

L'accès aux soins de réanimation en période de pandémie de Covid-19

Fiche Repères CNERER

Décembre 2021



Travail coordonné par l'ERE Bourgogne – Franche-Comté

Lors de la première vague de l'épidémie de Covid-19 en mars 2020, l'objectif des autorités de santé a été le maintien de l'offre de soins non différés tout en assurant l'adaptation nécessaire des capacités d'accueil hospitalières des nombreuses victimes des complications respiratoires de la maladie. L'afflux brutal et soutenu de patients gravement atteints, a conduit les sociétés savantes de réanimation à proposer des conduites qui tenaient compte de la situation sanitaire^{1 2}. Il s'agissait alors de guider les pratiques sans s'écarter des principes éthiques fondamentaux. Ainsi, l'adaptation des pratiques consiste certainement à hausser le niveau de nos performances (« soigner le plus grand nombre ») sans jamais oublier la singularité de chaque patient mais aussi, à s'écarter du recours à des pratiques dégradées. Ce texte a pour objectif de confronter nos principes éthiques à la situation vécue lors de la première vague de la pandémie.

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| Priorisation des soins | 1 |
| La place des proches en réanimation | 5 |
| La gestion des ressources (humaines et matérielles) | 6 |
| Pour aller plus loin | 11 |

PRIORISATION DES SOINS

La pandémie de Covid-19 a bousculé la temporalité du soin et mis en évidence des situations d'inadéquation des ressources au regard de besoins accrus, dont certaines ont conduit à des prises de décisions difficiles en matière d'allocation de moyens, notamment en termes de lits de réanimation.

¹SRLF. [Critères d'admission et modalités de prise en charge en réanimation en contexte pandémique](#), 9 avril 2020

²SFAR, [Priorisation des traitements de réanimation pour les patients en état critique en situation d'épidémie de COVID-19 avec capacités limitées](#), 15 avril 2020

✓ Repères éthiques (principe, dilemme, risque)

Le fait de « prioriser » les patients, de procéder à un « tri médical »³ en réanimation n'est pas propre à une crise sanitaire. En effet, quelle que soit la période, « *la décision d'admettre un patient en réanimation est une décision individualisée, sous-tendue par un équilibre mettant en jeu le principe de bienfaisance (amélioration du pronostic individuel) et celui de non-malfaisance (application de techniques de suppléances « invasives* »⁴. C'est également la conséquence de choix politiques concernant le capacitaire disponible en lits de soins critiques sur le territoire français obligeant parfois à cette priorisation en cas de manque de lits.

Dans un contexte de forte tension du système hospitalier avec un afflux massif de patients, les soignants sont confrontés à une tension éthique « par conflits d'actes », entre « faire vivre et laisser mourir »⁵. Les décisions d'admission en réanimation sont prises dans l'urgence en faisant prévaloir le principe d'équité sur celui d'égalité afin de répartir le plus justement les ressources pour le bénéfice de chacun. Comme le rappelle le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE), « *La question éthique fondamentale dans cette situation de crise est de conjuguer à la fois les principes de bienfaisance, de respect de la dignité et de l'autonomie de chaque personne, avec l'objectif de tout tenter pour sauver le plus de vies et n'abandonner aucune personne par une absence de soins* »⁶.

Aussi, il est important que toute décision de priorisation respecte les principes communs que sont⁷ :

- **Principe d'équité** : Les ressources limitées à disposition seront distribuées en fonction des besoins de chacun, sans discrimination *a priori* (âge, comorbidités, statut social, handicap, état de fragilité). Aucun de ces critères pris isolément ne saurait suffire à justifier des modalités d'accès ou non aux soins.
- **Principe de bienfaisance** : Le principe de bienfaisance est à envisager en fonction du principe d'équité quand les ressources techniques, matérielles et humaines se font rares et ne seraient pas disponibles pour tous. Il faut donner le soin le plus bénéfique possible à chaque malade en fonction des moyens disponibles, en

³ Cremer R., Valette P., « Peut-on parler de tri des malades et avec qui ? », *Éthique & Santé*, novembre 2020

⁴ Acquier M., « [Covid-19 : Le tri médical est une réalité que le médecin qui s'y trouve contraint doit assumer](#) », *Le Monde*, 22 avril 2021

⁵ Bonicci B, *Réflexion autour de la saturation du système de santé et pénurie de moyens. Portée et limites du système de santé. Réflexion introductive*, Cellule de soutien éthique ERE PACA-Corse, 4 avril 2020

⁶ CCNE, [Enjeux éthiques de la prise en charge et de l'accès aux soins pour tous en situation de forte tension liée à l'épidémie de Covid-19](#), 16 novembre 2020, p. 2

⁷ Issus des travaux de l'Espace Éthique PACA-Corse, de l'Espace Éthique Normandie et Ile-de-France.

établissant des priorités quand il n'y a pas assez de traitements et/ou de lits de réanimation pour tous.

- *Principe d'autonomie* : Le principe d'autonomie vise à respecter, autant que les moyens le permettent, les préférences du patient telles qu'il peut ou a pu l'indiquer directement ou indirectement (directives anticipées, témoignages de la personne de confiance, de la famille ou des proches).
- *Respect de la personne dans sa dignité* : Chaque personne est reconnue dans sa dignité, c'est-à-dire dans sa valeur intrinsèque absolue. Il est essentiel de respecter cette dignité dans l'accompagnement de tous les patients y compris de celles et ceux qui ne pourront pas bénéficier de soins critiques.
- *Principe de non-malfaisance* : Une prise en charge en réanimation dont le rapport bénéfice/risque est à l'évidence défavorable au patient constitue une obstination déraisonnable, source de souffrances inutiles.

Ainsi, lors d'une crise sanitaire, la démarche éthique cherche à voir comment prioriser les soins dans une situation de déséquilibre entre les besoins et les ressources disponibles.

La priorisation des patients en situation de saturation du système de santé est toujours un processus continu, dynamique et révisable surtout lorsque l'afflux est prolongé (contrairement en traumatologie de catastrophe par exemple). Ce processus de priorisation doit concerner l'initiation des traitements de réanimation autant que leur poursuite lorsqu'ils ont été instaurés.

Il faut aussi distinguer les situations de tensions, où des transferts de patients sont encore possibles, des situations de saturation où il n'y a plus de lits disponibles.

✓ Repères pratiques

La décision d'admission en réanimation

Toutes les décisions sont éclairées par « des éléments objectifs potentiellement évolutifs concernant l'état de gravité, l'état antérieur de santé et d'autonomie, et prises dans les meilleures conditions possibles, en tenant compte de l'avis du patient (ou à défaut de la personne de confiance ou des proches en l'absence de personne de confiance identifiée), tout au long du parcours de soin »⁸.

En situation d'incertitude, il est possible de réfléchir à **une « réanimation d'attente »** [dans l'acceptation de la SFAR/SRLF] qui permet de rechercher les

⁸ RPMO. [Aspects éthiques et stratégiques de l'accès aux soins de réanimation et autres soins critiques \(SC\) en contexte de pandémie COVID-19. Pistes d'orientation provisoires](#), 24 mars 2020

volontés du patient exprimées antérieurement, de vérifier les comorbidités qui n'auraient pas été identifiées à l'admission, d'apprécier l'évolution après un délai raisonnable de prise en charge maximale et proportionnée à la situation⁹. La poursuite ou l'interruption des traitements doivent pouvoir aussi se discuter en fonction du changement du niveau d'adéquation des ressources au regard de l'amélioration ou de l'aggravation de la situation du patient et des perspectives évolutives envisageables.

Une décision qui doit rester singulière...

Toute décision se doit d'être ajustée aux besoins du patient. « *Aucun critère unique, aucun arbre décisionnel ou protocole ne doivent être utilisés sans engager une réflexion éthique au cas par cas.* » (CCNE). En effet, « *le protocole doit constituer une base de discussion, de délibération, [une aide à la décision] mais sans prescrire la réponse par anticipation. 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* »¹⁰.

... prise de façon collégiale

Le principe de collégialité doit toujours être assuré, même dans le contexte de l'urgence. Les décisions doivent pour cela reposer « *sur des critères explicites et justifiés, et faire l'objet d'une traçabilité écrite et d'une communication claire et loyale* » (CCNE).

... en veillant toujours à assurer le confort du patient quelle que soit la décision (recours aux soins palliatifs, à une sédation et à une analgésie, etc.).

Anticiper la décision dans le parcours de soin

Des discussions collégiales incluant des réanimateurs peuvent avoir lieu en amont des soins critiques afin d'anticiper les décisions et garantir un temps de délibération nécessaire¹¹. L'objectif est d'éviter une décision prise dans l'urgence sans une bonne connaissance de la situation du patient.

Aider les équipes à la décision

Il est important de **soutenir les équipes dans les décisions difficiles qu'elles ont à prendre, afin de limiter la souffrance au travail des soignants**¹².

⁹ *Ibid.*

¹⁰ ERE Ile-de-France, *Éthique et décisions en réanimation. Analyse et propositions*, Observatoire Covid-19 Éthique & Société, 6 avril 2020.

¹¹ Rigaud JP, Meunier-Beillard N, Aubry R, Dion M, Ecartot F, Quenot JP, « [Le médecin réanimateur : un consultant extérieur pour un choix éclairé du patient et de ses proches ?](#) » *Réanimation*, 2016;25:367-71.

¹² ERE Nouvelle-Aquitaine, « [Retour d'expériences éthiques lors des deux vagues COVID : en Médecine Intensive Réanimation](#) », in Points de vue sur la crise sanitaire, p. 3-4.

- Un soutien à la réflexion éthique doit être apporté aux équipes appelées à faire des choix de priorisation et confrontées à des dilemmes éthiques. « *Cet appui pourra s'opérer par le recours aux cellules de soutien éthique déployées notamment par les Espaces régionaux de réflexion éthique (ERER), par l'activation et l'adaptation du fonctionnement des comités d'éthique internes aux établissements ou par la création de dispositifs de proximité (équipe mobile ou astreinte éthique)* ». (CCNE)
- Des discussions informelles d'équipe doivent être favorisées. Cela peut permettre 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. La collecte et la remontée des informations en temps réel est nécessaire et doit faire l'objet d'un dispositif identifié¹³.

LA PLACE DES PROCHES EN REANIMATION

La situation sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a entraîné une restriction des visites des proches dans les établissements de santé, notamment en réanimation.

Si elle pouvait se comprendre et s'expliquer au début de la pandémie, cette restriction doit être reconsidérée aujourd'hui. S'il est indispensable de s'adapter à la situation sanitaire de façon à éviter les transmissions interhumaines, il faut parallèlement s'attacher à maintenir la relation « patients - soignants – proches », élément incontournable de la prise en charge en réanimation¹⁴.

Le respect des mesures barrière et le déploiement de la vaccination doivent désormais permettre aux proches de maintenir, voire d'accentuer, en ces circonstances particulières, leur présence auprès des patients et leur implication dans le processus de soin.

✓ Repères éthiques (principe, dilemme, risque)

« *La relation avec les proches est capitale. Elle doit leur permettre d'être informés en toute transparence, d'être écoutés et de trouver leur place dans le processus de soin. Les proches, comme le patient, ont besoin d'être accompagnés dans l'épreuve que constitue une hospitalisation en réanimation* »¹⁵.

- La famille est un interlocuteur indispensable et incontournable lorsque le patient est dans l'impossibilité de communiquer du fait du processus

¹³ ERE Ile-de-France, *Ethique et décisions en réanimation. Analyse et propositions*, op.cit.

¹⁴ SRLF, [Recommandations pour les visites des proches en réanimation](#), 1 avril 2021.

¹⁵ Ibid.

pathologique ou d'un traitement sédatif. La prise en compte des souhaits et/ou des choix du patient (exprimés de façon directe ou indirecte) est impérative pour respecter le *principe d'autonomie*.

- Il est important de favoriser autant que possible la présence des proches auprès du patient, notamment pour des situations de fin de vie afin de respecter les *principes de bienfaisance et de dignité*.

✓ Repères pratiques

« *Les visites des proches en réanimation restent possibles, souhaitables et bénéfiques même dans le contexte de l'épidémie de Covid-19. Malgré la situation sanitaire, la fréquence, le nombre de visiteurs et la durée des visites doivent permettre un accès le plus large possible des proches auprès des patient* »¹⁶.

Adapter les visites au contexte sanitaire

Il est possible de répondre aux besoins des proches et des familles en modifiant les organisations au sein des services.

- « *L'accessibilité du service 24h sur 24 doit être maintenue. Il est préférable d'organiser les visites sur rendez-vous (par le secrétariat ou des personnels paramédicaux) afin que les familles ne se croisent pas dans la salle d'attente pour limiter le risque de transmission virale. Les visites sont tracées dans un fichier dédié et tenu à jour* »¹⁷ ;
- « *La présence des proches et leur accompagnement doivent être facilités lors de moments particuliers (admission, fin de vie)* »¹⁸ ;
- Les accès doivent être organisés pour permettre aux aumôniers hospitaliers d'assurer leur mission¹⁹.

LA GESTION DES RESSOURCES (HUMAINES ET MATERIELLES)

La pandémie de Covid-19 a confronté les services de réanimation à des conditions de tension extrêmes imposant une réorganisation des soins avec « des

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ RLF, [Recommandations pour les visites des proches en réanimation](#), *op. cit.*

¹⁸ SRLF, [Critères d'admission et modalités de prise en charge en réanimation en contexte pandémique](#), *op. cit.*

¹⁹ [Circulaire n° DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé](#).

disponibilités en lits et en ressources (humaines, techniques et médicamenteuses) particulièrement contraintes »²⁰.

✓ Repères éthiques (principe, dilemme, risque)

Cette crise sanitaire a totalement bouleversé les pratiques, confrontant le système de santé à des incertitudes quant aux modalités de prise en charge des patients infectés et aux mesures destinées à protéger les soignants de la contamination.

Dans ce contexte d'urgence avec un afflux massif de patients potentiellement contagieux, il faut à la fois gérer les ressources matérielles, celles à disposition et celles pour lesquelles il existe une pénurie, comme ce fût le cas pour les masques, les équipements de protection individuels (gants et sur-blouses au printemps 2020) ou les solutions hydro alcooliques, et parallèlement former des professionnels de santé issus d'autres spécialités afin de renforcer les équipes soignantes dans les services de réanimation. Outre l'aspect opérationnel de ces renforts, ceci contribue à prévenir la souffrance des professionnels particulièrement exposés et dont le quotidien a été marqué par une charge de travail accrue dans des conditions inhabituelles, par un vécu difficile de décisions compliquées prises dans l'urgence de la priorisation des soins et par une atmosphère de travail stressante en rapport avec le risque individuel de contamination virale.

- *Principe de justice distributive* : Une juste répartition des ressources matérielles à disposition en fonction des besoins.
- *Principe de non-malfaisance* : Protéger les professionnels de santé au contact de patients infectés, les former aux gestes spécifiques propres à la réanimation et prévenir l'épuisement professionnel.

✓ Repères pratiques

Protéger les professionnels de santé

Les professionnels de santé exposés au risque contagieux doivent être protégés. En effet, « *la protection des équipes soignantes placées au contact des patients infectés par le Covid-19 ne peut en aucun cas être sacrifiée au motif de rationnement ou d'épuisement des ressources disponibles. La sécurisation des structures de soins est un prérequis impératif à la prise en charge optimale des patients infectés ou non par le Covid-19* »²¹.

²⁰ Laurent A., Fournier A., Poujol A.-L. et al. « [Impact psychologique de la pandémie de COVID-19 sur les soignants en réanimation](#) », *Méd.Intensive Réa*, 2021;30(HS1):69-74.

²¹ SRLF, [Critères d'admission et modalités de prise en charge en réanimation en contexte pandémique](#), op. cit.

Par ailleurs, la vaccination des professionnels doit être la priorité pour les établissements de santé.

Répartir les ressources matérielles

« 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 »²².

Anticiper les formations des professionnels de santé

Aux moyens de se protéger

Formation d'hygiène et de protection : connaître les « modes de transmission » du coronavirus et les moyens de s'en protéger (techniques d'habillage et de déshabillage, vaccination).

A la prise en charge des patients en réanimation

La crise a montré l'inadéquation entre le nombre de personnels soignants compétents en réanimation et le nombre de patients à prendre en charge. Aussi, « **la constitution de réserves soignantes compétentes en soins critiques** a été identifiée comme une mesure indispensable pour gérer les situations sanitaires conduisant à une augmentation brutale des besoins en soins critiques. Elles confèrent aux établissements de santé et aux territoires une réelle agilité pour étendre leur capacité en lits de soins critiques. La réserve soignante compétente en soins critiques est composée de professionnels, ne travaillant pas habituellement en soins critiques mais volontaires pour venir en renfort en cas de crise sanitaire. Il s'agit principalement d'infirmiers (IDE) mais également d'aides-soignants (AS) »²³.

Les soignants mobilisés doivent à la fois modifier leurs pratiques et exercer dans des conditions inhabituelles. Il y a donc un enjeu de formation des professionnels aux spécificités de la prise en charge des patients atteints de la Covid-19.

« Les personnels de la réserve bénéficient d'une formation socle qui se décline en une partie théorique (durée de 2 à 3 jours) et une partie en immersion (durée au

²² ERE Ile-de-France, *Ethique et décisions en réanimation. Analyse et propositions*, op.cit.

²³ CNPARMPO, CNPMIR, FNIR, *Guide de la réserve soignante en soins critiques*, 6 avril 2021

minimum de 3 jours) au sein d'une réanimation. Elle peut s'inscrire dans la démarche du Développement Professionnel Continu (DPC) »²⁴.

Il est cependant nécessaire d'attirer l'attention sur le fait que des compétences solides en réanimation ne s'acquièrent pas en quelques heures de formation, qui plus est, dispensée dans le contexte d'une crise où les formateurs eux-mêmes peuvent faire défaut car entièrement dédiés aux soins. Il est donc **primordial que de telles situations soient anticipées**, que des formations validées soient dispensées en période d'accalmie et que les organisations de crise soient installées et maîtrisées par les professionnels.

Prévenir la souffrance des professionnels de santé

Les conditions de travail des équipes de réanimation se sont durcies pendant cette crise avec une forte augmentation de la charge de travail et de la charge mentale. Il convient de veiller au bien-être des soignants et à la prévention de l'épuisement professionnel.

Lutter contre les facteurs générateurs de la souffrance au travail des professionnels de santé

L'accumulation depuis plusieurs années de nouvelles contraintes financières et administratives retentissent sur les conditions de travail du personnel hospitalier et ce, quelle que soit la catégorie professionnelle, des agents hospitaliers à l'équipe de direction, des soignants aux cadres de santé ainsi qu'aux médecins.

La qualité de vie au travail découle de la qualité du travail. Lorsqu'un professionnel prend conscience que son travail lui échappe, qu'il ne peut plus l'exercer correctement, dans de bonnes conditions, il apparaît alors un sentiment de perte de sens et de l'accomplissement professionnel de soi.

La crise sanitaire du printemps 2020 a généré des symptômes d'anxiété, de dépression, voire de véritables psycho-traumatismes chez un grand nombre d'acteurs hospitaliers, notamment dans les services de réanimation²⁵.

Pour autant, l'éclatement de certains cadres réglementaires pour répondre dans l'urgence à la réalité de terrain a permis aux soignants de s'exprimer professionnellement et institutionnellement. Des circuits courts décisionnels, des « systèmes D », l'appel à l'inventivité de chacun, etc. ont redonné du sens aux acteurs du soin et parfois gommé les conflits interprofessionnels.

²⁴ *Ibid.*

²⁵ Laurent A., Fournier A., Poujol A.-L. et al., *op. cit.*

Ces modèles organisationnels de type démarche participative, mis en place en dépit de l'augmentation de la charge de travail et du manque de temps disponible, doivent être préservés et perdurer au-delà de la crise sanitaire. Ils se mettent en acte sous la forme :

- De staffs de débriefing, organisé comme un espace de parole offert aux soignants dans les suites (24 à 72 heures) d'une situation exceptionnelle ayant mis l'équipe en difficulté ou ayant donné lieu à un malaise. Un psychologue, idéalement une personne connue du service²⁶, peut être systématiquement proposé à l'équipe. A l'occasion de ces moments d'échanges, les membres de l'équipe sont tenus informés des résultats et des suites des patients qu'ils ont pris en charge ;
- D'une facilitation de l'accueil et de l'intégration des personnels, au titre de la substitution ou du remplacement, dans le service ;
- De la création d'un espace d'échanges entre managers, médecins et cadres pour les prises de décision organisationnelle issues de la réflexion collective ;
- De la mise en place de formations internes, impliquant si possible tous les membres de l'équipe, autour de la mise en œuvre d'une nouvelle technique ou d'une nouvelle organisation. Ces formations présentent l'intérêt de fédérer les équipes ;
- De la mise en place de cellules de soutien psychologique au sein des établissements de santé.

Donner les moyens de préserver la qualité de vie en dehors du travail

Il faut veiller à « accompagner logistiquement les professionnels de santé pour faciliter leur vie quotidienne ». En effet, « des mesures concrètes à l'égard des soignants comme l'aménagement de salles de repos, la facilitation de la logistique des repas et du quotidien, la possibilité d'avoir des loisirs et des moments de détente »²⁷ sont nécessaires pour protéger les soignants en période de crise.

Enfin, il faut rappeler qu'une des évidences en termes de préservation de la qualité de vie en dehors du travail repose sur le respect des durées de temps de travail des professionnels. Outre cet aspect majeur, il contribue à prévenir l'épuisement professionnel et à favoriser les organisations inter-services per-critiques.

²⁶ *Ibid.*

²⁷ Laurent A., Fournier A., Poujol A.-L. et al., *op. cit.*

CE QU'IL FAUT RETENIR

- Anticiper les organisations qui permettent de gérer une situation de crise : ressources humaines et matérielles, architecture, formations ;
- Respecter impérativement les principes éthiques en situation de crise ;
- Préserver la qualité de vie au travail des professionnels de santé.

POUR ALLER PLUS LOIN

FOCUS DES ERER SUR LA COVID

Pages internet réalisées par les ERER et dédiées à la pandémie de la Covid-19.

[Bourgogne Franche Comté](#)

[Bretagne](#)

[Centre Val de Loire](#)

[Hauts-de-France](#)

[Ile-de-France](#)

[Normandie](#)

[Nouvelle-Aquitaine](#)

Occitanie : sur les [rites funéraires](#), la [vaccination en EHPAD](#) et la [politique vaccinale](#)

[PACA-Corse](#)

[Pays de la Loire](#)

BIBLIOGRAPHIE

Mathieu Acquier, « Covid-19 : « Le tri médical est une réalité que le médecin qui s'y trouve contraint doit assumer » », *Le Monde*, 22 avril 2021

Elie Azoulay, Sadek Beloucif, Benoît Vivien et al., « [Décision d'admission des patients en unités de réanimation et unités de soins critiques dans un contexte d'épidémie à Covid-19](#) », *ARS Ile-de-France*, 18 mars 2020

ERE Ile-de-France, [Ethique et décisions en réanimation. Analyse et propositions](#), Observatoire Covid-19 Ethique & Société, 6 avril 2020

Jean-Philippe Rigaud, Nicolas Meunier-Beillard, R. Aubry, M. Dion, Fiona Ecarnot, Jean-Pierre Quenot, « Le médecin réanimateur : un consultant extérieur pour un choix éclairé du patient et de ses proches ? » *Réanimation*, 2016;25:367-71

[Circulaire n° DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé](#)

CCNE, [Enjeux éthiques de la prise en charge et de l'accès aux soins pour tous en situation de forte tension liée à l'épidémie de Covid-19](#), 16 novembre 2020

Conseil National Professionnel d'Anesthésie Réanimation Médecine Péri-Opératoire (CNPARMPO), Conseil National Professionnel (CNPMIR), (Fédération Nationale des infirmiers en réanimation (FNIR), [Guide de la réserve soignante en soins critiques](#), 6 avril 2021

Robin Cremer, Pierre Valette, « Peut-on parler de tri des malades et avec qui ? », *Ethique & Santé*, novembre 2020

Alexandra Laurent, Alicia Fournier, Anne-Laure Poujol et al., « [Impact psychologique de la pandémie de COVID-19 sur les soignants en réanimation](#) », *Méd.Intensive Réa.* 2021;30(HS1):69- 74

Recommandation Professionnelle Multi-disciplinaire Opérationnelle (RPMO), [Aspects éthiques et stratégiques de l'accès aux soins de réanimation et autres soins critiques \(SC\) en contexte de pandémie COVID-19. Pistes d'orientation provisoires](#), 24 mars 2020.

Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), [A propos des décisions médicales d'admission des patients en unité de soins critiques en contexte pandémique : quelques repères éthiques](#), 26 mars 2020.

SFAR, [Priorisation des traitements de réanimation pour les patients en état critique, en situation d'épidémie de COVID-19, avec capacités d'accueil de réanimation limitées](#), 15 avril 2020.

Société de Réanimation de Langue Française (SRLF), [Critères d'admission et modalités de prise en charge en réanimation en contexte pandémique](#), 9 avril 2020.

SRLF, [Recommandations pour les visites des proches en réanimation](#), 1 avril 2021.

POUR CONTACTER LES CELLULES DE SOUTIEN ETHIQUE EN REGION

L'objectif de ces cellules est d'apporter un éclairage sur les dilemmes éthiques

[Auvergne – Rhône-Alpes](#)

[Bourgogne – Franche-Comté](#)

[Bretagne](#)

[Centre Val de Loire](#)

[Grand Est](#)

[Guadeloupe et îles du Nord](#)

[Ile-de-France \(contact\)](#)

[Normandie](#)

[Nouvelle Aquitaine](#)

[Occitanie](#)

PACA Corse : [Nice](#) et [Marseille](#)

[Pays de la Loire](#)

Membres du groupe de travail ayant conduit à cette fiche

ERE Bourgogne – Franche-Comté : Pr Jean-Pierre Quenot

ERE Grand-Est : Pr Michel Hasselmann, Pr Alain Leon

ERE Haut-de-France : Dr Robin Cremer, Dr Pierre Valette, Stéphane Zygart, Philippe Sanchez

ERE Martinique : Dr Ruddy Valentino

ERE Normandie : Dr Jean-Philippe Rigaud

ERE Occitanie : Pr Pierre-François Perrigault

ERE Pays-de-Loire : Dr Aurore Armand

Coordinatrices

Aurélie Geng et Anaïs Sampers, Chargées de missions, ERE Bourgogne – Franche-Comté