

→ **OBSERVATOIRE COVID-19 ÉTHIQUE & SOCIÉTÉ  
ÉTHIQUE ET DÉCISIONS EN RÉANIMATION**  
Analyses et propositions – 6 avril 2020

■ 7 avril 2020

**Sommaire**

I - Membres de la cellule de réflexion éthique

Page 4

II – Résumé des analyses et propositions

Page 6

III - Points de vigilance

Page 5

1. Enjeux éthiques de principe

Page 9

a. Principes généraux

b. Principes appliqués aux pratiques « dégradées » en réanimation

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

Page 14

a. Conditions d'intervention des professionnels

b. Modalités de soutien des professionnels

3. Régulations pré-hospitalières

Page 17

a. Approches du Samu

b. Critères d'éligibilité en situations de vulnérabilité

4. Préconisations, protocoles et conseils décisionnels

Page 20

a. Respect des protocoles et discernement professionnel

b. Recours à un dispositif de concertation dédié

5. Fondements pratiques de la prise de décision

Page 23

a. Privilégier une approche au cas par cas

- b. Critère de « triage » en situation
- c. D'autres modalités de communication
- 6. Accompagnement de la fin de vie, les proches

Page 27

#### IV - Annexes

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

Frédérique Leichter-Flack

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

Page 30

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)*

Page 32

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*

Page 36

4. Triage médical : quelle justice face à l'exigence démocratique ?

Étienne Dignat

*Doctorant en théorie politique, Sciences Po – CERI, Chercheur invité à Columbia University*

Page 39

#### V - Bibliographie

Page 43

1. Articles et ouvrages (76 références)
2. Autres : recommandations et lignes directrices (16 références)

→ OBSERVATOIRE COVID-19 ÉTHIQUE & SOCIÉTÉ  
ÉTHIQUE ET DÉCISIONS EN RÉANIMATION  
Analyses et propositions – 6 avril 2020

Finalisées après une première synthèse présentée le 26 mars 2020, ces analyses et propositions sont les conclusions intermédiaires d'une concertation pluridisciplinaire menée dans l'urgence afin de répondre aux sollicitations adressées à l'Espace éthique de la région Île-de-France en termes d'aide au processus décisionnel en réanimation. 26 collaborateurs contribuent à cette réflexion qui se poursuivra dans les prochains mois et aboutira à des lignes de préconisations.

Cette contribution intervient en complément des documents de préconisation produits par les instances publiques ainsi que les sociétés savantes.

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

Toute contribution à la concertation sera la bienvenue<sup>1</sup>.

À ce jour, sont consultables en ligne les travaux d'autres cellules de réflexion éthique : [www.espace-ethique.org](http://www.espace-ethique.org)

- Autour des fins de vie, de la mort et du funéraire
- Situations de handicaps
- EHPAD et domicile
- Précarités, personnes migrantes et sans-abris
- Fonction des associations dans la crise\*
- Communication et médiation en temps de crise sanitaire
- Fonction des médecins généralistes en situation de crise sanitaire\*
- Les cellules d'aide à la décision\*
- Enquête Grand âge et maladies neuro-évolutives, EHPAD et domicile

\* Mise en place actuelle

---

<sup>1</sup> Adresser les contributions à : [emmanuel.hirsch@universite-paris-saclay.fr](mailto:emmanuel.hirsch@universite-paris-saclay.fr)

## I - Membres de la cellule de réflexion éthique

- **Emmanuel Hirsch**

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

- **Étienne Dignat**

*Assistant à la rédaction, doctorant en théorie politique, Sciences Po – CERI, Chercheur invité à Columbia University*

- **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*

- **Jean-Michel Chaumont**

*Philosophe, sociologue, chaire Hoover d'éthique économique et sociale, Université catholique de Louvain*

- **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'anesthésie-réanimation, Hôpital Fondation Rothschild, Paris*

- **Luc-Marie Joly**

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

- **Céline Lefève**

*Maîtresse de conférences en philosophie, Université de Paris & Chaire coopérative « Philosophie à l'hôpital » (AP-HP/ENS)*

- **Frédérique 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*

- **Didier Payen**

*Professeur émérite d'anesthésie-réanimation, UFR de médecine, Université Paris 7*

- **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*

- **Nicolas Weiss**

*Maître de conférence des Universités, praticien hospitalier, Sorbonne Université, unité de médecine intensive réanimation neurologique, AP-HP-Sorbonne Université*



## II – Résumé des analyses et propositions

Ce résumé des analyses et propositions reprend de manière synthétique certains les points de vigilance développés dans le document.

### ①

1. Les principes éthiques communs demeurent des références en situation de crise sanitaire comme une pandémie.
2. La prise en soin des personnes en situation de vulnérabilité reste une exigence éthique et de santé publique.
3. Les principes éthiques en situation d'état d'urgence sanitaire peuvent être hiérarchisés par les autorités gouvernementales sous le contrôle de la représentation nationale.
4. La place des usagers du système de santé doit également être reconnue dans la gouvernance dédiée à cette situation pandémique.
5. Les principes et critères du triage doivent assumer la primauté d'une logique utilitariste sur une logique de la stricte égalité, à savoir l'exigence de sauver le plus grand nombre de vies sur celle des soins donnés aux malades les plus graves.
6. Une médiation devrait viser de manière effective le principe de justice dans l'allocation de ressources limitatives réparties de manière non homogène. Elle devrait être confiée à des professionnels ayant l'expérience des parcours patients au sein du système de santé.
7. Nécessité, le cas échéant, de tenir en compte du souhait d'un patient ou de ses représentants de ne pas être hospitalisé en réanimation.
8. Nécessité d'une mise en place d'un dispositif de suivi et d'évaluation, selon des critères établis, de la hiérarchisation des priorités.
9. Une instance indépendante doit-être installée pour contrôler la rectitude de mise en œuvre des procédures.
10. Nécessité d'une réflexion et d'une délibération démocratique sur la *préparation de l'immédiate sortie de crise*, mais également à plus long terme sur les critères d'acceptabilité des arbitrages de triage.

### ②

1. Nécessité d'assurer les conditions d'intervention des professionnels. Une personne de référence — en interne et/ou externe — doit assurer la mission de suivi des professionnels et coordonner les dispositifs de soutien dont ils bénéficieraient.
2. Être soucieux, par la communication, de donner à comprendre aux personnes soignantes comment reprendre l'initiative au regard des décisions qui s'imposent dans la concertation.
3. Des psychologues qualifiés doivent accompagner les professionnels qui le souhaitent au plus près du terrain, disponibles de manière continue.
4. Il convient de créer des espaces de parole propices à poser, à exprimer et à partager les ressentis.
5. Témoigner socialement une considération aux soignants — ainsi qu'à leurs proches — et les soutenir dans leurs engagements.
6. Veiller à la protection des soignants sur leur lieu de travail et en dehors.

### ③

1. Réfléchir à la chaîne et à la cohérence décisionnelles du point de vue de leur rigueur et de leurs complémentarités dans la continuité du suivi dès le contact téléphonique ou l'accueil à l'hôpital.

Il convient de limiter les inévitables pertes de chances liées aux difficultés d'accès au Samu

2. Une régulation équitable du Samu justifie un suivi en réel des capacités d'accueil des établissements hospitaliers.

3. Les rationnels de régulation doivent être constants et équitables au plan national dès lors que certains Samu sont confrontés à des demandes qui saturent leur capacité de réponse.

4. Le Samu doit augmenter ses procédures de contrôle sur le suivi de ses régulations (*feed-back*).

5. Il est essentiel de prendre en considération le soutien des ARM (agents de régulation médicale) qui sont des professionnels également très exposés.

6. Si la saturation des numéros d'appel doit inciter à solliciter des professionnels en cours de formation afin d'alléger la durée d'attente, ils doivent être accompagnés et supervisés.

7. Le critère d'âge ne saurait être en soi un critère discriminant d'éligibilité sans autre argumentation strictement étayée et arbitrée.

8. Les personnes vulnérables vivant en institutions risquent d'être exposées au risque de non-éligibilité en réanimation. Si la question de la pertinence de leur admission en réanimation au vu de leur âge ou de leur statut ainsi que des risques liés à des comportements imprévisibles se pose, il conviendrait d'établir des règles dans la clarté.

### ④

1. Il convient de vérifier si les algorithmes décisionnels utilisés en pratique courante en réanimation pour déterminer si un patient peut bénéficier des soins critiques s'appliquent de manière continue et sans restriction à la situation de crise du Covid-19. Importance des préconisations actualisées et homogènes émises par les sociétés savantes expertes

2. L'application d'un protocole est de nature à permettre au professionnel de santé de se protéger d'une décision subjective qui, dans certaines circonstances de dilemmes particuliers, affecterait ses principes.

3. Le protocole doit constituer une base de discussion, de délibération, mais sans prescrire la réponse par anticipation.

4. Il importe de déterminer si les différents scores habituellement mobilisés sont pertinents pour permette d'établir un rationnel décisionnel en situation de SDRA.

5. Il apparaît utile de formaliser le concept de « proportionnalité des traitements » dans le contexte de COVID-19.

6. Un système d'assurance de qualité robuste instruit par des professionnels compétents et expérimentés est nécessaire.

7. Il importe de favoriser, de manière organisée et transparente, le recours aisé pour les professionnels à une cellule dédiée qui explicite les enjeux éthiques et accompagne, si nécessaire, le processus décisionnel.

8. Il importe de se prémunir du risque de soumettre les professionnels aux conséquences d'un traitement externalisé de la décision qui les ramènerait à être les exécutants de décisions auxquelles ils n'auraient pas contribué de manière personnelle.

## ⑤

1. On ne saurait renoncer à une appréciation au cas par cas et privilégier des règles générales qui relèveraient aujourd'hui davantage de l'intuition. Le risque serait de verser dans une éthique procédurale qui dédouane et permet de « faire » sans réfléchir, sans penser.

Les critères de décision éthique ne peuvent pas disparaître : collégialité et responsabilité individuelle.

2. Les critères de « triage » doivent être formulés de manière explicite, rediscutés en fonction de l'évolution clinique et des circonstances dans un contexte donné, contrôlés dans leurs modalités pratiques de mise en œuvre avec traçabilité sur un « registre de triage ».

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

4. Rejeter le principe du « premier arrivé, premier servi ».

5. La création de « staffs du lendemain » permet une « analyse à chaud des pratiques ». La collecte et la remontée des informations en temps réel est nécessaire et doit faire l'objet d'un dispositif identifié.

6. Réfléchir au recours aux « réanimations d'attente » qui permettent de rechercher les volontés du patient exprimées antérieurement, de vérifier les antécédents et comorbidités qui n'auraient pas été identifiés à l'admission et d'apprécier après un délai raisonnable l'évolution sous traitement maximal.

7. Une réflexion doit être menée en amont sur le devenir des personnes qui, une fois le SDRA en voie d'amélioration, vont nécessiter des semaines de rééducation.

Dans cette deuxième phase, une mobilisation de psychologues de réanimation sera nécessaire du fait des séquelles psychiques habituelles des patients sortis de réanimation.

8. Une réflexion est nécessaire à propos des patients transférés dans un autre établissement éloigné sans que les professionnels qui les ont soignés connaissent la destination.

9. Le travail d'équipe autour de la circulation de l'information est fortement limité. D'où l'importance, dans la chaîne d'intervention, d'un maillon totalement ou en partie dédié à l'information et à son recueil pour une consultation postérieure éventuelle de ce qui s'est réellement passé.

## ⑥

1. Dès le stade initial du processus décisionnel, les équipes de soins palliatifs doivent être associées à l'examen et aux arbitrages.

2. Un espace spécifique dédié à la fin de vie des personnes non admises en réanimation ou en échec de réanimation doit être mis en place au sein de l'hôpital.

3. Nécessité de dispositifs de soins palliatifs adaptés et d'assumer, le cas échéant, des choix délicats en cas de manque de médicaments destinés à la réduction des souffrances. L'impératif doit rester d'éviter l'effroi de se voir mourir en suffoquant.

4. Une mobilisation de psychologues de réanimation compétents au regard de tels enjeux devrait absolument être favorisée.

5. Il convient d'envisager des dispositifs qui puissent favoriser la communication avec les proches. La présence auprès du mourant constitue un objectif à ne pas négliger.

6. Les proches ne doivent pas éprouver le moindre sentiment de négligence à l'égard de la personne malade dont on anticiperait le moment de la mort.

7. En chambre mortuaire, il est nécessaire d'initier d'autres approches en tenant compte des règles contraignantes de sécurité sanitaire (visualisation du défunt à distance, vidéos, photos, nouveaux modes de ritualisation) afin de tenir des contraintes de la distanciation.

8. Des dispositifs doivent permettre de ne pas compromettre l'approche du deuil.

9. Un accompagnement des professionnels du funéraires est nécessaire.

10. Il importe d'évoquer les possibilités de commémoration à la sortie de la crise.



## III - Points de vigilance

### 1. Enjeux éthiques de principe

a. *Principes généraux*

b. *Principes appliqués aux pratiques « dégradées » en réanimation*

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

a. *Conditions d'intervention des professionnels*

b. *Modalités de soutien des professionnels*

### 3. Régulations pré-hospitalières

a. *Approches du Samu*

b. *Critères d'éligibilité en situations de vulnérabilité*

### 4. Préconisations, protocoles et conseils décisionnels

a. *Respect des protocoles et discernement professionnel*

b. *Recours à un dispositif de concertation dédié*

### 5. Fondements pratiques de la prise de décision

a. *Privilégier une approche au cas par cas*

b. *Critère de « triage » en situation*

c. *D'autres modalités de communication*

### 6. Accompagnement de la fin de vie, les proches

## 1. Enjeux éthiques de principe

### a. *Principes généraux*

**1.1. • Les principes éthiques communs demeurent des références 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.

**1.2. • Il convient de prendre en compte comme une exigence d'éthique et de santé publique la prise en soin des personnes en situation de vulnérabilité, de précarité sociale 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 leurs égards aussi pertinents que pour les personnes âgées.

**1.3.** • 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 ? Existe-t-il un seuil inacceptable que l'on ne peut franchir ? Comment en décider ?

**Les principes éthiques en situation d'état d'urgence sanitaire peuvent être hiérarchisés par les autorités gouvernementales sous le contrôle de la représentation nationale<sup>2</sup>, éclairés par une expertise médico-scientifique adaptée à l'évolution des circonstances.**

**1.4.** • Des critères doivent être identifiés et mobilisés, des lignes d'actions décidées, dans le cadre d'une gouvernance dédiée à la situation pandémique, bénéficiant d'expertises pluridisciplinaires croisées et soumises à des dispositifs de contrôle afin de parvenir à une régulation éthique de la distribution de capacités de traitements limités dans un contexte dégradé.

**La place des usagers du système de santé doit être reconnue dans cette gouvernance.**

**1.5.** • **Nécessité d'une explicitation et d'un partage public**, au-delà de la sphère médicale, *pendant la crise*, **des principes et des critères de triage** qui conduisent — en **faisant primer l'utilitarisme<sup>3</sup> sur l'égalitarisme**, le sauvetage du plus grand nombre de vies possibles sur les soins donnés aux malades les plus graves — à prioriser les patients COVID-19 sur les patients non-COVID-19.

Il n'y a pas de raison de faire passer une personne atteinte d'une autre pathologie et qui a besoin d'une réanimation (avec de bonnes chances de survie) après un malade COVID-19 (qui aurait moins de chances de survie).

Nécessité d'une réflexion et d'une délibération démocratique sur la *préparation de l'immédiate sortie de crise* et sur les principes et critères de priorisation — voire de triage — qui seront prescrits concernant les patients non-COVID 19.

Compte tenu de l'épuisement voire des pertes de soignants, de la pénurie de médicaments, de la désorganisation et de la dégradation du système de santé, quelles seront les pathologies graves à prioriser ?

Comment réorganiser efficacement le système de santé et, en particulier, l'hôpital pour permettre un accès rapide aux soins des malades les plus graves qui n'auront pu être pris en soin pendant la crise et dont l'état se sera sans doute dégradé ?

---

<sup>2</sup> Ce contrôle est supprimé durant l'état d'urgence sanitaire par la loi elle-même.

<sup>3</sup> Une distinction doit-elle être opérée entre utilitarisme strict (nombre de vies) ou utilitarisme en fonction de la qualité de la vie future ? Quand les chances de survie sont très proches (différence indiscernable) le critère qualitatif prévaut parfois.

**1.6. • Il paraîtra indispensable, à la sortie de la crise, de palier la carence d'une concertation démocratique relative aux critères d'acceptabilité des arbitrages de triage en situation de crise sanitaire.**

Cette concertation démocratique est souvent négligée en raison des risques qu'elle pourrait comporter pour la « cohésion nationale ». Il est vrai que nos sociétés démocratiques et libérales sont constituées d'une pluralité de conceptions de la « vie bonne » et donc de la « mort bonne ». Elles diffèrent que l'on soit athée ou croyant, que l'on souscrive à telle ou telle religion ou que l'on privilégie telle ou telle philosophie individuelle.

En réponse, il convient de rappeler que l'absence de débat sur ces enjeux a également des effets très corrosifs (sentiment de dépossession de l'enjeu, absence d'adhésion aux arbitrages, perception d'une injustice, charge trop lourde à porter pour le seul personnel médical) et qu'il appartient à ceux qui organisent la concertation de se doter des outils à même de se prémunir contre les risques mentionnés. Une solution pourrait être de consulter les citoyens non sur leurs préférences *individuelles* mais sur leurs dispositions *altruistes* et ainsi faire appel à leur sens civique.

**1.7. • Un travail est nécessaire afin de garantir l'application juste des protocoles retenus et de mettre à l'épreuve la cohérence des dispositions adoptées du début à la fin de la chaîne de traitement.**

***b. Principes appliqués aux pratiques « dégradées » en réanimation***

**1.8. • Les pratiques « dégradées » en réanimation en phase aigüe de la pandémie, ainsi que l'exclusion d'autres personnes malades ne relevant pas immédiatement d'une urgence vitale, ne doivent pas être 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 ?

**1.9. • 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 profit 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.

**1.10. • L'évaluation du nombre limitatif des capacités de réanimation est nécessaire**, ainsi que du surinvestissement des équipes, de la désorganisation du système hospitalier au regard d'un bénéfice à évaluer et d'effets péjoratifs à l'égard d'autres personnes malades pour lesquelles des stratégies thérapeutiques efficaces avaient été ou auraient pu être engagées. **Importance d'une 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 ?*

**1.11. • 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.

**1.12. • Une médiation devrait 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. Elle devrait être confiée à des professionnels ayant l'expérience des parcours patients au sein du système de santé, de la logistique d'approvisionnement hospitalière et des situations de crise ; il en existe dans certains CHU et Territoire de santé. Des pharmaciens centraux, ingénieurs, quelques consultants externes très spécialisés en sont aussi capables.

**1.13. • Une instance indépendante doit-être installée pour contrôler la rectitude de mise en œuvre des procédures** (au même titre que le comité indépendant d'une étude clinique). La traçabilité des décisions dans un contexte de pratiques dégradées s'impose.

Le recensement, les remontées d'expériences, les modèles de délibération et les actions des divers cellules/ équipes/ staffs créés au fil de la crise doivent permettre de donner des exemples aux structures qui pourront ensuite s'en inspirer.

**1.14. • 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 tout en envisageant, comme le préconisent, sous certaines conditions, les textes de l'Association médicale mondiale et de l'OMS notamment, des procédures d'exception au bénéfice du patient et de la collectivité.

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-il satisfaisant ?

**1.15.** • Les principes de recherche clinique s’accommodent mal de la volonté – légitime – du public à pouvoir bénéficier d’un traitement. L’absence de thérapeutique dont l’efficacité serait prouvée peut-elle inciter à prescrire ce qui paraît simplement efficace ? Dans un contexte de risque léthal, les essais en double aveugle demeurent-ils conformes à l’éthique ? Comment organiser l’information du public par des canaux officiels pour ne pas s’accrocher à tout espoir vain ?

**1.16.** • Faire en sorte, dans le cadre des interventions publiques des professionnels, qu’à propos d’une « médecine d’exception », les clarifications et les règles déontologiques limitent les risques que des médias ne communiquent des images et des informations erronées ou tronquées.

## Synthèse 1

1. Les principes éthiques communs demeurent des références en situation de pandémie.
2. La prise en soin des personnes en situation de vulnérabilité reste une exigence éthique et de santé publique.
3. Les principes éthiques en situation d’état d’urgence sanitaire peuvent être hiérarchisés par les autorités gouvernementales sous le contrôle de la représentation nationale.
4. La place des usagers du système de santé doit également être reconnue dans la gouvernance dédiée à la situation pandémique.
5. Les principes et critères du triage doivent assumer la primauté d’une logique utilitariste sur une logique de la stricte égalité, à savoir l’exigence de sauver le plus grand nombre de vies sur celle des soins donnés aux malades les plus graves.
6. Une médiation devrait viser de manière effective le principe de justice dans l’allocation de ressources limitatives réparties de manière non homogène. Elle devrait être confiée à des professionnels ayant l’expérience des parcours patients au sein du système de santé.
7. Nécessité d’une mise en place d’un dispositif de suivi et d’évaluation, selon des critères établis, de la hiérarchisation des priorités.
8. Nécessité, le cas échéant, de tenir en compte du souhait d’un patient ou de ses représentants de ne pas être hospitalisé en réanimation.
9. Une instance indépendante doit-être installée pour contrôler la rectitude de mise en œuvre des procédures.
10. Nécessité d’une réflexion et d’une délibération démocratique sur la *préparation de l’immédiate sortie de crise*, mais également à plus long terme sur les critères d’acceptabilité des arbitrages de triage.

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

### a. Conditions d'intervention des professionnels

**2.1. • La conviction est que la mobilisation des professionnels de santé en ville, 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 contaminés<sup>4</sup> ?

L'anticipation s'impose y compris dans l'évaluation régulière de la capacité d'engagement de chacun dans un contexte bienveillant qui prémunit de 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<sup>5</sup>.**

Pour les soignants, outre « l'usure » consécutive à la permanence des soins, à la pression psychologique et à l'anticipation anxieuse, le manque de matériel, de masques, de gants, de sur-blouses de protection dans les centres hospitaliers les plus exposés constitue un facteur aggravant. Les responsables de services endossent également la responsabilité d'exposer à des risques leurs collaborateurs.

Les professionnels éprouvent également l'anxiété et la culpabilité de risquer de contaminer un proche, leurs enfants ou leur conjoint.

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

---

<sup>4</sup> L'accompagnement, l'encadrement et la formation des personnels réquisitionnés n'exerçant plus depuis un certain temps ou qui 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.

<sup>5</sup> L'approche peut relever de deux échelons : 1) Une personne de référence interne au service, au pôle ou à l'établissement : psychologue déjà dédié au personnel, cadre apte à faire des médiations, ou encore professionnel reconnu par ses pairs comme pouvant proposer des solutions propres à éviter des conflits et à prendre une décision sage acceptée par la majorité du collectif concerné. 2) Pour tous ces établissements, au premier chef desquels se trouvent ceux relevant du médico-social, un professionnel externe qui puisse être consulté avant la prise de décision, mais aussi postérieurement pour contribuer à l'évacuation du stress et à la compréhension des prises de décisions en situation d'accalmie.

**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<sup>6</sup> ?**

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 ?

**2.4. • Être soucieux, par la communication, de donner à comprendre aux personnes soignantes comment reprendre l'initiative au regard des décisions qui s'imposent dans la concertation.**

*Toute décision doit être l'objet d'un questionnement de groupe professionnel en commençant par « a-t-on bien compris ce que l'on nous demande ? », et non par « ce que l'on nous demande est-il juste ? ». Répondre d'abord à la première question évite dans la plupart des cas de critiquer de façon erronée et inutile l'action à entreprendre.*

**2.5. • Sans valorisation et reconnaissance, le risque est celui de la transgression, de la dissidence<sup>7</sup>.**

## **b. Modalités de soutien des professionnels**

**2.6. • Les doutes, retraits temporaires, abandons momentanés de poste, y compris, plus rares, abandons définitifs, sont autant de réactions et accidents qui, pris comme tels sur le champ, expliqués, surmontés, soudent les professionnels entre eux. Des psychologues qualifiés doivent accompagner les professionnels qui le souhaitent au plus près du terrain, disponibles de manière continue<sup>8</sup>.**

**2.7. • 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 ?**

Des rituels de regroupement systématiques en visioconférences doivent être organisés avec une fréquence rapprochée : elle peut être journalière, immédiatement postérieure à l'action (de type staff) et hebdomadaire (de type rétrospective et prospective). La personne interne affectée au soutien peut être l'organisatrice de ces rythmes ; elle repérera les professionnels en décrochage ou absents et prendra contact sans délai avec eux.

---

<sup>6</sup> « Plus la courbe pandémique sera raide, plus les tensions seront fortes et les risques de rupture incontrôlables. »

<sup>7</sup> 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 peut se cristalliser 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, pharmaciens).

<sup>8</sup> Il est déterminant que les professionnels externes exerçant une activité de soutien connaissent de façon réelle l'organisation et le fonctionnement des institutions, pôles, établissements et services (ici d'une réanimation, d'un bloc opératoire, d'une salle de réveil, d'un transfert en SSR... et comment travaillent de concert réanimateurs, infirmiers etc.) au bénéfice desquels ils interviennent. Il ne s'agit pas d'une étude, mais d'une intervention en « situation chaude » qui puisse bénéficier à la personne, à son groupe et à son environnement immédiat, aux patients ou résidents.

Les psychologues qualifiés sont donc indiqués, mais il y a d'autres professionnels aptes à tenir ces rôles.

**2.8. • Il convient de 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.

Parmi les professionnels externes, il en est quelques-uns habitués à des médiations mettant en jeu des établissements ou institutions entières qui sont capables de prendre en charge ces espaces de parole dédiés aux personnels qui sont en permanence sur la ligne de front ; ce sont des moments de répit, d'introspection individuelle et de groupe, mobilisateurs, mais permettant aussi à certain de quitter le théâtre des opérations sans en avoir honte.

*« Des soignants maintiennent (quand ils en ont encore le temps) les échanges avec les familles par téléphone et se consacrent à la rédaction de « journaux de bord », encourageant les proches à en faire de même de chez eux. »*

**2.9. • 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 de limiter les conséquences d'affrontements internes.

**2.10. • Témoigner socialement une considération aux soignants (ainsi qu'à leurs proches) et les soutenir dans leurs engagements<sup>9</sup>.**

*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.*

**2.11. • Veiller à la protection des soignants sur leur lieu de travail.** Certaines scènes de tensions entre proches des patients et soignants ont été rapportées. Ces situations, qui existent quotidiennement, risquent de s'accroître dans ce contexte extrême. Aujourd'hui localisées et individualisées, elles pourraient devenir encore **plus problématiques si le tri est perçu comme une « injustice » qui discriminerait une partie substantielle d'un collectif défini.**

**2.12. • Veiller à la protection des soignants hors de leur lieu de travail.** Certaines agressions physiques et verbales, de type « délinquantes », ont ainsi été relevées, qui résultent de la méfiance que suscitent parfois les soignants auprès de ceux qui craignent une « contamination ». À ces constats s'ajoutent les menaces de « représailles » par de rares proches de patients. **Il est nécessaire d'être à l'écoute et de répondre rapidement aux inquiétudes et aux témoignages des soignants.**

---

<sup>9</sup> Plus de la moitié des contaminations professionnelles se feraient dans la sphère privée. La protection dans le travail est bien sûr majeure, mais il faut trouver le moyen d'éviter la rupture de rigueur dans la sphère privée — alors que cette dernière est source de réconfort et d'apaisement.



## Synthèse 2

1. Nécessité d'assurer les conditions d'intervention des professionnels. Une personne de référence — en interne et/ou externe — doit assurer la mission de suivi des professionnels et coordonner les dispositifs de soutien dont ils bénéficieraient.
2. Être soucieux, par la communication, de donner à comprendre aux personnes soignantes comment reprendre l'initiative au regard des décisions qui s'imposent dans la concertation.
3. Des psychologues qualifiés doivent accompagner les professionnels qui le souhaitent au plus près du terrain, disponibles de manière continue.
4. Il convient de créer des espaces de parole propices à poser, à exprimer et à partager les ressentis.
6. Témoigner socialement une considération aux soignants — ainsi qu'à leurs proches — et les soutenir dans leurs engagements.
7. Veiller à la protection des soignants sur leur lieu de travail et en dehors.

## 3. Régulations pré-hospitalières

### a. Approches du Samu

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

**3.2 • Une régulation équitable justifie un suivi en réel des capacités d'accueil des établissements**, tenant compte de critères de recevabilité des demandes selon des rationnels formalisés.

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'aval susceptibles d'accueillir des patients<sup>10</sup>.

**3.3. • Les rationnels de régulation doivent être constants et équitables au plan national dès lors que certains Samu sont confrontés à des demandes qui saturent leur capacité de réponse<sup>11</sup>.**

**3.4. • Certains Samu ont mis en place une cellule de conseil et d'orientation dotée des compétences de gériatres et de médecins de soins palliatifs.**

<sup>10</sup> 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.

<sup>11</sup> 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.

**3.5. • Le Samu possède peu de procédures de contrôle sur le suivi de ses régulations (feed-back), du moins en ce qui concerne les patients qui ne sont pas immédiatement perçus comme graves. En ce qui concerne la « zone grise » relative à des patients dont la gravité n'était pas évidente et pour lesquels la décision aura été prise en fonction d'une estimation contingentée par les disponibilités, le rétrocontrôle reste défaillant.**

**3.6. • Il convient de limiter 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.**

**3.7. • 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 et d'un soutien psychologique nécessaires au regard d'une crise inédite. Il en est de même concernant les étudiants en médecine et autres intervenants requis en soutien<sup>12</sup>.**

**3.8. • La saturation des numéros d'appel pose la question de la mise à disposition de professionnels en cours de formation pour alléger la durée d'attente. Quel peut être l'équilibre entre la sécurité d'une décision efficace de régulation et la nécessité de bénéficier de professionnels de la régulation en cours de formation ?**

**3.9. • Anticiper sur les risques de burnout professionnel et le traumatisme vicariant : envisager de faire une étude sur le vécu des soignants pendant et après la pandémie (ce qui a été impossible après les attentats). Il y a là un enjeu de santé publique majeur pour les soignants et tous ceux qui ont continué à travailler pendant le confinement.**

## ***b. Critères d'éligibilité en situations de vulnérabilité***

**3.10. • Le critère d'âge ne saurait être en soi un critère discriminant sans autre argumentation strictement étayée et arbitrée<sup>13</sup>.**

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

---

<sup>12</sup> Les protocoles issus des systèmes qualité sont à cet égard sans appel : 1) Si, sur une chaîne de décision/production, des maillons non précisément formés aux procédures permettant un respect des consignes à transmettre et des actes à réaliser sont introduits pour remplacer des maillons manquants, le niveau d'exigence de chaque transfert de maillon à maillon baisse immédiatement et les dommages sont irrémédiables. 2) Si, pour pallier ce risque parfaitement connu et répertorié, la chaîne des maillons manquants est allégée pour *fonctionner par défaut* sans eux, elle finit par se rompre dans la quasi-totalité des cas par l'épuisement des professionnels affectés à ces tâches. 3) Conclusion : le système de formation continue des nouveaux maillons (nouveaux arrivants/intervenants) est déterminant et doit être confié à des séniors.

<sup>13</sup> 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.

« 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 ? »

**3.11. •** Pour des raisons qu'il convient d'identifier afin d'y apporter les réponses justifiées, **les personnes vulnérables vivant en institutions sont exposées au risque de non-éligibilité en réanimation** : les EHPAD, mais également les milieux carcéraux et psychiatriques.

Dans bien des cas ces personnes présentent de multiples facteurs de risques (comorbidités, obésité parfois, traitements à effets secondaires cardio-vasculaires notoires).

Si la question de la pertinence de leur admission en réanimation au vu de leur âge ou de leur statut (détenus) ainsi que des risques liés à des comportements imprévisibles (psychiatrie) se pose, il conviendrait d'établir des règles dans la clarté. **Il ne saurait être admissible d'admettre à leur égard des mesures arbitraires.**

**3.12. •** Si l'indice de fragilité est important, **la potentialité de contamination d'un groupe ou d'une collectivité pourrait aussi faire partie de critères déterminant les décisions**, ce qui doit alors relever de règles précises.

### Synthèse 3

1. Une régulation équitable du Samu justifie un suivi en réel des capacités d'accueil des établissements hospitaliers.
2. Les rationnels de régulation doivent être constants et équitables au plan national dès lors que certains Samu sont confrontés à des demandes qui saturent leur capacité de réponse.
3. Le Samu doit augmenter ses procédures de contrôle sur le suivi de ses régulations (*feed-back*).
4. Il est essentiel de prendre en considération le soutien des ARM (agents de régulation médicale) qui sont des professionnels également très exposés.
5. Si saturation des numéros d'appel doit inciter à solliciter des professionnels en cours de formation afin d'alléger la durée d'attente, ils doivent être accompagnés et supervisés.
6. Le critère d'âge ne saurait être en soi un critère discriminant d'éligibilité sans autre argumentation strictement étayée et arbitrée.
7. Les personnes vulnérables vivant en institutions sont exposées au risque de non-éligibilité en réanimation. Si la question de la pertinence de leur admission en réanimation au vu de leur âge ou de leur statut ainsi que des risques liés à des comportements imprévisibles se pose, il conviendrait d'établir des règles dans la clarté.

## 4. Préconisations, protocoles et conseils décisionnels

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

### a. Respect des protocoles et discernement professionnel

**4.1. • Il convient de vérifier si les algorithmes décisionnels utilisés en pratique courante en réanimation pour déterminer si un patient peut bénéficier des soins critiques s'appliquent de manière continue et sans restriction à la situation de crise du Covid-19.**

**4.2. • 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. Que signifie « être éthique » dans la répartition de moyens contraints et dans les autres arbitrages ?<sup>14</sup>**

Il convient néanmoins de se demander si les protocoles seront mieux respectés en situation de pandémie qu'en pratique courante et si l'on ne risque pas une inflation de protocoles rédigés dans l'urgence, sans cohérence et peu adaptés à l'évolutivité des circonstances.

**4.3. • L'application d'un protocole est de nature à permettre au professionnel de santé de se protéger d'une décision subjective qui, dans certaines circonstances de dilemmes, affecterait ses principes.** Le protocole est contenant. Il doit se référer à un arbitrage officiel tout en permettant de conserver une part d'adaptabilité casuistique<sup>15</sup>.

**4.4. • Si la décision ne devait relever que de critères déterminés de manière anticipée et appliqués de manière systématique, sans autre forme d'arbitrage, son acceptabilité et sa soutenabilité s'avèreraient incertaines. Toutefois, l'épuisement et le débordement entravent en bien des cas la faculté de consacrer le temps nécessaire à l'arbitrage concerté.**

---

<sup>14</sup> Trois référentiels peuvent éclairer l'approche : 1 - La référence aux principes qui guident la pratique professionnelle des intervenants de l'équipe et qui sont compatibles avec la hiérarchie des compétences. 2 - La référence aux principes décisionnels qui sont édictés par l'autorité politique, dès lors qu'ils sont pris explicitement pour le bien commun, sans distinctions cachées permettant de favoriser une des communautés constitutives de notre société au détriment des autres. 3 - La référence aux trois principes de notre République.

<sup>15</sup> Cf. *supra*, point 3.10 : le fonctionnement et le but fondamental des systèmes qualité qui définissent l'intérêt de leurs protocoles doivent être rappelés à cette occasion, surtout en France, où ils sont les plus habituellement contournés au nom du libre-arbitre et de l'appréciation individuelle. Ils servent à garantir la routine d'application des procédures et à améliorer de façon continue la qualité des processus de décision, actes et ensemble des prestations réalisés et résultats obtenus. Les écarts constatés (ceux de l'adaptabilité dont il est question *supra* 5.2.) dès lors qu'ils le sont collégialement (par le groupe désigné à cet effet), s'ils sont positifs, doivent être testés sur le champ et appliqués en situation de crise avec analyse des résultats constatés.

**4.5. • Le protocole doit 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 d'une décision mais d'une application par des effecteurs interchangeable. On y gagne en neutralité (bien que les critères ayant été définis en amont ne soient 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, collégialement.

**4.6. • 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 ?*

*Peut-on se demander si on doit réanimer une personne qui risque de contaminer un groupe ou une collectivité et qui, contaminée, entraînerait des difficultés organisationnelles de retour dans l'établissement spécialisé où elle vit ?*

**4.7. • Il importe de déterminer si les différents scores habituellement mobilisés sont pertinents pour permettre d'établir un rationnel décisionnel 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.

**4.8. • Il apparaît utile de formaliser le concept de « proportionnalité des traitements » dans le contexte de COVID-19. Les rationnels doivent être examinés et évalués au regard des pratiques acquises en réanimation.**

**4.9. • La 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<sup>16</sup> sont constatés.**

**4.10. • Le protocole pourrait être contestable et contesté du point de vue de son « acceptabilité sociale » dès lors qu'il n'a pas été établi en amont de la crise dans le cadre d'une concertation transparente qui se justifiait. Le risque de**

<sup>16</sup> « 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. »

mise en cause de la relation de confiance est évident ainsi que de contestations 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.

Les études en psychologie<sup>17</sup> estiment que la confiance repose sur la conviction que l'autre est : compétent, bienveillant et intègre. Comment en attester ?

## **b. Recours à un dispositif de concertation dédié**

**4.11. • Un système d'assurance de qualité robuste instruit par des professionnels compétents et expérimentés** (respectant le principe de la preuve) est le fondement d'une instance de construction partagée de la décision en accompagnement, évaluation, ajustement ainsi que mise en œuvre des protocoles.

**4.12. • Il importe de favoriser, de manière organisée et transparente, le recours pour les professionnels à une cellule dédiée qui explicite et argumente — dans le cadre d'une concertation — les enjeux éthiques et accompagne, si nécessaire, le processus décisionnel.** *In fine* la décision relève de la responsabilité médicale. *Une évaluation de la fonction de ces cellules devra être produite en fin de crise.*

*« La pratique « dégradée » implique nombre de considérations d'ordre non éthique mais qui conduisent néanmoins à des choix éthiques. Cette distorsion peut conduire à des choix déconnectés du raisonnement éthique. Un document général d'aide à la décision permet d'alléger le poids du choix individuel, et d'assumer la situation « dégradée ».*

**4.13. • 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 auxquelles ils n'auraient pas contribué de manière personnelle.** Le travail d'élaboration contribue à en rendre intégrables et acceptables les conséquences.

### **Synthèse 4**

1. Il convient de vérifier si les algorithmes décisionnels utilisés en pratique courante en réanimation pour déterminer si un patient peut bénéficier des soins critiques s'appliquent de manière continue et sans restriction à la situation de crise du Covid-19. Importance des préconisations actualisées et homogènes émises par les sociétés savantes expertes
2. L'application d'un protocole est de nature à permettre au professionnel de santé de se protéger d'une décision subjective qui, dans des circonstances de dilemmes particuliers, affecterait ses principes.

<sup>17</sup> Mayer, Davis and Schoorman, An integrative model of organizational trust, Academy of management review, 1995, Vol 20 n°3 709-734.

3. Le protocole doit constituer une base de discussion, de délibération, mais sans prescrire la réponse par anticipation.
4. Il importe de déterminer si les différents scores habituellement mobilisés sont pertinents pour permettre d'établir un rationnel décisionnel en situation de SDRA.
5. Il apparaît utile de formaliser le concept de « proportionnalité des traitements » dans le contexte de COVID-19.
6. Un système d'assurance de qualité robuste instruit par des professionnels compétents et expérimentés est nécessaire.
7. Il importe de favoriser, de manière organisée et transparente, le recours aisé pour les professionnels à une cellule dédiée qui explicite les enjeux éthiques de la décision.
8. Il importe de se prémunir du risque de soumettre les professionnels aux conséquences d'un traitement externalisé de la décision qui les ramènerait à être les exécutants de décisions auxquelles ils n'auraient pas contribué de manière personnelle.

## 5. Fondements pratiques de la prise de décision

*Un médecin de Colmar témoigne le 10 mars 2020 : « 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. »*

### a. Privilégier une approche au cas par cas

**5.1. •** 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 et enrichie de l'expérience clinique.

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.

**5.2. •** On ne saurait 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 qui éviteraient les biais de discrimination variables selon le décisionnaire.

**Les critères de décision éthique ne peuvent pas 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.

**Le risque serait de verser dans une éthique procédurale, d'établir des sortes de « protocoles validés » qui dédouanent et permettent de « faire » sans réfléchir, sans penser.**

**5.3. •** 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.

**5.4. •** L'articulation des dispositifs et référentiels à partager entre réanimation, urgences et médecine de ville doit être cohérente et explicite.

### **b. Critères de « triage » en situation**

**5.5. •** Les critères de « triage » doivent être formulés de manière explicite, rediscutés en fonction de l'évolution clinique et des circonstances dans un contexte donné, contrôlés dans leurs modalités pratiques de mise en œuvre avec traçabilité sur un « registre de triage ».

*Points de discussion :*

**Le principe « premier arrivé, premier servi » n'est plus soutenable dès lors que la dynamique pandémique permet d'anticiper les tableaux cliniques des malades relevant d'une réanimation. Dans ces situations, le principe qui vaut est la recherche d'optimisation des ressources et la maximisation du nombre de vies ou d'années de vie sauvées, qui conduit à prioriser les malades qui pourront être sauvés par les traitements (et non ceux qui pourraient être sauvés sans être traités ou ceux qui ne seraient pas sauvés même une fois traités). À cela s'ajoutent l'inégalité que pourrait engendrer la logique du « premier arrivé, premier servi » vis-à-vis de ceux qui ont accès moindre aux hôpitaux sur le territoire ou qui, du fait d'un respect scrupuleux des recommandations, contractent plus tardivement la maladie. Enfin, cette logique pourrait conduire certaines personnes à se rendre de manière anticipée à l'hôpital, au mépris des recommandations du Samu.**

*Devant un écart de plus en plus grand entre ressources et besoins, devant des patients aux pronostics similaires, une gestion aléatoire des admissions s'avèrerait-elle plus juste que des critères décisionnels non robustes ?*

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



**5.7. • 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.**

Le recensement, les remontées d'expériences, les modèles de délibération et les actions des divers cellules/équipes/staffs créés au fil de la crise doivent permettre de donner des exemples aux structures qui pourront ensuite s'en inspirer.

**5.8. • 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 récusée en toute autre circonstance en raison d'un rapport bénéfice/risque à l'évidence défavorable (comorbidités, score de fragilité, exposition à un risque iatrogène) ?**

**5.9. • 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 ?**

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

**5.11. • 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) ?**

**5.12. • Une réflexion doit être menée en amont sur le devenir des personnes qui, une fois le SDRA en voie d'amélioration, vont nécessiter des semaines de rééducation** notamment respiratoire. Elle est à ce jour pratiquée en réanimation ou dans les rares centres de Soins de Rééducation Post-Réanimation mais, en situation de pandémie, immobilise 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.

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.

**5.13. • Qu'en sera-t-il des conditions de sortie de réanimation puis de retour en EPHAD ou en centre spécialisé qui refuseraient 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.

**5.14. • Une réflexion est nécessaire à propos des patients transférés dans un autre établissement éloigné sans que les professionnels qui les ont soignés connaissent la destination.** Ce transfert constitue une épreuve supplémentaire pour les proches qui perdent toute possibilité de visite : la distance s'ajoute au confinement et augmente l'angoisse. Le changement d'équipe soignante avec laquelle une relation de confiance et de familiarité a pu se créer durant le début de l'hospitalisation accentue la peur et l'anxiété.

Déplacer ces patients reste extrêmement risqué, et peut provoquer « un sentiment de culpabilité ou de trahison » (expression d'un médecin), celui d'abandonner un patient avant la fin de sa prise en charge ou du moins de son amélioration manifeste.

### *c. D'autres modalités de communication*

**5.15. •** 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, sauf rares dérogations, 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.

**5.16. • Le travail d'équipe autour de l'information est fortement limité,** 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. Un dispositif spécifique doit pallier ce dysfonctionnement.

**D'où l'importance, dans la chaîne d'intervention, d'un maillon totalement ou en partie dédié à l'information et à son recueil pour une consultation postérieure éventuelle de ce qui s'est réellement passé<sup>18</sup>.**

---

<sup>18</sup> Toutes les cultures humaines présentent ce type d'acte symbolique de communication qui permet de procéder ultérieurement à l'affirmation qu'il y a eu un continuum d'humanité dans la prise en charge du patient, quelle que fut son issue.

**5.17. • Aucune société ne peut perdurer sans espoir de la fin d'une crise.** L'acceptation des mesures exceptionnelles et drastiques qui sont prises tient aussi dans l'attente d'une sortie de confinement.

Comment organiser la sortie de crise et éviter une nouvelle épidémie et contamination massive alors que, grâce au confinement, la population aura évité une contamination mais n'aura pas pu développer l'immunité nécessaire ?

## Synthèse 5

1. On ne saurait renoncer à une appréciation au cas par cas et privilégier des règles générales qui relèveraient aujourd'hui davantage de l'intuition. Le risque est de aussi verser dans une éthique procédurale qui dédouane et permet de « faire » sans réfléchir, sans penser.
2. Les critères de « triage » doivent être formulés de manière explicite, rediscutés en fonction de l'évolution clinique et des circonstances dans un contexte donné, contrôlés dans leurs modalités pratiques de mise en œuvre avec traçabilité sur un « registre de triage ».
3. Nécessité de vérifier l'effectivité de l'adéquation du tableau clinique de la personne au regard des critères décisionnels.
4. Rejeter le principe du « premier arrivé, premier servi ».
5. La création de « staffs du lendemain » permet une « analyse à chaud des pratiques ». La collecte et la remontée des informations en temps réel est nécessaire et doit faire l'objet d'un dispositif identifié.
6. Réfléchir au recours aux « réanimations d'attente » qui permettent de rechercher les volontés du patient exprimées antérieurement, de vérifier les antécédents et comorbidités qui n'auraient pas été identifiés à l'admission et d'apprécier après un délai raisonnable l'évolution sous traitement maximal.
7. Une réflexion doit être menée en amont sur le devenir des personnes qui, une fois le SDRA en voie d'amélioration, vont nécessiter des semaines de rééducation.
8. Dans cette deuxième phase, une mobilisation de psychologues de réanimation sera nécessaire du fait des séquelles psychiques habituelles des patients sortis de réanimation.
9. Une réflexion est nécessaire à propos des patients transférés dans un autre établissement éloigné sans que les professionnels qui les ont soignés connaissent la destination.
10. Le travail d'équipe autour de la circulation de l'information est fortement limité. D'où l'importance, dans la chaîne d'intervention, d'un maillon totalement ou en partie dédié à l'information et à son recueil pour une consultation postérieure éventuelle de ce qui s'est réellement passé.

## 6. Accompagnement de la fin de vie, les proches, le deuil<sup>19</sup>

*« Une des observations actuelles des soignants italiens est la détresse des patients qui meurent seuls et la difficulté d'en être les témoins impuissants. Certes, cette situation est plus fréquente hors réanimation, car en réanimation les patients déjà endormis ne se voient pas partir. »*

<sup>19</sup> Une étude détaillée a été réalisée à ce propos par l'Espace éthique IDF : « Autour des fins de vie, de la mort et du funéraire », disponible sur [www.espace-ethique.org](http://www.espace-ethique.org)

**6.1. • Dès le stade initial du processus décisionnel, les équipes de soins palliatifs doivent être associées à l'examen et aux arbitrages.**

**6.2. • Un espace spécifique dédié à la fin de vie des personnes non admises en réanimation ou en échec de réanimation doit être mis en place au sein de l'hôpital.**

*Il convient d'accompagner ceux que l'on ne peut pas sauver.*

**6.3 • La société d'accompagnement de soins palliatifs (SFAP) préconise des dispositifs de soins palliatifs adaptés, la pratique des sédations sans excès et non par défaut. Il convient également d'assumer des choix délicats en cas de manque de médicaments appropriés, notamment destinés à l'atténuation des souffrances.**

**6.4. • 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.

**6.5. • La sédation terminale doit-elle s'imposer (et selon quelles règles ?) au regard d'une sédation discontinue impossible à assurer dans le cas des SDRA ? Ne risque-t-on pas de la voir assimilée à une « euthanasie d'exception » ?**

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

**6.7. • Les proches ne doivent pas éprouver le moindre sentiment de négligence à l'égard de la personne malade dont on anticiperait le moment de la mort.** La temporalité manque pour négocier avec eux l'acceptabilité d'une décision ainsi que les contraintes de la distanciation. Y compris, si pour pondérer cette difficulté, il est évident que la dramatisation des circonstances rend plus accessible à la gravité de certaines échéances.

**6.8. • Il convient d'envisager des dispositifs qui puissent, sous une forme ou une autre, favoriser la communication avec les proches. La présence auprès du mourant constitue un objectif à ne pas négliger.**

**6.9. • L'accompagnement à la décision des professionnels des soins palliatifs ainsi que leurs soutiens psychologiques relèvent d'un besoin évident, cela d'autant plus lorsque les temps de transmission ne sont plus envisageables.**

**6.10. • En chambre mortuaire, il est nécessaire d'initier d'autres approches que celles habituellement en vigueur, en tenant compte des règles contraignantes de sécurité sanitaire : visualisation du défunt à distance,**

vidéos, photos, nouveaux modes de ritualisation afin de tenir des contraintes de la distanciation.

**6.11. • Des dispositifs doivent permettre de ne pas compromettre l'approche du deuil** et d'accorder une attention particulière en cas de deuils multiples liés à la contamination.

**6.12. • Un accompagnement des professionnels du funéraire est nécessaire** : ils sont habituellement les « grands oubliés » des crises sanitaires du fait des connotations attachées à leurs missions pourtant essentielles.

**6.13. • Il importe d'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.

**6.14. • Pour les « autres morts »** intervenant en temps de crise sanitaire, penser à l'idée qu'elles sembleront peut-être moins *mémorables* dans ce contexte de centration sur la mort par Coronavirus.

## Synthèse 6

1. Dès le stade initial du processus décisionnel, les équipes de soins palliatifs doivent être associées à l'examen et aux arbitrages.
2. Un espace spécifique dédié à la fin de vie des personnes non admises en réanimation ou en échec de réanimation doit être mis en place au sein de l'hôpital.
3. Nécessité de dispositifs de soins palliatifs adaptés et d'assumer, le cas échéant, des choix délicats en cas de manque de médicaments destinés à la réduction des souffrances. L'impératif doit rester d'éviter l'effroi de se voir mourir en suffoquant.
4. Une mobilisation de psychologues de réanimation compétents au regard de tels enjeux devrait absolument être favorisée.
5. Il convient d'envisager des dispositifs qui puissent favoriser la communication avec les proches. La présence auprès du mourant constitue un objectif à ne pas négliger.
6. Les proches ne doivent pas éprouver le moindre sentiment de négligence à l'égard de la personne malade dont on anticiperait le moment de la mort.
7. En chambre mortuaire, il est nécessaire d'initier d'autres approches en tenant compte des règles contraignantes de sécurité sanitaire (visualisation du défunt à distance, vidéos, photos, nouveaux modes de ritualisation) afin de tenir des contraintes de la distanciation.
8. Des dispositifs doivent permettre de ne pas compromettre le deuil.
9. Un accompagnement des professionnels du funéraire est nécessaire.
10. Il importe d'évoquer les possibilités de commémoration à la sortie de la crise.

## 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 intersectionnelle 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 décision<sup>20</sup> ; 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.
- D. Norman. 2008. *Just Health. Meeting Health Needs Fairly*, New York, Cambridge University Press.
- M. Fleurbaey. 1996. *Théories économiques de la justice*, Paris, Economica.
- G. Lachenal, C. Lefève, V.-K. Nguyen (dir.). *La médecine du tri. Histoire, éthique, anthropologie*, Paris, PUF, Coll. Cahiers du Centre Georges Canguilhem n°6, 2014.
- J. Rawls. 1971. *Théorie de la justice*, Seuil.
- A. Sen. 1987. *On Ethics and Economics*. Oxford, Basil Black

---

<sup>20</sup> 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 faite 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.

## Triage médical : quelle justice face à l'exigence démocratique ?

**Étienne Dignat**

*Doctorant en théorie politique, Sciences Po – CERI, Chercheur invité à Columbia University*

Article initialement publié dans *The Conversation*, 25 mars 2020.

Le 17 mars 2020, face à la multiplication des cas graves de patients atteints du coronavirus, la Fédération hospitalière de France caractérisait la saturation de certains services de réanimation en parlant de « médecine de guerre ». Dans un contexte marqué par l'urgence et la limitation des ressources, l'expression renvoie à la nécessité d'opérer des sacrifices si tous les malades ne peuvent être soignés. Le même jour, un document intitulé « Priorisation de l'accès aux soins critiques dans un contexte de pandémie » était justement présenté à la Direction générale de la Santé afin de guider les médecins dans leurs choix. En Italie, en Belgique, en Angleterre, en Espagne ou encore aux États-Unis, les réflexions similaires abondent par précaution.

C'est en effet à la responsabilité des soignants qu'est traditionnellement associé le triage, perçu comme un dilemme relevant de l'éthique médicale au sens plein du terme. Il est toutefois nécessaire de rappeler que cette grille d'analyse ne saurait être exclusive quand les nations sont confrontées à une épidémie de cette ampleur. Parce que cette crise est un phénomène « total », la pratique, située en bout de chaîne, doit être replacée dans le contexte d'une responsabilité collective. L'acceptation démocratique de ces choix tragiques ne peut se faire qu'au prix d'une compréhension générale des enjeux. À ce titre, ils deviennent un problème de « justice distributive » mettant en conflit, au sein de tous les pays, plusieurs paradigmes concurrents.

### Une pratique polymorphe

Le triage médical est une pratique polymorphe. Premièrement, sous la forme du « triage médical d'urgence », il s'effectue quotidiennement dans tous les hôpitaux. Des besoins très différents sont évalués pour réguler au mieux l'accès aux soins dans le temps sans mettre en péril la vie des patients, et le rationnement des ressources, quand il existe, est pensé comme une exception. Parallèlement, les équipes de réanimation possèdent leurs propres critères d'éligibilité. Elles distinguent entre les patients pour lesquels tout acte de soin est d'ores et déjà inutile, ceux qui peuvent seulement supporter une partie du traitement et ceux pour lesquels il est possible de tout mettre en œuvre.

Deuxièmement, le « triage de catastrophe » se distingue par sa rareté et le fait qu'il assume par nature la contrainte de ne pouvoir sauver tous les patients en mesure d'être soignés. Il caractérise notamment les situations de « guerre » ou post-attentats. Le degré de gravité des blessures et les chances de survie sont ici évalués pour éviter les morts « précoces » qui surviennent juste après le drame.

Troisièmement, la crise actuelle se présente comme un dépassement de ce cadre. Comme l'indique Emmanuel Hirsch :

*« 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. »*

Si la temporalité et l'ampleur du défi semblent inédites, le passage de l'évaluation compassionnelle du patient selon ses besoins à l'inscription rationnelle de son cas au sein d'un équilibre collectif indexé sur les ressources disponibles est entériné. À ce titre, les critères des équipes de réanimation perdurent mais sont pensés dans la gestion d'un nombre plus important de cas. Alors qu'aujourd'hui seules les personnes incapables de supporter la réanimation sont exclues par le tri, une sélection entre des patients pour lesquels celle-ci serait utile est désormais envisagée.

## **Face au Covid-19, le triage médical est nécessairement un enjeu politique**

Dans ce contexte, il est essentiel de dépasser l'idée que le tri des patients, parce qu'il se déroule dans le huis clos médical, serait dépourvu de toute dimension politique. La tâche à venir pour les médecins est connue et suscite des questions légitimes de la part de citoyens. La solidarité nationale, donnée essentielle qui repose notamment sur l'égalité supposée entre les individus, l'attachement à la vie humaine et l'exigence de transparence, est mise au défi.

Pour être accepté, le tri doit par conséquent être le plus juste possible et renouer avec sa promesse originelle. Fondé sur les valeurs de l'égalité, rejetant les déterminants sociaux qui favorisent les injustices, le triage médical comporte théoriquement une dimension démocratique. Or, alors que le passage à la pratique fait craindre la permanence de structures de domination – origine, classe sociale – et témoigne d'une absence de consensus quant aux critères à retenir, le politique devient le garant du fonctionnement d'un système que la crise va éprouver et dont il sera également comptable en termes de résultats. Au cœur de diverses traditions nationales, il fait figure d'arbitre ultime de la hiérarchisation des valeurs qui doivent guider la gestion de cette crise, comprise comme un enjeu de santé publique.

## **Sauver le plus grand nombre ? Le pari utilitariste**

À l'image d'autres questions de justice distributive, la répartition des biens de santé est ainsi traversée par une tension entre l'utilitarisme et l'égalitarisme compris dans un sens large, c'est-à-dire entre la volonté de privilégier l'intérêt du plus grand nombre et celle de traiter tous les individus de manière équitable ou égale.

La vocation utilitariste est traditionnellement associée au triage médical en ce qu'il a souvent pour but explicite de favoriser une efficacité indexée sur la préservation du plus grand nombre de vies. C'est d'ailleurs l'esprit du texte remis à la Direction générale de la Santé le 17 mars. Celui-ci incite à l'utilisation du « score de fragilité », un indicateur qui classe les



individus selon leur état de santé préalable et l'évolution attendue après leur contamination par le Covid-19. Le message implicite est clair : il convient de privilégier les patients présentant les meilleures chances de survie.

Cette conception purement « arithmétique » des vies sauvées a néanmoins ses limites et se trouve parfois complétée par une logique « qualitative » qui prend en compte d'autres paramètres. Plusieurs exemples, de nature hypothétique, permettent d'illustrer l'intérêt de cette démarche et le fait qu'aucun critère ne saurait être incontesté : choisirait-on réellement de privilégier une personne de 75 ans avec 40 % de chances de survie au détriment d'une personne de 30 ans qui, en raison de facteurs de comorbidité, n'en possède que 30 % ? En outre, les « années sauvées » ne constituent-elles pas un critère pertinent qui justifierait de traiter en priorité une personne de 20 ans dotée d'une soixantaine d'années d'espérance de vie moyenne en "bonne santé", contre trois personnes de 80 ans et dotées respectivement de cinq années, soit quinze au total ?

Selon le modèle de l'indice QALY (quality-adjusted life year), les personnes les plus âgées bénéficient par d'exemple d'un score souvent plus faible et sont considérées comme moins prioritaires que d'autres individus qui requièrent moins de soins dans l'absolu. Cette approche est notamment développée en Angleterre dans des contextes non épidémiques et pour des raisons économiques (coûts – bénéfices). Il n'est ainsi pas rare de voir naître la polémique dans le pays quand un patient en stade terminal se voit refuser l'accès à un protocole de soins qui lui permettrait un « sursis ». Le coût de la démarche n'est alors pas jugé « acceptable » en comparaison avec une utilisation alternative de la même ressource – y compris pour des actes moins urgents.

## La permanence de l'aspiration égalitaire

Cet écart entre la situation critique des individus et la hiérarchisation en termes de priorité – assimilant la justice à la capacité de maximiser à la fois les chances de survie du plus grand nombre et la qualité de ces années sauvées – engendre diverses critiques qui empruntent respectivement aux notions d'équité et d'égalité. La première affirme, dans une optique proche du triage médical d'urgence, la primauté des malades les plus gravement atteints. Elle renoue avec les manifestations originelles de la pratique du tri qui insistaient plus sur l'exigence d'équité que sur celle de maximisation des ressources. C'est ainsi que Dominique Jean Larrey, chirurgien en chef de l'armée napoléonienne, fondait son tri uniquement sur la sévérité de la blessure et estimait que la justice consiste à soigner prioritairement ceux qui en ont le plus besoin à l'instant T.

La seconde critique se réclame du principe d'égal accès au traitement. De ce point de vue, le triage devrait restaurer l'égalité stricte entre les personnes dans l'accès aux ressources. Excluant par exemple le facteur discriminant de l'âge, la logique se fonde cette fois sur une perspective individuelle et se trouve justifiée par le fait que chaque personne valorise à parts égales sa vie. Dès lors, quand on doit choisir malgré tout, une prédilection est donnée aux critères perçus comme étant les plus neutres (tirage au sort, « premier arrivé, premier servi »). Sans souscrire à ces raisonnements alternatifs dont la justesse est discutable, ces réticences ont le mérite de nous obliger à préciser la teneur de l'option utilitariste si elle devait se manifester dans des cas extrêmes. La maximisation de l'intérêt du plus grand nombre n'est

pas incompatible avec certaines aspirations égalitaires. C'est ainsi que les origines n'ont aucune influence sur les choix menés ou qu'aucun patient déjà sous respiration artificielle avec des chances *raisonnables* de survie ne sera "débranché" au profit d'une autre personne qui bénéficie d'un pronostic encore meilleur. Quant à l'âge avancé, il ne doit pas être perçu comme un critère de discrimination sociale mais comme une variable du diagnostic médical. Il est vrai que certains patients très âgés ne sont pas en mesure de supporter la réanimation en elle-même et que le tri déjà pratiqué trouve ici une forme de logique. Ainsi comprise, la pratique bénéficie d'une légitimité accrue en ce qu'elle témoigne de sa prise en compte de valeurs cardinales au sein des sociétés et ne se résume pas à l'application de critères bruts de discrimination.

## Rendre le triage acceptable démocratiquement

Plusieurs écueils perdurent néanmoins pour rendre le tri acceptable démocratiquement. Tout d'abord, gardons à l'esprit que les modèles n'épuiseront pas la diversité du réel. Les praticiens resteront confrontés à ce sentiment de solitude face à certains cas d'exception quand, pour les proches des malades, toute mort restera inacceptable.

Ensuite, un effort politique est à mener pour susciter une concorde la plus large possible et préserver le corps médical. La prise de parole de l'exécutif, incarnation de la souveraineté démocratique, peut ainsi être un outil de légitimation du triage. Elle doit également rappeler que le respect de la dignité des patients est impératif en toutes circonstances, et ce jusqu'à l'accompagnement en soins palliatifs.

Enfin, pour limiter les dommages futurs, la réflexion sur la justice distributive doit être élargie. Une pensée utilitariste encore plus poussée pourrait par exemple insister sur l'« utilité sociale » des soignants – combien de vies sont-elles sauvées quand nous préservons la santé et l'activité d'un médecin ? – et viserait à leur protection en amont (prévention des risques) et en aval (soins). Il semblerait alors indispensable de repenser l'allocation des biens nécessaires à l'action efficace de ce personnel, à l'image des tests de dépistage et des masques de protection. Dans ce cas comme ailleurs, les manques sont le produit de choix politiques globaux, effectués en amont, et qui créent les conditions d'une rareté dont nous payons à présent collectivement le prix.

## V - Bibliographie

1. Articles et ouvrages (76 références)
2. Autres : recommandations et lignes directrices (16 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. Sandrock, 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/38jyTZ7TW2ZLjO4LxYFHS5Z6H2?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 Ardalani, 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>

- 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>
- 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/38Rdr332m1HWruH43NOJxsW6H2?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/34Na7FuaUMJisYDFh5WWjr6H2?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.1111%2Fj.1742-6723.2011.01523>
- 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>
- Kushner, 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%2Fs00134-008-9216-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](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>