



COMPTE RENDU DE LA REUNION DU 15 octobre 2020

CHU de Saint Etienne, Hôpital Nord, Saint Priest-en-Jarez
Salle d'enseignement de dermatologie et de chirurgie pédiatrique
Bâtiment C, niveau 2

De 18 h à 20 h

Participants :

Christian AUBOYER, réanimateur CHUSE ; Thomas CELARIER Gériatre, CHUSE ; Michel FAURE, psychologue CH Forez/Montbrison ; Emilie FAVIER médecin ICLN; Amandine GAGNEUX-BRUNON maladie infectieuse, CHUSE ; Laurent GERGELE réanimateur HCL ; François GIRAUD, urgentiste CHUSE ; Jean François JANOWIAK, Généraliste, président du conseil de l'Ordre, Saint Etienne; Sylvie JAY, réanimateur, CH Annonay ; Jérôme MOREL réanimateur CHUSE ; Solange MUTIEL cadre de santé pédiatrie CHUSE ; Damien PONSONNET, médecin HAD Santé à domicile; Josiane REYNAUD réanimateur CH du Gier; Guillaume THIERY Réanimateur CHUSE ; Pascale VASSAL médecin Soins palliatifs, CHUSE ; Martine VIAL, cadre de santé Soins palliatifs, CHUSE ; Maud VOIRON philosophe;

Excusés :

Mickael BATESTI, secrétaire général CHUSE ; Isabelle CARRIERE gériatre CH Maurice André Saint Galmier; Alexandra DA CRUZ IDE CH Claudinon ; Pierre FOURNEL, oncologue ICLN; Vincent GAUTHIER réanimateur clinique mutualiste; Agnès GAUTIER cadre sup CH Firminy; Nicole GIRAUDIER sage-femme CHUSE ; Marie Noëlle VARLET, Gynécologue CHUSE

Introduction

Face aux enjeux éthiques inhérents à la crise sanitaire actuelle, cette séance exceptionnelle de Terre d'Ethique s'est tenue dans l'urgence, à la demande du Docteur Thomas Celarier (médecin gériatre) et du Docteur Jérôme Morel (médecin réanimateur). Elle s'est inscrite dans la même dynamique et logique que les séances qui avaient eu lieu au moment de la « première vague ».

- 19 mars 2020
- 2 avril 2020
- 16 avril 2020
- 28 avril 2020
- 26 mai 2020

Nous vous rappelons à ce titre que tous les comptes rendus sont à consulter sur le site internet de Terre d'Ethique :

<http://www.chu-st-etienne.fr/Reseaux/TerreEthique/Accueil.asp>

CR rédigé par Maud VOIRON

A. D'un point de vue conceptuel et pratique, à quels dilemmes éthiques sommes-nous concrètement confrontés aujourd'hui, face à réalité d'une « deuxième vague » de la COVID-19 ?

Comme nous le rappelle le Pr Pascale Vassal, la crise sanitaire que nous traversons actuellement nous enjoint à réfléchir dans l'urgence à des questions éthiques multiples, et dont les perspectives réflexionnelles peuvent entrer en tensions. Ce sont des dilemmes sur lesquels le comité souhaite débattre, dans l'expectative d'un consensus, et dans la volonté de garantir une équité concernant l'accès aux soins sur le territoire.

Voici quelques enjeux que nous pourrions sommairement mentionner :

- S'il est nécessaire de prioriser les patients, de quelle manière délibérer sur cette notion de « priorité » ? Face au manque de ressources disponibles, des choix doivent indubitablement être faits, notamment dans les services de réanimation, car il ne sera pas possible de pouvoir y admettre l'ensemble des patients dont l'état le légitimerait. Dès lors, qui faut-il choisir ? Et, à contrario, quels devront être les critères discriminants, voire réhibitoires ?

- Cela pose la question des « justes principes » et, de fait, nous interroge sur la place accordée aux populations les plus vulnérables, à l'instar des personnes âgées. En effet, là où la médecine s'inscrit logiquement comme la discipline prenant en charge la vulnérabilité, dans le cadre contextuel de la crise sanitaire que nous traversons, une trop grande vulnérabilité devient potentiellement un critère d'exclusion (non pas du soin au sens large, mais de la réanimation).

- Des valeurs doivent ici être pensées et réfléchies :

- La dignité
- L'équité
- Les principes de bienfaisance, de non mal-efcience, de justice et d'autonomie.
- Une réflexion entre les notions de « bon soin » et de « juste soin ».

- De quelle manière procéder pour prendre de telles décisions ?

- La souffrance des soignants doit également être entendue et être prise en compte.

B. Dans quel contexte précis sommes-nous actuellement et, au vu des questionnements préalablement soulevés, quels choix nous faut-il opérer ?

Etat des lieux sanitaire et vécu émotionnel des soignants :

Comme l'a souligné le Docteur Jérôme Morel, la situation est d'une extrême gravité. Le cas de patients atteints de la COVID-19 augmentant de manière exponentielle, les services de réanimation sont sur le point d'être débordés.

À l'unanimité, les soignants s'accordent sur le fait que cette « deuxième vague » n'est en rien comparable à la première. Lors de la « première vague », nous avons rapidement atteint le « sommet de la courbe ». Il était également possible d'identifier de gros clusters, et donc d'établir aisément de vrais liens épidémiologiques. Par exemple, au mois de mars, un grand concours de « belote » avait été à l'origine d'une contamination massive des participants. Le confinement ayant joué un « rôle » bénéfique dans ce sens, les nouveaux clusters étaient également facilement repérables, entraînant une bonne traçabilité de la chaîne de contamination. Enfin, en mars, environ 5000 soignants de la France entière se sont mobilisés pour venir soutenir les équipes des régions

particulièrement touchées. Aujourd'hui, la répartition du virus sur le territoire étant beaucoup plus homogène, de telles initiatives ne sont plus envisageables.

À l'heure du « déconfinement », nous avons donc progressivement assisté à une dissémination progressive, plurielle et incontrôlable de la COVID-19. De fait, la circulation virale est donc plus importante qu'au mois de mars. De plus, la réouverture des centres scolaires implique une croissance de jeunes patients COVID+, même si leur degré de contagiosité (enfant-adulte) reste un sujet discutable quant au risque effectif, car il semble bien moins important que le RO entre adultes.

Même si les services tentent de conserver des lits « non COVID », l'explosion du nombre de cas met à mal cette volonté. A Saint-Etienne, la situation est décrite comme étant catastrophique. Car, lorsqu'en mars on avait encore la possibilité d'avoir quelques places d'avance, et que le CHU a compté jusqu'à 380 lits, la situation actuelle est tout autre. Aujourd'hui, il s'agit d'ouvrir de nouvelles unités qui, de par le nombre de patients en attente de prise en charge, sont en vérité déjà pleines avant même d'être ouvertes.

Laurent Gergelé brosse un état des lieux édifiant. Dans la nuit du 15 octobre 2020, il ne restait plus qu'une seule place disponible en service de réanimation. L'insécurité et l'incertitude sont ici les maîtres-mots, puisqu'il est pratiquement impossible de pouvoir anticiper la situation, même à brève échéance. La situation sanitaire est aujourd'hui plus complexe qu'en mars. En effet, alors qu'au mois de mars, le service disposait de plus de 100 lits de réanimation dédiés aux patients COVID+, les moyens alloués à ces patients se sont dégradés, et on ne compte à ce jour que 50 lits pour eux. En bref, les moyens sont inférieurs alors que le nombre de malades s'étend rapidement et inexorablement.

Concernant la réalité de la situation, le Dr Josiane Reynaud réanimateur au CH du Gier, confirme pleinement cet état de fait. Alors qu'en mars le seuil maximum du nombre de lits occupés n'avait jamais été atteint, le service accepte aujourd'hui plus de patients que sa capacité ne devrait le permettre. Cela conduit *de facto* à une réflexion sur les conditions dans lesquelles les patients sont pris en charge. Mais cela engendre également une réflexion fondamentale sur l'épuisement des soignants de manière générale, ce qui est un point crucial. D'autre part, le Dr Josiane Reynaud souligne une recrudescence de patients plus jeunes admis en réanimation, comparativement au mois de mars. Il s'agit de patients âgés entre 50 et 70 ans. Les soignants s'accordent d'ailleurs assez unanimement sur le fait que de plus en plus de « jeunes patients » semblent admis en service de réanimation. Comme nous en informait le Dr Amandine Gagneux-Brunon, infectiologue au CHU de Saint-Etienne, au 17 octobre 2020, le plus jeune patient COVID+ hospitalisé était âgé de 35 ans.

De plus, comme le soulignent le Dr Laurent Gergelé et le Dr Amandine Gagneux-Brunon, la maladie en elle-même induit parfois un degré d'urgence qui est en total décalage avec le vécu personnel du patient, le laissant dans une dynamique d'incompréhension. La COVID-19 entraînant une atteinte neurologique, avec notamment une atteinte sympathique majeure, certains patients hypoxiques disent « aller bien ». La mécompréhension de la gravité de la situation dans laquelle il se trouve, engendre plusieurs problématiques pour le patient, à commencer par un retard de prise en charge (puisque le patient n'a pas pris la mesure concrète de son état pathologique). D'autre part, cela interroge, d'un point de vue légal, sur la question des « volontés des patients », et notamment des directives anticipées. Ce sujet, toujours extrêmement délicat à aborder pour les soignants, est d'autant plus complexe qu'il existe donc ce décalage entre l'état ressenti/vécu (illness) et la réalité médicale (disease).

Quoi qu'il soit, la « libre et massive » circulation du virus implique le fait que la COVID-19 entre aujourd'hui dans les maisons des soignants. Alors que certains se voient donc contraints de se confiner pour une période déterminée car ils sont « cas contact », ou encore que d'autres doivent garder le domicile pour s'occuper de leurs enfants dont les classes sont fermées pour cause de cas

de COVID-19 au sein de l'établissement scolaire, nombreux sont les soignants dont l'état psychologique est à ce jour plus que préoccupant. En toute logique, les arrêts pour « burn-out » se multiplient, notamment chez les infirmiers.

Le Dr Laurent Gergelé l'affirme : en réanimation, les infirmiers sont « à bout », en état d'épuisement et de détresse accrus. Aussi, les lettres de démission du CHU se multiplient-elles de manière exponentielle.

Solange Mutiel, cadre de santé en pédiatrie, rejoint les propos du Dr Laurent Gergelé. Aujourd'hui, les syndicats sont sollicités par les soignants, et notamment les infirmiers, pour rédiger leurs lettres de démission ou à invoquer une disponibilité de droit.

Enfin, comme le mentionnent notamment le Dr Laurent Gergelé et le Dr Thomas Celarier, les familles des patients malades ne sont plus dans le même schème communicationnel que lors de la « première vague ». Là où une certaine amplitude en termes de compréhension était encore possible, sur la question du « tri des patients » par l'âge par exemple, elle cède aujourd'hui la place à de la colère et de l'indignation. Il y a eu progressivement une fracture dans la confiance que les patients accordent aux soignants. Or, même si de fait, l'origine du manque de ressources, de moyens et de praticiens à disposition, ne relève pas du corps médical et paramédical, c'est sur les professionnels de santé que l'agressivité des familles et de leurs proches s'exerce. Comme le souligne le Dr Laurent Gergelé, certaines familles appellent pour tenter d'imposer « par la force » leur proche malade. Cette agressivité latente ou explicite, tout comme la rupture de la confiance des usagers envers la sphère médicale qu'elle met en exergue, sont un facteur supplémentaire de souffrance chez les soignants.

Comme le mentionne également le Pr. Pascale Vassal, l'interdiction des visites au CHU est difficilement acceptée par les malades et leurs proches. À Saint-Chamond, les visites sont également interdites dans les EHPAD et les MCO. Dans le cadre du service de maternité, le papa n'a droit qu'à une seule visite après l'accouchement.

Néanmoins, il ne faut pas perdre de vue qu'il en va ici de questions sanitaires, même si elles soulèvent des problématiques psychologiques et affectives. Car, comme nous le rappelle le Dr Sylvie Jay, médecin généraliste à Annonay, si l'hôpital est fermé aux visiteurs, c'est également parce que la contamination par la COVID-19 se propageait dans les services « à cause » des familles, venant donc de l'extérieur de l'hôpital, et potentiellement positives et contagieuses (même en étant asymptomatiques).

Il n'y a bien sûr que dans le contexte spécifique de la fin de vie que les mesures sont autres, et que les visites sont tolérées.

Quoi qu'il en soit, la détresse et la souffrance des patients et de leurs proches, face à la privation des visites, engendrent un climat conflictuel et une frustration violente dont les soignants sont les premières victimes.

La souffrance des soignants, comprise dans sa dimension biopsychosociale, doit être prise en charge. Il en va d'un souci humaniste en premier lieu : la détresse soignante doit être entendue et prise en considération, elle nécessite indubitablement que des actions concrètes soient mises en place. D'autre part, cela va également dans le sens d'une logique de rassurance pour les soignants, afin de tenter de pallier la problématique du « burn-out ». Michel Faure, psychologue évoque donc la mise en place de « permanences » reposant sur une écoute active des soignants. Mais cette démarche s'avère *a priori* vaine si elle ne s'inscrit pas dans une dynamique de mobilité. Il souhaite à ce titre calquer le modèle et protocole des cellules d'urgence médico-psychologique – CUMP- à la crise sanitaire actuelle. Il s'agit donc de se déplacer de service en service pour se rendre au plus près des soignants, mais également des patients et de leurs familles. Cela avait déjà été mis en place à Montbrison lors de la « première vague » et semble s'être révélé probant. Aujourd'hui, nous le

rappelle-t-il, face à cette situation inédite, nous « torpillons les croyances ». Il faut donc véritablement se poser la question d'une fréquence plus soutenue de rencontres au sein du comité. Il a également été le témoin d'une recrudescence de la violence des familles de malades. À titre d'exemple, à Montbrison, les visites des proches sont interdites, et ces derniers en sont prévenus via des panneaux d'informations. Sur ces mêmes panneaux, les proches ont inscrit des insultes. Ces réactions violentes peuvent également être la résultante d'un manque de courage politique qui n'édicte pas de règles claires de restrictions ce qui, à plus ou moins court terme, va mener à une catastrophe.

En résumé, il lui apparaît comme fondamental de consacrer des temps d'écoute attentive et mutuelle (une à deux fois par jour), dans un contexte de pluridisciplinarité, afin de pouvoir échanger librement sur « ce que chacun traverse ». Au-delà, il serait on ne peut plus judicieux de préserver quelques moments de convivialité entre soignants, sous le prisme de « break très courts », permettant de s'exhorter quelques instants du poids harassant que la crise sanitaire impose (de manière multifactorielle). Une nouvelle fois, tout cela dans le but de limiter le risque de « burn-out ».

Questions éthiques : Égalité, équité, justice autour du « tri des patients » :

En outre, tout cela soulève des problématiques sur le plan organisationnel face au manque de ressources disponibles. Dans une situation que le Docteur Jérôme Morel juge être comparable à une problématique « de guerre », nous entrons de plain-pied dans un carrefour décisionnel fort où les choix qui seront entrepris aujourd'hui par les soignants impacteront les malades, leurs entourages, la nation entière, les soignants dans l'exercice de leurs fonctions, mais également les soignants face au poids de la responsabilité des dilemmes éthiques violents qui se présentent aujourd'hui à eux. Corrélativement à la question de l'éthique, nous retrouvons bien évidemment d'autres concepts fondamentaux auxquels il nous faut impérativement réfléchir. La question du « tri des patients » est une question de justice forte qui engage deux principes essentiels et entrant ici en tensions : l'égalité d'une part, et l'équité d'autre part.

Selon le Dr Jérôme Morel, deux critères se doivent d'être rédhitoires pour toute acceptation en service de réanimation : l'âge et la comorbidité. Ce sont les deux critères auxquels les soignants s'étaient conformés lors de la « première vague ». Le Docteur Jérôme Morel s'inscrit donc pleinement dans une perspective utilitariste dont la dynamique réflexive est de « tenter de faire au mieux pour le plus grand nombre d'individus possible ».

Il est parfaitement rejoint sur ce point par le Docteur Laurent Gergelé, réanimateur, pour qui la question de l'éthique incarnerait une forme de biais de discernement, de jugement et de cognition, puisqu'elle aurait pour vocation de « rendre complexes des questions simples », à l'instar du « tri des patients ». En d'autres termes, de son point de vue, la « comorbidité » ou « l'âge » seraient des critères « simples », aisément applicables, et sur lesquels faire consensus procéderait du « bon sens ».

De plus, comme le souligne le Docteur Jérôme Morel, la non admission en service de réanimation pour certains patients ne s'inscrit pas uniquement dans la visée d'un sacrifice que l'on pourrait légitimer au vu du manque de moyens, de soignants, et de lits de réanimation disponibles. Ce sont les cas de certains patients qui justifient eux-mêmes, dans une logique de bienfaisance, dans le respect du *Primum non nocere*, de ne pas intervenir dans ce sens.

En effet, qu'il s'agisse de patients de plus de 80 ans, comme de patients plus jeunes présentant de nombreux facteurs de comorbidité, l'admission en service de réanimation pourrait leur être délétère et, malgré la bonne intention des soignants, conduire à des actes de malfaisance, imposant donc de fait des souffrances inutiles aux malades. Dans le cas de la COVID-19, l'admission en service de réanimation s'inscrit dans la durée : 10 jours de ventilation et 15 jours de réanimation. Ce type de prise en charge chez le sujet âgé, comme chez le patient présentant d'autres facteurs de comorbidité, est dans beaucoup de cas profondément néfaste au patient, nuisant gravement à sa

qualité de vie et impactant violemment son autonomie, alors même que les chances de rémission sont particulièrement faibles.

Néanmoins, cette question du « tri des patients », notamment par l'âge ne fait pas consensus. En témoigne le Dr Thomas Celarier, médecin gériatre, qui réfute la « simplicité » d'une telle catégorisation par critères. Son questionnement se pose sur la possible admission en service de réanimation de patients vivant en EHPAD. En effet, la première difficulté résiderait dans le fait que l'âge ne soit qu'un critère approximatif dans de nombreux cas, et que l'âge déterminé de 80 ans procède d'un choix arbitraire, qui n'est pas toujours réaliste dans les faits. Certains patients de 81 ans, ayant un état de santé globalement bon, mais étant atteints de la COVID-19, se verraient refuser l'entrée en réanimation uniquement parce qu'ils dépasseraient d'une année l'âge rédhibitoire ? Il rejoint également le propos d'autres soignants insistant sur le fait que les familles feront beaucoup moins preuve de compréhension que lors de la première vague. Pour lui, il ne serait absolument pas possible de rester sur le discours : « Les patients en EHPAD restent en EHPAD ». Ce type de raisonnement n'est à ce jour plus admissible par la population et risque de mener indubitablement à une crise sociétale.

Le Dr Amandine Gagneux-Brunon exprime qu'une telle dynamique n'est pas envisageable car non conforme à la réalité. Le seul « bienfait » dans l'idée d'extraire un patient COVID+ d'un EHPAD serait de restreindre au maximum la potentielle contamination des autres résidents. Mais dans une telle perspective, ce n'est de toute manière pas en service de réanimation qu'il doit être admis.

Le Dr Celarier émet des réserves concernant les critères décisionnels, explique la tension avec son éthique personnelle que cela lui fait vivre.

Egalité et équité entre patients COVID+ et patients COVID free : Enjeux éthiques et sanitaires :

D'autre part, comme le mentionne bien le Docteur Jérôme Morel, ces temps de séjours longs en réanimation pour les patients COVID+ engorgent ces services, ce qui, inéluctablement, va aggraver la situation, en créant de fait de moins en moins de places disponibles. Or, il s'agirait également, d'un point de vue sanitaire, de sortir d'un débat qui se focaliserait uniquement sur la seule question de la COVID. L'admission de patients COVID+, et la priorisation de leur prise en charge, induit la mobilisation de lits et de soignants qui, en temps normal, étaient réservés à d'autres malades, malades qu'il est du devoir des soignants de ne pas abandonner. Pour illustrer ce propos, nous pouvons faire mention de la réunion de Terre d'Éthique du 17 septembre 2020, où certains professionnels du soin avaient bien constaté, à cause de la crise sanitaire et d'une interruption de certains soins (parfois due aux malades eux-mêmes craignant de se rendre sur leur lieu de prise en charge), la dégradation de l'état de patients stabilisés avant la crise sanitaire, notamment en oncologie. Ce 15 octobre 2020, le Dr Josiane Reynaud fait le même constat : dans le cas de patients COVID+, le temps d'hospitalisation est long et cela engorge les services : il s'agit d'autant de « lits bloqués » pour les patients COVID free.

Donc, comme le soumet à la réflexion le Professeur Pascale Vassal : Pourquoi privilégier à tout prix les patients COVID+ au détriment des patients COVID free ? Cela n'engage-t-il pas justement de graves enjeux éthiques ?

Quelle que soit la gravité de la crise sanitaire que nous traversons aujourd'hui, nous ne pouvons pas penser nos choix indépendamment des patients COVID free, dont la prise en charge requiert la qualité de soins nécessaire et proportionnelle à leur état. Occulter cette réalité, en détournant toute l'activité médicale sur la question de la COVID conduirait *ipso facto* à une « perte de chances » pour les autres patients, soit donc à une grave iniquité. Subséquemment, nous comprenons que ces questions sanitaires se confrontent à des enjeux de justice. Elles nécessitent donc des pistes de réflexion éthiques qui, n'ayant aucunement la prétention de pouvoir se prononcer sur un tel débat, permettent néanmoins d'aller au bout d'une dynamique réflexive co-construite, dans la logique de

la pluridisciplinarité, pour tenter de valoriser « le meilleur possible » et d'éviter le « maximum de dérives », dans une situation où aucune solution ne sera exempte de choix tragiques...

Malgré tout, nous ne pouvons pas nous départir de réalités factuelles qui échappent au contrôle des soignants.

Selon le Dr Laurent Gergelé, il est donc temps d'affronter des réalités qui, bien qu'elles soient peut-être pour certains difficiles à admettre, ne peuvent pas être omises. Dès lors, il ne s'agirait donc même plus de faire consensus sur les mêmes critères rédhibitoires qu'au mois de mars, mais plutôt de les étendre, ce qui, corrélativement restreindrait les chances pour les patients COVID+ d'être admis en service de réanimation. C'est sur ce terrain que, selon lui, le débat devrait se placer, et non pas sur une réflexion éthique autour du « tri des patients ». Sous un prisme réflexif très pragmatique, il s'agirait donc de restreindre dans chaque catégorie le seuil de tolérance, maximisant par ce biais le nombre de patients refusés, mais maximisant également la possibilité d'admettre des patients dont le pronostic reste bon (quand bien même aucune certitude n'est possible, cela va de soi). En attente de nouveaux critères ou d'une extension des critères déjà « validés », qui seront conjointement dépendants de l'évolution de la crise, il semblerait donc fondamental a minima de s'inscrire sur la même lignée qu'en mars 2020 avec deux critères rédhibitoires :

1. Âge du patient (avec comme limite 80 ans)

2. Comorbidité (sans seuil limite d'âge)

Selon le Dr Laurent Gergelé, il ne faut donc pas se départir conceptuellement d'enjeux factuels et réalistes. À ce titre, il enjoint les médecins à jouer la carte de la transparence auprès des malades et de leur entourage. Les contraintes actuelles en termes de nombre de lits d'hospitalisation et de soignants disponibles ne relèvent pas de la responsabilité et de la volonté des soignants. Ce sont des faits que l'on ne peut pas leur imputer. Aussi, il n'y a pas à avoir honte concernant le fait que des critères rédhibitoires aient été décidés.

L'HAD :

Lorsqu'il apporte son témoignage le 15 octobre 2020, le Dr Damien Ponsonnet explique que depuis environ 8 jours, les patients COVID free, par peur d'une potentielle contamination, souhaitent rentrer chez eux. À la peur de la contamination, s'ajoute également l'impossibilité des familles de se rendre sur le lieu de soins.

En ce qui concerne l'HAD, même si les EHPAD sollicitent de plus en plus les services de ces équipes, cela reste tout de même encore assez faible au regard de la demande effective. Peut-être est-ce par manque d'informations ? Il serait donc important de discuter du GIR 4.

En revanche, même si la démarche est pertinente, pour le Dr Jean François Janowiak, médecin généraliste, ces équipes ne pourront jamais pallier toutes les demandes.

Le report et la déprogrammation de soins :

Face à la crise sanitaire, le Dr Laurent Gergelé souhaite demander à l'ARS une déprogrammation à 65% pour les patients COVID free. Il s'agit de choix difficiles, car les soignants n'ont pas été « formatés pour cela », pour proposer une qualité de soins « dégradée ». Néanmoins, cette réalité n'est pas du ressort des soignants, ils sont les victimes collatérales d'un système politique dysfonctionnel et d'une inertie de l'ARS, dont les chiffres sont totalement minorés. L'ARS est également biaisée dans sa compréhension d'éléments factuels, à l'instar du nombre de lits COVID+ et du nombre de lits COVID free.

Comme le souligne le Pr Pascale Vassal, la déprogrammation va induire, indéniablement, le fait que certains patients soient « laissés au bord de la route ».

Le Dr Jean François Janowiak, lui rétorque qu'il y a déjà des patients dont les soins ont été déprogrammés ou d'autres dont les soins n'ont même pas été programmés. Il rappelle, une nouvelle fois, que la situation est aujourd'hui plus dramatique qu'en mars (il y a 3 fois plus de patients, et

dont les symptômes sont de plus en plus variables), et qu'il faut envisager les choses de manière très pragmatique : « S'il n'y a plus de places, que va-t-on faire ? ». De plus, le personnel est épuisé, et c'est évidemment un facteur qui doit entrer dans la balance.

Bien sûr, les personnes âgées auront largement payé le tribut de cette crise sanitaire. Elles auront pour la plupart travaillé et cotisé toute leur vie pour que, finalement, elles se voient discriminées dans l'accès aux soins. Alors, même si cela est bien un « crève-cœur », à l'heure actuelle il ne semble exister aucune autre solution.

Sur la question de la responsabilité :

De manière globale, les soignants s'accordent à dire qu'une décision collégiale dissout en grande partie la responsabilité des soignants, lorsqu'ils sont confrontés à un refus d'admission d'un patient en service de réanimation. Pour Dr Jean François Janowiak, l'ensemble du corps médical ne peut pas être sur la même « longueur d'ondes ». Aussi, certains soignants jugeront-ils ce tri scandaleux. Mais ces décisions ne devraient pas impliquer d'autres sphères que le monde médical, car ce sont pour lui des débats qui se doivent d'être internes aux soignants. Aussi est-il, en adéquation avec le plus grand nombre, partisan du fait que la collégialité permettrait de se sentir moins responsable et tendrait en faveur du mieux-être des soignants face à cet état de fait.

Pourtant, des exemples de soignants semblent également contredire cette perception de la notion de responsabilité, à l'instar du Dr Jérôme Celarier ou du Dr Jean-Paul Chaussinand (absent le 15 octobre, mais qui avait évoqué le sujet lors de la rencontre de Terre d'Éthique le 17 septembre).

Pour Michel Faure psychologue, il semble important de définir des règles communes, sans pour autant imposer une observance totale, sinon la situation deviendrait invivable pour les soignants.

Cela engendre deux questionnements majeurs :

1. Quel est le pouvoir et la légitimité concernant l'ingérence d'un groupe de praticiens sur l'éthique et la pratique d'un autre médecin, même en temps de crise sanitaire ?
2. Ne faudrait-il pas tout de même opérer une distinction conceptuelle entre « responsabilité » et « sentiment de responsabilité » ? Car, si le groupe, via une décision collégiale démantèle bien majoritairement le « sentiment de responsabilité », le fait qu'il démantèle « la responsabilité » en tant que telle n'est pas aussi évident.

Comment communiquer auprès de la population ?

Cette question éminemment importante doit se penser sur deux échelles :

1. Dans le microcosme de la relation médecin-patient (et entourage).
2. Dans le macrocosme de la dimension sociétale.

1. Dans le microcosme de la relation médecin-patient-entourage, si le Dr Laurent Gergelé invite à la transparence, le Dr Amandine Gagneux-Brunon invite néanmoins à filtrer l'information. Aussi, s'il apparaît fondamental d'être parfaitement honnête quant à la situation actuelle (comme le manque de lits en réanimation), jusqu'à quel point faut-il pousser cette information ? Il n'existe pas de protocole universellement applicable dans ce sens. Le devoir d'information est obligatoire, mais le rendre parfaitement exhaustif pourrait créer de nouvelles problématiques, notamment une automatisation des critères.

2. En ce qui concerne la diffusion de l'information à plus large échelle (population, société), les avis sont nettement plus partagés. Si pour l'aumônier, il est fondamental de communiquer de façon exhaustive auprès de la population, afin de restaurer une confiance envers la sphère médicale qui, aujourd'hui, d'un point de vue sociétal, s'étiole, tous les soignants en présence adoptent une position bien plus nuancée. Globalement, la prudence est de mise. Le médecin généraliste à ma droite, exprime le fait qu'il s'agirait de « communiquer sur des œufs ». En effet, Dr Jean François Janowiak, partant du postulat que de telles problématiques ne sont compréhensibles que par la

sphère soignante, il craint les répercussions chaotiques d'annonces trop brutales, en grande partie dues à l'ignorance de faits médicaux et organisationnels inaccessibles aux profanes. Aussi, s'il semble pertinent de prévenir la population quant à la saturation des services de réanimation, il serait selon lui extrêmement dangereux de donner une liste des critères rédhibitoires.

En revanche, comme le mentionne le Dr Jérôme Morel, il serait fondamental et particulièrement salutaire de faire passer, via les médias, un message fort quant aux mesures barrières à adopter (solution hydroalcoolique, lavage des mains, port du masque de manière adéquate et automatique, distanciation sociale).

Pour lui, il est essentiel d'agir sur les politiques, en commençant par le Maire de Saint-Etienne. Il était d'ailleurs prévu que Catherine Seguin, préfète de la Loire, se rende le 16 octobre au CHU de Saint-Etienne. Toutefois, il ne faut pas adopter une posture réductionniste dangereuse : la crise sanitaire ne se limite pas à la ville de Saint-Etienne, elle touche l'ensemble de la Loire et de la Haute-Loire.

Enfin, toujours selon le Dr Jérôme Morel, il s'agirait d'entamer avec l'ARS une véritable discussion au-delà du seul espace géographique de la région. Il devient nécessaire de faire basculer des patients sur d'autres régions. Aussi, 4 patients ont-ils déjà été mutés sur Clermont-Ferrand et deux autres devaient l'être le 16 octobre. Néanmoins, le transport de ces patients est un véritable casse-tête puisque le SAMU 42 ne gère le transit des patients que sur la région. Au-delà, il faut utiliser le TGV, ce qui engendre d'immenses problématiques organisationnelles, complexifiées par un système dysfonctionnel.

Dans le même dynamique, le Dr Sylvie Jay a pu muter 2 patients sur Valence avec beaucoup de difficultés, car l'ARS bloquait en partie le déplacement de ces patients. À Annonay, un deuxième service de réanimation a dû ouvrir ses portes le lundi 19 octobre ou le mardi 20. L'ouverture de ce dernier, qui devait initialement être effective le 16 octobre, a dû être différée, faute de personnel soignant. C'est ainsi que, selon la même logique que le Dr Jérôme Morel, le Dr Sylvie Jay a alerté le Maire d'Annonay.

C. Conclusions :

- Face à l'ampleur de la crise sanitaire et des questions éthiques qu'elle engendre, il a été proposé de renforcer la fréquence des séances de Terre d'Éthique. La prochaine se tiendra donc ce jeudi 29 octobre à 18h au CHU de Saint-Etienne (en présentiel ou en « confcall »).

- Le Dr Laurent Gergelé souhaiterait réunir les membres de Terre d'éthique, pour réfléchir exclusivement à la question de l'équité des soins sur le territoire.

- Il faut souligner également l'importance, de réaliser une procédure collégiale pour chaque décision de LAT, ici la non mutation en réanimation, et de la transcrire sur le dossier médical du patient.

- On rappelle que lors de situations cliniques complexes, des avis peuvent être demandés à l'unité mobile de gériatrie pour évaluer la fragilité de la personne âgée.

- Enfin, et ceci est un aspect crucial de la réflexion et clôture de la meilleure manière possible le propos : « L'absence de réanimation n'implique pas pour autant une absence de soins ». Nous devons cette réflexion au Dr Amandine Gagneux-Brunon.