



## **Réflexion sur les enjeux éthiques liés à l'accès aux soins intensifs pendant les périodes de fortes activités épidémiques du virus A/H1N1 en France**

Espace éthique / AP-HP, Département de recherche en éthique Université Paris-Sud 11

**NOTE DE TRAVAIL / 27 Oct 2009**  
**Rédaction : Marc Guerrier**

### **Contexte**

L'épidémie de A/H1N1v semble entrer dans un surcroît d'activité à la semaine 43-2009. S'il n'est pas possible de prédire l'évolution épidémiologique, il existe toutefois une forte probabilité qu'un pic soit imminent. Les conséquences d'un tel pic entraîneraient mécaniquement une demande en excès pour les services de soins intensifs, qui, globalement, fonctionnent quasiment à flux tendu en temps normal.

Un certain nombre de mesures ont été prises en sorte d'anticiper ce phénomène, notamment : l'augmentation du parc des respirateurs, la mobilisation ou la conversion de locaux pouvant héberger des patients ventilés, la déprogrammation d'activités chirurgicale nécessitant des soins intensifs postopératoire, ou encore la vaccination du personnel.

### **Hypothèse de travail et question principale**

Chacun ne peut que souhaiter que l'ensemble de ces mesures, adaptées aux projections épidémiologiques basées sur un fort taux d'attaque, permettent de faire face à la situation sans générer de question inédites quant aux critères d'admission en réanimation.

Toutefois, il n'est pas absurde de penser qu'il soit possible que le nombre de personnes présentant les critères médicaux (et éthiques) qui correspondent à une admission en soins intensifs (justification médicale, balance bénéfices-risques, intérêt supérieur de la personne, etc.) excède la capacité d'offre de soin à un moment donné.

*La suite de ce document de travail est fondée uniquement sur l'éventualité d'une telle hypothèse, dont on espère qu'elle ne se produira pas.*

Dans une telle situation, seule une partie des personnes qui auraient été admises en réanimation en temps normal, bénéficieront de soins intensifs.

Dès lors, se pose la question de la manière dont s'effectue cette distinction : d'où vient le fait qu'une personne et non une autre se trouve admise en soins intensifs à un moment donné de la pandémie, là où les deux auraient été hospitalisées en réanimation « en temps habituel » ?

### **Illustration 1**

A la semaine 47-2009, le nombre de personnes simultanément touchées par la grippe est tel que 100% des lits de réanimation pédiatriques sont occupés en Ile-de-France.

Un enfant polyhandicapé (encéphalopathie anoxique néonatale) de 7 ans vivant en institution présente une détresse respiratoire consécutive à la grippe. A l'âge de 6 ans, l'enfant avait été ventilé une semaine après une pneumopathie d'inhalation dont il avait totalement récupéré.

### **Illustration 2**

A la semaine 48-2009, le nombre de personnes simultanément touchées par la grippe est tel que 100% des lits de réanimation pédiatriques sont occupés en Ile-de-France.

Quatre personnes de 30-35 ans sans antécédents sont amenées à 8h, 15h, 16h et 20h au SAU d'un hôpital, pour un tableau de grippe sévère avec détresse respiratoire nécessitant une ventilation artificielle (on suppose les gravités cliniques égales).

Un lit de réanimation est disponible au C.H. du Havre à partir de 21h.

### **Illustration 3**

A la semaine 48-2009, il est nécessaire d'augmenter le nombre de lits d'un service de réanimation qui possède le matériel et les locaux. Malheureusement, l'absentéisme pour grippe est tel qu'il faut au contraire fermer trois lits.

### **Première approche de la question : considérations préliminaires**

Les questions posées par ce que nous appelons le « sur-triage » sont multiples. Cinq considérations préliminaires peuvent être envisagées.

- Premièrement, deux postures (artificiellement séparées) sont possibles :
  - a) *La posture de l'état de fait*, dans laquelle les admissions en réanimation se font sur la base du premier arrivé, premier servi, en fonctions de critères d'admission qui sont inchangés par rapport à une situation non pandémique. L'ensemble des sollicitations individuelles médicalement cohérentes avec une admission en soins intensifs se trouvent donc honorées jusqu'au moment où le système (déjà doté de moyens additionnels) n'est plus capable de les absorber. Cette posture de l'état de fait consiste donc à faire fonctionner un dispositif sans en modifier les repères. Les deux seuls critères qui interviennent dans l'admission en soins intensifs sont : (1) les critères médicaux et éthiques centrés sur l'individu, (2) la possibilité matérielle de prendre la personne en charge.
  - b) *La posture de sur-régulation*, dans laquelle chaque admission en soins intensifs est la résultante de l'examen des critères (1) et (2) ci-dessus, mais également d'un troisième critère : l'induction d'un facteur régulateur des admissions dans le contexte d'une pandémie. Cela pourrait, par exemple conduire à ne pas admettre le patient de l'illustration 1. Se trouver dans la posture de contrôle peut se faire de façon implicite, discrète, ou au contraire de façon explicite, publique. Le facteur régulateur (l'objectif qu'il vise), et les critères de régulation retenus consécutivement peuvent être homogènes ou non (le système dans son ensemble régule en suivant un but commun qui ne change pas, ou à l'inverse les inflexions dans les critères d'admissions changent selon les personnes ou les endroits) ; ils peuvent être stables ou labiles, selon qu'ils restent ou non constant dans le temps.

Bien entendu cette distinction entre deux postures est artificielle, et il est certain que, le cas échéant, la gestion des admissions en soins intensifs procède d'une résultante, en fonction du degré de contrôle que les acteurs de la chaîne décisionnelle appliqueront aux processus d'admissions.

- Deuxièmement, la question concerne autant les patients grippés que les patients non grippés, mais également autant l'admission 'active' que la déprogrammation.

Cette considération est évidente dès lors que l'on observe que la question est celle de l'accès aux soins intensifs lorsque l'on se trouve dans une situation qui le justifie médicalement – elle est indépendante de la pathologie qui cause cette situation. Par ailleurs, si l'exercice de la déprogrammation semble aisé dans un certain nombre de cas « absolument froids » (la caricature étant la chirurgie esthétique de confort), de nombreuses situations médicales présentent des formes d'instabilité pour laquelle la date d'une chirurgie influence la balance bénéfice-risque (ex. coronariens, oncologie, etc.).

- Troisièmement : penser à l'éventualité d'une sur-régulation conduit à réfléchir également aux LATA en réanimation.

Deux options sont là aussi possibles. (1) Choisir de ne pratiquer de limitation et arrêt de traitement que dans un référentiel habituel, c'est-à-dire en ne prenant en compte que l'intérêt de la personne concernée ; ou bien (2) envisager pour réfléchir à l'opportunité de poursuivre ou non un traitement, non seulement à l'intérêt de la personne concernée, mais aussi à l'intérêt de patients potentiels.

#### **Illustration 4**

Un patient grippé de 30 ans est ventilé pour une pneumopathie virale primaire, sans amélioration à J8. L'équipe juge que l'ECMO pourrait constituer une assez bonne chance de survie. La seule ECMO disponible est déjà utilisée pour un patient dont les chances de survie sont considérées comme non nulles, mais plus faibles que pour le premier patient.

- Quatrièmement, les enjeux relatifs à un débordement du système des soins intensifs peuvent par rebond conduire à réfléchir à l'altération éventuelle de standards de pratiques.

Peut-on, par exemple, envisager de 'fonctionner' avec un nombre d'infirmières ou de médecins restreint par rapport aux standards de sécurité exigés sur le plan réglementaire, en sorte de ne pas refuser de patients en réanimation ?

- Cinquièmement enfin, ouvrir la question du sur-triage, ou de la sur-régulation, c'est poser simultanément le problème des critères (faut-il des critères ? si oui, lesquels ?) et celui de la légitimité décisionnelle ou de l'autorité (qui arbitre, s'agissant du problème des critères, qui décide des formes de contrôles ou d'encadrement, le cas échéant ?)

Cette dernière considération est des plus importantes, et il va de soi que, quelle que soit la formule adoptée (passivement ou activement), notre capacité à justifier des décisions sur le terrain de l'éthique sera fondamentale.

## En pratique aujourd'hui

Une situation de sur-régulation, subie ou contrôlée, peut survenir demain en France. Il n'existe pas de repères validés et consensuels autour d'une telle question pratique. Quelques publications (depuis le H5N1) existent pour ce qui concerne la réanimation chez les adultes : ce sont des propositions ouvertes à discussion (les plus abouties concernent l'utilisation de scores comme le SOFA, avec encadrement dynamique de l'intervalle d'admission/poursuite des soins, en fonction de l'excès de demande de soins intensifs, cf. par exemple : Hick JL, O'Laughlin DT. Concept of operations for triage of mechanical ventilation in an epidemic. Acad Emerg Med. 2006 Feb;13(2):223-9 ou encore : Christian MD et al. Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic. CMAJ. 2006 Nov 21;175(11):1377-81.)

Il n'y a pas de publication sur ce thème dans le domaine pédiatrique. Aucun référentiel n'a été proposé par l'OMS, ni par les instances européennes. Certains documents nationaux sont à l'état de discussion, comme par exemple *Pandemic Influenza, Surge Capacity and prioritisation in health services* du Department of Health en Grande-Bretagne.

Au total, la question reste ouverte aujourd'hui en France comme dans d'autres pays.

### L'Espace éthique de l'AP-HP, dans le cadre de la plate-forme Pandémie, éthique & société :

- Souhaite attirer l'attention des instances institutionnelle et nationale sur l'importance d'anticiper, même tardivement, la survenue possible de ces questions. Nous suggérons qu'il est préférable d'avoir abordé ces enjeux d'une manière la plus ouverte possible que de se retrouver, le cas échéant, devant le fait accompli.
- Démarre en son sein un travail de réflexion réactif avec un certains partenaires impliqués dans la réanimation :
  - Dans le domaine pédiatrique, dans un premier temps
  - Dans le domaine adulte, lors de la première quinzaine de novembre