

Seniors et priorisation des malades

Les dilemmes éthiques que pose la pandémie

Qu'est-ce que le tri ? Quelles en sont ses implications ?

Quelles leçons aurons-nous à tirer du Covid-19 ?

Comprendre la pandémie pour se donner les moyens d'agir

Résumé

De nombreux pays rencontrent aujourd'hui une véritable crise sanitaire : le nombre de malades atteints du coronavirus croît continuellement, les hôpitaux sont surchargés, les ressources manquent. Les médias ont récemment rapporté un tragique *dilemme éthique* auquel devra peut-être faire face le corps médical : celui de la *priorisation des malades*. Lorsque l'on ne peut s'occuper de tout le monde, il faut sauver le plus grand nombre. Seulement, nous ne sommes pas tous égaux face à la maladie. La pandémie du Covid-19 révèle des inégalités qui, sans être nouvelles, sans être cachées, passent parfois pour naturelles aux yeux de l'opinion publique. À partir d'une interrogation sur le processus de triage, cette analyse cherche à ouvrir le débat : est-il possible de faire autrement ?

Seniors et priorisation des malades

Les dilemmes éthiques que pose la pandémie

« En deçà, donc, de ce grand pouvoir absolu, dramatique, sombre qu'était le pouvoir de la souveraineté, et qui consistait à pouvoir faire mourir, voilà qu'apparaît maintenant, avec cette technologie du bio-pouvoir, cette technologie du pouvoir sur « la » population en tant que telle, sur l'homme en tant qu'être vivant, un pouvoir continu, savant, qui est le pouvoir de « faire vivre ». La souveraineté faisait mourir et laissait vivre. Et voilà que maintenant apparaît un pouvoir que j'appellerais de régularisation, qui consiste, au contraire, à faire vivre et à laisser mourir. »

Foucault, « Il faut défendre la société », 1997.

1. Les principes d'égalitarisme et d'utilitarisme

« Le Président a dit hier que nous étions en état de guerre, ça veut dire qu'on va faire une médecine de guerre. Dans la médecine civile, on met tout en œuvre pour sauver les personnes. Dans la médecine de guerre, il faut sauver le maximum de personnes qui ont les chances de survivre. C'est une philosophie différente qui est en place depuis hier¹. »

Ces propos ont été tenus par le docteur français Yannick Gotwalles, le 17 mars dernier. La « philosophie différente » dont il est fait mention, c'est celle de la *priorisation des malades*.

L'ampleur de la pandémie du Covid-19 pourrait obliger à mettre en œuvre un système de triage pour les soins en réanimation. Ces derniers n'étaient, jusqu'alors, pas assurés à une certaine population plutôt qu'à une autre. Des mesures d'urgence doivent être prises pour sauver le plus grand nombre : il faut instaurer des priorités. Au principe de l'égalitarisme semble se substituer celui de l'utilitarisme. Dans les faits, nous observons plutôt un déplacement du curseur vers le pôle de l'efficacité². Un tel changement nous renvoie à la gravité et à l'anormalité de la situation.

« Nous fonctionnons dans des sociétés où l'un des principes fondamentaux, politique, est l'égalité de valeur des vies. Toutes les vies se valent en droit et, pourtant, il y a des arbitrages, il y a des priorités qui sont faites³. »

D'un côté, l'accès au soin ne peut être accordé à tous les nécessaires lorsque manquent les ressources. Il faut donc choisir. S'y refuser — autrement dit laisser faire le sort — ne répond pas aux exigences de l'égalitarisme : prenons l'exemple du *premier arrivé, premier servi*⁴. Le rationnement, même lorsqu'il se fonde sur un principe égalitaire, peut conduire à de véritables inégalités dans l'accès au soin. Une recherche menée sur le traitement du VIH en Zambie révèle les travers d'un système de santé basé sur l'attente. La contribution des pays riches pour financer les médicaments n'a pas permis de résoudre des problèmes structureaux comme les insuffisances de ressource humaine et de places disponibles. Lorsqu'il faut faire la queue une journée entière pour être pris en charge, ceux qui n'ont pas les moyens de patienter — la population pauvre qui ne peut s'absenter du travail, les mères au foyer — sont implicitement écartés. Tous n'ont pas la même chance. Dès lors, la situation déjà catastrophique paraît empirer, car le nombre de malades ne pouvant se soigner augmente continuellement⁵.

Il y a un autre problème à ce premier principe. En accordant le même traitement à tous les individus, sans considération pour l'efficacité, aveuglément donc, nous acceptons le risque de perdre deux malades : celui qui, quoique trop faible, a été soigné et n'a pas survécu ; celui qui, quoique bien portant, n'a pas été soigné faute de ressources, celles-ci ayant été utilisées pour le premier.

De l'autre, le rationnement utilitaire des soins ne peut relever du seul arbitraire. Les critères de sélection doivent apparaître comme justes et justifiés. Peut-on s'assurer qu'ils le soient ?

2. La Belgique face à la pandémie

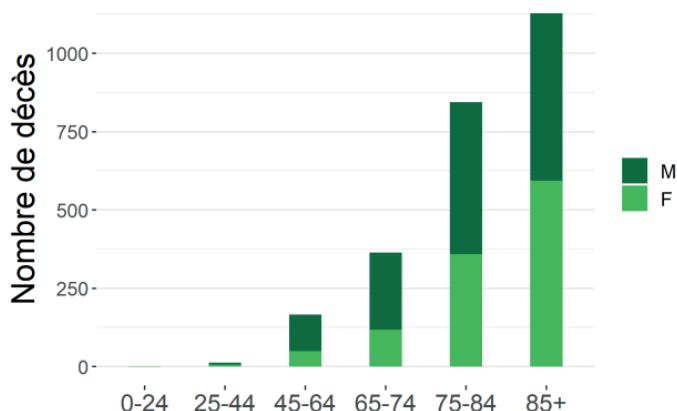
Contrairement à la France ou à l'Italie, les hôpitaux belges ne sont pas encore dépassés par la crise sanitaire. La quarantaine passe aux yeux de certains pour une mesure excessive, propre aux temps anciens ou aux régimes autoritaires ; ou alors, la menace paraît lointaine et les pays qui ne savent pas y faire

face, comme l'Italie, payeraient mortellement les défaillances de leur système hospitalier et l'indiscipline de leurs citoyens⁶. En situation de pandémie pourtant, ce qu'il advient aujourd'hui ailleurs prévient sur ce qu'il peut arriver ici demain.

Dans un article datant du 19 mars, le Soir rapporte que « la question du tri des patients est déjà dans toutes les têtes. »⁷ Ce que l'on craint, c'est que le pic d'hospitalisation submerge les services d'urgence, comme une mer qui se lève pour ensevelir le rivage. Afin d'anticiper ce jour, la Société belge de médecine intensive (SIZ) a publié une procédure servant à guider les institutions hospitalières :

« Le groupe de travail recommande que les patients âgés, résidant dans une maison de retraite et souffrant de troubles cognitifs graves, ne soient pas reconnus comme de bons candidats pour être référés aux soins intensifs ; ces patients pourraient cependant être admis dans une salle d'hôpital pour des soins de base⁸. »

Premièrement, le nombre de décès dépasse aujourd'hui les 4000 ; la presque totalité d'entre eux se répartissent parmi les tranches d'âge les plus élevées⁹. Précisons que les 65 ans et plus représentent 19 % de la population belge¹⁰.



Deuxièmement, si l'âge n'est pas une variable excluante en tant que telle, à la vieillesse est souvent associée une moins grande capacité de résistance aux soins intensifs¹¹. La question du traitement des personnes fragilisées, qui se posait déjà auparavant, en situation normale, faisant du tri une « routine quotidienne », devient prioritaire en cas d'urgence sanitaire¹².

Malgré l'ensemble des mesures prises pour les protéger, les seniors sont doublement victimes de la pandémie.

3. Le triage : choix rationnel ou dilemme éthique ?

La mise en place d'une « ligne directrice éthique¹³ » dans les établissements, afin que le poids de la sélection ne repose pas sur les épaules d'un seul individu, ne résout pas automatiquement les questions inhérentes à celle-ci. En effet, des recherches antérieures permettent de douter du bon fonctionnement, en situation critique, de l'ordre de priorisation tel qu'il est institué. Ce dernier dépendrait de ce que l'on appelle un « travail d'inférence ». Cela signifie que pour passer du général au particulier, le processus de tri résulte également d'une sélection dite discrétionnaire.

Ainsi, dans une étude portant sur le sans-abrisme, Schlegel montre que, dans un contexte de pénurie des places faisant de l'inconditionnalité un idéal irréalisable, l'accès au logement devient « l'objet de négociations et d'arbitrage entre professionnels de l'hébergement¹⁴. »

D'autres recherches ont également rapporté que d'une part il y avait un décalage entre la situation réelle (d'autant plus dans les cas d'urgence) et l'applicabilité de critères standardisés ; que d'autre part « la décision médicale d'opérer ou non un patient de chirurgie cardiaque dépendait de nombreux facteurs,

cliniques — souvent explicités — et non cliniques — rarement évoqués. » Certains critères, tel celui de l'âge, conduisent à exclure certains patients en raison des risques encourus. Pourtant, l'on observe parfois une absence d'accord entre praticiens, une variabilité des décisions, montrant que ces dernières ne sont pas seulement un choix rationnel, mais qu'elles peuvent aussi s'expliquer par l'incertitude, la croyance, la perception¹⁵. Autrement dit, la charge émotionnelle, la précipitation du choix et la mise en pratique de la procédure font du triage un acte difficile.

Une invention récente ?

Le triage n'est pas une nouveauté en médecine. Il s'agirait même d'une « routine d'exception¹⁶ », puisqu'elle est également présente en situation dite normale : c'est le cas pour l'aide humanitaire¹⁷, pour le suivi des sans domicile fixe¹⁸, la transplantation d'organe dans certains pays¹⁹ ou pour les soins intensifs dans les nôtres²⁰. Concernant ce dernier exemple, il ne s'agit pas tant de savoir si les vies se valent toutes²¹ que d'évaluer le rapport entre la dépense de ressources et le taux d'échec, les bénéfices en quelque sorte²².

4. Quelles leçons aurons-nous à tirer de la pandémie ?

La situation évolue au jour le jour. La pandémie nous rappelle que nous sommes tous concernés par le destin de l'humanité, et le coût que payeront d'autres — il y a l'Italie, mais il y aura l'Afrique et l'Amérique Latine, bien moins préparés encore — doit nous interpeler. Les mots de Paolo Giordano, dans son ouvrage *Contagions*, sonnent fort et juste :

« Quand vous lirez ces pages, la situation aura changé. Les chiffres seront différents, l'épidémie se sera étendue, elle aura atteint tous les coins civilisés du monde, ou aura été domptée — peu importe. Les réflexions que la contagion suscite maintenant seront encore valables. Car nous n'avons pas affaire à un accident fortuit ou à un fléau. Ce qui arrive n'a rien de nouveau : cela s'est déjà produit et cela se reproduira²³. »

D'abord, comme nous l'avons montré il est impossible de trancher entre l'égalitarisme et l'utilitarisme. Aucun des deux principes n'est supérieur à l'autre, aucun n'est pleinement satisfaisant²⁴. Et pourtant, lorsqu'il s'agit de sauver un grand nombre en peu de temps, le curseur se déplace vers le pôle de l'efficacité. Dans les faits, cela se concrétise notamment par la *priorisation des malades*.

Ensuite, confier la sélection des vies à sauver au médecin ne fait pas de lui un « ange posté à l'entrée du royaume », rappelle Frédérique Leichter-Flack dans une récente tribune pour le journal *Le Monde*²⁵, mais le décisionnaire ultime face à des événements qui le dépassent. Ce *dilemme éthique* ne sera

pas sans conséquence sur le corps médical, pour lequel il est recommandé un « soutien psychologique²⁶ ». Si le tri des malades marque l'opinion publique, nous pouvons raisonnablement penser qu'il sera accepté par la communauté qui n'aura d'autres alternatives que d'intégrer ce mode opératoire. Il paraît naturel, en situation d'urgence, d'appliquer des mesures d'urgence. D'autant plus que ce choix est confié à une autorité reconnue compétente — le corps médical. Nous avons néanmoins émis, dans cette analyse, des doutes sur l'apparente neutralité des critères de sélection. Il ne s'agit en aucun cas de blâmer les médecins, de leur jeter l'opprobre. Les traitements procurés sont les mieux adaptés en regard de l'urgence de la situation, et les seniors ne sont certainement pas moins considérés que le reste de la population.

En revanche, l'objectif de cette analyse est d'ouvrir le débat sur le caractère urgent de cette situation qui fait des seniors les premiers concernés. Le principe utilitariste se substitue, partiellement et provisoirement, à celui égalitariste. Les jugements de valeur sont écartés : les mesures sont adaptées aux pratiques d'une *médecine de guerre*. Seulement, pourquoi sommes-nous en guerre ?

Le concept de « continuum de triage » est intéressant pour mieux comprendre la situation dans laquelle nous a amené l'épidémie du Covid-19²⁷. Quelque tragique puisse-t-elle être, la sélection opérée entre ceux qui auront accès aux soins de réanimation et ceux qui en seront exclus n'est que la dernière étape d'un long processus. Il faut remonter ce continuum de triage pour appréhender les autres sélections qui, en amont, ont été opérées.

Tous les citoyens ne sont pas égaux face à la maladie. Il y a les personnes âgées, en tant que population fragilisée, qui souffrent d'une *double peine*, comme ceux qui n'ont pas d'abris où se confiner. Un tri s'opère entre ceux qui sont confinés et ceux qui ne peuvent pas rester chez eux : toute la population n'est pas exposée de la même manière au virus. L'insuffisance de masques oblige à choisir entre ceux qui pourront en porter,

lesquels en quelles circonstances, et ceux qui ne pourront pas se protéger. Certains pays, comme la Belgique, ont décidé de ne pas réaliser de dépistage massif, mais seulement pour les cas symptomatiques. Tous les patients ne sont pas admis à l'hôpital, certains seront refoulés dans les tentes de *pré-tri*, tandis que d'autres seront accompagnés par téléphone.

Cela ne doit pas nous faire douter des moyens mis en œuvre pour sortir de cette catastrophe sanitaire. Il est encore trop tôt pour juger des mesures d'urgence qui sont prises. La question est plutôt de savoir comment nous en sommes arrivés à cette situation. Le manque de ressources est souvent intériorisé²⁸, alors qu'il ne s'agit pas d'une donnée sur laquelle nous n'aurions aucune maîtrise et à partir de laquelle nous serions forcés de faire du mieux possible. Autrement dit, la priorisation des malades n'est pas une fatale nécessité.

Pourquoi les masques et les places dans les hôpitaux sont-ils en nombre insuffisant ? Pourquoi ne sommes-nous pas mieux préparés face à une pandémie ? Il faut s'interroger sur les restrictions des budgets alloués à la santé. Les réformes successives en France, cette « casse du siècle²⁹ », ont ôté à l'hôpital public ses moyens d'actions. En Belgique, malgré la qualité de nos hôpitaux, une récente étude portant sur leur état de santé économique parle d'une « situation préoccupante³⁰ ». Des pays comme la Grèce³¹ ou l'Espagne³² subissent les tragiques conséquences des politiques d'austérité, suite à la crise de 2008. Cette crise sanitaire entraînera à nouveau de lourdes répercussions économiques : y répondrons-nous par plus d'austérité ?

La soudaineté de la pandémie ne la rendait pas moins probable. Certains Etats asiatiques, comme Hong Kong, sont préparés depuis bien longtemps, et mieux, à une telle catastrophe sanitaire ; ils sont ce que le chercheur Frédéric Keck appelle « les sentinelles des pandémies ». Ces dernières font des apparitions cycliques, mais en Europe leur prévisibilité n'a cependant pas intégré notre *imaginaire*³³. Nous voilà nous aussi confrontés aux réalités de la pandémie. D'autres crises frappent notre société

et révèlent de profondes fractures au sein de la population : la migration, la pauvreté, l'environnement, produisent des *oubliés de la mondialisation*. Aujourd'hui, ce sont les seniors les principaux « sacrifiés du triage³⁴ ».

Au-delà de la tragédie...

Le triage apparaît parfois comme une « dramaturgie médicale et publique³⁵ » permettant de naturaliser, par la théâtralisation de la pratique, une priorisation qui n'est, de fait, pas naturelle. De l'ordre est instauré là où, dans la confusion, dans l'urgence, régnerait le désordre³⁶. Cette réorganisation touche les hôpitaux, les rues, mais aussi les consciences individuelle et collective. On peut ainsi se demander si le bon comportement — c'est-à-dire le confinement pour les uns, l'action quasi héroïque pour les autres — n'est pas produit, en partie du moins, par la médiatisation du triage. En dévoilant l'horreur de ce dilemme éthique, les citoyens accepteraient la situation extraordinaire d'une part, adapteraient leurs actes pour éviter la propagation du virus d'autre part. Cette réflexion doit nous conduire à ouvrir le débat démocratique, non pas en exhibant le côté « tragique³⁷ » de la priorisation, mais en montrant qu'il s'agit de décisions sur lesquelles nous avons le pouvoir d'agir.

Rudolf Virchow, médecin et homme politique d'Allemagne, disait que « la politique n'est rien d'autre que la médecine à grande échelle ».

Ouvrons le débat...

- Faut-il faire prévaloir le principe de précaution, plutôt que celui de la rentabilité, en matière de santé ? Par quelles réformes structurelles assurer à ce secteur sa vitalité économique ?
- Les mesures d'urgence adoptées sont-elles suffisantes ? Faudrait-il prendre exemple sur les *Sentinelles des pandémies* (Keck), ces pays asiatiques bien préparés aux crises sanitaires ?
- Les critères de sélection sur lesquels repose le triage devraient-ils faire l'objet d'un débat démocratique ? Certes, les experts semblent disposer d'un pouvoir divin, celui de décider qui *faire vivre* et qui *laisser mourir* ; pourtant, certains craignent que ce débat soit perturbé par l'excès de sensationnalisme. De plus, une telle question a déjà été posée aux Belges afin d'évaluer l'*acceptabilité sociale* de mesures visant à réduire les dépenses de santé publique ; les résultats sont interpellants. Un récent sondage révèle ainsi que 40 % de la population est en accord avec la proposition suivante : « En n'administrant plus de traitements coûteux qui prolongent la vie des plus de 85 ans³⁸ ».

Pour aller plus loin...

Quelques études abordables :

- Leichter-Flack, Frédérique, *Qui vivra qui mourra : Quand on ne peut pas sauver tout le monde*, Paris, Albin Michel, 2015, 208 p.
- Pierru, Frédéric, Pierre-André Juven, et Fanny Vincent, *La casse du siècle : A propos des réformes de l'hôpital public*, Paris, Raison d'Agir, 2019, 192 p.

Quelques lectures plaisantes :

- Giordano, Paolo, *Contagions*, Paris, Le Seuil, 2020, 63 p.

Notes bibliographiques

- 1 Roberts, Isabelle, « En Quarantaine. Episode n° 6 », *Les Jours*, 17 mars 2020, <https://lesjours.fr/obsessions/coronavirus-quarantaine/ep6-interview-gottwalles/>, Consulté le 29 mars 2020.
- 2 Lachenal, Guillaume, Céline Lefève, et Vinh-Kim Nguyen, « Le triage en médecine, une routine d'exception ». *Presses Universitaires de France*, Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem, 6, n° 1, 2014, p. 1-25.
- 3 Ces propos ont été tenus par Frédérique Leichter-Flack dans Broué, Caroline, « Qui doit vivre quand tout le monde ne peut pas vivre? » La Grande Table (2ème partie), *France culture*, 2 octobre 2015. <https://www.franceculture.fr/emissions/la-grande-table-2eme-partie/qui-doit-vivre-quand-tout-le-monde-ne-peut-pas-vivre>, Consulté le 29 mars 2020.
- 4 Lachenal et al., 2014.
- 5 Baron, David, « Zambia: Rationing health by queue », *Rationing Health, PRI's The World*, 16 décembre 2010, <https://www.pri.org/stories/2010-12-16/rationing-health-series-part-3-zambia-rationing-health-queue>, Consulté le 29 mars 2020.
- 6 Godet, Raphaël, « "Nous non plus, au début, on n'y croyait pas" : ces Italiens confinés à cause du coronavirus ont un message pour les Français », *Franceinfo*, 21 mars 2020, sect. Santé. <https://www.francetvinfo.fr/>, Consulté le 29 mars 2020.
- 7 Van Reeth, Clara, et Ludivine Ponciau, « Coronavirus : les hôpitaux s'apprêtent à affronter le premier pic », *Le Soir*, 19 mars 2020, sect. Société. <https://plus.lesoir.be/>, Consulté le 29 mars 2020.
- 8 Meyfroidt, Geert et al., « Principes éthiques sur la proportionnalité des admissions aux soins intensifs durant la pandémie COVID-19 2020 en Belgique », *Belgian Society of Intensive Care Medicine (SIZ)*, 19 mars 2020 (modifié le 27 mars). <http://www.siz.be/wp-content/uploads/Principes-e%CC%81thiques-concernant-la-proportionnalite%CC%81-des-soins-intensifs-durant-la-pande%CC%81mie-COVID.pdf.>, Consulté le 29 mars 2020.
- 9 « Covid-19 – Bulletin épidémiologique du 11 avril mars 2020 », *Sciensano*, 11 avril 2020. https://epidemio.wiv-isp.be/ID/Documents/Covid19/Epi%20update_FR/COVID-19_Daily%20report_20200411%20-%20FR.pdf, Consulté le 14 avril 2020.
- 10 Données de la Banque Mondiale. <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.POP.65UP.TO.ZS?locations=BE>, Consulté le 29 mars 2020.
- 11 Bizouarn, Philippe, « Variabilité décisionnelle en chirurgie cardiaque et exclusions des patients âgés ou trop graves », *Presses Universitaires de France*, Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem, 6, n° 1, 2014, p. 259-79.
- 12 Meyfroidt et al., 2020.
- 13 Meyfroidt et al., 2020.
- 14 Schlegel, Vianney, « Pauvres, Déviants, Malades. Travail d'inférence et catégorisations professionnelles dans la régulation de l'accès à l'hébergement des personnes sans-domicile », *ENS Paris-Saclay*, Terrains et Travaux, 30, n° 1, 2017, p. 185-207.
- 15 Bizouarn, 2020.
- 16 Lachenal, Guillaume, Céline Lefève, et Vinh-Kim Nguyen, « Le triage en médecine, une routine d'exception », *Presses Universitaires de France*, Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem, 6, n° 1, 2014, p. 1-25.

- 17 Péchayre, Marion, « Impartialité et pratiques de triage en milieu humanitaire. Le cas de médecins sans frontières au Pakistan », *Presses Universitaires de France, Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 6, n° 1, 2014, p. 125-42.
- 18 Sarradon-Eck, Aline, et Cyril Farnarier, « Les points rouges, ou les critères de l'urgence dans une équipe mobile psychiatrie-précarité », *Presses Universitaires de France, Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 6, n° 1, 2014, p. 159-78.
- 19 Fink, Sheri, « South Africa: Rationing by Committee », *Rationing Health*, 14 décembre 2010, *PRI's The World*, <https://www.pri.org/categories/rationing-health>, Consulté le 29 mars 2020.
- 20 Bizouarn, 2014.
- 21 Fassin, Didier, « Évaluer les vies : essai d'anthropologie biopolitique », *Cahiers Internationaux de Sociologie*, Ce qu'évaluer voudrait dire, 128-129, n° 1/2, 2010, p. 105-15.
- 22 Lachenal et al., 2014.
- 23 Giordano, Paolo, *Contagions*, Paris, Le Seuil, 2020, 63 p., p. 8.
- 24 Lachenal et al., 2014.
- 25 Leichter-Flack, « "Le médecin qui trie les malades n'est pas là pour dire qui aura ou non droit à la vie, mais pour sauver le plus de vies possible" », *Le Monde*, 16 mars 2020, sect. Tribune. <https://www.lemonde.fr/>, Consulté le 29 mars 2020.
- 26 Meyfroidt et al., 2020.
- 27 Leichter-Flack, Frédérique, « De l'état d'exception de l'urgence collective au rationnement invisible des politiques de santé publique. Enjeux d'un "continuum du triage" », *Presses Universitaires de France, Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 6, n° 1, 2014, p. 67-77.
- 28 Lachenal et al., 2014.
- 29 Pierru, Frédéric, Pierre-André Juven, et Fanny Vincent, *La casse du siècle : A propos des réformes de l'hôpital public*, Paris, Raison d'Agir, 2019, 192 p.
- 30 « Analyse MAHA 2018 », Communiqué de presse, *Belfius*, 9 octobre 2019.
- 31 Rafenberg, Marina, « En Grèce, le gouvernement réagit vite pour ne pas surcharger les hôpitaux affaiblis par l'austérité », *Le Monde*, 16 mars 2020. <https://www.lemonde.fr/>, Consulté le 29 mars 2020.
- 32 Morel, Sandrine, « Coronavirus : "Beaucoup d'Espagnols sont très critiques et considèrent que le gouvernement s'est réveillé trop tard" », *Le Monde*, 24 mars 2020. <https://www.lemonde.fr/>, Consulté le 29 mars 2020.
- 33 « Frédéric Keck : "Nous n'avons pas l'imaginaire pour comprendre ce qui nous arrive" », *Philomag*, 21 mars 2020. <https://www.philomag.com/>, Consulté le 25 mars 2020.
- 34 Leichter-Flack, 2014.
- 35 Lachenal et al., 2014.
- 36 Keck, Frédéric, « L'avant-scène du triage. Simulation de pandémie à Hong Kong », *Presses Universitaires de France, Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 6, n° 1, 2014, p. 143-57.
- 37 Leichter-Flack, 2014.
- 38 Soumois, Frédéric, « Santé: est-il acceptable de cesser les traitements pour les plus âgés ? », *Le Soir*, 19 mars 2019. <https://plus.lesoir.be/>, Consulté le 8 avril 2020.



Ligue Libérale des Pensionnés

Rue de Livourne, 25- 1050 Bruxelles

Pour nous suivre :

<http://www.llp-asbl.be/> et également sur Facebook

Pour nous contacter :

Téléphone : 02/ 538 10 48

Courriel : info@llp-asbl.be

Analyse rédigée et mise en page par : Marin Buyse

Avec le soutien de :

