

Annexe 5

Réponse du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) à la saisine du ministre des solidarités et de la santé du 3 novembre 2020 (16/11/2020).

Enjeux éthiques de la prise en charge et de l'accès aux soins pour tous en situation de forte tension liée à l'épidémie de Covid-19

Huit recommandations proposées par le CCNE.

1. S'assurer que tous les moyens disponibles soient mis à disposition et garantir une utilisation optimale des ressources aux échelles territoriale et nationale. Il s'agit notamment de renforcer (a) les coordinations entre les acteurs de ville et les établissements hospitaliers publics, privés et médico-sociaux, et (b) la réserve sanitaire afin d'optimiser l'accès aux soins et les parcours de soins des patients.
2. Réfléchir à l'échelle pertinente des seuils d'alerte et à leurs modalités de réexamen permanent pour ce « triage » afin de bien prendre en compte les besoins en santé des « patients Covid et non Covid » et de limiter les conséquences (pertes de chance) des déprogrammations ou réorganisations des activités médicales.
3. Mettre en place un processus décisionnel collégial et interdisciplinaire, associant des médecins, d'autres professionnels de santé ainsi que des personnes impliquées dans la réflexion éthique, aussi bien pour (a) les choix de réorganisation d'activités que pour (b) la priorisation des patients au cas par cas, en s'assurant du respect des souhaits du patient. Ces processus doivent reposer sur des critères explicites et justifiés et faire l'objet d'une traçabilité écrite et d'une communication claire, loyale et accessible.
4. Préserver l'accès aux soins aux situations les plus urgentes et aux patients qui auraient le plus à perdre d'une absence ou d'un retard de soins, tout en restant vigilant dans la comparaison de la qualité de vie de différentes pathologies et de patients en fonction de l'âge, d'un handicap, ou d'une situation de précarité. La hiérarchisation de la valeur de la vie doit rester un « interdit » éthique. Aucun critère unique, aucun arbre décisionnel ou protocole ne doivent être utilisés sans engager une réflexion éthique au cas par cas.
5. Dans un objectif de renforcement de la démocratie en santé, ce processus délibératif doit se faire en concertation avec des représentants d'usagers pour toutes les décisions prises relatives au parcours de soins des patients et avec les patients et les proches pour toute décision relative à une situation particulière.
6. Informer et communiquer sur les déprogrammations et la continuité des activités médicales en cours pour améliorer l'accès aux soins pour tous.

7. Apporter un soutien éthique aux équipes appelées à faire des choix de priorisation et confrontées à des dilemmes éthiques. Cet appui pourra s'opérer par le recours aux cellules de soutien éthique déployées notamment par les Espaces régionaux de réflexion éthique (ERER) durant la première vague, par l'activation et l'adaptation du fonctionnement des comités d'éthique internes aux établissements ou par la création de dispositifs de proximité (équipe mobile ou astreinte éthique).

8. Prévoir un vaste retour d'expérience de proximité pour évaluer des conséquences des choix décisionnels et des pertes de chance pour les « patients Covid » et les autres patients, notamment à l'aide d'outils numériques, et envisager une réflexion collective sur l'allocation des ressources dans un contexte de rationnement et sur les principes de justice distributive. Les choix et les critères ne devraient pas être assumés par le seul corps médical. La question de l'inadéquation des moyens au regard des besoins devra être discutée après la crise : il s'agit d'un enjeu éthique de santé publique.