



DES-C « Pathologie Infectieuse et Tropicale »

BILAN ÉTHIQUE DE LA PANDÉMIE COVID-19

Dr Matthieu Le Dorze

Réanimation chirurgicale polyvalente – Hôpital Lariboisière

Directeur médical de crise adjoint aux soins critiques – Hôpital Lariboisière

Comité éthique de la SFAR

Groupe éthique ARS IDF – Collégiales MIR-MAR-MU

UN CONTEXTE SPECIFIQUE

Entre tension et saturation

- Un déséquilibre entre les besoins et les ressources
- Une tension quantitative et qualitative
- Des stratégies organisationnelles
- Des stratégies thérapeutiques
- Des stratégies de priorisation

La multiplication des incertitudes

- Epidémiologiques
- Scientifiques
- Médicales
- Sociétales

UN CONTEXTE SPECIFIQUE

Une succession de vagues épidémiques

La crainte des nouveaux variants

La lassitude

Une infodémie persistante

Une adaptation renouvelée de notre structure de soins

Une confusion des rôles généralisée

Politique

Administratif

Scientifique

Soignants

Scène médiatique

PENSER LES PRIORISATIONS

UNE RÉTICENCE: « une vie vaut une vie »

· ESPRIT ·

Comprendre le monde qui vient

**À qui offrir
le dernier
respirateur ?**

Matthieu Le Dorze, Élie Azoulay et Sadek Beloucif

PENSER LES PRIORISATIONS

UNE NÉCESSITÉ contre le risque d'une éthique d'exception injuste

- Une attention exclusivement exclusivement **égalitariste** (tirage au sort, ordre d'arrivée)
- Une considération exclusivement **utilitariste** (médicale puis sociale). Risque d'exclusion des plus vulnérables.
- Une compréhension **évènementielle** (Covid versus non Covid, soins critiques versus soins programmés)
- Une approche soumise à des **émotions** non maîtrisées

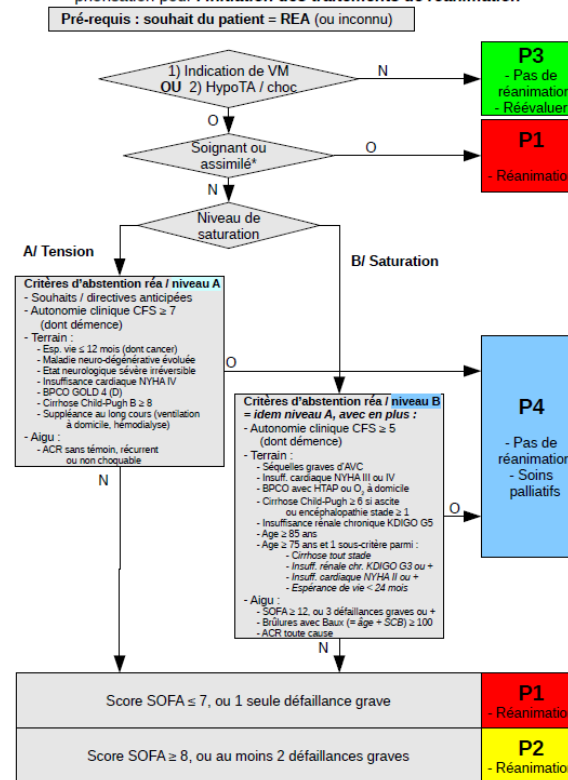
UN CADRE OPERATIONNEL ?

LA PROMESSE d'une décision moralement juste et techniquement efficace

→ Sauver le plus de vies ou le plus d'années de vie en allouant les ressources à ceux qui ont le plus de probabilité d'en bénéficier, avec un équilibre entre quantité de vie et qualité de vie



Fig.1 – Patients en état critique en situation de pandémie à COVID-19 :
priorisation pour l'initiation des traitements de réanimation



DES CRITERES OBJECTIFS?

ROBUSTES ? Evidence based medicine et maladies émergentes

PERTINENCE ?

CLINIQUE Objectivité scientifique et subjectivité médicale. Singularité.
Ex: critère de l'âge versus fragilité.

SANITAIRE Dynamiques. Adaptés à la situation sanitaire.
Ex: Métropole versus Outre-Mer

DEMOCRATIQUE Mise en commun des éléments du débats. Transparence.
Ex: Au-delà des critères médicaux ?

AU DELA DES CRITERES

ANTICIPATION: une exigence

Limiter les tensions en amont

Respect des volontés du patient

Recueil précoce des éléments pertinents

Définition du projet de soins

POTENTIEL DE REVERSIBILITE A PRIORI

A évaluer au cas par cas pour chaque patient

Aucune décision prise sans examiner le patient

Indépendamment du statut Covid

Evaluation et ré-évaluation

AU DELA DES CRITERES

RESPECT DES VOLONTES, DES PREFERENCES, DES VALEURS DU PATIENT

Patient en état d'exprimer ses volontés

Directives anticipées, personne de confiance, proches

Représentations familiales au-delà de la valeur instrumentale

ELEMENTS STRUCTURELS DE LA DECISION

Collégialité: avis extérieur, concertation avec l'équipe de soins

Jamais un seul critère

Etat antérieur : âge, fragilité, comorbidités, neuro-cognition, autonomie

Etat actuel: nombre et sévérité des défaillances d'organes, SOFA

Confort physique et psychologique et besoin de soulagement

AU DELA DES CRITERES

COMMUNICATION

Information, communication, transparence

Implication des proches dans une co-construction de la décision. Affronter le choc des subjectivités.

Traçabilité

POURSUITE DES SOINS

Thérapeutiques versus soins

Quelle que soit l'orientation

Maintien des visites: droit de visite opposable

Obligation des soins palliatifs dont sédations proportionnées versus sédation profonde et continue altérant la conscience et maintenue jusqu'au décès

LE TRIAGE VERSUS DES PRIORISATIONS

PRIORISATION COVID

DEPROGRAMMATION

Soins urgents programmés

Transplantation d'organes, Oncologie, Chirurgie, etc.

Vers des déprogrammations intelligentes, des sanctuarisations

D'UNE ETHIQUE DU SOIN VERS UNE ETHIQUE DE L'ORGANISATION DES SOINS

RISQUE PSYCHO-SOCIAL POUR LES SOIGNANTS

Physique

Rythme de travail. Covid des soignants.

Psychologique

Conséquences psychologique par les manquements à l'éthique du soin quand les conditions sanitaires ne peuvent la satisfaire

Lien avec la société

Des applaudissements à la méfiance

→ Une nécessaire reconnaissance institutionnelle et proposition de soutien

→ Une nécessaire analyse rétrospective ed l'expérience vécue

CONCLUSION

Difficulté de concilier

Les impératifs éthiques (non malfeasance, respect de l'autonomie et de la dignité des personnes)

Avec L'efficacité et la justice distributive

Des défis relevés

Une institution métamorphosée

Une intelligence collective

La nécessité du récit pour que le jour d'après ne ressemble pas au jour d'avant. Ethique narrative.

CONCLUSION

Toujours garder **l'éthique du soin chevillée au corps** et refuser une éthique de l'exceptionnel.

Une attention particulière à l'injustice et l'équité tant les intérêts individuels, les obligations professionnelles et le bien commun entrent en tension

Plus de **démocratie sanitaire**: légitimité des processus décisionnels et acceptabilité

Résistance: vers une éthique de la transgression !:

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ARS
Agence Régionale de Santé
Île-de-France

RECOMMANDATIONS RÉGIONALES

COVID-19

COVID-19 010

Instaurer ou poursuivre une prise en charge en soins critiques (réanimation ou unité de surveillance continue adulte) dans un contexte de résurgence de l'épidémie de covid-19

Comité éthique de la SFAR

A PROPOS DES DECISIONS MEDICALES D'ADMISSION DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS CRITIQUES EN CONTEXTE PANDEMIQUE : QUELQUES REPERES

S FAR
Société française d'anesthésie-réanimation

Service de santé des armées

Priorisation des traitements de réanimation pour les patients en état critique en situation d'épidémie de COVID-19 avec capacités limitées

Azoulay et al. *Critical Care* (2020) 24:293
<https://doi.org/10.1186/s13054-020-03021-2>

Critical Care

VIEWPOINT **Open Access**

Admission decisions to intensive care units in the context of the major COVID-19 outbreak: local guidance from the COVID-19 Paris-region area

Élie Azoulay^{1*}, Sadek Beloucif^{1,2}, Bertrand Guidet^{1,3}, Dominique Pateron^{1,4}, Benoît Vivien^{1,5} and Matthieu Le Dorze^{1,6}

[Check for updates](#)

Contents lists available at ScienceDirect

ELSEVIER **Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine**

journal homepage: www.elsevier.com

Editorial

COVID-19 and ethics: We learn as we go. But where are we going?

[Check for updates](#)

Intensive Care Med (2021) 47:638–639
<https://doi.org/10.1007/s00134-020-06343-5>

FROM THE INSIDE

A Letter to Denise

Matthieu Le Dorze^{1,2}, Nancy Kentish-Barnes^{2,3}, Sadek Beloucif^{2,4} and Elie Azoulay^{2,3*}

[Check for updates](#)

LA CROIX

Soigner tout un chacun pendant le Covid-19

34 | IDÉES

Lettre à Denise qui ne pourra pas la lire

Dans une adresse émise à une patiente âgée, qui a échoué de ne pas occuper le dernier lit disponible en réanimation et est décédée des suites du Covid-19, trois réanimateurs et une sociologue discutent le métrisme et la difficulté d'accéder à l'information qu'on donne à la patiente et la tentation de l'oublier.



Chère Madame, Nous vous savions cré de cette expérience médicale, humaine et sociale inédite. Nous pensons à vous à chaque situation dans laquelle une décision difficile devra être prise.

Chère Madame, Nous vous savions que vous étiez une personne qui avait une expérience de la médecine. Nous pensons à vous à chaque situation dans laquelle une décision difficile devra être prise.

Chère Madame, Nous vous savions que vous étiez une personne qui avait une expérience de la médecine. Nous pensons à vous à chaque situation dans laquelle une décision difficile devra être prise.