

Démarche Ethique – Contexte COVID19

Contexte avis CCNE 13 mars 2020 : « COVID-19, Enjeux éthiques face à une pandémie » (extrait)

Les « pouvoirs publics sont confrontés aux difficultés de la prise de décision en situation d'incertitude », incertitude sur le nombre de cas concernés, sur la durée de l'épidémie, sur la sévérité de la maladie ou sur l'efficacité et donc l'impact en pratique des différentes mesures sur la dynamique de l'épidémie, sur le nombre d'hospitalisations et la mortalité. Néanmoins, les décisions qui seront prises, « quelle qu'en soit la nature, doivent répondre à l'exigence fondamentale du respect de la dignité humaine », c'est-à-dire que la valeur individuelle de chaque personne doit être reconnue comme absolue. Ainsi, rappelait cet avis, un plan de lutte contre une épidémie « ne doit pas aggraver les situations d'injustice déjà existantes », principe de justice que l'on peut décliner sous son acception égalitaire (agir pour que chaque personne soit reconnue dans sa dignité), mais aussi au sens de l'équité.

Le respect du principe d'équité étant une condition essentielle d'action en contexte de pénurie de ressources, le CCNE recommandait que l'exigence de justice, au sens d'égalitarisme soit pondérée par la nécessité de priorisation des ressources. En situation de restriction des ressources, sélectionner les personnes à protéger en priorité en fonction de leur seule valeur « économique » immédiate ou future, c'est-à-dire de leur « utilité » sociale n'est pas acceptable : la dignité d'une personne n'est pas tributaire de son utilité. Ainsi, dans une situation de pénurie de ressources, les choix médicaux, toujours difficiles, seront guidés par une réflexion éthique qui prendra en compte le respect de la dignité des personnes et le principe d'équité.

Le CCNE rappelait aussi que le questionnement éthique « amène souvent à confronter principe d'autonomie et exigence de solidarité », deux concepts qui ne sont pas exclusifs comme cela a été identifié en 2018 lors des États généraux de la bioéthique : « être autonome, c'est être libre avec les autres et non pas contre eux ; inversement, la solidarité consiste à permettre au plus grand nombre de personnes d'exercer leur autonomie. » Dans une épidémie de cette nature, « une autonomie mal comprise qui se traduirait par un refus de soin [de la part du patient], dont l'effet serait de favoriser la propagation de la maladie, serait difficilement acceptable par la société. Elle devrait s'effacer au nom de la solidarité. »

Objectif : Réflexion éthique singulière à hauteur du patient et non éthique utilitariste.

Données à rechercher :

- Évaluation des comorbidités dont les pathologies évolutives à pronostic engagée (néoplasie, insuffisance d'organe, neuro évolutive, poly pathologie...). L'âge est un critère limité qui ne dit rien de l'état physiologique ni des capacités de récupération.
- Evaluation qualité de vie antérieure (autonomie physique et psychique)
- Evaluation des capacités de récupération (temps de surveillance, adaptation aux thérapeutiques et dispositif médicaux actuels...)
- Expression du choix de la personne soignée, à défaut directives anticipées, à défaut témoignage de la personne de confiance, à défaut témoignage de la famille et proches
- Consultation Fiche Urgence-Pallia (prise en compte d'une réflexion antérieure)
- Evaluation de la mise en œuvre de la démarche palliative, évaluation de la souffrance globale : physique, psychologique, sociale et spirituelle...
- Discussion du projet d'accompagnement lors de décision d'absence de poursuite des soins curatifs

Conduite de la discussion :

- Où est le dilemme éthique ?
- Les faits en lien avec l'histoire holistique du patient
- Le positionnement des 4 principes éthiques (autonomie, bienfaisance, non-malfaisance, justice)
- Les échanges au sein de la réunion
- La prise de décision par le médecin responsable du patient
- Le projet d'accompagnement lors de décision d'absence de poursuite des soins curatifs (limitation de thérapeutique) avec réflexion du droit à la sédation profonde maintenue jusqu'au décès notamment si « le patient ne peut pas exprimer sa volonté et, au titre du refus de l'obstination déraisonnable mentionnée à l'article L. 1110-5-1, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-ci applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie ».
- La traçabilité de la réunion, de la discussion, de l'argumentaire et de la décision dans le dossier de soin
- L'information de la décision au patient, à la personne de confiance, à défaut à la famille et proches

L'équipe Résonance est à votre disposition pour participer à ces réunions collégiales.