

# Informations & Études

## **A qui ira le dernier ventilateur ?**

Un dialogue franco-allemand sur l'allocation  
des ressources en réanimation  
à l'ère de la COVID-19

---

**Entretien avec le Professeur Christian Jung et le Professeur Bertrand Guidet**

*par Katja Gelinsky*



## Aperçu

En dehors de situation de crise sanitaire, la médecine intensive et la réanimation ne suscitent guère l'intérêt du grand public. Avec la pandémie de COVID-19, les choses ont changé. L'épidémie a fait peser une pression considérable sur les systèmes de santé en général, et sur les services de réanimation en particulier. Des tensions sont apparues lorsqu'il s'agissait de prendre des décisions de priorisation d'accès aux services de réanimation, soulevant au passage des questions cruciales : que faire si le nombre de patients COVID-19 dans un état critique dépasse la capacité disponible en Réanimation ? Quels critères appliquer pour décider qui admettre en Réanimation – et qui ne pas admettre ? De quel type de conseils ont besoin les médecins, les patients et leurs familles, et de quelles recommandations disposent-ils pour s'orienter ?

Deux médecins réanimateurs, le professeur allemand Christian Jung et le professeur français Bertrand Guidet, parlent de leur vécu dans le cadre de la COVID-19 et des enseignements que nous devons tirer de cette pandémie pour la réanimation. Leur conclusion provisoire est qu'il faut un grand débat public sur les critères de priorisation des malades, et le choix doit au final s'appuyer sur une validation démocratique.

En outre, pour les praticiens comme pour les patients et leurs familles, il est essentiel de créer une confiance dans le système juridique qui guide et soutient la prise de décision dans ces situations extrêmes. Il faut donc engager au plus vite un vaste débat public sur des sujets tels que les droits individuels des patients, la solidarité, la justice dans l'accès aux soins et l'efficacité du système de santé, mais il faut aussi débattre de la tension entre une approche égalitaire et une approche utilitaire de l'accès aux services de réanimation. "Ces questions sont trop importantes dans nos sociétés pour qu'on s'en remette uniquement aux professionnels de santé."

### **Les comptes rendus des médias sur les hôpitaux débordés par l'afflux de patients COVID-19 en Europe ont constitué un choc pour le grand public. Avez-vous été surpris par cette forte augmentation du nombre de patients, dépassant parfois la capacité de prise en charge de certains hôpitaux ?**

**Prof. Guidet :** Au début, nous étions tributaires des informations en provenance de Chine, et on pouvait raisonnablement mettre en doute la fiabilité des données transmises. Puis nous avons vu ce qui s'est passé dans le Nord de l'Italie. Nos collègues italiens nous ont dit à quel point ils étaient débordés par l'afflux de patients. Et ainsi, fin février, début mars, nous avons pris conscience qu'une vague arrivait. Nous avons un gros foyer de patients dans l'Est de la France, et nos collègues dans la région nous ont dit que la situation était dramatique. Dans la plupart des pays, et même dans certaines parties de l'Europe occidentale, les ressources en réanimation sont très limitées en configuration de base. A titre d'exemple, il n'y a que quatre lits de réanimation pour 100 000 habitants au Portugal, et 11 en France. Cela fait une grosse différence par rapport aux 25 lits disponibles en Allemagne. Donc, pour de nombreux hôpitaux confrontés **Vous êtes spécialistes de réanimation, et vous êtes confrontés quotidiennement à des choix difficiles. Quel impact a eu jusqu'à présent la pandémie de COVID-19 sur votre façon de travailler ?**

*De grandes disparités  
d'une région à l'autre*

**Prof. Jung :** L'épidémie de COVID-19 a suscité un énorme intérêt du grand public pour le processus décisionnel en Réanimation. C'est soudain devenu un sujet qui intéressait les médias. Et puis, au commencement de la pandémie, celle-ci a engendré une augmentation dramatique du travail d'organisation au sein des hôpitaux. Sous le regard attentif des médias, nous avons dû procéder à des ajustements dans la gestion des soins en réanimation. Au même moment, les admissions non-urgentes se sont arrêtées, et la charge de travail clinique s'est répartie différemment.

**Prof. Guidet :** J'ajouterais trois remarques.

D'abord, la plupart des gens, y-compris les journalistes, ne connaissent pas la réanimation. Ces services permettent de prendre en charge des patients dans un état grave, ce qui mobilise des compétences médicales, mais aussi techniques, relationnelles et éthiques. Nous avons donc eu des difficultés de communication. Il n'a pas toujours été simple d'expliquer les différents aspects de la réanimation.

Ma deuxième remarque concerne les critères d'admission en réanimation. C'est notre quotidien, mais là, il fallait prendre des décisions en situation de crise sanitaire avec une tension sur les lits disponibles. En France, nous avons dû faire face à une demande de prises en charge en réanimation supérieure aux ressources dont nous disposons. Il a donc fallu prendre des décisions quant à l'admission d'un grand nombre de nouveaux patients, alors même que nous étions soumis à une très forte pression. Si nous avons à gérer une nouvelle vague de COVID-19, il faudra de toute urgence discuter de la question de la priorisation pour les admissions en Réanimation.

Ma troisième remarque porte sur notre rapport à la vie et à la mort. D'une part, lorsque vous admettez quelqu'un en Réanimation, cela ne garantit pas nécessairement la survie de ce patient. D'autre part, si vous n'admettez pas un patient en Réanimation mais dans un service conventionnel, cela ne signifie pas non-plus que le patient va forcément mourir.

*Pas de garantie de survie*

Tout est question de probabilité et d'incertitude. Nous ne savons pas toujours exactement si un patient particulier va effectivement tirer profit d'une admission en réanimation. Et parfois lorsque le médecin réanimateur doit prendre la décision, il ou elle ne dispose pas de toutes les informations, ni du dossier médical complet du patient. C'est un facteur de stress important lorsque qu'il faut trancher alors qu'il ne reste que quelques lits de réanimation disponibles.

Nous avons aussi redécouvert les disparités de situation d'une région à l'autre. La situation en région parisienne, par exemple, était totalement différente de celle d'autres régions françaises. Nous n'avons pas augmenté nos capacités pérennes d'accueil en Réanimation depuis le printemps. Nous pourrions donc devoir faire face à des écarts entre l'offre et la demande si nous avons à affronter une deuxième vague de COVID-19.

**Prof. Jung :** En Allemagne, nous avons eu la chance de ne pas être touchés dès le début de la pandémie. Cela nous a donné un peu de temps pour prendre les mesures nécessaires et accroître nos capacités d'accueil en Réanimation. Quelques mois plus tôt, je n'aurais pas imaginé qu'une telle pandémie puisse frapper l'Europe. Mais après avoir vu ce qui se passait en Italie, nous étions prévenus, et cette information nous a permis de nous préparer à affronter ces éventuels défis. En outre, les hôpitaux allemands sont plutôt bien équipés. L'Allemagne compte de loin le plus grand nombre de lits de Réanimation par habitants en Europe. Pour autant, notre système de santé n'était pas bien préparé pour allouer les ressources médicales de manière efficace. Les mesures prises pour faire face à un afflux potentiel de patients COVID-19 ont conduit à ce que des lits restent inoccupés en Réanimation. Les patients non-urgents n'ont plus été admis à l'hôpital pour des interventions programmées, pour une prothèse de hanche, par exemple, en vertu d'une directive du ministère fédéral de la Santé.

**Prof. Guidet :** J'ajouterais que si nous parlons de service de réanimation, il faut aussi évoquer les autres services hospitaliers et le rôle des soins palliatifs. Dans mon hôpital, il n'y avait pas d'unité de soins palliatifs. Nous en avons donc créé une pendant la pandémie, pour faire en sorte que les patients gravement malades qui n'auraient pas pu être admis en Réanimation – même si la situation avait été normale - ne souffrent pas, et pour qu'ils reçoivent un traitement palliatif et de l'oxygène autant que de besoin. Ils pouvaient en outre voir les membres de leur famille et bénéficier du soutien d'une équipe de psychologues. C'est important de le souligner, parce que nous avons été critiqués pour des cas de patients décédés en maisons de retraite ou en EHPAD, dans lesquelles la qualité des soins palliatifs n'était pas optimale. Près d'un tiers des décès liés à la COVID-19 en France se sont produits en EHPAD. Des poursuites ont été engagées parce

*Importance des soins palliatifs*

que des résidents en fin de vie n'ont pas été envoyés à l'hôpital et n'ont pas reçu l'assistance nécessaire pendant leurs dernières heures. Il nous faut adopter une approche plus globale dans la prise en charge des patients gravement malades, nous ne devons pas seulement nous concentrer sur ceux admis en réanimation.

***"Il nous faut adopter une approche plus globale dans la prise en charge des patients gravement malades, nous ne devons pas seulement nous concentrer sur ceux admis en réanimation."***

L'autre problème dont nous devons discuter est celui de l'attribution des lits de réanimation aux différents groupes de patients. En Ile-de-France, le nombre de lits en réanimation a été accru, passant de 1100 à 2700 lors du pic de la première vague de COVID-10. Toutefois, seuls 250 lits ont été réservés aux patients non-COVID en état critique. Certains hôpitaux n'ont plus du tout assuré de soins de réanimation pour les patients non-COVID, et ça, c'est terrible, parce qu'il y avait sans aucun doute d'autres patients atteints de pathologies graves nécessitant une prise en charge en réanimation. Donc, la crise du coronavirus a soulevé des questions majeures de justice et d'équité dans l'accès aux soins.

*Questions d'équité  
dans l'accès aux*

**Prof. Jung :** Je partage entièrement cette analyse. La dynamique de cette pandémie fait que même en l'Allemagne, alors que nous avons une grande capacité de lits de réanimation, nous pourrions nous retrouver à un point où nous n'aurions pas assez de places en réanimation pour prendre en charge les patients COVID et les autres patients.

**Il est un sujet très délicat : Comment prendre les décisions de priorisation des patients nécessitant des soins de réanimation lorsque les ressources médicales sont limitées ? Professor Guidet, vous avez participé à l'élaboration de directives relatives au tri. Pouvez-vous nous expliquer comment cela se passe ?**

**Prof. Guidet :** Nous avons rédigé des directives, ou plutôt des recommandations, au niveau régional pour l'Ile-de-France et au niveau national, afin d'aider les médecins dans leur prise de décision pour les admissions en service de réanimation. Les auteurs étaient issus de la médecine intensive et réanimation (MIR), de l'anesthésie-réanimation (AR) et de la médecine d'urgence. Nous avons fait de notre mieux. La grande limite de cet exercice, c'est que ces recommandations étaient avant tout destinées aux médecins, et moins à la société dans son ensemble. Leur élaboration n'a impliqué ni les personnels infirmiers, ni les représentants des patients, ni les responsables gouvernementaux. De même, elles n'ont pas fait l'objet d'une validation formelle avec un consensus impliquant tout un panel de personnes avec une expertise et une vision complémentaire. Ce dont nous avons besoin, c'est d'un document de recommandations partagées en matière de tri, élaboré avec la participation de la société civile.

*Implication nécessaire  
de la société civile*

**Prof. Jung :** En Allemagne, les médecins ont joué un rôle essentiel dans l'élaboration des directives de tri. Plusieurs associations de médecins ont publié une recommandation conjointe à ce sujet. La Chambre allemande des médecins (Bundesärztekammer) a également publié un document d'orientation. Toutefois, dans sa déclaration ad hoc, le Conseil national d'éthique allemand a défendu une position un peu différente sur la manière de gérer les cas de tri. La situation est rendue encore plus compliquée par les incertitudes au plan juridique. A mon avis, le problème de toutes ces recommandations, c'est l'absence d'une validation démocratique appropriée. La question est d'une actualité brûlante.

***"Le problème de toutes ces recommandations, c'est l'absence d'une validation démocratique appropriée. La question est d'une actualité brûlante."***

### Alors, quels sont les éléments-clés de la prise de décision pour une admission en réanimation ?

**Prof. Guidet :** Il y a trois types d'informations qui doivent guider la décision. Le premier élément, ce sont les souhaits du patient. Nous devons en priorité respecter l'autonomie de décision du patient. Disposons-nous de directives anticipées, la question a-t-elle été discutée avec la personne de confiance ? Le deuxième type d'informations concerne l'état de santé général du patient. Pour le déterminer, nous nous appuyons sur son âge, ses comorbidités, sa fragilité et d'autres paramètres fonctionnels, la présence d'un cancer actif, etc. Toutes ces caractéristiques sont nécessaires pour évaluer les chances qu'a raisonnablement un patient de survivre à un séjour long de réanimation, même dans des circonstances normales. Toutefois, ce sont des éléments qu'il nous faut adapter en période de forte demande. Je tiens à souligner que nous n'avons pas introduit d'âge limite dans nos recommandations. Ainsi, nous n'avons pas dit que l'âge de 75 ou 85 ans constituerait un seuil. Le troisième type d'informations qui nous guident dans la procédure d'admission, c'est la gravité aiguë, en d'autres termes, la probabilité de décès du patient. Nous avons également indiqué que la prise de décision devait être collective, faire intervenir au moins deux médecins, et si possible un troisième qui n'est pas directement impliqué dans le suivi du patient. Toute la procédure de prise de décision doit être transparente et documentée dans le dossier médical.

*Importance de la transparence*

### Professeur Jung, est-ce que les spécialistes de réanimation en Allemagne appliquent une démarche similaire ?

**Prof. Jung :** Oui, tout à fait. Bien sûr, il est important d'évaluer l'état de santé du patient, de respecter ces souhaits, et de comprendre la gravité de la pathologie aiguë. Nous tenons aussi à nous assurer que la décision d'admission en Réanimation n'est pas prise par une seule personne. Nous incluons également d'autres professionnels de santé dans le processus, et si possible, d'autres parties prenantes comme des membres de comités d'éthique. Permettez-moi d'ajouter que les critères que nous employons pour la procédure d'admission n'ont pas de seuil limite, comme par exemple une limite d'âge. Ce ne serait pas acceptable, ni au plan éthique, ni au plan juridique.

*"Nous n'avons pas de seuil limite pour la procédure d'admission, comme par exemple une limite d'âge. Ce ne serait pas acceptable, ni au plan éthique, ni au plan juridique."*

**Prof. Guidet :** J'ajoute que nous devons examiner le cas de chaque patient individuellement. Il faut absolument éviter des systèmes de notation basés sur des seuils et des limites. L'admission en Réanimation n'est pas un examen scolaire, on n'attribue pas de bonne ou de mauvaise note. Nous considérons que ce serait une mauvaise pratique médicale. Il faut procéder à une analyse complète en examinant tous les critères, et compte tenu des incertitudes, nous prenons une décision collégiale sur l'admission ou non d'un patient en Réanimation.

### Vous avez évoqué l'âge comme étant un critère. Quel rôle joue l'âge dans le processus d'admission des patients COVID-19 ?

**Prof. Guidet :** Les patients âgés de 80 ans ou plus ont un taux de mortalité bien supérieur aux patients de moins de 50 ans, par exemple. Nous savons également que ces patients ont besoin de séjourner en réanimation beaucoup plus longtemps que des patients plus jeunes. Les éléments factuels sur les années de vie gagnées sont des données très sensibles, mais que l'on ne peut ignorer. Si vous n'avez qu'un lit de disponible en réanimation et que vous devez faire un choix entre un patient de 40 ans et un autre de 85 ans, il est probable qu'on choisira d'admettre le patient plus jeune. Il faut reconnaître que c'est un peu une approche utilitaire, que certains jugent inacceptable. Mais c'est bien le dilemme : le fondement éthique de la médecine est

*Des années de vie gagnées*

l'égalitarisme. Toutefois, en cas d'afflux de patients, lorsque les hôpitaux sont débordés par le nombre de malades à prendre en charge, que voulez-vous faire ? C'est aussi une question de justice dans l'accès aux soins. Nous voulons sauver le plus de vies possible.

**"Le fondement éthique de la médecine est l'égalitarisme. Mais nous voulons sauver le plus de vies possible."**

**Prof. Jung :** L'âge a sans aucun doute une influence importante sur le pronostic vital. Lorsqu'un patient est admis en réanimation, il subit un stress physique et psychologique considérable. C'est un peu comme courir un marathon. Le défi pour une sportive de 32 ans n'est pas le même que pour un coureur de 82 ans. Toutefois, il faut aussi tenir compte du fait que tout le monde ne vieillit pas à la même vitesse. Si l'âge chronologique est facile à déterminer, l'âge biologique dépend d'une combinaison de variables modifiables ou non, telles que la génétique, le régime alimentaire, et les habitudes de vie. Cela montre bien pourquoi il est crucial d'examiner au cas par cas la situation individuelle de chaque patient. Mais même en procédant ainsi, lorsqu'il n'y a pas assez de ventilateurs ou de lits disponibles en réanimation, on est tout de même contraint de faire des choix.

*Il est crucial d'examiner au cas par cas la situation individuelle de chaque patient*

**Prof. Guidet :** Fixer des priorités dans cette situation terrible ne relève pas d'une décision médicale. C'est une responsabilité qui doit être partagée avec la société et avec les décideurs politiques.

**Prof. Jung :** Je suis entièrement d'accord. Bien sûr, d'un côté, nous voulons sauver autant de vies que possible, mais par ailleurs, nous ne voulons pas porter atteinte aux droits des patients dont l'état de santé indique clairement qu'ils relèvent de la réanimation. Si un médecin doit prendre une décision dans une telle situation où la vie du patient est en jeu, il est important que cette décision repose sur une validation démocratique suffisante. A ma connaissance, ce n'est pas le cas en Allemagne.

**Vous insistez tous les deux sur le besoin de communication et de transparence. Qu'est-ce que cela signifie par rapport aux patients ou à leur famille lorsque la situation impose un tri des patients ? Quel est le genre d'information qu'il faudrait partager lorsque les ressources de Réanimation sont limitées, par exemple lorsqu'un patient plus jeune et un patient plus âgé sont en concurrence pour l'affectation d'un ventilateur ?**

**Prof. Jung :** A titre d'exemple, lorsque les capacités sont insuffisantes, jamais nous n'informerions un patient âgé ou sa famille qu'un patient plus jeune a besoin d'une place en Réanimation. Ce serait parfaitement inacceptable, et cela ferait peser sur le patient âgé ou sa famille une responsabilité et potentiellement une culpabilité. Toutefois, cette pandémie nous rappelle qu'en tant qu'individus, nous serions bien avisés de prendre des décisions sur le type de soins médicaux dont nous souhaitons bénéficier ou qui nous semblent acceptables pour être maintenus en vie le cas échéant. Il faudrait encourager chacun à réfléchir à des directives anticipées et à en discuter avec sa famille, parce qu'il peut s'avérer extrêmement utile de connaître les volontés d'un patient avant une éventuelle admission en réanimation.

*Intérêt des directives anticipées*

**Prof. Guidet :** Je suis entièrement d'accord, la pénurie de ressources en Réanimation n'est pas un sujet à évoquer avec les patients ou les membres de leurs familles. Je pense qu'il serait au contraire souhaitable que les autorités sanitaires présentent la situation au grand public, en expliquant la pénurie de lits de réanimation, afin d'encourager les discussions au sein des familles, pour que chacun réfléchisse à ses propres choix dans le cas où une admission en réanimation s'avèrerait nécessaire. Toutefois, il serait totalement déplacé d'aborder des questions fondamentales à chaud en situation d'urgence.

**Un autre sujet extrêmement sensible concerne le scénario d'arrêt des soins actifs d'un patient déjà en cours de traitement pour sauver la vie d'un autre patient au pronostic vital a priori plus favorable. Comment faut-il gérer une telle situation ?**

**Prof. Guidet :** Nous avons évoqué cette question au moment de rédiger les recommandations sur le tri. Mais nous n'avons jamais publié le document que nous avons élaboré, parce qu'on nous a dit qu'il risquait d'être très mal perçu. C'est tout simplement un sujet trop délicat. En réalité, pendant la vague de COVID-19, nous n'avons jamais « débranché » le respirateur d'un patient pour le donner à un autre. Nous ne faisons pas ce genre de choses.

**Prof. Jung :** Les directives conjointes élaborées par les associations de médecins permettent la réévaluation de patients recevant déjà des soins de réanimation et la possibilité d'interrompre leur traitement si un nouveau patient, avec un pronostic vital plus favorable, a besoin du ventilateur. Toutefois, cette procédure pourrait aller à l'encontre de la législation allemande, et elle ne correspond pas non plus aux recommandations du Conseil national d'éthique. Donc, le problème n'est pas résolu. Cette incertitude se maintient au détriment des parties prenantes dans les situations de tri, alors qu'elles sont déjà dans une situation d'extrême tension à ce moment-là. Comme je l'indiquais précédemment, ce qu'il nous faut, c'est une approche multidisciplinaire, validée démocratiquement, pour clarifier ce point très controversé : l'arrêt de la réanimation d'un patient pour tenter d'en sauver d'autres. Au bout du compte, il faut que le législateur se saisisse de la question, parce qu'il n'est pas acceptable de placer les médecins dans une position où ils sont conduits à prendre des décisions de vie ou de mort et risquent de se mettre en porte-à-faux par rapport au cadre légal existant.

*Incertitudes  
juridiques*

*"Au bout du compte, il faut que le législateur se saisisse de la question, parce qu'il n'est pas acceptable de placer les médecins dans une position où ils sont conduits à prendre des décisions de vie ou de mort et risquent de se mettre en porte-à-faux par rapport au cadre légal existant."*

**Prof. Guidet :** Je ferais le parallèle avec la procédure de don d'organe pour les patients en état de mort cérébrale. En France, l'équipe médicale qui prend en charge le patient donneur n'est pas la même que l'équipe qui s'occupe du receveur potentiel. Peut-être qu'en situation de tri, lorsque se pose la question de l'interruption des soins actifs, une deuxième équipe pourrait, dans une démarche similaire, aider à prendre une décision d'arrêt des soins actifs. Là-encore, l'arrêt des soins actifs est un sujet éminemment complexe, que ne peuvent pas trancher seuls les médecins, puisqu'il impose de prendre également en compte des aspects éthiques et juridiques.

**Alors, que faut-il faire pour répondre à la multitude de questions cruciales dans les situations de tri ?**

**Prof. Guidet :** Je dirais qu'il faut bien garder à l'esprit qu'il s'agit d'un problème multidimensionnel et multidisciplinaire, qui nécessite d'être examiné sous différents angles. On pourrait peut-être produire un document générique expliquant les raisons des différents aspects du tri, peut-être même au niveau européen. Toutefois, la décision de mise en œuvre des recommandations générales doit être prise localement. Il ne sera sans doute pas simple de déterminer qui doit participer aux travaux d'élaboration d'un tel cadre. D'après mon expérience dans la rédaction du document français, je suggérerais une approche très large, parce que dans mon pays, on a beaucoup critiqué le fait que seuls des médecins aient participé à l'élaboration des recommandations.

*Niveau local et  
niveau européen*

**Prof. Jung :** Même si cela peut paraître très ambitieux, il serait souhaitable de parvenir à un consensus européen sur le cadre général du tri, y-compris sur les principes éthiques et juridiques et les critères fondant les décisions de tri des patients et leur mise en œuvre. Néanmoins, la responsabilité pour chaque cas individuel doit être assumée au niveau local.

*"Il serait souhaitable de parvenir à un consensus européen sur le cadre général du tri, y-compris sur les principes éthiques et juridiques et les critères fondant les décisions de tri des patients et leur mise en œuvre. Néanmoins, la responsabilité pour chaque cas individuel doit être assumée au niveau local."*

### **Parlons un peu de l'avenir : Que faut-il faire pour éviter que se reproduise le scénario de la pandémie de COVID-19, lorsque la demande de réanimation a dépassé les ressources disponibles ?**

**Prof. Jung :** Je pense qu'avant de parler de l'avenir, il est important de se rendre compte de tout ce qui a déjà été accompli. Nous avons constaté une énorme mobilisation de moyens en termes financiers, de recrutement et d'efforts de recherche pour faire face à la pandémie de COVID-19. Pour autant, nombre de problèmes n'ont pas encore été résolus. Pour relever les défis, nous sommes confrontés à beaucoup de controverse, et même de déni, mais aussi beaucoup de défiance. En outre, nous avons aussi à lutter contre les fausses informations, qui minent la confiance du public dans l'engagement sans faille des parties prenantes pour surmonter cette crise. C'est sans aucun doute un processus d'apprentissage, mais il nous faudra probablement mieux communiquer, et être plus transparents sur les situations de tension difficiles, comme la terrifiante question du tri des patients.

**Prof. Guidet :** Un des enseignements que l'on peut tirer de notre expérience avec la pandémie, c'est qu'il nous faut de meilleurs modèles de prédiction et de meilleurs processus de planification des capacités de réanimation. Le nombre de lits en réanimation varie beaucoup d'un pays européen à l'autre ; à titre d'exemple, il est six fois plus élevé en Allemagne qu'au Portugal. Toutefois, certains des lits comptabilisés en Allemagne – et pour lesquels il n'y a pas de ventilateur disponible – ne seraient pas comptés comme des lits de réanimation, mais plutôt comme des lits de soins intermédiaires dans d'autres pays. Il nous faut promouvoir le développement de ces unités de soins intermédiaires, qui offrent un niveau de soins intermédiaire entre les services conventionnels et les unités de Réanimation. Cette approche par pallier est un outil important pour réduire l'impact de cette crise et nous préparer à affronter la prochaine de façon plus pérenne.

*Insuffisance des modèles de prédiction et de planification des*

Lorsque la pandémie nous a frappés au printemps 2020, nous nous sommes aperçus qu'un nombre substantiel de patients COVID-19 avait besoin de soins médicaux qu'il était difficile de prodiguer dans une unité conventionnelle, comme la délivrance d'un débit élevé d'oxygène par canules nasales. Toutefois, le traitement de ces patients ne nécessitait pas les ressources élaborées et onéreuses des unités de Réanimation, comme une ventilation invasive. Donc, créer des unités de soins intermédiaires nous permettrait de prendre en charge à l'hôpital plus de patients gravement malades. Cela vaut tout particulièrement pour les patients âgés, qui ne souhaitent pas forcément subir des traitements plus invasifs, mais qui comptent bien se rétablir avec une prise en charge moins agressive.

Quoi qu'il en soit, dans nombre de pays d'Europe, nous devons accroître le nombre de lits de réanimation. Il nous faut sans doute nous préparer à ouvrir davantage d'unités de Réanimation. La principale difficulté est le recrutement de personnel expérimenté en Réanimation. Je suis assez confiant quant à notre capacité à acquérir les quantités suffisantes de ventilateurs et de médicaments pour les patients en état critique. Mais le goulet d'étranglement du dispositif, ce sont les professionnels de santé formés à la prise en charge de patients graves de réanimation.



**"Créer des unités de soins intermédiaires nous permettrait de prendre en charge à l'hôpital plus de patients gravement malades."**

**Prof. Jung :** Les pénuries de personnel dans notre système de santé, et en particulier dans les unités de Réanimation, sont également un problème en Allemagne. Nous n'avons pas assez de temps pour évoquer ici en détails ce sujet complexe, mais les salaires, les conditions et l'environnement de travail, le moral et la reconnaissance professionnelle sont sans aucun doute des questions sur lesquelles il faut davantage mettre l'accent si l'on veut être mieux préparé à traiter un nombre croissant de patients COVID-19. Ce que nous a également enseigné l'épidémie de coronavirus, plus généralement, c'est que nos systèmes de santé en Europe devaient être moins tributaires des importations de médicaments et d'équipements produits dans d'autres régions du monde.

*Pénuries de personnel*

**Penchons-nous un instant sur la capacité des pays européens à coopérer au cours de cette pandémie : comment jugez-vous les efforts conjoints en matière d'allocation des ressources médicales ?**

**Prof. Guidet :** Au moment de l'afflux massif de patients au printemps 2020, la collaboration européenne pour la prise en charge de patients en état critique a été globalement plutôt limitée, même si certains patients COVID-19 de l'Est de la France ont été transférés vers des hôpitaux au Luxembourg, en Suisse et en Allemagne. Nous avons également constaté un réflexe national pour la distribution de médicaments et d'équipements médicaux comme les masques de protection pour le personnel médical et infirmier. En outre, il nous faut davantage de coopération scientifique européenne dans la bataille contre la COVID-19. Nous devons échanger et combiner nos expertises respectives de façon à pouvoir atteindre plus rapidement des résultats dans la bataille contre la pandémie.

*Une collaboration européenne limitée*

**Prof. Jung :** Je suis entièrement d'accord, il y a beaucoup de choses à améliorer en matière de coopération. Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que le système de santé est décentralisé dans certains pays, comme c'est le cas en Allemagne. Ainsi, on peut remarquer que les hôpitaux ont coopéré au niveau régional comme ils ne l'avaient jamais fait auparavant, notamment en créant un réseau pour partager leurs ressources. Pour ce qui est de la coopération au niveau transnational, nous avons constaté une coopération sélective pendant la crise. Ainsi, l'Allemagne a pris en charge non-seulement des patients en provenance de France, mais aussi d'Italie et des Pays-Bas.

*Un réseau pour partager les ressources*

**A titre de conclusion, quel est le message principal que vous voudriez faire passer pour relever les défis de la pandémie de COVID-19 dans le domaine crucial de la réanimation ?**

**Prof. Guidet :** Je souhaiterais insister sur la nécessité de mener un large débat multidisciplinaire sur la gestion des situations de crise, lorsque le nombre de patients en demande de Réanimation dépasse les ressources disponibles. Nous, les médecins réanimateurs, devons mieux expliquer au grand public les défis auxquels nous sommes confrontés. Mais nous ne sommes pas habitués à faire ce travail de pédagogie. Nous faisons de notre mieux pour soigner les patients gravement malades, mais notre génération n'a jamais eu à faire face à une telle pandémie et à une telle crise. Pour trouver des solutions durables, nous devons impliquer des parties prenantes multiples provenant de tous horizons.

**Prof. Jung :** Je voudrais également souligner à quel point il est essentiel de régler la question des incertitudes juridiques et les problèmes de responsabilité qui pèsent sur les décisions de tri des patients. Il nous faut des critères de priorisation des patients lorsque les ressources sont limitées. Et puis nous avons aussi besoin de sécurité juridique, dans ces situations extrêmement stressantes et éprouvantes, pour les équipes de réanimation comme pour les patients et leurs proches. Ces critères doivent être le résultat consensuel d'un processus démocratique. On ne peut pas raisonnablement attendre des médecins qu'ils prennent des décisions sur des questions de vie ou de mort au risque d'agir dans l'illégalité. Il est grand temps de mener un grand débat sociétal et politique sur ces questions cruciales.

*Des situations  
extrêmement  
stressantes*

*"Il est grand temps de mener un grand débat sociétal et politique sur ces questions cruciales."*

## Références

1. The Variability of Critical Care Beds Numbers in Europe. Rhodes A, Ferdinande P, Flaatten H, Guidet B, Metnitz PG, Moreno RP. Intensive Care Med 2012, 38: 1647-53.
2. Admission Decisions to Intensive Care Units in the Context of the Major Covid-19 Outbreak: local guidance from the COVID-19 Paris-Region Area. Azoulay E, Beloucif S, Guidet B, Pateron D; Vivien B, Le Dorze M. Crit Care 2020, Jun 5;24(1): 293.
3. The good, the bad and the ugly: pandemic priority decisions and triage. Flaatten H, Beil M, Guidet B; Jung C. J Med Ethics. 2020 Jun 10: medethics-2020-106489. doi: 10.1136/medethics-2020-106489. Online ahead of print.
4. Prognostication in the elderly ICU patients: "mission impossible?". Flaatten H, Beil M, Guidet B. Editorial Br J Anaesth 2020 <https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.08.005>.



**Le Professeur Bertrand Guidet** dirige le service de réanimation médicale à l'Hôpital Saint-Antoine (Assistance Publique Hôpitaux de Paris). Après avoir obtenu son diplôme de médecine en 1985, il a fait sa spécialisation en cardiologie l'année suivante et en 1987 est devenu médecin réanimateur. En 1993, il obtient son diplôme d'habilitation à diriger des recherches. Il est depuis 1997, professeur de médecine à Sorbonne Université. Le Professeur Guidet est également membre de l'unité de recherche U1136 de l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale). Après avoir été président de la CME du Groupe hospitalier des hôpitaux de l'Est parisien, il est représentant médical de l'Hôpital Saint-Antoine. Ancien président de la Société de réanimation de langue française (SRLF) (de 2008 à 2010), il est aujourd'hui membre de la section "Health Services Research and Outcome" au sein de la Société européenne de réanimation (ESICM). Il est également l'un des initiateurs du groupe international d'études VIP (sur les patients très âgés en Réanimation). Le Professeur Guidet est l'auteur de plus de 330 articles, publiés dans diverses revues nationales et internationales. L'un des sujets centraux de ses recherches concerne les patients très âgés en Réanimation.

[https://www.researchgate.net/profile/Bertrand\\_Guidet](https://www.researchgate.net/profile/Bertrand_Guidet)



**Le Professeur Christian Jung** est consultant pour les unités de soins intensifs au sein de la Division Cardiologie, Maladies pulmonaires, Médecine vasculaire, à la Faculté de médecine du Centre Hospitalier Universitaire de Düsseldorf en Allemagne. Il a suivi ses études de médecine de 1998 à 2005 dans les universités de Rostock, Fribourg, Zurich et St. Petersburg (Floride, Etats-Unis). Il a accompli son internat au sein du département Cardiologie, Angiologie, Maladies pulmonaires et Médecine intensive de l'hôpital universitaire de Jena en Allemagne. De 2007 à 2009, il a été stagiaire post-doctorant au Département de Cardiologie et au Center for Molecular Medicine, Experimental Cardiovascular Research (Centre de médecine moléculaire et de recherche cardiovasculaire expérimentale) de l'Hôpital universitaire de Karolinska, à Stockholm en Suède. En 2013, il obtient sa certification comme spécialiste et consultant en médecine interne et en cardiologie. La même année, il obtient son habilitation postdoctorale (venia legendi) en médecine interne. En 2015, il obtient son diplôme de doctorat (Karolinska Institute Stockholm, Suède). Depuis 2015, il est consultant et professeur au grade W2 en cardiologie interventionnelle et en médecine intensive cardiovasculaire à l'Université Heinrich-Heine de Düsseldorf en Allemagne. Depuis 2016, il est chercheur et coordinateur national des études VIP (sur les patients très âgés en réanimation) et chercheur principal de l'étude COVIP qui examinent les caractéristiques spécifiques des patients âgés atteints d'une forme grave de COVID-19. Il est notamment membre de la Société allemande de cardiologie, président du groupe de travail sur la médecine intensive, de la Société européenne de cardiologie, de la Société allemande de médecine interne en réanimation, et de la Société européenne de réanimation (European Society of Critical Care Medicine), section "Health Services Research and Outcome", groupe d'étude VIP. Il est l'auteur de nombreuses publications sur la cardiologie interventionnelle, les valvulopathies cardiaques et la réanimation. La liste de ses publications contient plus de 300 articles et chapitres d'ouvrages scientifiques.

<https://orcid.org/0000-0001-8325-250X>

## Impressum

### Konrad-Adenauer-Stiftung e. V.

#### Dr. Katja Gelinsky

Conseillère politique, État de droit et politique  
Division Analyse et Conseil  
Département Démocratie, État de droit et Partis politiques  
T +49 30 / 26 996-3760  
[Katja.Gelinsky@kas.de](mailto:Katja.Gelinsky@kas.de)

Adresse postale : Konrad-Adenauer-Stiftung, 10907 Berlin

Éditeur : Konrad-Adenauer-Stiftung e. V. 2020, Sankt Augustin/Berlin  
Conception et composition : yellow too Pasiak Horntrich GbR



Le texte de cette publication est publié sous licence Creative Commons : "Creative Commons Attribution-Share Alike 4.0 international" (CC BY-SA 4.0), <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/legalcode>.

Photos : Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.