



SESSION DU 17 juin 2021

ÉTHIQUE – DÉONTOLOGIE et CoViD-19

Webinaire

Critères d'admission des patients en unité de soins critiques

Matthieu Le Dorze AHPH Hôpital Lariboisière

Depuis plus d'un an, la pandémie due au SARS-CoV-2 met sous forte tension le système de santé, et plus particulièrement les unités de soins critiques, avec le risque d'une saturation. Des stratégies de priorisation ont dû être envisagées concernant l'instauration ou la poursuite d'une réanimation. Le dilemme éthique a été popularisé par la question: « À qui attribuer le dernier respirateur ? » Penser ce dilemme est indispensable. Ne pas le penser, ce serait prendre le risque d'une éthique d'exception foncièrement *injuste*, laissant place à l'arbitraire (tirage au sort, ordre d'arrivée), d'une éthique événementielle excluant certaines catégories de patients (Covid vs. Non-Covid, soins critiques vs. soins programmés), d'une éthique exclusivement utilitariste excluant les plus vulnérables. Ces stratégies de priorisation visent théoriquement à sauver le plus de vies (ou le plus d'années de vie) avec, en pratique, un nécessaire équilibre entre « quantité » de vie et qualité de vie. Dans ce contexte, quels critères d'admission des patients en unité de soins critiques ?

Un cadre opérationnel, s'appuyant sur des critères objectifs préétablis et acceptés par tous, pourrait être théoriquement une aide à une prise de décision. Pour être pertinents sur le plan clinique, ces critères doivent en réalité être issus à la fois de paramètres cliniques objectifs et d'une interprétation subjective de ces paramètres par le clinicien : seule la rencontre directe avec le patient et la compréhension de la singularité de sa situation rendent possibles cette interprétation. Pour être pertinents sur le plan sanitaire, ces critères doivent en réalité être adaptés en permanence à la situation de tension ou de saturation du système : le choix figé de critères catégoriels tels que l'âge rendrait impossible cette nécessaire adaptation continue aux contraintes sanitaires. Pour être pertinents sur le plan sociétal, ces critères doivent en réalité être issus d'une mise en commun démocratique des éléments du débat et communiqués de façon transparente.

Finalement, aucun critère pris isolément ne permettra jamais de saisir toutes les valeurs pertinentes pour établir une quelconque priorité. Aucun algorithme, schéma ou score de priorisation ne saura jamais répondre aux exigences éthiques de la décision médicale et concilier l'efficacité des soins et la justice distributive d'une part, avec les impératifs éthiques de bienfaisance, de non-malfaisance, de respect de l'autonomie et de la dignité des personnes d'autre part.

Au-delà des critères d'admission des patients en soins critiques, certains points méritent d'être soulignés : 1- le projet thérapeutique en cas d'aggravation est au mieux anticipé en amont des soins critiques ; 2- chaque patient a *a priori* un potentiel de réversibilité qui le rend possiblement éligible aux soins critiques ; 3- les éléments structurels de la décision sont intangibles quelle que soit la situation sanitaire ; 3- les objectifs de traitements et les critères de jugement des actions sont précisés de façon prospective avec une réévaluation permanente du potentiel de réversibilité.

« A qui attribuer ce dernier respirateur » ? Une chose est sûre : au moins autant que leur contenu, la qualité des processus par lesquels ces stratégies sont mises en place est primordiale pour les rendre médicalement et éthiquement légitimes, c'est-à-dire et acceptables moralement par tous, soignants comme citoyens.