

Pénurie exceptionnelle des ressources dans les soins stationnaires: principes éthiques et critères procéduraux pour le report de traitements

Prise de position de la Commission Centrale d'Éthique de l'ASSM

1. Problématique du manque de coordination et de réflexion dans les décisions de report de traitements (posteriorisations)

Les situations de pénurie exceptionnelle des ressources sont un défi majeur pour le personnel soignant, les patient.e.s ainsi que leurs proches. Dans de telles situations, les traitements urgents doivent être assurés avec les ressources humaines et matérielles à disposition. En premier lieu, il importe de prévenir les pénuries de ressources indispensables à la survie des patient.e.s – les opérations urgentes ou les soins intensifs par exemple –, afin d'éviter les triages dans ces domaines. Pour ce faire, il est recommandé d'augmenter les capacités de traitement, de reporter les traitements planifiables¹ et de transférer des patient.e.s vers des hôpitaux disposant de suffisamment de ressources.²

La pénurie des ressources qui se prolonge en raison de la pandémie de Covid-19 soulève de plus en plus de questions éthiques, notamment en ce qui concerne le report des interventions planifiables: la posteriorisation de traitements constitue, elle aussi, une forme de triage. Certes, il ne s'agit pas d'un tri direct entre différent.e.s patient.e.s, mais d'une hiérarchisation des traitements prévus de manière à réduire globalement, autant que possible, les dommages. Comme pour toutes les formes de triage, des traitements médicalement indiqués sont reportés uniquement en raison de la pénurie, avec quelquefois des conséquences lourdes pour la santé physique et psychique des personnes concernées.

En Suisse, les reports des interventions planifiables pendant la pandémie de Covid-19 ont varié parfois dans des proportions considérables, des critères nationaux uniformes pour les posteriorisations faisant actuellement défaut. Même dans le cadre d'une activité ordinaire, les reports de traitements planifiables sont fréquents. Toutefois, en cas de pénurie croissante des ressources, on passe par différents paliers avant de devoir prendre des décisions de triage qui mettent directement en danger la vie et l'intégrité physique des patient.e.s concerné.e.s. Lorsque la crise persiste, il est de plus en plus difficile de trouver un équilibre entre l'affectation des ressources pour les traitements intensifs et les traitements urgents planifiables.

Une posteriorisation non coordonnée et non réfléchie risque d'aller à l'encontre du *principe constitutionnel d'égalité de traitement* et du *principe éthique fondamental de l'équité*. Une telle pratique entraîne, en outre, des tensions entre les différents services et collaborateurs.trices au sein de l'hôpital, entre les hôpitaux des différentes régions et entre les cliniques privées et les hôpitaux publics.

Avec la présente prise de position, la Commission Centrale d'Éthique (CCE) souhaite contribuer à une sensibilisation éthique sur ces questions. Un large débat et des solutions à envisager – y compris l'élaboration de critères de posteriorisation et leur implémentation au niveau national ainsi que l'amélioration de la coordination entre les différent.e.s responsables – sont expressément souhaités. La CCE est prête à soutenir les efforts dans ce sens avec son expertise médico-éthique.

¹ Dans l'actuelle pandémie, cela concerne, en plus des traitements de soins intensifs postopératoires, le report d'autres interventions et traitements, en particulier pour mettre à disposition du personnel d'anesthésie afin de soulager les unités de soins intensifs et de libérer de la place et du personnel dans les unités de lits pour les malades du Covid-19.

² Cf. ASSM/SSMI, Triage en soins intensifs en cas de pénurie exceptionnelle des ressources, V4 2021, www.assm.ch/fr/triage

2. Principes éthiques

Conformément aux droits sur l'assurance-maladie, les établissements publics et privés sont tenus, dans les limites de leur mandat de prestations et de leurs capacités, de prendre en charge les patient.e.s. En cas de pénurie, les ressources doivent être réparties selon les principes de préservation de la vie, en particulier ceux portant sur la qualité de vie, l'équité, la justice procédurale et la solidarité.

- Compte tenu de la **valeur de la vie** de chaque individu, l'objectif est de préserver, sans aucune discrimination, autant de vies ou de qualité de vie que possible avec les ressources disponibles. Dans des situations où les postérieures s'avèrent inévitables, les traitements qui peuvent atteindre leur objectif thérapeutique tout en étant reportés de quelques mois, doivent être postérieurs en premier lieu. Si cette étape ne permet pas de libérer des ressources suffisantes pour la mise en œuvre des traitements ne pouvant pas être différés, l'étape suivante consiste à reporter les traitements dont l'objectif est d'améliorer la qualité de vie ou de contrôler des symptômes pénibles, mais supportables d'après les personnes concernées et les soignant.e.s. Ce faisant, les contraintes imposées aux personnes concernées du fait de la postérieure doivent être acceptables. Si de nouvelles postérieures sont nécessaires, c'est toujours le *potentiel de dommage dû au report* qui est décisif. Les traitements à mettre en œuvre en priorité sont ceux dont le report réduit la probabilité de survie, en particulier l'espérance de vie, et ceux dont la postérieure augmente le risque d'atteinte irréversible à la santé.
- **Équité**: La postérieure des traitements des patient.e.s doit être équitable. Cela signifie que le traitement différencié de chaque situation clinique doit reposer sur des critères objectifs, fondés, éthiquement réfléchis et non arbitraires. Des critères tels que l'âge des patient.e.s, leur sexe, leur lieu de résidence, leur nationalité, leur race, leur appartenance religieuse, leur position sociale, leur statut d'assurance, leur responsabilité personnelle, leur statut vaccinal ou leur handicap ne sont pas recevables. Pour ce faire, il importe de mettre en place des procédures qui excluent toute discrimination lors de la postérieure, respectivement qui favorisent l'égalité de traitement des patient.e.s. À cet égard, seuls les aspects médicaux sont déterminants et non pas, par exemple, des incitations financières pour les fournisseurs de prestations, le statut social de la personne ou la véhémence avec laquelle un traitement est exigé.
- Le principe de la **justice procédurale** exige un processus de décision qui soit transparent et régi par des règles, tant au niveau local que national. Les décisions doivent pouvoir être vérifiées et remises en question. La prise en charge de personnes déjà sur liste d'attente en raison d'une postérieure antérieure ne doit pas être reportée une nouvelle fois à moins d'une justification explicite. Lors de la réévaluation, la possibilité d'une repriorisation doit être donnée.
- La **solidarité** exige une réduction coordonnée des interventions planifiables et un soutien mutuel entre établissements avec l'objectif d'éviter les postérieures. Pour cela, le taux d'occupation des établissements doit être transparent au niveau national. Les hôpitaux qui ont des capacités de traitement disponibles soulagent les hôpitaux surchargés, même si la redistribution des interventions planifiables en faveur d'autres traitements peut s'accompagner de pertes financières substantielles. Les postérieures étant globalement effectuées pour le bien de la collectivité, la prise en charge des coûts par la collectivité est indiquée. En d'autres termes, les hôpitaux ne doivent pas être confrontés à des déficits parce que les pouvoirs publics ne prennent pas en charge les coûts liés à la redistribution. Du point de vue de l'éthique, il faut souligner que les hôpitaux ne peuvent pas être les seuls garants d'une répartition équitable et appropriée des ressources de traitement en cas de pénurie sévère. Les cantons et la Confédération doivent également engager leur responsabilité. La postérieure des interventions exige une prise de décisions au-delà des différents domaines de soins. Il faut éviter qu'une discipline ou une clinique, en raison de son importance, de son rôle ou de son orientation vers certaines catégories de patient.e.s, applique des critères différents des autres pour les postérieures et réalise ainsi davantage de traitements de personnes appartenant à un groupe moins prioritaire.

3. Critères procéduraux pour le report d'interventions

La planification des traitements fait partie du quotidien des hôpitaux – indépendamment de la pandémie – et les processus correspondants sont bien établis. En cas de pénurie croissante des ressources, il est toutefois particulièrement important que ces processus soient redéfinis de manière à ce que les principes de protection de la vie, en particulier ceux concernant la qualité de vie acceptable, l'équité et la protection contre la discrimination, soient respectés, même dans une situation (très) tendue, lorsque des décisions de postériorisation s'imposent. La situation pouvant évoluer rapidement dans un sens ou dans un autre, il est, en outre, très difficile de prendre des décisions anticipées en période de pandémie. Les points suivants sont essentiels:

- Les situations dans lesquelles des postériorisations exceptionnelles s'imposent, en plus des mesures planifiées, devraient être explicitées et communiquées de manière transparente par la direction de l'hôpital et/ou la direction cantonale de la santé, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'institution.
- Dans un premier temps, chaque clinique vérifie ses listes des traitements prévus et procède à des postériorisations.
- Si ce processus ne suffit pas à réduire le nombre d'interventions ou si la situation exceptionnelle de pénurie des ressources est déjà très tendue, les décisions ne peuvent pas être prises par une seule discipline interventionnelle (chirurgie, oncologie, cardiologie etc.). Il importe de tenir compte du fait que souvent, plusieurs autres domaines sont concernés (anesthésiologie, médecine intensive, réhabilitation, médecine interne, gériatrie etc.). Un groupe de pilotage interdisciplinaire ou interprofessionnel composé de spécialistes expérimenté.e.s (principe du contrôle multiple) doit déterminer dans quelle mesure des postériorisations supplémentaires et contraignantes sont nécessaires. Des expert.e.s qui ne sont pas en charge de l'un des groupes de patient.e.s concerné.e.s (par exemple médecine intensive, anesthésiologie et coordination de l'occupation des lits) font également partie de ce groupe de pilotage. Le recours à des structures de soutien éthique est vivement conseillé.
- Le groupe de pilotage chargé des décisions de postériorisations doit avoir un aperçu de la situation globale du taux d'occupation des hôpitaux aux niveaux régional et national. Il doit, en outre, être disponible 24h sur 24 en cas de pénurie exceptionnelle des ressources.
- Les décisions de postériorisations doivent être justifiées – au moins dans les grandes lignes – et documentées dans les dossiers des patient.e.s.
- Les patient.e.s concerné.es doivent être informé.e.s en toute transparence des raisons du report ainsi que des possibles conséquences sur leur santé. Dans la mesure du possible, ces personnes doivent être informées du délai dans lequel leur traitement pourra être réalisé. Après une période d'attente prolongée, une réévaluation de l'indication médicale et de la volonté du ou de la patient.e est indiquée.

La CCE recommande d'analyser les processus de postériorisation ainsi que les résultats médicaux (outcome) des postériorisations.

Les postériorisations devraient, si possible, être effectuées selon des critères nationaux uniformes. Pour ce faire, des critères de postériorisation sont nécessaires au niveau supra-disciplinaire et au sein des différentes disciplines. La présente prise de position ne remplace pas de tels critères.

Indications concernant l'élaboration de cette prise de position

La présente prise de position a été élaborée par des membres de la Commission Centrale d'Éthique de l'ASSM et approuvée le par la commission (www.assm.ch/cce) le 28 janvier 2022.

Prof. Dr méd. Dr phil. Paul Hoff, Zollikon, Président
Bianca Schaffert, MSN, Schlieren, Vice-présidente
lic. théol., dipl.-biol. Sibylle Ackermann, Bern (ex officio)
Prof. Dr iur. Regina Aebi-Müller, Luzern
PD Dr méd. Klaus Bally, Basel
PD Dr méd. Deborah Bartholdi, Bern
PD Dr méd. Eva Bergsträsser, Zürich
Prof. Dr méd. Henri Bounameaux, Satigny (ex officio)
Susanne Brauer, PhD, Zürich
lic. phil. Valérie Clerc, Bern (ex officio)
Dr méd. Rebecca Dreher, Morges
Dr méd. Markus Eichelberger, Bern
Dr méd. Oswald Hasselmann, St. Gallen
Dr sc. méd. Manya Hendriks, Bern (ex officio)
Prof. Dr méd. Irene Hösli, Basel
Dr iur. Damian König, Sion
PD Dr méd. Mattia Lepori, Bellinzona
Prof. Dr méd. Anja Lorch, Zürich
Dr méd. Valerie Luyckx, Zürich
Dr méd. Madeleine Mirabaud, Genève
Prof. Dr méd. Fred Paccaud, Lausanne
Dr rer. medic. Ewald Schorro, Fribourg
Dr méd. Alexander Zimmer, Solothurn

Autres expert.e.s consulté.e.s

Prof. Stefan Breitenstein, Président SSC, Winterthur, chirurgie
Prof. Miodrag Filipovic, membre du comité SSMI, St. Gallen, médecine intensive
Prof. Markus Furrer, membre du comité SSC, Chur, chirurgie
Prof. Dieter Hahnloser, Président Swiss College of Surgeons, membre du comité SSC, Lausanne, chirurgie
Dr Antje Heise, Présidente médecins SSMI, Thun, médecine intensive
Prof. Samia Hurst, Université de Genève, éthique
Prof. Ralf J. Jox, Institut des humanités en médecine, CHUV, Lausanne, éthique clinique
Prof. Tanja Kronen, Direction Éthique clinique USZ, Zürich, éthique
Dr Settimio Monteverde, Co-direction Éthique clinique USZ, Zürich, éthique
Prof. Bernhard Rüttsche, professeur de droit public et de philosophie du droit, Luzern, droit

Une version préalable de cette prise de position a été discutée avec 35 expert.e.s le 18 janvier 2022 dans le cadre de la rencontre nationale en ligne «Éthique clinique»; de précieuses suggestions ont été intégrées dans la version finale. Nous remercions ici tout.e.s les participant.e.s.