

Les services de réanimation se préparent à trier les patients à sauver

20 mars 2020 Par [Caroline Coq-Chodorge](#), [Marine Turchi](#), [Rachida El Azzouzi](#) et [Antton Rouget](#)
- Mediapart.fr



A

l'hôpital Emile Muller, à Mulhouse, le 17 mars 2020. © SEBASTIEN BOZON / AFP

Les hôpitaux se préparent à la vague épidémique et, en cas de saturation des services de réanimation, aux dilemmes éthiques pour « trier » les patients accédant aux soins. En Alsace, ces arbitrages sont déjà d'actualité ; d'autres régions anticipent. Avec des consignes plus ou moins explicites.

À l'exception de l'Alsace, déjà submergée, les hôpitaux français sont dans un temps suspendu. Presque tous sont touchés par le Covid, mais ils attendent la vague épidémique. Elle sera forte et soudaine, c'est la spécificité de ce coronavirus. Comment se préparent les services de réanimation des établissements, avec quels moyens et quelles consignes en cas de saturation ?

• Les hôpitaux en ordre de bataille

« On le sait, cela sera un raz-de-marée, explique Gérard Delarue, infirmier anesthésiste au Samu du Centre hospitalier universitaire de Lille. Il y a de l'angoisse, parce qu'il y aura des morts, mais il y a aussi beaucoup de force. Nous avons beaucoup réfléchi, travaillé, pour mettre en place une organisation inédite, extraordinaire. »

Mais en attendant, tout est « calme, comme les couloirs de l'hôpital où règne une ambiance lunaire, surréaliste, désertique. Calme, comme le programme opératoire sur mon agenda depuis quinze jours », témoigne le 19 mars sur son [blog sur Mediapart](#) le professeur Laurent Thines, neurochirurgien à Besançon. Il explique : « Nous avons divisé par deux notre activité chirurgicale, nous ne prenons plus en charge que les urgences. Les ventilateurs de nos blocs opératoires ont été récupérés pour armer de

nouveaux lits de réanimation dans nos salles de réveil. Nous avons désormais une capacité de 120 lits. »

80 % des malades du Covid n'ont pratiquement aucun symptôme. 15 % présentent une forme sévère, souvent une pneumonie, qui nécessite une hospitalisation. Mais l'hôpital est surtout mobilisé pour sauver, autant que possible, les 5 % qui évoluent vers un état critique. L'état de ces patients se dégrade très vite, parfois en quelques heures, vers un syndrome de détresse respiratoire aiguë, qui est une défaillance vitale. Ils doivent être mis sous respiration artificielle : ils sont alors intubés, sédatisés, placés en coma artificiel.

À Paris, l'anesthésiste de la Pitié-Salpêtrière Jean-Michel Constantin s'apprête à « *prendre la vague dans le week-end* ». Il décrit la préparation de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), le plus grand groupe hospitalier de France, qui regroupe trente-neuf établissements. « *Notre stratégie, c'est de protéger pour l'instant nos capacités de réanimation. On envoie les patients vers les cliniques privées, pour que leurs équipes s'entraînent. Sur les mille lits de réanimation de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, six cents sont dédiés aux patients Covid.* » La direction de l'AP-HP indique à [Libération](#) que 227 de ces lits sont déjà occupés. Jean-Michel Constantin assure qu'en Île-de-France, en mobilisant l'ensemble des établissements publics et privés, « *on peut armer deux mille lits de réanimation* ».

À Avignon, un infirmier anesthésiste qui travaille en réanimation raconte la réorganisation de son hôpital : « *Nous avons quatorze lits de réanimation, nous en avons trente-cinq. Pour y arriver, nous avons réuni tout le matériel disponible : les respirateurs, les ventilateurs, les pousse-seringues, les lits, les matelas anti-escarres.* »

Côté personnel, « *la mobilisation est totale*, assure-t-il. *On a tous repoussé nos RTT, nos congés. Des infirmières de bloc ont rejoint la réanimation. Des infirmières qui avaient quitté le service pour travailler ailleurs sont revenues, d'elles même. De jeunes retraités viennent aussi nous renforcer* ». Il y a de la colère, en raison du manque de moyens dénoncé depuis un an, mais pour l'heure, « *elle est secondaire* », ajoute l'infirmier anesthésiste.

À Perpignan aussi, le personnel soignant remballage pour l'instant la plupart de ses revendications. Mais « *il est certain qu'avoir plus d'effectifs et plus de moyens dans les hôpitaux aurait pu changer la donne* », souligne Laurent*, qui travaille lui aussi en réanimation. « *Le problème de notre profession, c'est que ce n'est jamais le moment d'avoir des revendications syndicales. Là, ce n'est pas le moment, parce que ça va être la guerre.* »

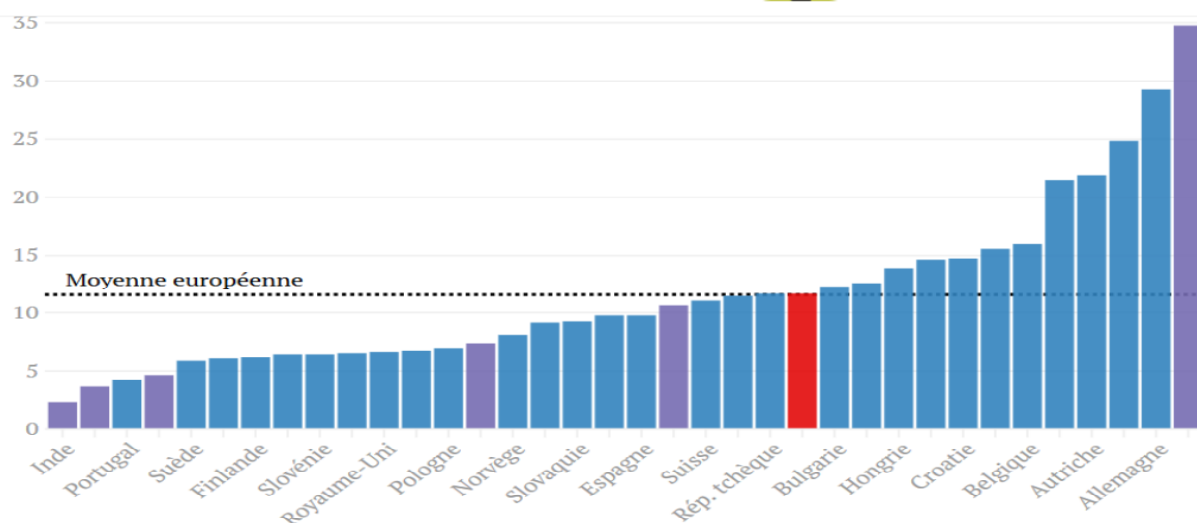
Sous couvert d'anonymat, ce soignant confie aussi ses inquiétudes sur l'absence de dépistage pour le personnel (« *On refuse de nous dépister, ils disent qu'il n'y a pas assez de tests, qu'on ne peut pas tester les soignants* »), et sur le manque de matériel, notamment les fameux masques FFP2. « *Habituellement, pour les patients en isolement, on doit porter une surblouse étanche, des gants, une charlotte, un masque FFP2, et en sortant de la chambre on jette tout. Aujourd'hui, on nous demande de garder nos masques FFP2 le temps de validité (trois à quatre heures). Sauf que quand on s'occupe d'un patient, on prend des gouttelettes sur le masque, qu'ensuite on va aller téléphoner avec, aller et venir dans le service. Là, on se met vraiment en danger, par souci d'économie.* »

Il affirme que le personnel soignant « *se sent lâché par la direction, qui n'a pas l'air de comprendre et nous rajoute du travail* ». Exemple, selon lui : « *Comme les femmes de ménage ne rentrent plus dans le service, c'est aux aides-soignants, en plus de leurs tâches quotidiennes, de faire le ménage, sauf qu'on a des patients contaminés et qu'on doit faire plus souvent le ménage, et plus intensément* ». Exemple encore avec les coursiers, qui « *ne peuvent plus acheminer nos tubes de prises de sang au laboratoire alors qu'il n'y a aucun risque de contagion, ils sont décontaminés* », assure-t-il. « *Les décisions sont prises par des gens qui ne se rendent pas compte de ce qu'on vit.* »

• Les moyens en réanimation seront-ils à la hauteur ?

En nombre de lits de réanimation, la France est dans une position très moyenne, bien moins favorable que l'Allemagne ou les États-Unis.

La France compte 11,6 lits en soins intensifs pour 100 000 habitants, au niveau de la moyenne européenne



Sources : Intensive Care Medicine journal (données pour l'Europe de 2012), Critical Care Medicine journal (données pour l'Asie de 2017), National Center for Biotechnology Information (données de 2015 pour les États-Unis)

Sources : Intensive Care Medicine journal (données pour l'Europe de 2012), Critical Care Medicine journal (données pour l'Asie de 2017), National Center for Biotechnology Information (données de 2015 pour les États-Unis)

Le directeur général de la Santé, Jérôme Salomon, a cependant affirmé, le 17 mars, que la France a réussi à passer de « 5 000 à 7 000 lits de réanimation. 2 000 sont disponibles. Et nous disposons d'une dizaine de milliers de machines – des respirateurs ou des ventilateurs ». Vendredi 20 mars au soir, 1 297 malades du Covid sont dans un état grave, en réanimation, selon Jérôme Salomon.

Seulement, certains épidémiologistes prédisent une vague bien plus haute, comme Pascal Crépey, enseignant-chercheur en épidémiologie et biostatistiques à l'École des hautes études en santé publique, à Rennes. Son équipe a modélisé le nombre de lits de réanimation qu'il faudrait dans chaque région française. « Entre le 10 mars et le 14 avril, le nombre de cas grave pourrait s'élever à 40 000 dans toute la France et le nombre de décès à plus de 11 000 en un mois », explique-t-il au [Monde](#).

« Les épidémiologistes disent plein de trucs, balaie l'anesthésiste de la Pitié-Salpêtrière Jean-Michel Constantin. 40 000 cas graves en France ? On ne sait pas faire, mais on fera. »

• L'hôpital se prépare à faire le « tri »

Comme les Italiens, les hospitaliers français se préparent donc au dilemme du « tri » des patients dans l'accès aux soins en cas de saturation des services de réanimation. Dans certaines régions comme le Grand Est, ces choix sont déjà d'actualité. D'autres régions s'y préparent. Avec des consignes plus ou moins explicites.

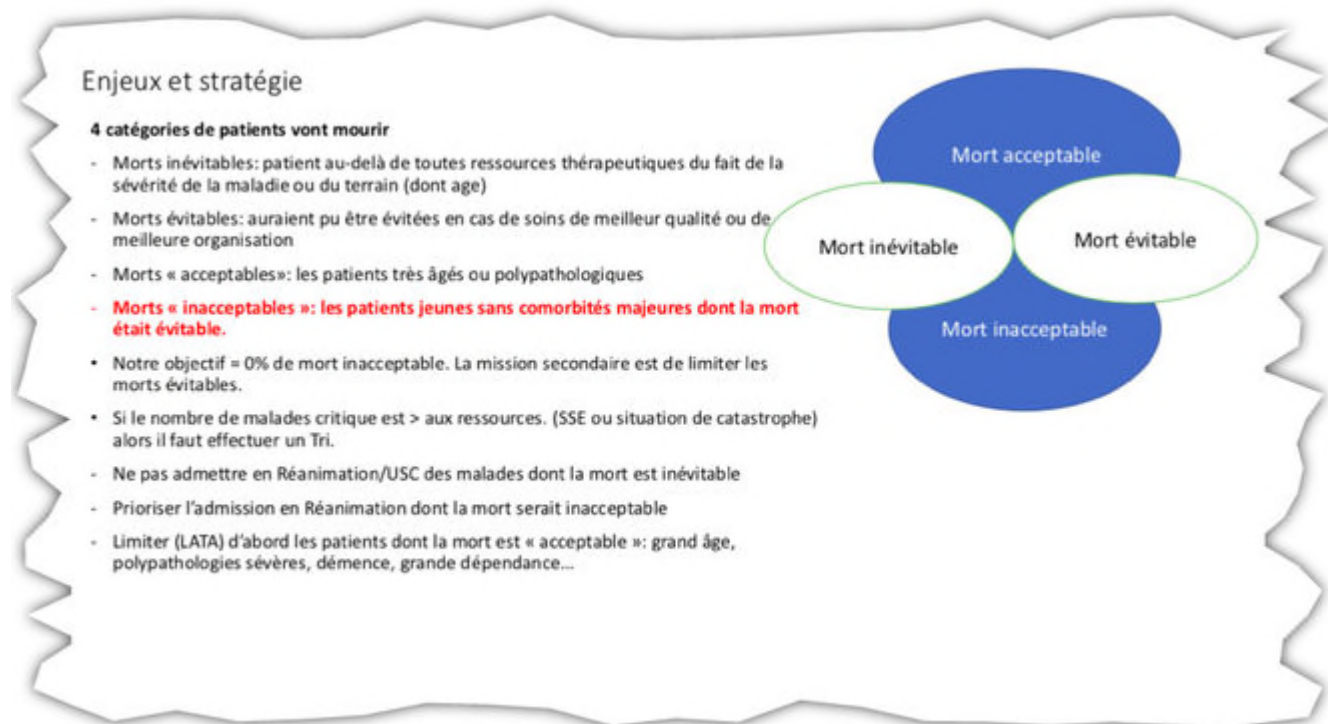
Un groupe de travail spécifique a été missionné par le gouvernement et a remis son rapport le 17 mars à la direction générale de la santé. Intitulé « Priorisation de l'accès aux soins critiques dans un contexte de pandémie », [ce rapport](#) prévoit notamment de prioriser les malades selon le « score de fragilité » – qui classe les patients selon leur état de santé de base, en prenant en compte les spécificités du Covid-19.

D'autres documents, consultés par Mediapart, tournent autour du pot. À l'inverse, dans certains hôpitaux,

comme celui de Perpignan (Pyrénées-Orientales), les mots sont posés noir sur blanc. Dans un document interne que Mediapart s'est procuré – intitulé « Volet réanimation du plan Blanc CHP-COVID 19 » et adressé le 18 mars au personnel soignant –, « *un plan évolutif en 5 étapes* » est prévu et la question du « *tri* » est abordée frontalement : « *Si le nombre de malades critiques est supérieur aux ressources (SSE [situation sanitaire exceptionnelle, ndlr], ou situation de catastrophe) alors il faut effectuer un tri.* »

« *Quatre catégories de patients vont mourir* », peut-on lire :

- *Morts inévitables* : patient au-delà de toutes ressources thérapeutiques du fait de la sévérité de la maladie ou du terrain (dont âge).
- *Morts évitables* : auraient pu être évitées en cas de soins de meilleure qualité ou de meilleure organisation.
- *Morts “acceptables”* : les patients très âgés ou polypathologiques
- *Morts “inacceptables”* : les patients jeunes sans comorbidités majeures dont la mort était évitable. »



Extrait du « plan blanc » du service réanimation du centre hospitalier de Perpignan. © Document Mediapart

L'objectif fixé est de « 0 % de mort inacceptable », et « la mission secondaire est de limiter les morts évitables ». Le « tri » est prévu ainsi : ne pas admettre en réanimation et unités de soins continus « des malades dont la mort est inévitable » ; « prioriser l'admission en réanimation [de ceux] dont la mort serait inacceptable » ; « limiter (LATA [limitation ou arrêt des thérapeutiques actives, ndlr]) d'abord les patients dont la mort est “acceptable” : grand âge, polypathologies sévères, démence, grande dépendance... »

« C'est très difficile: on n'est pas là pour choisir celui qui doit vivre et celui qui doit mourir »

Dans ce « plan blanc », l'hôpital de Perpignan, en se fondant sur une épidémie qui durerait seize semaines, a réalisé deux projections pour les Pyrénées-Orientales, qui devra prendre en charge une partie du département voisin de l'Aude (soit au total 631 000 personnes) : une hypothèse « optimiste » (avec un taux de contamination qui serait « de seulement 30 % de la population totale ») et une « réaliste » (avec « un taux de contamination de 60 % (estimations actuelles des experts) »). Dans cette dernière, 1 735 patients en « forme critique » seraient admis, « soit un taux moyen de 108 patients critiques par semaine

pendant seize semaines », contre soixante dans le premier scénario.

Ce « *plan blanc* » prévoit cinq étapes successives d'organisation, selon « *la sévérité et la durée de la crise* ». Actuellement en stade 3 (« *Tension* »), le service se prépare à toutes les hypothèses, y compris celle d'un stade 5 dit « *hors de contrôle* », avec une « *situation de médecine de catastrophe* ». « *Le médecin qui a fait ce plan nous a dit "on arrivera au stade 5 à Perpignan". J'espère qu'il se trompe...* », dit Laurent*, membre du service réanimation.

Stade 5: Hors de contrôle

- Le nombre de cas sévères dépasse les capacités de prise en charge réanimatoires au sein du CHP.
 - Déficit en poste de soins
 - Déficit en matériel

Situation de médecine de catastrophe

- Déclenchement du plan NOVI Risque biologique (Cf Equipe du Dr Ortega - CHP)
- Triage selon les principes d'un plan NOVI Risque Biologique
- Constitution d'un PMA pour tri et orientation des malades critiques sous la responsabilité du médecin chef SSE avec l'aide du médecin réanimateur Team Leader de Réanimation qui reste en contact permanent avec la cellule de crise intra hospitalière
- Priorisation des patients à risque de « *mort inacceptable* » sur le postes de Réanimation
- Mobilisation des prestataires de VNI à domicile pour ventilateurs de domicile (recensement des respirateurs en cours)
- Oxygénothérapie au MHC pour tous les autres patients partout où une source d'O2 murale est disponible.

Le plan blanc + NOVI est régulé par les COD ou le COZ

Extrait du « *plan blanc* » du service réanimation du centre hospitalier de Perpignan. © Document Mediapart

Actuellement, la « *réa* » – l'une des plus grosses de France avec vingt-quatre lits – est réservée à la prise en charge des patients Covid (suspects ou confirmés). Elle est, pour l'instant, submergée uniquement par moments, lorsque plusieurs patients atteints du virus arrivent simultanément. Laurent, membre du service réanimation, relate comment son unité se prépare à « *la vague* ». « *On est conscient qu'on va arriver à cette phase de tri. On sait que ça va être difficile. L'un de nos médecins est en contact avec un médecin d'Italie qui l'a prévenu : ils entassent les corps dans les églises, c'est une hécatombe, il faut qu'on se prépare.* »

Ce soignant dit avoir perçu « *un changement de comportement* » dans son unité « *depuis que l'Italie est réellement touchée* ». « *En une semaine, on est passé de "c'est une simple grippe" à "ça va être de la médecine de guerre". Là, tout le personnel a bien pris conscience, mais les concitoyens, c'est autre chose...* »

La réanimation est déjà sensibilisée à la question, souligne-t-il cependant. « *En temps normal, on a déjà des critères : des patients considérés comme non réanimables, à partir d'un certain âge, on n'est plus admis en réanimation, etc. Mais faire un tri à partir de 70 ans, comme ce serait le cas actuellement à Mulhouse, ça on ne connaît pas. C'est le baptême du feu. Actuellement, tous nos patients Covid de plus de 80 ans entrés en réanimation sont décédés.* »

Laurent relate surtout l'inquiétude de son service de voir arriver massivement des patients particulièrement à risque pour cette pathologie, issus de la communauté gitane. Très présente à Perpignan, la communauté est regroupée à Saint-Jacques, quartier le plus pauvre de France, où l'on survit avec un revenu légal de 350 euros par mois ([lire notre reportage](#)). « *Environ 90 % des patients Covid en réanimation sont issus de la communauté gitane. C'est une population à risque, car ils sont souvent*

obèses, fumeurs, diabétiques, parfois dès le plus jeune âge, estime-t-il. La plupart vivent dans une grande promiscuité et pauvreté à Saint-Jacques. » Il redoute « un gros afflux de jeunes », qui contraindrait « à faire des choix plus tôt et plus vite. Ça va être très compliqué. On a vraiment peur d'être débordés ».

Dans un CHU d'une ville de l'Est, la consigne sur la priorisation des malades est implicite, d'après un infirmier mobilisé dans l'une des unités Covid : *« On ne le dit pas, car on ne peut pas mais la consigne tacite, c'est de ne plus prendre les plus de 75 ans à l'hôpital, de les laisser dans les Ehpad ou chez eux, c'est-à-dire de les laisser mourir. »*

Dans son hôpital, il reste *« de moins en moins de lits en réanimation »* et *« les masques commencent à être comptés »*. Il est stupéfait par les profils des malades hospitalisés dans les unités : *« Beaucoup de jeunes de 40 à 60 ans et de nombreux soignants dont un pont de l'hôpital qui a été en première ligne »*. Il raconte *« la peur au ventre »* de tous les acteurs de l'hôpital : *« Malgré toute l'expérience que nous avons, dans des services durs comme les soins intensifs, palliatifs, nous ne sommes pas formés pour ça, une problématique de guerre, choisir des patients, ceux qu'on ne va pas prendre en charge, accepter de voir des gens partir seuls à la mort dans la solitude sans proches, dans des sacs en plastique, sans rituel pour les familles. »* Les syndicats ont demandé à la direction à ce que les soignants bénéficient rapidement d'un accompagnement psychologique, car *« il faut s'attendre à des syndromes et des névroses post-traumatiques comme en temps de guerre pour nous qui sommes déjà épuisés, démoralisés »*.

• L'Alsace déjà face aux choix éthiques

Cette crainte paraît justifiée, à la lueur de l'expérience alsacienne. Le centre hospitalier de Colmar était lui aussi préparé : *« On avait déprogrammé tout ce qui n'était pas urgent, trouvé des renforts de personnel, réorganisé nos urgences, étendu nos lits de réanimation, créer des zones Covid dédiées »*, énumérait le 17 mars Yannick Gottwalles, le chef de service des urgences. Mais lorsque la vague épidémique est arrivée, *« toutes les décisions prises et les aménagements sont devenus obsolètes, dépassés dans les 12 heures qui suivent. Nous sommes préparés à de graves accidents, qui mettent en tension sur une courte durée, ou à une épidémie, mais avec une pente régulière. Mais pas à ça »*.

Le service de réanimation de Colmar tente d'absorber l'arrivée de patients dans un état critique *« qui double chaque jour, poursuit Yannick Gottwalles. On est passés de trente à cinquante lits. Mais faute de machines, on ne pourra pas monter au-delà de soixante »*. Il mettait en garde : *« Il va falloir faire des choix sur nos critères d'admission, non seulement en réanimation, mais tout simplement dans une structure hospitalière »*.



Un patient évacué de l'hôpital Émile-Muller, à Mulhouse, le 17 mars 2020. © SEBASTIEN BOZON / AFP

À Mulhouse, jeudi 19 mars au soir, Frédéric Pernot, responsable du Samu du Haut-Rhin, décrit une situation de saturation totale de la réanimation sur l'ensemble du département : « *Quand on intube une personne de 70 ans, et qu'il prend le dernier lit disponible, nous sommes dans l'angoisse de voir arriver une heure plus tard une personne de 50 ans en détresse respiratoire.* » L'armée est d'ores et déjà arrivée en renfort, dans un premier temps avec ses avions et ses hélicoptères : « *Sept patients ont été évacués hier, à Épinal, à Nancy, à Strasbourg, six aujourd'hui. Mais combien de temps les services de réanimation accessibles par hélicoptère vont pouvoir accueillir nos patients ?* », s'inquiète-t-il. Il n'entrevoit aucun répit. Seul l'hôpital militaire, en cours d'acheminement à Colmar, pourra « *aider. Il va nous offrir une trentaine de lits* ».

Hôpital de campagne : l'EMR (Élément militaire de réanimation) est en route vers Mulhouse.

Merci à tous les personnels engagés pour assurer cette opération logistique complexe

[@armedeterre](#) [@santearmees](#) [@EtatMajorFR](#) [pic.twitter.com/sRMVHrWIXV](https://twitter.com/sRMVHrWIXV)

— Florence Parly (@florence_parly) [March 20, 2020](#)

Frédéric Pernot reste évasif sur les choix éthiques que l'hôpital de Mulhouse est amené à faire. Sandra, infirmière aux urgences, veut « *témoigner, anonymement, car l'hôpital nous interdit de parler aux médias* ». Elle le dit sans détour : « *Nous nous posons la question de la limitation thérapeutique pour toute personne de plus de 70 ans, en fonction de son état de santé. Les personnes âgées atteintes d'un Covid en Ehpad ne sont plus transportées à l'hôpital. On se contente de leur donner des soins de confort, pour soulager la douleur. C'est très difficile : on n'est pas là pour choisir celui qui doit vivre et celui qui doit mourir.* »

Cette situation n'a rien d'habituel : « *Dans notre travail quotidien, on peut décider d'arrêter des soins, pour éviter un acharnement thérapeutique. Mais c'est bien moins souvent. Et en prenant le temps d'en*

parler, entre soignants, avec la famille. »

Cette épidémie de coronavirus menace l'humanité des soins. *« Les patients Covid n'ont pas de droit de visite. Quand on les endort pour les intuber et les placer en réanimation, ils ne sont pas sûrs de se réveiller, et ils sont seuls. C'est très difficile. »*

Dans un autre hôpital d'Alsace, une médecin explique à Mediapart ne pas être confrontée encore au tri des patients, mais souligne que la question *« n'est pas tant la décision d'intuber »* en réanimation, que la phase qui suit, *« l'après »*. *« Quand est-ce qu'on extube le patient ? Ce qui arrive, c'est qu'on n'a plus de ventilateurs. Nous ne sommes pas encore dans cette situation parce que nous ne sommes ici qu'au début, mais c'est la situation que nous anticipons, comme c'est le cas actuellement en Italie. »*

La médecin relève que *« le Covid réclame des périodes d'intubation prolongées. Quatorze jours par patient en moyenne, c'est long, et ça mobilise les ventilateurs pendant toute la période. En Italie, le premier patient jeune a été intubé pendant quatre semaines »*. Selon elle, il reviendra alors au comité d'éthique de se prononcer sur cette phase d'après. *« On se demande : est-ce que ce patient-là va tenir ou pas ? Est-ce qu'on l'extube ? On ne prend évidemment jamais une telle décision seuls. Les équipes se parlent. Ici, le comité d'éthique est composé de trois médecins. C'est une situation très très dure, poursuit-elle, émue. C'est aussi l'histoire de notre vie, de s'endurcir pour ne pas souffrir. Mais tout le monde souffre. Même les chefs de service. Ils n'ont jamais vécu cette médecine de guerre. »*

• De l'espoir dans l'Oise

L'Oise est le premier cluster français, où s'est propagée l'épidémie localement. Depuis la fin du mois de février, l'hôpital de Compiègne vit au rythme du coronavirus. Le 10 mars, une biologiste, une infectiologue, et une réanimatrice tentaient d'alerter sur Mediapart, [appelant à « une prise de conscience »](#). Elles travaillaient alors sans arrêt, depuis trois semaines, et s'inquiétaient de la saturation des places de réanimation dans la région, des allées et venues de la population. *« Mais nous n'avons pas eu à faire des choix éthiques comme en Alsace »*, précise la biologiste qui appartient à la *« cellule Covid »* de l'établissement.

Aujourd'hui, à Compiègne, *« la progression de l'épidémie est moins forte. On a toujours de plus en plus de patients, mais un à deux de plus chaque jour, en tout une dizaine. Ce n'est plus explosif, on parvient à les absorber »*. Est-ce l'effet du confinement qui a débuté début mars, par la fermeture des écoles ? *« Peut-être, c'est difficile à dire. Ou alors, on a réussi à détecter plus tôt l'épidémie. »* La réanimation est toujours remplie, mais au bout de deux à trois semaines *« les patients commencent à sortir. Ou ils décèdent. Notre morgue est pleine »*.

Prolonger

Boite Noire

***Prénom modifié à la demande de l'intéressé.**

Contactée par Mediapart, la direction du centre hospitalier de Perpignan n'a pas donné suite.

URL source: <https://www.mediapart.fr/journal/france/200320/les-services-de-reanimation-se-preparent-trier-les-patients-sauver>