Joey Perman, Kerry Lamb, et Janet Cheng. 2010. « Pandemic Influenza Triage in the Clinical Setting ». *Prehospital and Disaster Medicine* 25 (2): 99-104.
<https://clicktime.symantec.com/3HrmpdUN5Fp7giNu1r69ypS6H2?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.1017%2Fs1049023x00007792>.

- Rowan, K. M., D. A. Harrison, T. S. Walsh, D. F. McAuley, G. D. Perkins, B. L. Taylor, et D. K. Menon. 2010. « The Swine Flu Triage (SwiFT) Study: Development and Ongoing Refinement of a Triage Tool to Provide Regular Information to Guide Immediate Policy and Practice for the Use of Critical Care Services during the H1N1 Swine Influenza Pandemic ». *Health Technology Assessment (Winchester, England)* 14 (55): 335-492.
<https://clicktime.symantec.com/3J5fwg2zodk5Wqb4bCHLnc86H2?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.3310%2Fhta14550-05>.
- Rubinson, Lewis, et Tara O'Toole. 2005. « Critical care during epidemics ». *Critical Care* 9 (4): 311. <https://doi.org/10.1186/cc3533>.
- Schultz, Carl H. 2013. « Comparing Disaster Triage Algorithms: Selecting the Right Metric ». *Annals of Emergency Medicine* 62 (6): 642-43.
<https://clicktime.symantec.com/3NUc5sK2sHdbh3TKDcLCyv56H2?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.1016%2Fj.annemergmed.2013.05.034>.
- Siegel, Mark D. 2009. « Ethical Issues and the Allocation of Scarce Resources during a Public Health Emergency ». *Annals of Internal Medicine* 150 (12): 889-90; author reply 891-892.
<https://clicktime.symantec.com/3PxBKobX53oJVzn4NS7ZZRB6H2?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.7326%2F0003-4819-150-12-200906160-00018>.
- Silva, Diego S., Jennifer L. Gibson, Ann Robertson, Cécile M. Bensimon, Sachin Sahni, Laena Maunula, et Maxwell J. Smith. 2012. « Priority Setting of ICU Resources in an Influenza Pandemic: A Qualitative Study of the Canadian Public's Perspectives ». *BMC Public Health* 12 (mars): 241.
<https://clicktime.symantec.com/36z59gPzKkQ1qEmcoqzgUnk6H2?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.1186%2F1471-2458-12-241>.
- Tabery, James, Charles W. Mackett, et University of Pittsburgh Medical Center Pandemic Influenza Task Force's Triage Review Board. 2008. « Ethics of Triage in the Event of an Influenza Pandemic ». *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 2 (2): 114-18.
<https://doi.org/10.1097/DMP.0b013e31816c408b>.
- Tillyard, Andrew. 2010. « Reorganising the Pandemic Triage Processes to Ethically Maximise Individuals' Best Interests ». *Intensive Care Medicine* 36 (11): 1966-71.
<https://clicktime.symantec.com/37SHb6aSqRCeyGk58jySUto6H2?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.1007%2Fs00134-010-1986-2>.
- Utley, Martin, Christina Pagel, Mark J. Peters, Andy Petros, et Paula Lister. 2011. « Does Triage to Critical Care during a Pandemic Necessarily Result in More Survivors? ». *Critical Care Medicine* 39 (1): 179-83.
<https://clicktime.symantec.com/3ANCXbWQGkmAhsLxeEHdpR46H2?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.1097%2FCCM.0b013e3181fa3c3b>.
- Varshney, Kavita, James Mallows, et Mohind Hamd. 2012. « Disaster Triage Tags: Is One Better than Another? ». *Emergency Medicine Australasia: EMA* 24 (2): 187-93.
<https://clicktime.symantec.com/34Na7FuaUMJisfYDFh5WWjr6H2?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.1111%2Fj.1742-6723.2011.01523.x>.

- Wagner, Jacqueline M., et Michael D. Dahnke. 2015. « Nursing Ethics and Disaster Triage: Applying Utilitarian Ethical Theory ». *Journal of Emergency Nursing: JEN: Official Publication of the Emergency Department Nurses Association* 41 (4): 300-306.
<https://clicktime.symantec.com/33R7tn8RsF4zdV77bjemjxp6H2?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.1016%2Fj.jen.2014.11.001>.
- White, Douglas B., Mitchell H. Katz, John M. Luce, et Bernard Lo. 2009. « Who Should Receive Life Support During a Public Health Emergency? Using Ethical Principles to Improve Allocation Decisions ». *Annals of internal medicine* 150 (2): 132-38.
- Winsor, Shawn, Cécile M. Bensimon, Robert Sibbald, Kyle Anstey, Paula Chidwick, Kevin Coughlin, Peter Cox, et al. 2014. « Identifying Prioritization Criteria to Supplement Critical Care Triage Protocols for the Allocation of Ventilators during a Pandemic Influenza ». *Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.)* 17 (2): 44-51.
<https://clicktime.symantec.com/3EXQdHcnin3k25iiH5kAbyj6H2?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.12927%2Fhcq.2014.23833>.
- Zhang, Jinnong, Luqian Zhou, Yuqiong Yang, Wei Peng, Wenjing Wang, et Xuelin Chen. 2020. « Therapeutic and Triage Strategies for 2019 Novel Coronavirus Disease in Fever Clinics ». *The Lancet Respiratory Medicine* 8 (3): e11-12.
<https://clicktime.symantec.com/3NLgqXfJHtJ3E1WYRwFEHh66H2?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.1016%2FS2213-2600%2820%2930071-0>.
- Zoraster, Richard M. 2009. « "Social Worth" Will Not Affect Allocation of Scarce Resources in a Pandemic or Disaster: Political Correctness, Sophistry, or Reality? » *American Journal of Disaster Medicine* 4 (1): 5-7.

2. Autres : recommandations actualisées

- Biddison, Lee Daugherty, Kenneth A. Berkowitz, Brooke Courtney, Col Marla J. De Jong, Asha V. Devereaux, Niranjana Kissoon, Beth E. Roxland, et al. 2014. « Ethical Considerations: Care of the Critically Ill and Injured during Pandemics and Disasters: CHEST Consensus Statement ». *Chest* 146 (4 Suppl): e145S-55S. <https://doi.org/10.1378/chest.14-0742>.
- Christian, Michael D., Charles L. Sprung, Mary A. King, Jeffrey R. Dichter, Niranjana Kissoon, Asha V. Devereaux, Charles D. Gomersall, Task Force for Mass Critical Care, et Task Force for Mass Critical Care. 2014. « Triage: Care of the Critically Ill and Injured during Pandemics and Disasters: CHEST Consensus Statement ». *Chest* 146 (4 Suppl): e61S-74S.
<https://doi.org/10.1378/chest.14-0736>.
- Christian, Michael D., Gavin M. Joynt, John L. Hick, John Colvin, Marion Danis, Charles L. Sprung, et European Society of Intensive Care Medicine's Task Force for intensive care unit triage during an influenza epidemic or mass disaster. 2010. « Chapter 7. Critical Care Triage. Recommendations and Standard Operating Procedures for Intensive Care Unit and Hospital Preparations for an Influenza Epidemic or Mass Disaster ». *Intensive Care Medicine* 36 Suppl 1 (avril): S55-64. <https://doi.org/10.1007/s00134-010-1765-0>.
- Gomersall, Charles D., Dessmon Y. H. Tai, Shi Loo, James L. Derrick, Mia Siang Goh,

Thomas A. Buckley, Catherine Chua, et al. 2006. « Expanding ICU Facilities in an Epidemic: Recommendations Based on Experience from the SARS Epidemic in Hong Kong and Singapore ». *Intensive Care Medicine* 32 (7): 1004-13. <https://doi.org/10.1007/s00134-006-0134-5>.

- Kuschner, Ware G., John B. Pollard, et Stephen C. Ezeji-Okoye. 2007. « Ethical Triage and Scarce Resource Allocation during Public Health Emergencies: Tenets and Procedures ». *Hospital Topics* 85 (3): 16-25. <https://doi.org/10.3200/HTPS.85.3.16-25.1007%2Fs10916-008-9216-y>.
- Rubinson, Lewis, Jennifer B. Nuzzo, Daniel S. Talmor, Tara O'Toole, Bradley R. Kramer, et Thomas V. Inglesby. 2005. « Augmentation of Hospital Critical Care Capacity after Bioterrorist Attacks or Epidemics: Recommendations of the Working Group on Emergency Mass Critical Care ». *Critical Care Medicine* 33 (10): 2393-2403. <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000173411.06574.d5>.
- Sprung, Charles L., Janice L. Zimmerman, Michael D. Christian, Gavin M. Joynt, John L. Hick, Bruce Taylor, Guy A. Richards, et al. 2010. « Recommendations for Intensive Care Unit and Hospital Preparations for an Influenza Epidemic or Mass Disaster: Summary Report of the European Society of Intensive Care Medicine's Task Force for Intensive Care Unit Triage during an Influenza Epidemic or Mass Disaster ». *Intensive Care Medicine* 36 (3): 428-43. <https://doi.org/10.1007/s00134-010-1759-y>.
- Sprung, Charles L., Debora Geber, Leonid A. Eidelman, Mario Baras, Reuven Pizov, Adi Nimrod, Arieh Oppenheim, Leon Epstein, et Shamay Cotev. 1999. « Evaluation of Triage Decisions for Intensive Care Admission ». *Read Online: Critical Care Medicine | Society of Critical Care Medicine* 27 (6): 1073-1079.
- « Consensus Statement on the Triage of Critically Ill Patients. Society of Critical Care Medicine Ethics Committee ». 1994. *JAMA* 271 (15): 1200-1203.
- « Guidelines for Intensive Care Unit Admission, Discharge, and Triage. Task Force of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine ». 1999. *Critical Care Medicine* 27 (3): 633-38.
- « Organisation de la réanimation en situation de pandémie de grippe aviaire - EM|consulte ». s. d. Consulté le 16 mars 2020. <https://www.em-consulte.com/rmr/article/161274>.
- « Admission and Discharge of Critically Ill Patients : Current Opinion in Critical Care ». s. d. LWW. Consulté le 16 mars 2020. <https://doi.org/10.1097/MCC.0b013e32833cb874>.
- « Covid-19: How to triage effectively in a pandemic ». 2020. *The BMJ*. 9 mars 2020. <https://clicktime.symantec.com/37qMC7JmBGe41HTZ4ZjdK2B6H2?u=https%3A%2F%2Fblogs.bmj.com%2Fbmj%2F2020%2F03%2F09%2F-covid-19-triage-in-a-pandemic-is-even-thornier-than-you-might-think%2F>.
- « Critical Care and Disaster Management : Read Online: Critical Care Medicine | Society of Critical Care Medicine ». s. d. LWW. Consulté le 16 mars 2020. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000199988.96002.CC>.
- « What is the benefit in triage?: Read Online: Critical Care Medicine | Society of Critical

Care Medicine ». s. d. Consulté le 16 mars 2020.

https://journals.lww.com/ccmjournal/Citation/2011/04000/What_is_the_benefit_in_triage__60.aspx.

- « Implementation Guidelines for the Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS) | Colleaga ». s. d. Consulté le 16 mars 2020.

<https://www.colleaga.org/tools/implementation-guidelines-canadian-emergency-department-triage-acuity-scale-ctas>.

Les principes éthiques du tri pour l'accès en réanimation / pandémie COVID-19

Frédéric Leichter-Flack

Maître de conférences HDR en éthique et littérature, Université Paris Nanterre

Du triage ordinaire au triage de catastrophe en situation de pénurie :

Si l'accès en réanimation n'est que la pointe extrême d'un continuum du rationnement des chances face à l'épidémie, le basculement dans la catastrophe entraîne une **inversion des logiques de priorisation de l'accès aux soins vitaux** : les plus vulnérables et les plus gravement atteints risquent d'être exclus de cet accès. L'usage compassionnel des ressources n'est plus de mise. La logique de protection des plus fragiles, qui est une logique d'égalité des chances face aux coups du sort, et la médecine individuelle (donner à chaque patient ce dont il a besoin) laissent alors place à une logique d'utilitarisme et une médecine collective (maximiser le nombre de vies sauvées, en tenant compte de tous les autres patients autour) et une logique d'efficacité (ne pas gaspiller les ressources disponibles).

Cette inversion de la logique de priorisation est déjà une grande violence morale pour les médecins qui vont devoir assumer en leur âme et conscience des décisions qui contreviennent aux principes de leur vocation (trahison du devoir de loyauté vis-à-vis du patient en face d'eux, sacrifice des plus vulnérables). Mais il y a davantage : la vague pandémique oblige à penser le moment pire encore où les critères strictement médicaux (comorbidité, pronostic, espérance de vie) ne seraient même plus suffisants pour trier l'afflux, aux portes de la réanimation, de patients jeunes et en bonne santé préalable.

Des recommandations de tri sont donc nécessaires non seulement pour épauler les médecins trieurs face au risque de poursuites pénales et au fardeau moral que représentent de tels choix, mais aussi parce que **dès lors que l'expertise médicale n'est plus**

seule en lice, se demander qui est habilité à décider et selon quels critères devient un enjeu de démocratie.

Critères

Si les décisions d'arrêt des soins pour des patients déjà intubés doivent absolument rester l'apanage collégial des équipes soignantes en fonction de critères médicaux, **l'accès à la réanimation, lui, devient un enjeu de justice distributive qui mérite d'être pensé en fonction des valeurs de la collectivité nationale.**

Quels principes pour penser les critères de tri ? et comment pondérer ces principes entre eux pour passer de la théorie à la considération de cas concrets ?

L'impératif de maximisation du nombre de vies sauvées, devenu prédominant, exige cependant de respecter quelques principes éthiques d'ordre général (non-discrimination, respect de la dignité de toutes les vies, équité dans le processus, etc.). **La pratique de priorisation morale doit aussi refléter les valeurs du grand public à l'échelle de la nation tout entière.**

La corrélation de la mortalité avec l'âge invite à s'interroger sur l'interprétation de la pertinence de ce critère de l'âge. L'âge peut être pensé comme un critère « médical » (pronostic lié à une récupération physique plus mauvaise, faible espérance de vie contraire avec un impératif d'usage efficient de la ressource), mais il est aussi mobilisé en dehors de toute logique médicale : 'besoin de' ou 'droit à' une plus longue vie à 20 ans qu'à 80... L'impératif de sauver d'abord les plus jeunes, quitte à sacrifier les plus âgés, fait l'objet d'une perception plutôt consensuelle en France. Cela reste un critère culturellement et socialement marqué cependant. Dans le cas du COVID-19, il est important d'insister sur la pertinence médicale de ce critère dans une logique d'usage efficient des ressources (les personnes âgées ont peu de chances de sortir vivantes de réanimation).

D'autres facteurs de décision peuvent être regardés comme socialement acceptables en contexte, mais ils sont plus problématiques encore sur le plan éthique : l'autonomie, par exemple, ou la vie relationnelle, dans la mesure où ils impliquent des jugements sur la valeur de la vie. Ponctuellement, de tels facteurs sont déjà mobilisés tacitement dans les décisions d'accès en réanimation même en temps « ordinaire », pour gérer l'allocation de ressources de toute façon déjà rares même en temps ordinaire, en raison du fonctionnement à flux tendus de l'hôpital public.

La contribution sociale (utilité) et le mérite sont des critères potentiels encore plus problématiques. Mais un principe de priorité aux soignants, qui pourrait être perçu comme légitime, pourrait justifier de faire une place à ces critères au-delà des seuls soignants (rétribution de leur dévouement + utilité de les remettre sur le front ensuite).

Dans la perspective où, sur le terrain, service par service, des protocoles sacrificiels tacites seraient établis, la priorisation doit refléter les valeurs de la nation, les représentations qu'elle se fait d'elle-même et de ce à quoi elle tient. La diversité des vies sauvées, ainsi, si elle ne saurait être un critère en soi, mérite d'être surveillée, afin qu'elle ne fasse pas les frais de biais de la part des trieurs. Il faut cependant résister à une grille de lecture inter-sectionnelle du tri (qui, en dénonçant un risque de cumul des discriminations, demanderait des quotas de prise en charge des différences).

Si affreux soit-il perçu, le tri de catastrophe est une manière de remettre de l'ordre moral et de la justice dans l'aléa du fléau, afin que la nation puisse survivre collectivement, physiquement et moralement, à la menace.

À quelle échelle ?

S'il importe de rédiger des recommandations générales auxquelles les médecins en première ligne pourront se raccrocher, leur application aux cas concrets doit rester gérée à l'échelle locale. Des guidelines ne sont pas des instructions contraignantes, elles ne dispensent pas d'une évaluation subjective, assumée en fonction de la perception de la situation sur le moment, afin de maintenir une fenêtre d'ouverture à la créativité à l'échelle locale. **L'échelle locale, plus réactive dans sa réévaluation régulière du stock de ressources, autorise aussi un ré-étiquetage plus régulier des patients.**

Il importe sans doute aussi, tout en essayant d'éviter les biais, de laisser une place aux valeurs individuelles des soignants, dont l'appréciation morale subjective ne saurait être mise hors jeu : leur humanité est gage de la confiance du public.

Protéger les médecins trieurs

La responsabilité morale des médecins trieurs (qui sont normalement les plus chevronnés des réanimateurs) demeure, et elle peut être assumée par eux. Mais il faut cependant les protéger, en particulier juridiquement, de l'incompréhension et de la vindicte du public.

Réfléchir à une forme d'immunité pénale ne signifiera pas faire taire les scandales. Après coup, la presse fera son travail, des témoignages émergeront, et il faudra gérer le traumatisme collectif de cette violence morale-là.

D'où la nécessité de penser aussi les enjeux de perception du tri et de communication sur le tri, de gérer sa visibilité pour protéger les trieurs tout en faisant comprendre au grand public qu'il ne peut pas attendre en situation de catastrophe les mêmes standards de soin qu'en temps normal. **Si l'état de catastrophe implique une suspension des normes éthiques ordinaires, celle-ci doit cependant rester mesurée, surveillée, et proportionnée à la gravité en constante évolution de la pénurie.**

Volet éthique de la préparation à la catastrophe / retour d'expérience

S'atteler dans l'urgence à cette tâche de priorisation ne dispense pas de rappeler que cette réflexion aurait dû être menée bien en amont et que les plans de préparation à la catastrophe sanitaire doivent avoir un volet éthique détaillé jusque dans les enjeux de tri. Il est trop tard pour demander au grand public son avis pour cette crise-ci. **Mais l'exercice de retour d'expérience devra inclure une réflexion sur les méthodologies à mobiliser pour s'assurer que les processus de tri soient justes. Le tri est un enjeu démocratique majeur : mal pensé, il peut constituer une violence morale aux effets destructeurs sur le tissu social et la cohésion nationale.**

La contribution des théories de la justice à la réflexion sur le triage en réanimation

Paul-Loup Weil-Dubuc

Philosophe, responsable du pôle recherche, Espace de réflexion éthique région Île-de-France

Clémence Thébaut

Maître de conférences en économie, Université de Limoges, chercheur associée au LEGOS (Université Paris-Dauphine)

Dans la théorie

La littérature sur les théories de justice sociale appliquées à la santé distingue deux types de modèles de décision en situation de ressources rares (humaines, matérielles, financières, etc.) :

1. **Un modèle de décision de type utilitariste** qui propose d'allouer les ressources de façon à maximiser les conséquences positives de nos actions ou à minimiser leurs conséquences négatives. Dans le champ de la santé, ses conséquences sont souvent traduites en années de vie ou en années de vie en bonne santé.
 - Dans le cas de la crise sanitaire actuelle, cela revient à **allouer en priorité les ressources vers les patients pour lesquels l'intervention a le plus de chance de succès et qui ont le plus d'années de vie à gagner en conséquence.**
 - Ce modèle de décision rejoint les principes que les professionnels de santé appliquent en situation de pénurie de moyens (Lefève et al, 2014), et les principes adoptés en santé publique.
 - Ce modèle de décision est celui jusqu'à présent mobilisé dans certains pays européens pour justifier l'inclusion de thérapies coûteuses dans le panier de soins remboursable, à l'instar du NICE en Grande-Bretagne. C'est également le chemin vers lequel s'orientait jusqu'à présent la HAS en France.
2. **Un modèle de décision pluraliste fondé sur le principe de la délibération** qui propose de définir des critères de décision en s'appuyant sur le consensus ou, à défaut, le vote de citoyens représentatifs de la société civile (Rawls, 1971 ; Daniels, 2008).
 - Ces critères de décision procèdent d'**arbitrages entre valeurs contradictoires et sont donc susceptibles d'évoluer et de varier suivant les contextes socio-culturels.** Par exemple, certains affirmeront l'importance de **l'égalité de considération de toutes les vies**

humaines indépendamment de toute considération associée aux personnes ; d'autres défendront le principe de la **priorité**.

→ **Au sein des « prioritaristes »**, des débats concernent le critère de la priorité qui peut être : l'âge des personnes, la gravité des cas (à un moment t), les chances de guérison, l'utilité sociale (en particulier pour les soignants).

→ Comme, suivant ce modèle, **les critères de décision sont susceptibles d'évoluer dans le temps et de varier en fonction des lieux**, la question se pose de savoir : à quelle périodicité ils doivent être révisés; et à quelle échelle ils doivent être élaborés (hôpital, département, région, État, etc.).

L'urgence dans lequel se trouvent les professionnels de santé actuellement ne permet pas de s'appuyer entièrement sur des délibérations approfondies, ce qui semble nous contraindre à mobiliser soit le premier modèle de décision, soit un mixte des deux modèles consistant à adopter en première intention le premier modèle utilitariste tout en sollicitant exceptionnellement des délibérations pour les cas difficiles.

Pour autant, il est aussi possible de mobiliser les théories de justice sociale pour définir des principes fondamentaux susceptibles de limiter l'application du modèle de décision utilitariste dans le contexte épidémique actuel :

- A la suite de Rawls (1971), et comme l'indique le dernier avis du CCNE (2020), nous proposons de considérer que **l'objectif de maximisation de la somme des années gagnées ne peut pas passer avant le respect des droits fondamentaux et du respect de la dignité** : les conditions matérielles dans lesquels les malades vont être pris en charge, y compris lorsqu'il n'est pas possible de leur prodiguer des soins, doivent respecter leur autonomie et celle de leurs proches (ex. choix de rester au côté de son proche pendant l'hospitalisation).
- À la suite de Rawls (1971), Sen (1987), Fleurbaey (1996), etc., nous proposons de considérer, qu'à l'échelle du territoire national notamment, **le principe d'équité doit être conjugué avec l'objectif de maximisation de la somme des années de vie gagnées** : *chaque citoyen, placé dans des situations cliniques similaires, devrait avoir les mêmes chances d'être pris en charge*. Cela signifie qu'il est nécessaire de garantir une répartition équitable de l'accès aux ressources thérapeutiques humaines et matérielles (mesurable en taux de ventilateurs ou de lits de réanimation par habitants) sur le territoire, voire de prioriser sur les zones géographiques dans lesquelles se trouvent les populations les plus vulnérables d'un point de vue social et économique. **Cette priorité pourrait se justifier par une probable plus forte exposition au virus des populations les plus défavorisées socialement en raison d'une multiplicité de déterminants**, et notamment : la nécessité absolue de maintenir une activité professionnelle sans possibilité de télétravail, la promiscuité liée aux conditions d'habitat et, dans certains cas, des difficultés linguistiques pour accéder aux informations de prévention et les appliquer.

En pratique :

- La situation d'urgence ne permet pas de mettre en place des dispositifs délibératifs adaptés que nécessiterait la justification des principes de triage.
- **Il semble par conséquent nécessaire de s'en remettre aux principes de décision que les professionnels de santé ont l'habitude de mobiliser car ils sont les seuls à disposer d'une expérience concrète des dilemmes que nous rencontrons aujourd'hui.** Cette expérience concrète a été capitalisée sur des décennies et régulée au sein d'une communauté professionnelle organisée.
- Il convient en revanche de **soutenir autant que possible tous les professionnels de santé** en mettant à leur disposition : a. des comités d'éthique chargés de les écouter au quotidien, et dans certains cas d'émettre un avis lorsque les professionnels ne se sentent plus en capacité de prendre une décision⁷ ; b. des cellules de soutien psychologique.
- La répartition équitable des ressources thérapeutiques humaines et matérielles sur le territoire relève quant à elle de l'action des régulateurs de l'offre de soins (Ministère et ARS).

Bibliographie

- Comité Consultatif National d'Éthique. 2020. Contribution du Comité Consultatif National d'Éthique : enjeux éthiques face à une pandémie.
- Daniels Norman. 2008. Just Health. Meeting Health Needs Fairly, New York, Cambridge University Press.
- Fleurbaey Marc. 1996. *Théories économiques de la justice*, Paris, Economica.
- Lefève Céline, Lachenal Guillaume, Nguyen Vinh-Kim. 2014. Médecine du tri. Histoire, éthique, anthropologie, *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, N°6.
- Rawls John. 1971. *Théorie de la justice*, Seuil.
- Sen Amartya. 1987. *On Ethics and Economics*. Oxford, Basil Black

⁷ Ces comités d'éthique peuvent être constitués notamment des professionnels de santé mobilisés, de membres des comités d'éthiques hospitaliers s'il en existe, des membres des CPP (Comités de Protection des Personnes) et des membres des Espaces de réflexion éthique régionaux.

Des procédures incontestables, soucieuses de la dignité des personnes et d'une exigence de justice

Emmanuel Hirsch

Professeur d'éthique médicale, Université Paris-Saclay

Exercer une responsabilité politique

La pandémie COVID-19 nous contraint notre société à des choix d'une ampleur et d'une intensité dont on ne peut pas encore mesurer les conséquences. S'il est certes justifié d'adosser les décisions à l'expertise des scientifiques, **les arbitrages cruciaux relèvent de la responsabilité politique. En matière de santé publique ils constituent un marqueur indélébile de la hiérarchisation de nos valeurs et priorités sociales.** Le gouvernement a été attentif à expliquer les mesures graduées qui s'imposaient. L'arbitrage des choix en réanimation, dans un contexte de ressources limitées, et au regard de leurs conséquences en termes de vie ou de mort ne saurait relever de la seule responsabilité des médecins.

Nos aînés **en** sont désormais informés : ce sont notamment des critères d'âge qui déterminent en Italie **le choix** inévitable entre ceux que l'on réanime ou **ceux que les médecins renoncent** à réanimer faute de dispositifs suffisants. L'imminence de circonstances analogues en France, accentue le sentiment d'insécurité et les peurs. Il importe d'**être assuré de la pertinence des critères de décision en termes de transparence, de justification, de loyauté et de faisabilité dans un contexte de pratiques dégradées pour un temps indéterminé. Il faut éviter** que le désespoir provoqué par l'impuissance à bien faire, n'affecte les capacités d'intervention et de résilience des professionnels. Confrontés à des sollicitations massives, à la restriction des capacités d'initiative et au manque du temps indispensable à l'argumentation **en vue d'une décision**, l'exercice médical est soumis à des contraintes qui pourraient s'avérer insupportables. **La situation** n'a rien à voir directement avec une « médecine des catastrophes ». La mobilisation à la suite d'un acte terroriste est circonstanciée, les dispositifs **poussent au maximum** les capacités mises en œuvre dans le cadre de plans **déjà** expérimentés.

La carence en ressources disponibles déterminera les choix

Les équipes de réanimation sont pourtant aguerries à l'analyse de décisions d'éligibilité ou d'exclusion, de justification d'une stratégie thérapeutique ou de limitation et d'arrêt lorsque le traitement s'avérerait vain ou relevant d'une obstination déraisonnable. Les critères scientifiquement et éthiquement argumentés sont explicites, validés par les sociétés

savantes et partagés dans le cadre de bonnes pratiques cliniques. Le processus décisionnel bénéficie de l'arbitrage d'une expertise collégiale qui tient compte des directives anticipées rédigées par la personne et, si elle a été désignée, de son point de vue transmis par la personne de confiance. **Ce qui diffère aujourd'hui, c'est que l'on renoncera à réanimer des personnes qui, en pratique courante, auraient pu bénéficier de traitements et survivre.** La carence en ressources disponibles détermine les choix, et non les critères médicaux habituellement en vigueur.

Que se passera-t-il dans une unité de soins intensifs, lorsque les valeurs et les procédures de référence ne résistent plus à l'épreuve du réel ? Les possibilités d'admission en réanimation sont conditionnées dès à présent au nombre de respirateurs disponibles pour la ventilation assistée des cas les plus graves et aux capacités d'équipes compétentes.

Des paramètres comme les scores de gravité, l'évaluation des comorbidités et des défaillances multi-viscérales demeurent-ils pertinents comme critères de « qualification à la survie » ? Sont-ils strictement applicables alors que les possibilités de transfert et d'accueil à l'hôpital seraient déjà contraintes et dépendantes, en amont, de la régulation du SAMU elle-même exposée au risque de saturation ? De sorte que la personne pourrait être a priori exclue de la filière de réanimation sur un pronostic posé à distance. Dans ce cas **il conviendrait d'être assuré de la justification d'une non-admission à l'hôpital ainsi que de connaître les critères de « priorisation » mobilisés et appliqués de manière juste.** La sélection ainsi pratiquée pourrait être assimilée à une stigmatisation ou à une discrimination faute de modalités effectives de contrôle, provoquant des contestations qu'il serait difficile à contenir. Les plus vulnérables ne sont-ils pas plus exposés que d'autres au risque d'un refus ?

Des lignes directrices de « priorisation »

L'expérience du SRAS au Canada, en 2003, a permis d'élaborer des lignes directrices de « priorisation » : elles s'avèrent utiles **aujourd'hui** en complément des documents élaborés par différentes instances de médecine d'urgence, d'anesthésie et de réanimation. Une réévaluation régulière de la justification de la réanimation est prescrite afin d'éviter l'immobilisation injustifiée d'un lit. Interviennent également le pronostic de survie à la suite de la réanimation, l'estimation des séquelles éventuelles du point de vue de l'autonomie et de la qualité de vie. La proportionnalité des moyens mobilisés au détriment d'autres personnes qui pourraient bénéficier « plus utilement » d'une suppléance technique accessible de manière limitée, **interdit** toute « réanimation compassionnelle ». L'estimation de la durée d'occupation du lit de réanimation et de l'investissement des soignants constitue également un paramètre discriminant.

Ces repères contribuent à la cohérence des choix ainsi qu'à la cohésion d'une équipe exerçant dans un contexte de saturation et de pratiques dégradées. Pour autant les préconisations ne prémunissent pas de l'épuisement physique et des dilemmes moraux qui, faute d'un environnement attentif et **qui les soutient**, affectent les professionnels et altèrent leurs facultés d'intervention. **Comment accompagner la décision de refus de réanimation d'une personne qui, dans un contexte différent aurait pu en bénéficier, et qui va mourir ?** À quels dispositifs adosser dans

ces circonstances la décision d'une sédation terminale évitant une mort par suffocation ? Qu'en sera-t-il dans un établissement non médicalisé ou à domicile ? Comment soutenir la famille et comment acceptera-t-elle de ne pas être présente afin de la prémunir de tout risque infectieux ? Devra-t-on renoncer à l'accompagnement spirituel du mourant ? Qu'en sera-t-il des rites mortuaires ?

La mise en place dans les hôpitaux et au plan régional de cellules d'expertise médico-légale susceptibles d'être consultées par les équipes et de produire des recommandations en fonction de l'évolution des circonstances semble nécessaire. La cohésion nationale est impérative. Elle pourrait toutefois ne pas résister à l'ampleur des drames humains consécutifs au refus ou au renoncement de traitements auxquels seraient attribuées des morts considérées **comme évitables ou injustes. Chacun doit être alors convaincu que les arbitrages, en dépit de l'urgence et de contraintes redoutables, relèveront de procédures incontestables, soucieuses de la dignité des personnes, d'une exigence de justice opposée à toute forme d'arbitraire, ainsi que d'un sens élevé du bien commun.**