Avis de la Commission publique sur la priorisation des malades en état grave durant l'épidémie de Coronavirus [1]

Commission conjointe du Conseil National Israélien de Bioéthique,
du Bureau d'Éthique de l'Association Médicale Israélienne et du Ministère de la Santé

Nissan 5780 – Avril 2020

Table des matières :

Chap. 1. : Introduction et but

1. **Introduction – 2**
2. **But – 4**
3. **La mise en place de la Commission et sa composition – 4**

Chap. 2. : Principes éthiques, juridiques et religieux - 5

1. **Les principes de la valeur de la vie et de l'égalité dans la conservation de la vie humaine – 5**
2. **Les obligations de l'État et des citoyens dans l'observation des valeurs de la vie et de l'égalité – 5**
3. **Inégalité partielle en situation d'urgence et de pénurie – 7**
    a. **Principes pour établir une priorisation – 7**
    b. **Principes pour l'application de la priorisation – 8**
    c. **La volonté du patient – 9**

Chap. 3 : Directives pratiques – 11

1. **Dans la situation d'urgence actuelle sans pénurie – 11**
2. **En situation d'urgence lorsqu'il y a pénurie – 11**
3. **La volonté du patient – 11**
4. **Règles de priorisation médicale – 12**
5. **Instruments d'évaluation médicaux pour la priorisation – 13**
6. **Soins palliatifs – 18**
7. **Transparence – 19**
8. **Commission de priorisation institutionnelle et nationale – 19**

Annexe A : Liste des membres de la Commission – 20
Annexe B : Algorithme et tableaux de notation – 22

[1] Le document est rédigé au masculin, il s'adresse toutefois tout autant aux hommes qu'aux femmes de manière égale.

Chapitre 1 : Introduction et but

1. Introduction

La pandémie du Coronavirus a créé un dilemme éthique, social, religieux et juridique des plus graves, difficiles et tragiques qui soit, du fait du besoin de déterminer une priorisation (un triage) dans les soins à accorder aux malades en état grave et placés sous respirateur. La signification de ces décisions tragiques est que, en l'absence de moyens de réanimation[2] et de personnel qualifié suffisants pour s'occuper simultanément de tous les patients ayant besoin de tels soins de réanimation, une partie de ces malades en état particulièrement grave ne pourra bénéficier des meilleurs soins de réanimation possibles. Par conséquent, il s'agit de questions de vie ou de mort de manière immédiate, tangible et réelle.

La contamination par le coronavirus peut être asymptomatique ou se manifester à divers niveaux de gravité, depuis des symptômes légers de type grippal, en passant par divers degrés de difficultés respiratoires, et jusqu'à une pneumopathie interstitielle s'accompagnant d'une hypoxie grave. Les malades en état grave nécessitent une hospitalisation en unité de soins intensifs, les plus critiques doivent être mis sous ventilation assistée par respirateur artificiel et, parfois même, sous oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO). Du fait du grand nombre de personnes contaminées, et en particulier du fait du grand nombre de personnes qui, simultanément, nécessitent des soins intensifs et une ventilation assistée, et ceci pour de longues périodes, un certain nombre de pays sont arrivés à une saturation du système de santé et ont été obligés de fixer des critères de priorité dans l'octroi des traitements respiratoires complexes. Ces pays diffèrent les uns des autres dans la définition des critères de priorisation.

La question de la détermination des critères de priorisation en situation de pénurie de moyens de réanimation et de personnel qualifié est une question connue depuis la nuit des temps sous différentes formes et pour des raisons variées :

> Des situations définies comme des évènements impliquant de nombreuses victimes (ENV=Evènement impliquant de Nombreuses Victimes), comme des accidents de la circulation graves ; des catastrophes naturelles, comme des tremblements de terre, des inondations, des tornades, des tsunamis etc. ; des guerres avec de nombreuses victimes par arme conventionnelle ou non-conventionnelle ; des catastrophes industrielles, comme des incendies, des explosions, des fuites de produits toxiques, etc.
>
> Et en ce qui nous concerne : des pandémies, comme celles de la peste, du choléra, de la grippe, du virus Ébola, du SIDA, etc.

Il s'agit habituellement d'un évènement soudain et imprévu, durant lequel sont touchées de nombreuses personnes à des degrés divers, en un court laps de temps et alors que le système médical ne dispose que d'une capacité limitée pour offrir des solutions complètes à chacune des victimes, à la fois du fait de l'absence de personnel et de moyens suffisants et du fait de la rapidité de l'intervention requise.

L'État peut prendre la décision selon laquelle les équipes médicales jouiront d'une relative liberté de conduite en situations d'urgence, sans exigences normatives et publiques ; mais la

[2] Chaque fois qu'il est question de moyens pour sauver une vie, on a traduit par moyens de réanimation (NDT).

Commission est d'avis qu'il y a un clair avantage à opter pour une approche selon laquelle les normes éthiques, juridiques et religieuses de la société, ainsi que les méthodes d'application médicales, sont déterminées à l'avance, permettant une conduite médicale professionnelle homogène et transparente. L'intention n'est pas, ce qui serait d'ailleurs irréaliste, de dicter par avance la conduite à tenir dans chaque situation ou dans chaque cas particulier, puisqu'il existe en effet toujours des cas-limite délicats et complexes exigeant une attention spécifique. Toutefois, dans la majorité des cas, on peut et l'on doit se conduire d'une manière structurée et transparente selon des normes éthiques, légales, sociétales et religieuses tout à fait claires. Une conduite de ce type permet d'assurer au mieux l'égalité des droits entre les patients, et de renforcer la confiance du public envers le système médical qui, sans aucun doute, fait tout ce qui est en son pouvoir et même au-delà pour le bien des patients, parfois au prix d'une prise de risque personnelle.
Il faut souligner que la situation actuelle dans l'État d'Israël – au moment de la publication de cet avis – n'est pas une situation de pénurie de moyens ou de personnel pour soigner des malades nécessitant des soins intensifs ou une ventilation artificielle. De sorte que dans la situation actuelle, l'obligation est de prodiguer des soins de manière égale à tout un chacun comme de coutume, sans être dépendant de critères restrictifs. En particulier, il faut noter que dans la situation actuelle – et ce sera également le cas en situation de pénurie –, il n'y a pas lieu de donner une préférence, ou de faire de distinction, dans les soins à donner entre un malade atteint d'une autre pathologie et une victime du Coronavirus.
La situation actuelle, dans laquelle les soins sont accordés à tous ceux qui en ont besoin sans restriction, doit se poursuivre tant que le Ministère de la Santé n'a pas déclaré que le système de santé arrivait à saturation, c'est alors – et seulement alors – que les règles médicales, éthiques, juridiques et religieuses détaillées dans cet avis entreront en vigueur.
Cet avis vient donc apporter une réponse médicale, éthique, sociale, juridique et halakhique/religieuse uniquement dans le cas où, qu'à Dieu ne plaise, il y aurait une pénurie importante de moyens et de personnel dans les soins à apporter à tous les malades qui auraient besoin de soins intensifs ou de ventilation – que ce soit dans une unité de soins intensifs ou dans un autre service de médecine, et à la suite de quoi il deviendrait nécessaire d'établir une priorité parmi les différents malades. Cette priorisation implique, comme susmentionné, des décisions difficiles, mais il est important de comprendre que le fait même que des soins intensifs ou une ventilation soient nécessaires dénote la gravité de la situation médicale du patient. Les informations actuelles concernant les malades du Coronavirus nous apprennent que la majorité de ceux qui ont besoin d'être ventilés ont malheureusement peu de chance de guérir même s'ils le sont.

Le mandat qui a été donné à cette Commission par le Ministère de la Santé est de traiter de la question de l'affectation des moyens de réanimation et du personnel qualifié au cas où se créerait une pénurie de ces moyens. De la sorte, cet avis ne traite que de cette question, certes prise dans son contexte le plus large, et non pas de l'ensemble des sujets qui découlent de la situation d'urgence due à l'épidémie de Coronavirus.

2. **<u>But</u>**

Le but de cet avis est double : A) déterminer des principes directeurs éthiques, sociaux, juridiques et religieux ; B) déterminer les considérations et les critères applicables d'un point

de vue médico-thérapeutique en situation d'urgence médicale, en période d'épidémie de Coronavirus, que ce soit lorsqu'il n'y a pas de pénurie de moyens de réanimation et de personnel qualifié, et lorsque se crée une telle pénurie.
Ces principes visent à conserver une certaine mesure d'humanité, de compassion, de justice, d'amour du prochain même en temps de crise existentielle; à aider les équipes médicales à prendre les décisions les plus justes et transparentes possibles dans la priorisation des malades en état grave en ce qui concerne leur hospitalisation en unité de soins intensifs et/ou leur mise sous ventilation assistée – que ce soit en unité de soins intensifs ou dans un autre service de médecine; à alléger la lourde charge émotionnelle susceptible de s'imposer aux équipes médicales devant d'aussi dures dilemmes; et à aider le public à accueillir une situation extrême de nécessité de priorisation des soins dans le but de sauver le plus de malades possibles tout en mettant en œuvre les principes de justice et d'égalité.

3. La mise en place de la Commission et sa composition

Cette Commission publique a été mise en place le 2 avril 2020 à la requête du Directeur général du Ministère de la Santé datée du 7 de Nissan 5780 – 1 avril 2020.
La Commission est conjointe au Conseil National de Bioéthique, au Bureau Éthique de l'Association Médicale Israélienne et au Ministère de la Santé.
Il s'agit d'une commission interdisciplinaire, dans laquelle sont représentés des spécialistes des domaines de la médecine, de l'éthique, du droit, des sciences sociales, de la *halakha* (loi religieuse juive), du christianisme et de l'islam.
La Commission est composée de 26 membres, d'un coordinateur, d'une assistante de recherche et une secrétaire. Les membres éminents de la Commission représentent les disciplines suivantes : l'éthique, la philosophie, la sociologie, le travail social, le droit, la Halakha, l'Islam et le Christianisme.
Pour, d'une part, que le travail soit efficace et, d'autre part, couvrir tous les aspects interdisciplinaires pertinents, la Commission a été répartie en 4 sous-commissions : médicale, philosophique-éthique-sociale, juridique, halakhique et religieuse – Islam et Christianisme. Dans l'Annexe 1 sont indiqués les membres de la Commission ainsi que la répartition des sous-commissions.
Les sous-commissions et la Commission plénière ont tenu des réunions régulières (par e-mail et par visioconférence, du fait de l'interdiction de se regrouper), et sont arrivées à un accord de consensus quant aux principes pertinents dans les domaines de l'éthique, du droit et de la religion, et quant aux directives et critères médico-systémiques pratiques touchant à la question de la priorisation des malades en état grave qui nécessitent une ventilation artificielle.
La Commission a fait un effort conséquent dans un bref laps de temps afin de couvrir l'ensemble des aspects pertinents de cette question ardue et délicate et de présenter les choses d'une manière claire et transparente.

Chapitre 2 : Principes éthiques, juridiques et religieux

1. Les principes de la valeur de la vie et de l'égalité dans la préservation de la vie humaine

i. Les principes de base, en ce qui concerne les malades dont l'état nécessite de recourir à des moyens médicaux, sont : la valeur de la vie comme valeur suprême et l'égalité fondamentale entre tous les êtres humains.

ii. « De la sorte, l'homme a été créé unique pour t'enseigner que quiconque perd/détruit un être, on lui en tiendra compte comme s'il avait perdu/détruit un monde entier, et quiconque fait subsister/sauve un être, on lui en tiendra compte comme s'il avait fait subsister/sauvé un monde entier[3]. » La valeur de la vie de chacun et de chacune est une valeur suprême, de sorte qu'il existe une obligation morale, juridique et religieuse de faire tout ce qui est possible pour sauver la vie de chaque être humain.

iii. Dans l'État d'Israël, cette conception fondamentale est inscrite dans la Loi fondamentale « De la dignité de l'homme et de sa liberté » ainsi que dans diverses décisions de la Haute Cour de justice, lesquelles incluent les droits à la vie, à la santé, à la dignité et à l'égalité. De même il existe des lois qui stipulent diverses procédures pour faire respecter ce principe comme, par exemple, la Loi sur les droits du malade (5756 – 1996), la Loi sur l'assurance de santé de l'État (5754 – 1994), l'Ordonnance de santé du peuple (1940), la Loi sur l'égalité des droits des personnes handicapées (5758 – 1998) et la Loi sur le malade en fin de vie (5765 – 2005).

iv. Tout être humain est présumé souhaiter continuer de vivre, sauf s'il est malade en fin de vie, c'est-à-dire dont l'espérance de vie, même s'il reçoit un traitement médical, ne s'élève pas à plus de six mois, et qu'il est prouvé au-delà de tout doute raisonnable qu'il ne souhaite pas que sa vie soit prolongée.

v. L'égalité dont il est fait obligation d'un point de vue éthique et légale stipule qu'il ne doit pas y avoir de discrimination d'un patient par rapport à un autre pour raisons de religion, race, sexe, nationalité, pays d'origine, orientation sexuelle, situation socio-économique, statut social, statut familial, statut civil dans le pays, profession, handicap, âge, etc.

2. **Obligations de l'État et des citoyens de respecter les valeurs de la vie et de l'égalité**

vi. En temps habituel, et en période d'urgence lorsqu'il n'y a ni pénurie de moyens de réanimation ni de personnel qualifié, l'État a l'obligation de faire tout le nécessaire pour autant que ce soit possible – en maintenant un équilibre adéquat et proportionné vis-à-vis d'autres besoins publics vitaux – pour fournir tout ce qui est nécessaire pour préserver autant que possible la valeur suprême de la vie et celle de l'égalité et, de la sorte, éviter ou différer autant que faire se peut une situation qui exigerait des décisions tragiques et fatales de priorisation de soin des uns aux dépens des autres.

vii. Et certes, dans la situation actuelle – à l'heure de la publication de cet avis – l'État d'Israël fait un immense effort pour ouvrir rapidement des unités de

[3] TB Sanhédrin 37a. Souvent traduit comme « celui qui détruit une vie, c'est comme s'il avait détruit un monde entier, et celui qui sauve une vie c'est comme s'il avait sauvé un monde entier. » *Cf*. Francine Kaufman, « L'universel est-il pensable en hébreu ? », *Pardès*, 49, 2011, 19-40, ici p. 34-36 (NDT).

soins intensifs provisoires, acheter et fabriquer des respirateurs artificiels, acheter et fabriquer du matériel de protection spécifique pour les équipes soignantes et former des équipes médicales adaptées au soin des malades sous respirateurs.

viii. C'est également du devoir de l'État de s'efforcer d'affecter des moyens permettant l'octroi de soins palliatifs, y compris en termes d'équipes interdisciplinaires qualifiées, de médicaments et de matériel.

ix. Il faut, certes, allouer des ressources pour traiter les malades atteints du coronavirus, y compris en termes d'infrastructures et de personnel, toutefois, cela ne doit pas se faire au détriment des soins nécessaires aux patients de même niveau de gravité qui ne sont pas malades du Coronavirus. Par exemple, les hôpitaux doivent utiliser les parties appropriées de leur locaux pour en faire des services de soins intensifs, comme celles qui étaient préalablement destinées aux procédures, aux salles de réveil, aux salles d'opération, et a des unités de soins intermédiaires (*step-down*), en vue d'accueillir des malades ventilés – que ceux-ci soient des malades du Coronavirus ou pas – parallèlement au fait de transférer du personnel accomplissant habituellement des missions de routine vers les soins à apporter aux victimes de l'épidémie. Toutefois, on ne doit pas pour autant diminuer le nombre de lits ou celui des membres d'équipes médicales dans les autres services d'une manière qui mettrait en danger les autres malades au-delà de la diminution du danger pour les malades du Coronavirus.

x. L'État doit assurer une disponibilité équitable de lits de soins intensifs, de respirateurs et de personnel qualifié nécessaire à leur fonctionnement, en établissant leur répartition nationale selon des critères de densité de population et de la prévision/demande réelle des ressources réduites. Pour ce faire, on mettra en place un suivi centralisé de la proportion du nombre de personnes hospitalisées dans les services de Coronavirus par rapport au nombre de lit de soins intensifs dans chaque centre médical et on régulera l'hospitalisation des malades afin de maintenir égale autant que faire se peut cette proportion. Dans la mesure où dans certaines régions du pays, l'écart entre les besoins et les ressources entrainerait un traitement qui ne serait pas optimal, il y aura lieu d'envisager le transfert de patients vers des hôpitaux moins chargés afin d'octroyer un niveau de soin similaire dans toutes les régions du pays.

xi. La responsabilité au niveau national doit inclure également la responsabilité envers les personnes qui n'auraient pas le statut de citoyen ou de résident dans le pays.

xii. Il convient de reconnaître la responsabilité morale générale de l'État d'Israël envers la santé des palestiniens des territoires qui sont sous son contrôle total ou partiel, et son obligation d'aider l'Autorité palestinienne à faire face aux dangers du Coronavirus. La mesure de l'aide sera déterminée par les autorités de l'État d'Israël.

xiii. Par principe, il n'y a pas lieu de fermer ou d'évacuer des établissements de soin, des services psychiatriques etc., afin de préparer des services d'hospitalisation de malades du Coronavirus. Renvoyer des résidents de tels

établissements ou services dans la « communauté » ou chez eux, équivaut bien souvent à les renvoyer à des situations graves en termes de négligence ou de mauvais traitement. Toutefois, il faudra envisager, et ceci à un stade précoce de l'épidémie, de libérer les malades qui ne nécessitent pas une hospitalisation et de limiter l'hospitalisation de malades pour lesquels il n'y aurait pas d'urgence afin d'augmenter la quantité de lits disponibles.

xiv. La Commission recommande que le Ministère de la Santé examine les moyens appropriés de protection juridique des équipes médicales, lesquelles travaillent dans des conditions difficiles en prenant un risque personnel et doivent prendre des décisions difficiles et rapides dans les conditions particulières de l'épidémie.

xv. La Commission recommande que le Ministère de la Santé examine la nécessité d'établir des décrets ou de modifier la législation conformément à ce qui serait requis selon les directives de cet avis.

xvi. C'est une obligation pour tout citoyen de l'État de se conformer strictement à toutes directives gouvernementales pour éviter d'être contaminé ou de contaminer, ceci afin d'éviter qu'un afflux de morbidité n'entraine la saturation du système de santé.

3. Inégalité partielle en situations d'urgence et de pénurie

3a. Principes pour établir une priorisation

xvii. En situation d'urgence, lorsque et au cas où, ce qu'à D. ne plaise, le nombre de malades surpasse les moyens et le personnel permettant d'offrir une réponse médicale optimale à chacun d'entre eux, les considérations éthiques et religieuses changent par rapport à la situation habituelle en période de routine : l'attention éthique et religieuse passe à une obligation envers la santé et la vie des membres du public en général, parfois aux prix de celles d'individus.

xviii. Dans une telle situation, il est nécessaire de modifier et d'adapter les considérations concernant la priorisation dans les soins qui affectent le niveau de soin habituel, en fonction de la situation sur le terrain.

xix. La règle de base de priorisation des malades en situation d'urgence et de pénurie de ressources est de sauver le maximum de vies humaines, selon le principe de fournir la plus grande efficacité au plus grand nombre de personnes en ayant besoin. En d'autres termes, le seul écart par rapport au principe d'égalité se fonde sur des considérations médicales en termes de réussite du traitement, et sur les chances de survie et de sevrage du respirateur ou de l'ECMO.

xx. De la sorte, même en situations d'urgence et de pénurie, il n'y a pas lieu d'établir de discrimination entre différents malades sur des caractéristiques qui ne seraient pas pertinentes d'un point de vue médical ou sur des caractéristiques générales concernant des groupes de personnes, mais on devra établir une priorisation de manière individuelle, selon les données médicales spécifiques de chaque malade.

xxi. Le principe juridico-éthique dans de tels cas est le principe de proportionnalité et d'équilibre entre les différentes considérations, selon lequel l'écart nécessaire par rapport au principe d'égalité sera considéré d'une manière structurée, transparente et équitable.

xxii. De la sorte, s'il y a des malades dont, d'une part, l'état médical grave nécessite des soins de réanimation sans lesquels ils mourraient, et que, d'autre part, leurs chances médicales de bénéficier d'un traitement de réanimation avec des probabilités de survie soient meilleures, ils seront priorisés par rapport à des malades susceptibles de survivre même sans traitement de réanimation, ou par rapport à des malades, dont les chances médicales – même s'ils recevaient un traitement de réanimation – seraient des plus faibles.

xxiii. Pour ce faire, il existe des systèmes médicaux d'évaluation selon lesquels les médecins peuvent classer les niveaux de besoin de ce type de traitement et les chances de survie des patients qui reçoivent ces traitements.

3b. Principes pour l'application de la priorisation

xxiv. Les principes de priorisation touchent à tous les modes de soin pour lesquels il existe une pénurie – hospitalisation en soins intensifs versus hospitalisation en service de médecine courante ; utilisation ou non d'appareils de ventilation ou d'ECMO (Oxygénation par membrane extracorporelle), etc.

xxv. Au cours d'une épidémie, il est nécessaire de restreindre l'hospitalisation en soins intensifs à la production d'un bénéfice ou d'une amélioration dans un temps limité, et de décharger les malades vers les services ou de restreindre le niveau des soins, en cas de dégradation de leur état médical.

xxvi. Par conséquent, des malades pour lesquels il avait été décidé de les hospitaliser en unité de soins intensifs, qu'ils soient ventilés ou non, et dont la situation s'est détériorée au point que leurs chances de survie soient très faibles – il y a lieu de considérer leur sortie de l'unité et leur transfert dans un service de médecine ordinaire, afin de permettre de soigner d'autres malades dont les chances de survie sont meilleures.

xxvii. De même, en ce qui concerne des malades ventilés dont l'état s'est aggravé et dont les chances de survie sont infimes – il y a lieu de considérer la possibilité de s'abstenir de la poursuite des soins de réanimation cycliques, comme dialyse, médicaments visant au maintien de la pression artérielle, etc.

xxviii. La Commission a longuement débattu de la question du débranchement d'un malade d'un appareil de ventilation lorsque ses chances de survie sont infimes. Cette question est très délicate et controversée au sein de la population israélienne. Les membres de la Commission eux-mêmes étaient divisés à son propos sans qu'une majorité d'opinion dans un sens ou un autre ne se dégage. La Commission pense qu'à ce stade il n'y a pas lieu de trancher la question, puisque la situation de fait en Israël au moment de la publication de cet avis ne nécessite pas, de toutes évidences, une telle décision. En outre, les membres de la Commission pensent qu'il y a dans le

présent avis suffisamment de mécanismes de priorisation qui permettraient d'éviter d'utiliser un tel moyen, même si, ce qu'à D. ne plaise, nous arrivions à une situation dans laquelle il y aurait pénurie de moyens de réanimation et de personnel. Par ailleurs, une telle action semble, a priori, illégale (selon l'article 21 de la Loi sur le malade en fin de vie. Enfin, si, ce qu'à D. ne plaise, il apparaissait que cette question devenait d'actualité, la Commission se réunirait pour en discuter rapidement et la trancher.

3c. La volonté du patient

xxix. D'un point de vue éthique, il convient de clarifier quelle est la volonté du patient en ce qui concerne les soins invasifs en général, et la ventilation artificielle en particulier. Cette approche se trouve également exprimée dans la nécessité d'obtenir le consentement du patient avant de réaliser quelque procédure médicale que ce soit, ainsi que dans la Loi du malade en fin de vie, puisque celle-ci permet de donner des directives anticipées et de nommer un mandataire pour ce qui concerne les décisions médicales touchant à la fin de vie. À ce jour, malgré le temps écoulé depuis l'adoption de cette loi[4], seule une petite minorité des résidents d'Israël ont effectivement rédigé de telles directives anticipées ou nommé un mandataire médical[5].

xxx. Il faut noter que les membres de la famille proche qui n'ont pas reçu procuration et qui ne sont pas tuteurs du patient, n'ont aucun statut particulier par rapport au malade qui n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté. Toutefois, dans le cas où le patient n'aurait pas donné de directives anticipées et n'aurait pas nommé de mandataire, et où il ne serait pas en mesure d'exprimer en temps utile sa volonté ni de prendre de décisions, c'est-à-dire qu'il ne serait pas capable de communiquer, même moyennant ajustements et médiation (par exemple, quelqu'un qui ne réagirait absolument pas ou qui serait sans connaissance, etc.), on pourra prendre conseil auprès des membres de la famille sur sa volonté supposée concernant des soins invasifs; ceci, à condition qu'ils soient disponibles et tout en sachant que les joindre en période d'urgence et de pénurie ne sera pas chose facile.

xxxi. Malgré l'aspiration visant à clarifier quelle pourrait être la volonté du patient afin de respecter l'autonomie de l'être humain, il faut être conscient du fait que dans le cas d'un scénario de pénurie dans la capacité de soigner, l'équipe soignante est susceptible de décider de ne pas administrer de traitement au patient. Cette non-administration de traitement est susceptible d'être conforme à la demande préalable du patient, ou contraire à celle-ci. C'est-à-dire, qu'en situation de pénurie, on ne peut s'attendre à une concordance que dans les cas où les patients auraient demandé que l'on s'abstienne de leur administrer des soins invasifs. En conséquence, certains

[4] 2005 (NDT).

[5] Ce mandataire, que l'on trouve également appelé « personne de confiance », est quelqu'un qui a reçu procuration pour agir en lieu et place du patient qui ne pourrait plus exprimer sa volonté (NDT).

sont d'avis qu'en situation de pénurie, il n'est pas souhaitable de clarifier la volonté des patients, puisque, de toute façon, dans une telle situation, il n'en sera pas tenu compte. La clarification de leur volonté serait alors illusoire et trompeuse. À l'inverse, on peut dire que le fait de clarifier quelle pourrait être la volonté d'un être humain est en soi significatif, et que dans les cas où il y aurait une concordance entre la volonté de l'individu et la décision de soin, cela constituerait un soulagement tant pour le patient que pour l'équipe médicale.

xxxii. Le médecin-chef, ou un représentant de la Commission de priorisation, doit informer le patient qui peut exprimer sa volonté, ou les membres de la famille d'un patient qui ne peut exprimer sa volonté, de toute décision de priorisation négative qui serait prise le concernant. La famille n'a, toutefois, pas le droit de s'opposer à de telles décisions.

Chapitre 3 : Directives pratiques

1. Dans la situation d'urgence actuelle sans pénurie

i. Dans la situation actuelle – au moment de la publication de cet avis – l'État d'Israël n'est pas en situation de pénurie, que ce soit en moyens de réanimation ou de personnel qualifié. Par conséquent, les conditions de mise en œuvre des directives de priorisation contenues dans cet avis ne sont pas remplies et sont appliqués les règles et les principes ayant cours lorsqu'il n'y a pas de pénurie de moyens de réanimation ni de personnel qualifié.

2. En situation d'urgence lorsqu'il y a pénurie

ii. Au cas où – tout en priant et en espérant que l'on n'en arrivera pas là – le système de santé de l'État d'Israël arrivait à saturation, avec une pénurie de moyens de réanimation et de personnel qualifié, malgré tous les efforts raisonnables déployés pour élargir les ressources ou obtenir des ressources supplémentaires, et après que le Ministère de la Santé ait déclaré le passage à l'état d'urgence en conditions de pénurie, les directives de priorisation détaillées dans cet avis entreraient en vigueur.

3. La volonté du malade

iii. <u>Lorsque le malade est en mesure d'exprimer sa volonté :</u> le médecin traitant du malade – que celui-ci soit malade du Coronavirus ou d'une autre maladie – doit vérifier s'il a écrit des directives anticipées ou nommé un mandataire. Dans la mesure où la réponse est négative – le médecin doit vérifier auprès du malade s'il souhaite clarifier ses préférences thérapeutiques au cas où son état viendrait à empirer. Il faut respecter la réponse du malade qui ne souhaite pas discuter de ce sujet, mais s'il est disposé à exprimer sa volonté, on doit avoir une conversation avec lui en faisant preuve de tact et en étant conscient des limites que la situation impose (peurs et angoisses, difficultés de compréhension et de conscience des

choses, équipement de protection complet du médecin rendant difficile l'interaction habituelle, limites d'une relation par téléphone/vidéophone). Il est important d'informer le malade des chances de réussites d'un traitement invasif, s'il en arrivait là, et de faire mention des différentes alternatives, y compris la prévention des souffrances par des soins palliatifs. On doit respecter la volonté du malade autant que possible étant données les circonstances, qu'il souhaite s'abstenir de certains traitements ou, au contraire, qu'il demande à en recevoir. On devra transcrire dans le dossier la conversation et les conclusions qui en sont ressorties.

Au stade d'une dégradation – tant que le malade est en état de converser, il convient de vérifier à nouveau quelle est sa volonté en ce qui concerne les traitements que nécessitent la nouvelle situation, et de présenter les différentes alternatives ainsi que susmentionné. Cela doit être fait avec beaucoup de tact et en tenant compte de l'état physique et mental du malade et de son système de valeurs culturel. À ce stade, si le malade ne souhaite pas exprimer sa volonté, il faudra voir avec lui à qui il souhaite confier le soin de prendre des décisions à sa place.

iv. Lorsque le malade n'est ni en mesure d'exprimer sa volonté, ni en capacité de communiquer, même moyennant ajustements et médiation (du fait, par exemple, qu'il ne réagit absolument pas, qu'il est sans connaissance, etc.), on devra vérifier s'il existe des directives médicales anticipées, un mandataire ou un tuteur, ou s'il existe un résumé retranscrit dans le dossier médical et agir en conséquence. En l'absence de telles données, on devra vérifier auprès des membres de la famille s'ils connaissent la position du malade quant à des soins invasifs en cas d'état médical grave. De ce point de vue, la volonté des membres de la famille ne constitue pas en elle-même un élément à prendre en considération.

4. Règles de priorisation médicale

v. La sous-commission médicale comptait huit médecins confirmés et expérimentés représentant les disciplines médicales suivantes : soins intensifs, médecine interne, gériatrie, gestion médicale, traumatologie, psychiatrie et médecine palliative.

vi. Les principes et les critères médicaux de priorisation à l'admission en unité de soins intensifs et à la ventilation ont été déterminés uniquement pour les situations de pénurie de moyens de réanimation.

vii. Les principes de bases que sont la valeur de la vie en tant que valeur suprême et l'égalité fondamentale entre tous les êtres humains demeurent inchangés en situations d'urgence avec pénurie de moyens de réanimation.

viii. Du fait de la pénurie de moyens de réanimation, lorsqu'un grand nombre de patients ont besoin d'un lit en unité de soins intensifs, d'un respirateur artificiel ou d'un appareil d'ECMO, il n'y a effectivement pas d'autre choix que de prioriser les malades qui bénéficieront de ces moyens.

ix. Le principe de priorisation se fonde uniquement sur un critère médical de réussite thérapeutique avec des chances de survie et de sevrage de l'appareil de ventilation. Le but en conditions extrêmes est de sauver le plus de vies humaines possibles, sans qu'entrent en jeu d'autres considérations qui pourraient s'avérer

discriminantes entre les personnes, tous les êtres humains étant égaux et la valeur de leur vie équivalente. Il ne faut absolument pas interpréter la priorisation physiologique dans des situations extrêmes comme un jugement concernant la valeur de la vie de personne.

x. La priorisation se fera uniquement sur une base médicale, comme explicité ci-dessus. De sorte qu'il n'y a pas lieu d'inclure dans la priorisation les facteurs suivants :
   - Religion, race, sexe, nationalité, pays d'origine, orientation sexuelle, situation socio-économique, statut social, statut familial, statut de citoyenneté dans le pays, occupation, etc.
   - Années de vie, y compris des considérations d'âge. C'est-à-dire que l'âge chronologique en soi ne constitue pas un facteur légitime de priorisation pour des soins de réanimation, si ce n'est comme l'un des éléments de l'ensemble des facteurs de risque.
   - Handicap. C'est-à-dire qu'un handicap en soi ne constitue pas un facteur légitime de priorisation pour des soins de réanimation, si ce n'est comme l'un des éléments de l'ensemble des facteurs de risque.
   - Des éléments susceptibles d'être considérés comme étant du fait du malade, y compris une négligence ayant pu entrainer sa contamination par le Coronavirus.
   - Des mérites qu'auraient pu acquérir le malade de par ses actes jusqu'à cet instant.

xi. Les membres de l'équipe médicale, même s'ils ont été contaminés du fait de soins procurés à des malades du Coronavirus, ne seront pas priorisés, sauf si cela s'avère nécessaire pour surmonter la pénurie de personnel, que ce soit par leur retour au travail après qu'ils aient été guéris ou que ce soit comme incitation au bénévolat. En cas d'égalité d'un point de vue médical entre deux patients, le fait que l'un d'eux soit membre d'une équipe médicale jouera en sa faveur.

xii. Ces règles s'appliqueront de manière identique pour l'ensemble des membres du personnel qui dans le cadre de leur travail, seraient entrés en contact avec des malades du Coronavirus.

xiii. Ces systèmes de priorisation médicale sont destinés à servir tant les spécialistes d'unités de soins intensifs que les médecins s'occupant des patients ventilés en dehors des unités de soins intensifs, dont la plupart n'ont pas d'expérience de prise de décisions en situation extrême.

xiv. Le cadre des considérations de priorisation ne doit pas seulement comprendre les malades du Coronavirus, mais l'ensemble des malades ayant besoin des mêmes soins de réanimation. De sorte que les malades du Coronavirus et les autres patients nécessitant des soins de réanimation quelque en soit l'indication médicale, doivent être inclus dans un même ensemble, et il n'y a pas lieu de refuser de façon arbitraire l'hospitalisation et les soins nécessaires à des malades atteints d'autres pathologies au profit de malades du Coronavirus.

5. Instruments d'évaluation médicaux pour la priorisation

xv. Afin de permettre au médecin d'être efficace lorsqu'il doit prendre une décision de priorisation en situation d'urgence et de stress important, l'instrument d'évaluation doit répondre aux exigences fondamentales suivantes :
    1. Il doit comporter des indices validés, qui, selon la littérature médicale, prédisent chacun indépendamment la capacité de survie du patient.
    2. Il doit être concentré et résumé en une page, de manière à aider le médecin à prendre des décisions rapides alors que les malades se multiplient et que s'amenuisent les moyens de réanimation.
    3. Il doit être simple, facile à comprendre et à utiliser, et permettre de réaliser des évaluations rapides.
    4. Les indices doivent être inscrits selon le temps nécessaire à leur évaluation, le plus court précédant le plus long, avec une progression logique de sorte que si tel patient ne répond pas aux critères, le médecin puisse passer rapidement au candidat suivant. Ceci par souci d'optimiser le processus de priorisation censé avoir lieu dans des situations où le temps est restreint et l'équipe médicale réduite.

xvi. Afin qu'il soit possible de mener à bien de facto une priorisation médicalement fondée, la sous-commission médicale a examiné et évalué plusieurs instruments connus pour leur application à la priorisation aux soins intensifs et à la ventilation en temps d'épidémie. Les membres de la sous-commission ont longuement discuté des différentes propositions d'algorithmes.

xvii. En général, les membres de la sous-commission ont pensé qu'il faudrait que l'instrument d'évaluation soit pluridimensionnel, c'est-à-dire qu'il ne soit pas basé sur un seul indice particulier. En effet, les évaluations pluridimensionnelles se sont avérées comme ayant un meilleur potentiel prédictif quant à la survie à brève échéance et à la capacité de sevrage de la ventilation assistée.

xviii. Les différentes dimensions permettant de prédire la survie à brève échéance et la capacité de sevrage de la ventilation assistée sont : les maladies chroniques facteurs de comorbidité, le fonctionnement des systèmes organiques vitaux ainsi que la capacité fonctionnelle.

xix. La Commission était consciente des significations sociales de l'utilisation de l'indice fonctionnel, en particulier en ce qui concerne les personnes en situation de handicap. Comme indiqué ci-dessus, le handicap en tant que tel ne pourra constituer un critère de priorisation. Il existe en effet de nombreuses situations de handicap qui n'ont aucune répercussion sur la survie à court terme. Toutefois, il existe des déficiences fonctionnelles qui sont déterminantes pour la survie à court terme et ne sont perceptibles que grâce à l'évaluation par des indices de fonctionnement. Ni les indices de déficience systémique ni l'évaluation des comorbidités ne permettent d'en rendre compte. Il en est ainsi, par exemple, des déficiences fonctionnelles impactant la fonction pulmonaire. C'est pourquoi on a insisté dans les directives pratiques destinées aux médecins sur l'utilisation, uniquement au plan individuel, de l'indice fonctionnel et sur le fait que l'on ne devra évaluer le niveau de fonctionnement qu'en ce qui concerne les chances de survie à brève échéance.

xx. Les critères de priorisation selon un score fonctionnel concernent l'ensemble des populations – à l'intérieur de chacune d'elles et entre elles et les autres groupes, et ils seront uniquement déterminés sur la base d'indices individuels. La majeure

partie des personnes chez qui sera effectuée une priorisation selon le niveau fonctionnel ne sont pas des personnes en situation de handicap. Toutefois, une sensibilité particulière aux définitions du fonctionnement existe chez les personnes en situation de handicap. C'est pourquoi, il faut insister sur le fait que lors de la réalisation d'une évaluation ayant trait au niveau fonctionnel, on ne devra s'intéresser de manière individuelle qu'aux aspects du fonctionnement liés à la capacité de survie.

xxi. De manière générale, la logique médicale pour l'emploi de niveaux de fonctionnement physique se base sur la littérature médicale qui nous apprend que plus le fonctionnement quotidien est faible, plus sont faibles l'activité musculaire et le fonctionnement pulmonaire, et corrélativement les chances de survie diminuent. Plus spécifiquement, le médecin traitant doit s'intéresser au niveau de fonctionnement en ce qui concerne les capacités liées aux chances de survie. Par exemple, on peut supposer qu'un sportif paralympique amputé des jambes aura plus de chances de survie qu'une personne souffrant d'une insuffisance cardiaque, même si ce sportif a besoin d'aide pour une partie des tâches quotidiennes.

xxii. La Commission considère qu'il n'est pas possible de renoncer à l'indice fonctionnel du fait de son rôle d'indicateur autonome de la capacité de survie, de sorte que ne pas l'inclure diminuerait la précision du processus de priorisation et serait susceptible d'entrainer une préférence injuste et discriminante d'un point de vue médical. En particulier, il est évident que des cas d'égalité selon les indices de maladies/systèmes organiques sont à prévoir et que seule l'évaluation de la capacité fonctionnelle permettra de choisir le patient qui aura les meilleures chances de survie.

Quelques exemples : deux malades traités en dialyse chronique suite à une insuffisance rénale – la comorbidité et la défaillance systémique est la même pour chacun d'eux, mais la survie est susceptible d'être très différente si l'un d'eux est actif alors que le second est alité, et l'on n'obtiendra cette information qu'en utilisant un indice fonctionnel. De même, les chances de survie d'une personne amputée des jambes en bon état fonctionnel sont meilleures en comparaison de celles d'une personne amputée et alitée. De même, les chances de survie d'une personne amputée des jambes en bon état fonctionnel sont égales à celles d'une personne qui n'est pas amputée et qui est dans un même état fonctionnel, les deux ayant de bien meilleures chances par rapport à une personne âgée en bien moins bon état fonctionnel.

xxiii. Les instruments d'évaluation médicaux qui ont été examinés du point de vue fonctionnel sont :

1. CFS (*Clinical Frailty Scale*/Échelle de Fragilité Clinique) – cet indice a été mis au point à l'origine pour l'évaluation fonctionnelle de personnes âgées en vue d'évaluer leur espérance de vie. Il comprend les variables suivantes : faiblesse, épuisement, perte de poids, activité physique réduite, troubles de l'équilibre, ralentissement du rythme de la marche, troubles de la vue, et déficience cognitive. Cet indice comprend 9 variables, et est donc moins efficace pour une évaluation rapide en cas d'urgence lorsqu'il s'agit de prendre des décisions rapidement.
2. L'Indice d'Activités de la Vie Quotidienne (ADL – *Activities of Daily Living*) – il s'agit d'un indice usuel d'évaluation fonctionnelle qui au départ était destiné à

l'évaluation fonctionnelle de personnes âgées, entre autres pour évaluer l'espérance de vie. L'indice comprend des tâches courantes que la personne accomplit dans le cours habituel de sa vie, dont les plus basiques comprennent la capacité de s'alimenter de manière autonome, de se laver, de se mouvoir (se lever du lit, passages d'un état à un autre), contrôle des sphincters et utilisation des toilettes. Le questionnaire ADL est relativement long, et exige d'attribuer un score et de calculer la note finale. Il est par conséquent moins efficace en cas d'urgence dans lesquels des décisions rapides sont nécessaires.

xxiv. À la lumière de toutes les considérations présentées ci-dessus, la Commission a décidé d'utiliser quatre instruments de priorisation pluridimensionnels : le niveau fonctionnel ECOG, les comorbidités ASA, les défaillances systémiques et une évaluation globale des chances de survie à brève échéance. Comme cela a été noté ci-dessus, la littérature médicale nous apprend que l'utilisation de plusieurs instruments différents augmente la précision de la capacité pronostique par rapport à l'utilisation d'un seul instrument.

De plus, les indices qui ont été choisis permettent de donner une évaluation rapide, ce qui est vital en situations d'urgence.

xxv. Ci-dessous, le détail des instruments d'évaluation qui ont été choisis :

1. L'échelle de Niveau de Performance ECOG *(Eastern Cooperative Oncology Group)* – cet indice a été développé il y a 35 ans comme indice de pronostic de survie de malades atteints d'un cancer. Au cours des années qui ont passé depuis lors, cet indice s'est révélé être un indicateur significatif de survie dans de nombreuses situations médicales, y compris chez les personnes âgées, chez les personnes souffrant de pneumonie et chez les malades hospitalisés en réanimation. L'indice comporte 5 niveaux fonctionnels basés sur des variables faciles à évaluer en peu de temps, et c'est pourquoi il a été choisi comme indice fonctionnel convenant à une application en cas d'urgence.
2. Maladies chroniques – pour répondre au besoin d'évaluer les comorbidités a été choisi l'indice ASA (de la Société Américaine des Anesthésistes), qui est bien connu, comporte des descriptifs concis et est organisé de façon logique. Cet indice a été jugé plus efficace que la présentation d'une liste longue et fastidieuse de maladies chroniques. Afin d'identifier des malades de niveau prioritaire 4, nous avons choisi d'utiliser des diagnostics généraux plutôt que de détailler une liste de diagnostics spécifiques. Une longue liste de diagnostics rend difficile la réalisation d'une évaluation rapide, alors même qu'une telle liste ne pourra jamais être exhaustive.
3. Défaillance systémique – En ce qui concerne l'indice de défaillance systémique (OSF/*Organ System Failure*) a été choisie l'approche qui détermine le nombre de systèmes en défaillance au dépend du score SOFA (*Sequential Organ Failure Assesment*) qui exige une notation et des calculs supplémentaires. Le SOFA est un indice qui a été développé au départ pour des malades présentant une défaillance systémique suite à une septicémie. Il évalue la situation du malade hospitalisé en soins intensifs en fonction de la défaillance d'un ou plusieurs systèmes vitaux

corporels. Au départ, ce score n'était nullement destiné à déterminer une priorisation en temps de pénurie et il n'a trait qu'au degré de défaillance systémique, alors que le but est d'évaluer la gravité de la maladie et la mortalité en soins intensifs. Il convient aussi de noter que par le passé, l'examen rétrospectif du score SOFA en situations épidémiques n'a pas révélé d'utilité particulière. En situation épidémique, on a constaté que la majorité des malades qui, du fait de l'indice SOFA, n'avaient pas été transférés en soins intensifs, avaient précisément survécu. De plus, dans le cas spécifique de l'épidémie du Coronavirus, la majorité de ces malades hospitalisés souffrent de la défaillance d'un seul et unique système, ce qui diminue significativement leur potentialité de priorisation en fonction du score SOFA.

xxvi. Cet instrument d'évaluation intégré a été développé par un groupe international de spécialistes de la priorisation en soins intensifs, à partir de leur expérience lors de précédentes épidémies et de données recueillies par des cliniciens qui ont été confrontés à une grave pénurie de moyens de réanimation au cours de l'épidémie actuelle de Coronavirus. Les applications pratiques de cet instrument d'évaluation tout comme son utilisation effective au cours de l'épidémie actuelle constituent la considération principale de son élaboration.

xxvii. Le président de la sous-commission médicale, le Professeur Charles Sprung, a été activement impliqué dans le développement de cet algorithme avec d'autres commissions professionnelles en Israël et dans le monde.
L'Association israélienne des soins intensifs a adopté le présent algorithme.

xxviii. Le présent algorithme a fait l'objet d'une publication dans *Critical Care Medicine :*
Sprung C, Joynt GM, Christian M, Truog RD, Rello J, Nates JL. Adult ICU Triage During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: Who Will Live and Who Will Die? Recommendations to Improve Survival. *Crit Care Med* 2020.
https://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/9000/Adult_ICU_Triage_During_the_Coronavirus_Disease.95654.aspx
Les auteurs de l'article sont des spécialistes de renommée internationale dans leur domaine. Ils sont membres d'associations professionnelles internationales reconnues. Ils sont originaires d'Israël, des États-Unis, de la Grande Bretagne, d'Espagne et de Chine. Certains des auteurs ont une grande expérience personnelle de décisions de priorisation que ce soit au quotidien ou en situations d'urgence pandémique, y compris durant la pandémie actuelle du Coronavirus. La liste des auteurs et leur affiliation académique apparaît dans le rapport de la sous-commission médicale.
Liste des auteurs et de leur affiliation académique :

Charles L. Sprung, MD[1]; Gavin M. Joynt, MBBCh[2]; Michael D. Christian, MD[3]; Robert D. Truog, MD[4,5]; Jordi Rello, MD, PhD[6,7,8]; Joseph L. Nates, MD, MBA, CMQ[9]

[1]Department of Anesthesiology, Critical Care Medicine and Pain, Hadassah Medical Center, Hebrew University of Jerusalem, Faculty of Medicine, Jerusalem, Israel.

[2]Department of Anesthesia and Intensive Care, The Chinese University of Hong Kong, Hong Kong, China.

[3]London's Air Ambulance, Barts Health NHS Trust, London, United Kingdom.

[4]Center for Bioethics, Center for Bioethics, Department of Global Health and Social Medicine, Harvard Medical School, Boston, MA.

[5]Department of Anesthesiology, Critical Care, and Pain Medicine, Boston Children's Hospital, Boston, MA.

[6]Clinical Research/epidemiology in pneumonia and sepsis, Vall d'Hebron Institute of Research (VHIR), Barcelona, Spain.

[7]Centro de Investigacion Biomedica en Red en Efermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Salud Carlos III, Barcelona, Spain.

[8]Clinical Research, CHU Nîmes, Nîmes, France.

[9]Critical Care Department, The University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston, TX.

xxix. Cet instrument apporte un élément d'objectivité dans le but d'aider à maintenir une cohérence dans la détermination des chances de survie à court terme. Toutefois, il ne peut remplacer le jugement de priorisation posé par un médecin de soins intensifs expérimenté.

xxx. Cet instrument d'évaluation pratique esquisse un processus recommandé pour établir des indices de priorisation individualisés, sans aucune référence à une appartenance de groupe.

xxxi. De manière générale, la logique médicale pour l'utilisation de niveaux fonctionnels physiques se base sur la littérature médicale qui nous apprend que plus le niveau de fonctionnement quotidien est bas du fait d'un épuisement ou d'une fragilité, plus sont faibles l'activité musculaire et la fonction respiratoire, et de ce fait les chances de survie s'en trouvent réduites. De manière plus spécifique, le médecin traitant se doit de se référer au niveau fonctionnel comme l'une des capacités liées aux chances de survie.

xxxii. Toute décision s'appuie sur des critères acceptés de mise sous respirateur ou d'admission en soins intensifs à un moment donné et dépend des ressources disponibles et du nombre de patients en attente d'admission (par exemple, il est possible qu'un seuil plus sévère soit nécessaire lors du pic de la pandémie et moins stricte en son début et vers la fin).

6. Soins palliatifs

xxxiii. Même dans des situations d'urgence et de pénurie au cours desquelles un processus de priorisation aura été mis en place et dans le cadre duquel il aura pu être décidé de ne pas admettre un malade en unité de soins intensifs, de ne pas le mettre sous respirateur ou de le faire sortir de l'unité de soins intensifs – on est tenu de poursuivre et d'octroyer au malade des soins palliatifs conformément au standard habituel dans cette discipline. Il est interdit de le négliger tant d'un point de vue somatique que sur le plan psychique. Le Ministère de la Santé devra déterminer les mesures à prendre afin d'assurer des soins palliatifs optimaux, que

ceux-ci fassent partie intégrante des services de Coronavirus actuels ou qu'il faille ouvrir des services de soins palliatifs spécialement pour le Coronavirus. En particulier, la Commission recommande au Ministère de la Santé d'examiner les avantages et les inconvénients d'établir un hospice spécial pour les malades du Coronavirus aux conditions du présent article et dans le but de maximiser les soins palliatifs.

xxxiv. Il est souhaitable que les malades en état grave, et principalement ceux dont la fin de vie semble prochaine, puissent avoir l'opportunité de se séparer d'un de leurs proches d'une manière humaine qui inclue une visite avec possibilité de contact direct. Ceci dit, il est important de diminuer les risques que comprend un tel contact pour le visiteur d'être contaminé et, à sa suite, que se crée une chaîne de contamination secondaire. De la sorte, il est recommandé de réduire cette séparation physique à un seul membre de la famille. Dans la mesure du possible, on préfèrera un membre de la famille qui a été atteint du Coronavirus, en a guéri et dont les examens sérologiques, s'ils sont disponibles et se révèlent fiables, attesteraient qu'il est immunisé. Toutefois, si la famille a une autre préférence ou en l'absence d'un parent immunisé, on veillera à rendre possible la visite directe d'un membre de la famille, à la condition que celui-ci soit entièrement protégé, qu'il accepte d'en prendre le risque et, qu'après la visite, il s'engage à se conformer aux instructions médicales recommandées (par exemple, d'entrer en quarantaine ou de passer des tests). De la même manière, on veillera à permettre la présence physique d'un aumônier aux personnes qui le désireraient.

xxxv. Les médecins et le personnel impliqués dans les prises de décision de priorisation devront recevoir une assistance éthique autant qu'ils en auront besoin ainsi que l'aide et le soutien psychologique nécessaires, selon les besoins, étant donné la nature difficile des décisions exigées.

7. Transparence

xxxvi. L'équipe médicale doit faire tout ce qui est en son pouvoir pour garder trace de ses décisions et expliciter clairement l'évaluation des chances de survie du malade, ainsi que la décision d'octroyer ou de ne pas octroyer la ressource thérapeutique.

xxxvii. On devra présenter au plus tôt aux malades ou à leur famille le programme de soins adapté à l'état du malade, conformément aux critères de priorisation, ainsi que les principes de soins palliatifs et leurs avantages, de manière à ne pas laisser croire que même s'il a été décidé de ne pas prioriser le malade, il pourrait être négligé et ne pas recevoir de soins de soutien.

8. Commission de priorisation institutionnelle et nationale

xxxviii. Tout établissement médical nommera une commission spéciale, *ad-hoc,* de priorisation*,* qui se tiendra à la disposition du spécialiste-en-chef pour le conseiller chaque fois que cela lui paraîtra opportun.

xxxix. Cette commission de priorisation sera composée de quatre membres : un médecin-chef spécialiste qui ne fait pas partie de l'équipe des médecins traitants les malades du Coronavirus ; un infirmier-chef ; un spécialiste des questions

d'éthique ; un aumônier. Si une prise de décision s'avérait urgente – on pourra se contenter de deux des quatre membres de la commission de priorisation.

xl. Cette commission pourra également aider le médecin-chef à expliquer les décisions de priorisation aux membres de la famille du malade.

xli. L'autorité de cette commission est consultative. Cependant, toute décision de priorisation concernant tout malade individuel devra être prise par un médecin-chef spécialiste de réanimation après qu'il ait recueilli l'avis d'un autre médecin spécialiste et, en l'absence de spécialiste de réanimation, par deux médecins-chefs, sur la base des critères directeurs du présent avis.

xlii. Le Ministère de la Santé nommera une Commission supérieure de priorisation au niveau national, qui traitera des sujets de principe qui pourraient se poser au cours de l'épidémie. Ses membres seront : un médecin-chef spécialisé en réanimation, un médecin spécialiste de médecine interne ou en gériatrie, un infirmier-chef, un juriste, un spécialiste des questions d'éthique, un aumônier et un représentant du public.

Annexe A : Membres de la Commission

Les co-présidents de la Commission sont :

- **Le Rav Prof. Avraham Steinberg** – Co-président du Conseil National de Bioéthique
- **Prof. Efrat Levi-Lahad** – Co-présidente du Conseil National de Bioéthique
- **Dr. Tami Karni** – Présidente du Bureau d'éthique de l'Association Médicale Israélienne

Aidés de : **Mme Nurit Dessau** – Assistante de recherche du Conseil National de Bioéthique; **Maître Rafi Twizer** – Coordinateur pour le Ministère de la Santé; **Mme Deganit Lahav** – Assistante administrative du Conseil National de Bioéthique.

Sous-commission médicale :

- **Prof. Charles Sprung,** Président – Ancien directeur de l'unité de soins intensifs générale, Département d'anesthésiologie, soins intensifs et douleur, Hôpital Hadassah, Jérusalem
- **Prof. Jonathan Halevy,** Membre – Ancien Directeur général de l'Hôpital Shaare Zedek, Jérusalem
- **Prof. Yaron Niv,** Membre – Vice-directeur principal chargé de qualité et sécurité, Chef de l'équipe exécutive chargée de la ventilation des malades du Coronavirus dans les hôpitaux, Ministère de la Santé
- **Prof. Ofer Marin,** Membre – Directeur général de l'Hôpital Shaare Zedek, Jérusalem
- **Prof. Pessah Schwartzman,** Membre – Président de l'Association israélienne de médecine palliative
- **Prof. Moshe Sonnenblick,** Membre – Directeur de l'unité de gériatrie clinique, Hôpital Shaare Zedek, Jérusalem
- **Dr. Adi Nimrod,** Membre – Directeur de l'unité de soins intensifs générale, Hôpital Ichilov, Tel Aviv
- **Prof. Israël Strouss,** Membre – Directeur de l'ensemble psychiatrique, Hôpital Maayane-Hayeshua, Bnei Brak

Sous-commission philosophique-éthique-sociale :

- **Prof. Noam Zohar,** Président – Directeur du programme d'études avancées en bioéthique, Département de philosophie, Université de Bar Ilan, Ramat Gan
- **Prof. David Heyd,** Membre – Département de philosophie, Université Hébraïque de Jérusalem
- **Prof. Yaël Hashiloni-Dolev,** Membre – Département de sociologie et d'anthropologie, Université Ben Gourion, Beer Sheva
- **Prof. Ruth Landau,** Membre – École de travail social et de bien-être social, Université Hébraïque de Jérusalem
- **Dr. Efrat Ram-Tiktin,** Membre – Département de philosophie, Université Bar Ilan, Ramat Gan

Sous-commission juridique :

- **Dr. Gil Segal,** Président – Directeur du Centre de droit médical et de bioéthique, Faculté de droit, Institut Universitaire Uno

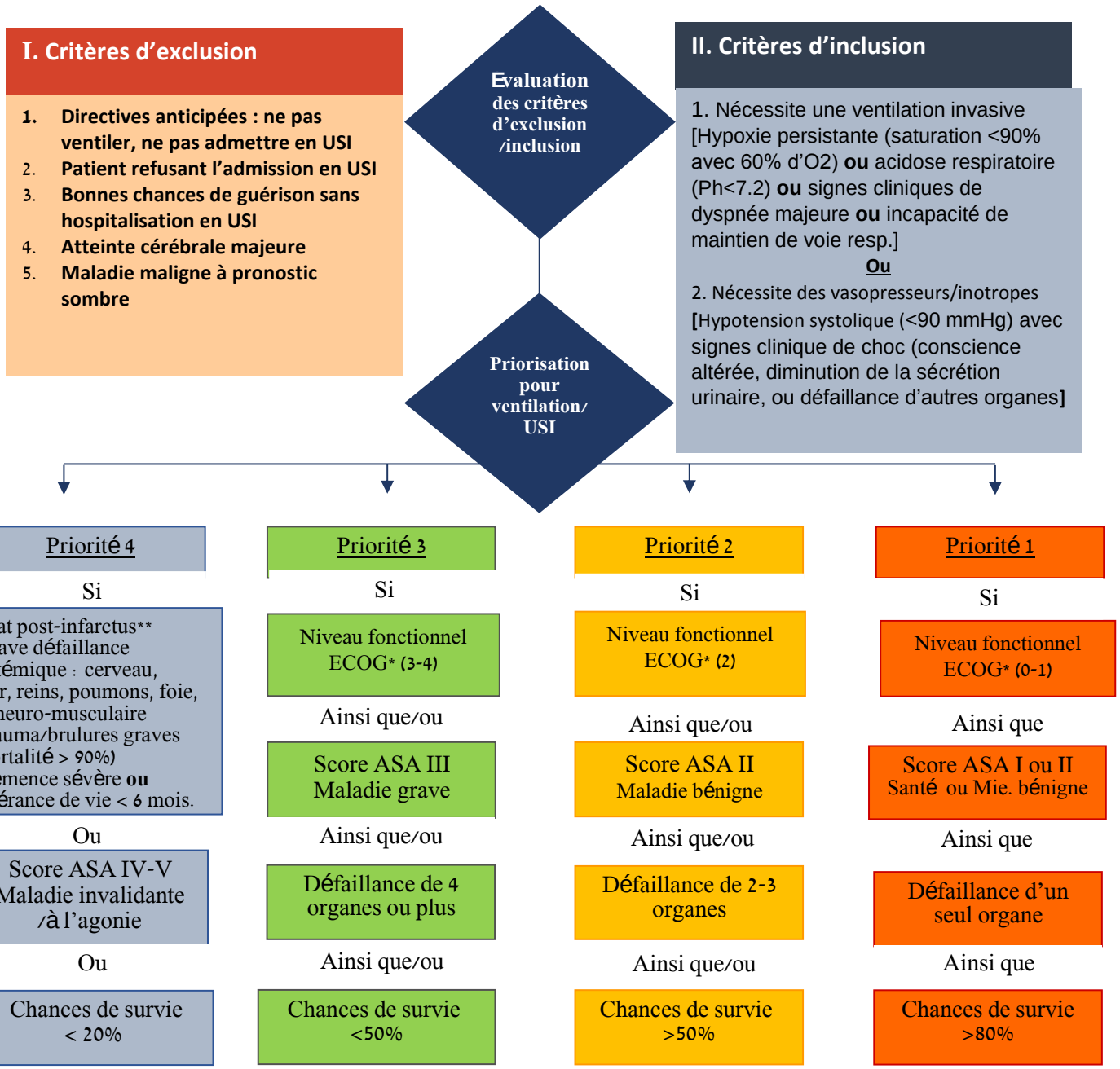
- **Juge Salim Joubran,** Membre – Ancien vice-président de la Cour suprême de Justice
- **Prof. Shaï Lavi,** Membre – Directeur de l'Institut Van Leer, Jérusalem
- **Maître Talia Agmon,** Membre – Vice conseillère juridique, Ministère de la Santé

Sous-commission halakhique/religieuse :

- **Le Rav Prof. Avraham Steinberg,** Président – Co-président du Conseil National de Bioéthique
- **Le Rav Gén. de brigade Eyal Krim,** Membre – Aumônier militaire en chef, Armée de défense d'Israël
- **Le Rav Prof. Yigal Shafran,** Membre – Directeur du Département de Médecine et Halakha, Grand Rabbinat, Jérusalem
- **Le Rav Dr. Mordekhai Halperin,** Membre – Directeur de l'Institut Schlesinger de recherche en Médecine et Halakha, Hôpital Shaare Zedek, Jérusalem
- **Le Rav Avraham Manela,** Membre – Directeur général de la Hevra Kadisha (Société en charge des enterrements), Tel Aviv

- **Le Kadi Muhammad Abu-Abeid,** Membre – Juge à la Cour islamique d'appel (Islam)
- **Dr. Etienne Lepicard,** Membre – Centre pour l'éducation en médecine, Hadassah et Université Hébraïque de Jérusalem et Directeur de Bet Hagat – La maison des rencontres interconfessionnelles et artistiques à Jérusalem (Christianisme)

Annexe B :
Algorithme et tableaux de notation
En cas d'urgences et de pénurie de moyens de réanimation



*Le niveau fonctionnel ne devra être pris en compte qu'en fonction des perspectives de survie à court terme, il y a lieu d'être particulièrement vigilant sur ce point lors de l'évaluation de personnes handicapées.
**Il s'agit d'un infarctus aigu ou avec des dommages cérébraux significatifs.

1. En cas d'égalité : L'affectation se fera sur la base des meilleures chances de survie, en tenant compte des maladies aigues et des maladies chroniques du malade.
   En cas de totale égalité médicale, la base est : premier arrivé, premier servi.
2. Réévaluation du niveau de priorité après 24 h chez les malades en attente d'admission en USI ou de ventilation.
3. Réévaluation du malade en USI au 10-14ème jour ou en cas de dégradation significative de l'état du malade. Il faudra alors considérer le transfert du malade en service de médecine courante ou la limitation des soins.
   (Adapté de Sprung CL, et al. Crit Care Med 2020)

SCORE FONCTIONNEL ECOG		PRIORITÉ
Pleinement actif, toutes les activités antérieures à la maladie sont possibles	0	1
Limité lors d'activités physiques intenses, mais ambulatoire et peut réaliser des travaux exigeant un léger effort ou de nature sédentaire, i.e. travaux ménagers, de bureau	1	
Partiellement ambulatoire, capable de s'occuper de ses besoins personnels mais ne peut travailler; éveillé 50% et plus du temps	2	2
Capable de s'occuper de ses besoins personnels seulement partiellement; confiné au lit ou en fauteuil plus de 50% de la journée	3	3
Totalement immobilisé; ne peut absolument pas s'occuper de ses propres besoins; entièrement confiné au lit ou au fauteuil	4	

(ECOG: https : ecog-acrin.org/resources/ecog-performance-status)

Adapté de : https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system)

Score de la Société Américaine des Anesthésistes (ASA)		
Descriptif	**Exemple**	Classe
Patient n'ayant pas d'autre affection que l'affection actuelle	En bonne santé, ne fume pas, ne boit pas	I
Patient ayant une perturbation modérée d'une grande fonction en relation avec l'affection	Exemple : bronchite chronique, obésité modérée, diabète contrôlé par le régime, infarctus ancien, HTA modérée.	II

actuelle ou une autre affection.		
Patient ayant une perturbation sévère d'une grande fonction, en relation avec l'affection actuelle ou une autre affection.	Exemple : insuffisance coronarienne avec angor, diabète insulino-dépendant, obésité morbide, insuffisance respiratoire modérée.	III
le patient est atteint d'une maladie systémique invalidante	Exemple : insuffisance cardiaque sévère, angor rebelle, arythmie réfractaire au traitement, insuffisance respiratoire, rénale, hépatique, ou endocrinienne avancée.	IV
Le patient est moribond avec une espérance de vie de moins de 24h	Exemple : rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale en grand état de choc.	V

Explicatif :

a. La décision de priorisation (triage) est une décision clinique complexe qui est prise lorsque le nombre d'appareils de ventilation ou de lits de soins intensifs s'avère insuffisant et ne suffit pas pour tous les patients qui en ont besoin. Un processus de prise de décision structuré est important afin de maximiser la transparence et d'améliorer la cohérence de la prise de décision. Pour ce faire, une estimation clinique des bénéfices possibles pour le patient est vitale (par exemple : résultats d'une admission en USI ou d'une mise sous ventilation comparés aux résultats attendus si le patient reste en service de médecine sans ventilation). Cet algorithme pratique esquisse un processus recommandé aux indices de priorisation individualisés, sans nullement tenir compte de l'appartenance à un groupe. Il s'agit d'un instrument médical validé.
b. Cet instrument apporte un élément d'objectivité dont le but est d'aider à maintenir un caractère méthodique dans la détermination des chances de survie à court terme. Cependant, il n'est pas censé se substituer au jugement de priorisation porté par un clinicien de soins intensifs expérimenté.
c. Le médecin devra se référer à l'ensemble des indices, et en particulier aux indices ECOG, uniquement selon la pertinence médicale de l'indice pour la réussite du traitement en termes de chances de survie et de sevrage de l'appareil de ventilation. Il n'y a pas lieu de prendre en compte quelque autre considération qui distinguerait entre les personnes, comme l'âge en soi, le handicap en soi ou la maladie en soi, si ce n'est uniquement en tant qu'indice prédisant, d'un point de vue médical, les chances de survie. On se souviendra que tous les êtres humains sont égaux et que leur vie a une valeur égale. On ne doit d'aucune manière interpréter la priorisation physiologique en situation extrême comme un jugement porté sur la valeur de la vie de qui que ce soit.
d. On commence le processus de priorisation par les critères d'exclusion :
Les premiers critères d'exclusion sont basés sur des critères dont il est fait usage en temps « normal ».
    - Des personnes pour lesquelles il y a des directives anticipées requérant d'éviter des traitements invasifs
    - Des personnes dont l'état clinique est suffisamment bon, de sorte que l'admission en soins intensifs ne leur apportera pas un bénéfice significatif

- Des personnes qui refusent l'hospitalisation en soins intensifs et/ou la mise sous ventilateur

e. Si les critères d'exclusion ne sont pas remplis, les malades doivent répondre à l'un des critères d'inclusion, c'est-à-dire que leur état est suffisamment grave pour nécessiter l'admission en soins intensifs/une ventilation assistée.
f. Dès lors qu'un patient ne répond pas aux critères d'exclusion et correspond aux critères d'inclusion, il est candidat à être admis dans une unité de soins intensifs ou à être placé sous respirateur artificiel.
g. Les critères d'inclusion sont examinés de manière individualisée selon les classifications de l'algorithme et des tableaux de notations.
h. Parmi ceux qui répondent aux critères d'inclusion, la priorisation est basée selon une classification de niveau de priorité de 1 à 4 (priorité 1, puis priorité 2, puis 3 et enfin priorité 4).
i. Les instruments de priorisation choisis sont multidimensionnels. Ils comprennent une échelle fonctionnelle (score ECOG), l'identification de comorbidités (score ASA), l'existence de défaillances systémiques ainsi qu'une évaluation générale des chances de survie à court terme. La littérature médicale nous apprend que l'utilisation de plusieurs instruments différents augmente le niveau de précision de la capacité pronostique par rapport à l'utilisation d'un seul instrument. De plus, les indices retenus sont ceux qui permettent d'obtenir une évaluation rapide, ce qui est vital en situations d'urgence.