

Le président

### Trier les malades

La peur de devoir trier les malades à l'entrée des urgences et des services de réanimation exprimée par certains médecins réanimateurs renvoie à l'imagerie populaire, véhiculée par le cinéma, du tri des blessés dans les ambulances médicales des guerres du XXème siècle. Les médecins y exerçaient la fonction démiurgique de sélectionner ceux qui allaient vivre et d'éliminer ceux qui vont mourir. Le parallèle fait avec ce qui se passe aux urgences et dans les hôpitaux, en cette période de pandémie du Covid 19, est pour le moins hasardeux.

Les urgentistes eux-mêmes, réfutent cette terminologie du tri et parlent plutôt de pertinence des soins et d'orientation des malades, en fonction de leur état clinique, à l'arrivée dans les services d'urgence et parfois même avant leur transfert du domicile ou de l'EHPAD vers les hôpitaux. Précisons que, ces choix d'orientation des malades se font toujours dans l'incertitude, tant l'évolution de la maladie est imprévisible et qu'il est souvent nécessaire d'en réévaluer la pertinence.

Situons-nous d'abord sur le plan théorique. Les médecins travaillent dans des cadres normatifs : normes scientifique, évaluation économique, éthiques normatives, éthique professionnelle et obligations juridiques.

Les normes scientifiques sont explicitées dans des recommandations de bonne pratique élaborées par les sociétés savantes tant au niveau national qu'international (Evidence Based Medicine - EBM -) et la Haute Autorité en Santé (HAS).

L'évaluation économique des procédures et des stratégies médicales effectuée par la HAS vient compléter ce cadre normatif scientifique.

Le cadre normatif éthique se réfère aux éthiques normatives : l'éthique déontologique (éthique des devoirs), l'éthique utilitariste (le plus grand bien pour le plus grand nombre au niveau collectif et le meilleur rapport bénéfices/risques au niveau individuel) et l'éthique des vertus (la vertu de prudence, vertu cardinale en médecine).

Sur le plan professionnel et juridique, le cadre normatif a été élaboré par les lois Kouchner et Claeys-Leonetti et trouve son expression, notamment dans l'article 37 du Code de déontologie médicale (CDM) et l'article 4127-37 du Code de santé publique (CSP).

Mettons-nous maintenant en situation pratique, face au patient. Concrètement, à domicile, en EHPAD ou à l'hôpital, la première règle éthique qui s'impose est celle du respect absolu de la vie, expression de l'éthique déontologique. En fonction de l'état clinique du malade et compte tenu des recommandations de bonne pratique, la dynamique des soins se met en place sur une période plus ou moins longue (de quelques jours à quelques semaines).

Rapidement, des considérations en rapport avec l'éthique utilitariste s'expriment, au travers des principes de bienfaisance et de non nuisance, par l'évaluation du rapport bénéfices/risques de la prise en charge. Les traitements mis en œuvre bénéficient-ils au patient et quels sont les risques encourus ? Le principe d'autonomie est-il respecté et l'avis du patient est-il recueilli ? Au niveau collectif, le principe de justice est-il respecté et les traitements sont-ils équitablement appliqués ? L'âge du patient est également une donnée à considérer dans les perspectives d'évolution.

En cas d'évolution défavorable, la question de la limitation, voire de l'arrêt des traitements se pose et l'article 37 du CDM (4127-37 du CSP) s'impose alors. Si le patient est conscient, c'est à lui que les choix incombent. S'il est dans l'incapacité de faire des choix, ses directives anticipées (si elles existent) seront consultées, elles s'imposent au médecin. Il sera fait appel à la personne de confiance pour conforter l'avis du patient. En l'absence de directives anticipées et de désignation de la personne de confiance, la famille ou les proches seront informés de l'état du patient et interrogés sur ce que le patient a pu exprimer

sur ses souhaits de fin de vie. La décision de limitation ou d'arrêt des traitements ne pourra être prise qu'après qu'ait été consulté un deuxième médecin sans lien hiérarchique avec le médecin traitant. Les membres de l'équipe soignante donneront leur avis, garantissant la collégialité de la prise de décision. La décision finale incombera au médecin traitant et celle-ci devra être inscrite au dossier médical ainsi que la procédure l'ayant permise. La vertu de prudence trouve ici toute son expression.

La limitation ou l'arrêt des traitements ne signifie pas l'arrêt des soins et les soins palliatifs prennent le relai. La sédation terminale de fin de vie doit également respecter la procédure collégiale prévue à l'article 37 du CDM.

On est bien loin de la solitude du médecin militaire redoutée par certains. La collégialité de la prise de décision permet au médecin traitant de décider sereinement, prudemment, dans un contexte humain difficile mais apaisé.

Docteur Alain MASCLET

Le 30 mars 2021.

*Association loi 1901 Siège social : 74 rue Royale 59000 LILLE*

*Secrétariat : 28 rue Lucien GUSTIN 59224 THIAN Tél : 03 27 24 68 71 / 06 08 53 28 03*

*Courriel : [a.ar2s@orange.fr](mailto:a.ar2s@orange.fr) Site : [www.ar2s.org](http://www.ar2s.org)*