



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

attempted by a plethora of methods. In brief, clustered in egalitarian and utilitarian triages. Behind the former lies a "first come, first served" philosophy that is regardless of their clinical picture, every individual is treated according to their time of arrival. While it definitely encompasses ethics and the fulfilment of the WHO's idea of the fundamental right to health, the concept of such a patient-centred care is doomed to overwhelm the healthcare system when a pandemic arises: thus, the change toward a community-centred care [3].

Unavoidably, in a potential resource scarcity, the community welfare refers sacrifices and choices to the medical staff pursuant to the utilitarian method whose aim is to achieve the greatest good for the greatest number of casualties. First patented by Baron Larrey on the battlefield, this form of triage was modelled to the odds of recovery of the (soldier) patient and hence dubbed "combat triage". Currently, it is being implemented in several COVID-19 wards, either in compliance with algorithm-based guidelines or according to distributive justice, as underlined by the Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva [4] that advises to base the decision to withhold or withdraw life-sustaining treatments on the evaluation of criteria such as age, comorbidities and functional status of the critically ill patients.

Triage in clinical practice

Whatever the method implemented, healthcare personnel still faces everyday a tough dilemma: to treat or to let go?

A dilemma between the patient who gets to be admitted to ICU and so given a chance to win the battle against COVID-19 and the patient that has to be discharged. And, the solution is not always clear. According to the first protocol, when dealing with the life-threatening case of a 68-year-old man, obese, hypertensive and smoker, the physician has no choice but to allocate the last ICU bed, fully aware that an hour later the same bed could have been used to cure a younger patient, without any comorbidity and a higher life expectancy. On the other hand, an utilitarian triage might still show its flaws, in common with a sort of Ancient Sparta, where newborns deemed unfit to survive were left to themselves on Mount Taigeto, easy prey for rains and beasts. Suffice it to see the Italian clinical case of an ex swimming champion on a waiting list for a kidney transplant who, having contracted the coronavirus, was ultimately denied the ventilator, which went to a younger positive patient with more possibilities of survival [5].

What if the physician empirically disagrees with the protocol since his work experience taught him to believe that for that specific patient something more could be done than what the written guidelines suggest?

In each hypothesis, the weight of the decision is once again on the physicians' shoulders. Although, as put by Dr. Robert L. Klitzman, director of the masters of bioethics programs at Columbia University, "We are on the battlefield. We are in the

trenches and in the middle of a war and we have not trained our medical staff to deal with military battlefield medicine and ethics" [5].

Direct consequence of working on such a front line might be the rife upsurge of medical burnout.

Medical staff burnout

The issue was already under the lens before the pandemic spread: lengthy shifts, work overload, high pressure and sleep deprivation, to name a few, were de facto drying up the healthcare personnel, leading the Medical Community to further investigate. Now, in addition to the 'ordinary' stressors, physicians have to face COVID-19.

Shanafelt et al.'s research [6] has deepened the understanding of the frontline healthcare professionals' burnout sources: what they fear is to not have access to the appropriate personal protective equipment (PPE) against contact and droplets, thus being more likely exposed to the virus at work, increasing the chances of taking the infection home to their family. And, the isolation continues in the hospital, where physicians and nurses face more than the sole pandemic. The number of medical staff affected by the virus is higher than in general population (15% vs 7%), with the grim outcome of longer and more tiring shifts for those still in the frontline.

Their current work conditions not only hint to burnout, but also appear to be teetering on the edges of a violation of human rights, namely "the right to rest and leisure, including reasonable limitation of working hours" (Article 24) and "the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family" (Article 25), set forth in the Universal Declaration of Human Rights. Nonetheless healthcare professionals, being fully aware of how unprecedented this crisis is, are demanding nothing more than to be put in a safe position to save as many lives as possible.

Commune naufragium omnibus solacium

A safe position means proper PPE but also, on a broader scheme, the reassurance that their "doing the utmost" will be enough even when they cannot save everyone.

Although medical team's mental health [7] will in any case require attention in the aftermath of the outbreak, a means of alleviating the toll might consist in a structured triage. Of the two processes proposed, what is the most suitable one, if any? Selecting who gets treated according to a random entry order might relieve the physicians of the burden of rationing care, albeit leaving them in a state of total impotence. At the opposite end, handing them the last judgment might deteriorate their empathetic distress fatigue, whereas strictly adhering to guidelines would, on one hand, derive its justification from outcome predictors but, on the other, turn physicians into mere appendages of the machine. Ultimately the COVID-19 ward burnout may find a palliative cure in the implementation of set out guidelines; nevertheless, it still seems pivotal to not unduly

separate the doctor from his patient. In the event, the physician reasonably doubts about a patient, whose prognosis is negative according to the algorithm, but questionable to the physician's clinical eye, he should be able to call a meeting with at least two more colleagues to figure out the course of actions. In our view, this solution would suitably respond to two essential problems: a patient otherwise discarded by the guidelines might be given a chance to survive based on physician clinical experience whereas, if nonetheless the meeting withheld the bed, the physician would relieve his stress, sharing, to the greatest extent possible, the burden with the team. Because alone, "Nam neque nos agere hoc patriai tempore iniquo/possumus aequo animo [...] in rebus communi desse salutem" [8].

Acknowledgements: we thank for providing a thorough and kind guidance Professor Vincent Mallet, Cochin University Hospital in Paris, France, Professor Fabrizio Consorti, Sapienza University of Rome, Italy, and Professor Vincenza Ferrara, Sapienza University of Rome, Italy.

Disclosure of interest: the authors declare that they have no competing interest.

References

- [1] World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 81. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200410-sitrep-81-covid19.pdf?sfvrsn=ca96eb84_2.
- [2] Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, et al. Baseline characteristics and outcomes of 1591 patients infected With SARS-CoV-2 admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. JAMA 2020. doi: 10.1001/jama.2020.5394 [Published online April 06].
- [3] Nacoti M, Ciocca A, Giupponi A, et al. At the epicenter of the Covid-19 pandemic and humanitarian crises in Italy: changing perspectives on preparation and mitigation. N Engl J Med 2020. doi: 10.1056/CAT.20.0080 [Published March 21].
- [4] Italian Society of Anesthesia, Analgesia, Resuscitation and Intensive Care (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva [SIAARTI]). Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments, in exceptional, resource-limited circumstances (<http://bit.ly/2x5mZ6Q>).
- [5] Goldstein J, Rothfeld M, Weiser B. Patient has virus and serious cancer. Should doctors withhold ventilator?. New York Times; 2020 [In print on April 2, 2020. Section A, Page 1 of the New York edition].
- [6] Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. JAMA 2020. doi: 10.1001/jama.2020.5893 [Published online April 07, 2020].
- [7] Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Netw Open 2020;3(3):e203976. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.
- [8] Lucretius. De Rerum Natura, 1, 41-4.

Received 27 April 2020
Accepted 15 July 2020

10.1016/j.lpmfor.2020.08.004

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Accueil des victimes de violences au sein du couple dans le contexte d'épidémie de COVID-19

Response to victims of intimate partner violence during the COVID-19 epidemic

Les effets de l'épidémie de COVID-19 sur les violences au sein du couple restent encore peu connus. Toutefois, en France, le ministère de l'Intérieur note une progression de plus de 30 % de ses violences depuis le début du confinement. En effet, il existe de nombreuses raisons de penser qu'un tel contexte de pandémie sera à l'origine d'une augmentation importante du nombre de violences de ce type [1,2].

Tout d'abord, les effets négatifs du stress engendré par le confinement, la pandémie elle-même et l'insécurité économique sont autant de facteurs de risque de déclenchement ou d'aggravation d'une situation de violence.

L'effet direct des mesures de confinement populationnel prononcées le 16 mars 2020 à l'origine d'une exposition continue entre d'éventuelles victimes et d'éventuels auteurs, notamment par l'arrêt des activités professionnelles et sociales peut être de nature à déclencher ou exacerber une situation de violence ou à rendre plus difficile une séparation.

Certains auteurs ont également pointé une exacerbation des inégalités de genre, liée, notamment, au fait que les femmes assurent l'essentiel des soins au sein des familles [3].

Par ailleurs, des données épidémiologiques dans des contextes comparables en termes d'isolement social et de conséquences économiques telles que des catastrophes naturelles ont déjà montré une augmentation des violences conjugales au sein du couple [4].

À l'issue des 4 premières semaines de confinement, nous avons recueilli rétrospectivement les données des consultations pour les faits de violence (dont les violences au sein du couple) survenus entre le 17 mars 2020 et le 14 avril 2020. Nous les avons comparés aux consultations pour des faits de violences survenus sur la période équivalente de l'année 2019. La compilation de ce type de données semble nécessaire afin de mieux appréhender le phénomène et d'éclairer les politiques de prévention et l'organisation des services dédiés à la prise en charge des victimes et des auteurs. Nous avons reçu 171 victimes de violence volontaire survenue pendant cette période de confinement alors que nous en avons reçu 375 pour des faits survenus sur la période équivalente de 2019. Sur les victimes de 2020, 37,4 % ($n = 64$ dont 59 femmes) consultaient pour des violences au sein du couple contre 20,3 % ($n = 76$ dont 68 femmes) en 2019 ($p < 0,001$). Il n'y avait pas de différence significative concernant les caractéristiques du couple (78,1 %

concernaient un couple actuel en 2020 contre 77,3 % en 2019 et 67,2 % avaient lieu en cohabitation en 2020 contre 58,7 % en 2019). En revanche, les orientations vers une prise en charge psychologique et juridique étaient renforcées (89,1 % en 2020 contre 22,7 % en 2019) ($p < 0,001$).

Ces résultats montrent principalement qu'il y a moins de consultations pour violence au sein du couple pendant cette période de confinement même si ces dernières représentent une part relative significativement plus importante du nombre total de consultations. Ces chiffres sont à mettre en rapport, d'une part, avec la diminution globale de l'activité de l'unité médico-judiciaire qui peut être en grande partie liée à une probable diminution du nombre de violences en population générale en rapport avec les mesures de confinement dont la réduction des activités professionnelles et sociétales et, d'autre part, avec la réorganisation de l'UMJ avec une priorisation des situations en fonction de critères d'urgence (judiciaire) et de gravité (principalement atteinte grave aux personnes et violence au sein du couple). Dans tous les cas, ces résultats semblent indiquer une sous-représentation des consultations pour violences au sein du couple par rapport au nombre qui aurait pu être attendu dans l'hypothèse d'une augmentation dans la population générale. L'hypothèse la plus probable est que « l'échantillon » de victime de violence au sein du couple accueilli en cette période de confinement ne reflète ni la population consultant habituellement, ni la population réellement exposée.

Cette sous-représentation est très certainement liée à la diminution de l'accès aux ressources d'aide et aux services destinés à l'accueil des victimes de violence. Cette restriction d'accès peut être secondaire aux effets directs du confinement majorant l'isolement à la situation d'emprise liée aux violences. Elle peut être aussi liée à la réorganisation des institutions participant habituellement à la prise en charge des victimes de violence avec notamment en France, la fermeture de la plupart des associations d'aide aux victimes ou de prise en charge des auteurs et les difficultés d'accès aux services de santé en général et plus particulièrement les soignants de premiers recours dont la charge de travail augmente de façon importante afin de faire face à la situation sanitaire. Ce type de rupture fonctionnelle des infrastructures sociétales comme celles de santé, de transport,

juridiques et de sécurité a déjà été décrit dans le cadre de pandémies [5].

En synthèse, dans un contexte de pandémie et de confinement sanitaire de la population, il existe un consensus sur le risque d'augmentation du nombre de violences domestiques, dont les violences au sein du couple, même si les données épidémiologiques sur ces problématiques sont encore parcellaires. Cette situation est également associée à un risque important de diminution de l'accès aux services d'aides et de prise en charge de ses victimes. Dans un tel contexte, le but de cette lettre est d'attirer l'attention sur l'importance de maintenir les ressources avec notamment la diffusion de messages sociétaux de prévention et de non-tolérance à la violence, la (ré)ouverture et la facilitation de l'accès aux services d'aide et de prise en charge comme les unités d'accueil des victimes (dont les unités médico-judiciaires) et le maintien d'une implication forte des acteurs du milieu associatif.

Déclaration de liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Peterman A, Potts A, O'Donnell M, Thompson K, Shah N, Oertelt-Prigione S, et al. Pandemics and violence against women and girls. Center for Global Development; 2020 [Disponible sur : <https://www.cgdev.org/publication/pandemics-and-violence-against-women-and-children>].
- [2] Campbell AM. An increasing risk of family violence during the COVID-19 pandemic: strengthening community collaborations to save lives. *Forensic Sci Int Rep* 2020;100089 [Article sous presse].
- [3] Wenham C, Smith J, Morgan R. COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. *Lancet* 2020;395:846-8.
- [4] Bermudez LG, Stark L, Bennouna C, Jensen C, Potts A, Kaloga IF, et al. Converging drivers of interpersonal violence: findings from a qualitative study in post-hurricane Haiti. *Child Abuse Neglect* 2019;89:178-91.
- [5] Briody C, Rubenstein L, Roberts L, Penney E, Keenan W, Horbar J. Review of attacks on health care facilities in six conflicts of the past three decades. *Confl Health* 2018;12:1-7.

Reçu le 27 avril 2020
Accepté le 15 juillet 2020

10.1016/j.lpmfor.2020.06.005

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.