

[texte](#)

[editorial](#)

## **Covid-19 : des choix éthiques redoutables attendent les équipes médicales**

Editorial paru dans Le Figaro, 17 mars 2020 / "La sélection ainsi pratiquée pourrait être assimilée à une stigmatisation ou à une discrimination faute de modalités effectives de contrôle, provoquant des contestations qu'il serait difficile à contenir. Les plus vulnérables ne sont-ils pas plus exposés que d'autres au risque d'un refus ?"

Par: Emmanuel Hirsch, Ancien directeur de l'Espace éthique de la région Île-de-France (1995-2022), Membre de l'Académie nationale de médecine /

Publié le : 18 Mars 2020

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

## **Poursuivre la réflexion**

La pandémie COVID-19 contraint notre société à des choix d'une ampleur et d'une intensité dont on ne peut pas encore mesurer les conséquences. S'il est certes justifié d'adosser les décisions à l'expertise des scientifiques, les arbitrages cruciaux relèvent de la responsabilité politique. En matière de santé publique ils constituent un marqueur indélébile de la hiérarchisation de nos valeurs et priorités sociales. Le gouvernement a été attentif à expliquer les mesures graduées qui s'imposaient. L'arbitrage des choix en réanimation, dans un contexte de ressources limitées, et au regard de leurs conséquences en termes de vie ou de mort ne saurait relever de la seule responsabilité des médecins.

Nos aînés en sont désormais informés : ce sont notamment des critères d'âge qui déterminent en Italie le choix inévitable entre ceux que l'on réanime ou ceux que les médecins renoncent à réanimer faute de dispositifs suffisants. L'imminence de circonstances analogues en France accentue le sentiment d'insécurité et les peurs. Il importe d'être assuré de la pertinence des critères de décision en termes de transparence, de justification, de loyauté et de faisabilité dans un contexte de pratiques dégradées pour un temps indéterminé. Il faut éviter que le désespoir provoqué par l'impuissance à bien faire, n'affecte les capacités

d'intervention et de résilience des professionnels. Confrontés à des sollicitations massives, à la restriction des capacités d'initiative et au manque du temps indispensable à l'argumentation en vue d'une décision, l'exercice médical est soumis à des contraintes qui pourraient s'avérer insupportables. La situation n'a rien à voir directement avec une « médecine des catastrophes ». La mobilisation à la suite d'un acte terroriste est circonscrite, les dispositifs poussent au maximum les capacités mises en œuvre dans le cadre de plans déjà expérimentés.

Les équipes de réanimation sont pourtant aguerries à l'analyse de décisions d'éligibilité ou d'exclusion, de justification d'une stratégie thérapeutique ou de limitation et d'arrêt lorsque le traitement s'avérerait vain ou relevant d'une obstination déraisonnable. Les critères scientifiquement et éthiquement argumentés sont explicites, validés par les sociétés savantes et partagés dans le cadre de bonnes pratiques cliniques. Le processus décisionnel bénéficie de l'arbitrage d'une expertise collégiale qui tient compte des directives anticipées rédigées par la personne et, si elle a été désignée, de son point de vue transmis par la personne de confiance. Ce qui diffère aujourd'hui, c'est que l'on renoncera à réanimer des personnes qui, en pratique courante, auraient pu bénéficier de traitements et survivre. La carence en ressources disponibles détermine les choix, et non les critères médicaux habituellement en vigueur.

## **Les plus vulnérables face au risque de refus**

Que se passera-t-il dans une unité de soins intensifs, lorsque les valeurs et les procédures de référence ne résistent plus à l'épreuve du réel? Les possibilités d'admission en réanimation sont conditionnées dès à présent au nombre de respirateurs disponibles pour la ventilation assistée des cas les plus graves et aux capacités d'équipes compétentes.

Des paramètres comme les scores de gravité, l'évaluation des comorbidités et des défaillances multi-viscérales demeurent-ils pertinents comme critères de « qualification à la survie » ? Sont-ils strictement applicables alors que les possibilités de transfert et d'accueil à l'hôpital seraient elles-mêmes déjà contraintes et dépendantes, en amont, de la régulation du SAMU elle-même exposée au risque de saturation ? De sorte que la personne pourrait être a priori exclue de la filière de réanimation sur un pronostic posé à distance. Dans ce cas il conviendrait d'être assuré de la justification d'une non-admission à l'hôpital ainsi que de connaître les critères de « priorisation » mobilisés et appliqués de manière juste. La sélection ainsi pratiquée pourrait être assimilée à une stigmatisation ou à une discrimination faute de modalités effectives de contrôle, provoquant des contestations qu'il serait difficile à contenir. Les plus vulnérables ne sont-ils pas plus exposés que d'autres au risque d'un refus ? L'expérience du SRAS au Canada, en 2003, a permis d'élaborer des lignes directrices de « priorisation » : elles s'avèrent utiles aujourd'hui en complément des documents élaborés par différentes instances de médecine d'urgence, d'anesthésie et de réanimation. Une réévaluation régulière de la justification de la réanimation est prescrite afin d'éviter l'immobilisation injustifiée d'un lit. Interviennent également le pronostic de survie à la suite de la réanimation, l'estimation des séquelles éventuelles du point de vue de l'autonomie et de la qualité de vie. La proportionnalité des moyens mobilisés au détriment d'autres personnes qui pourraient bénéficier « plus utilement » d'une suppléance technique accessible de manière limitée, interdit toute « réanimation compassionnelle ». L'estimation de la durée d'occupation du lit de réanimation et de l'investissement des soignants constitue également un paramètre discriminant.

## Comment résister à l'ampleur des drames humains ?

Ces repères contribuent à la cohérence des choix ainsi qu'à la cohésion d'une équipe exerçant dans un contexte de saturation et de pratiques dégradées. Pour autant les préconisations ne prémunissent pas de l'épuisement physique et des dilemmes moraux qui, faute d'un environnement attentif et qui les soutient, affectent les professionnels et altèrent leurs facultés d'intervention. Comment accompagner la décision de refus de réanimation d'une personne qui, dans un contexte différent aurait pu en bénéficier, et qui va mourir ? À quels dispositifs adosser dans ces circonstances la décision d'une sédation terminale évitant une mort par suffocation ? Qu'en sera-t-il dans un établissement non médicalisé ou à domicile ? Comment soutenir la famille et comment acceptera-t-elle de ne pas être présente afin de la prémunir de tout risque infectieux ? Devra-t-on renoncer à l'accompagnement spirituel du mourant ? Qu'en sera-t-il des rites mortuaires ?

La mise en place dans les hôpitaux et au plan régional de cellules d'expertise médico-légale susceptibles d'être consultées par les équipes et de produire des recommandations en fonction de l'évolution des circonstances semble nécessaire. La cohésion nationale est impérative. Elle pourrait toutefois ne pas résister à l'ampleur des drames humains consécutifs au refus ou au renoncement de traitements auxquels seraient attribuées des morts considérées comme évitables ou injustes. Chacun doit être alors convaincu que les arbitrages, en dépit de l'urgence et de contraintes redoutables, relèveront de procédures incontestables, soucieuses de la dignité des personnes, d'une exigence de justice opposée à toute forme d'arbitraire, ainsi que d'un sens élevé du bien commun.

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Sommaire