

COLLOQUE : ESTIMER L'URGENCE ON SAIT FAIRE MAIS COMMENT LE VIT ON ? LA QUESTION DE LA PRIORISATION DANS LES SOINS D'URGENCE



Organisé le 14 MARS 2013 au CPN,

par Mmes BERTIN V, GEHIN R, GOSSET B, HENRY A, SIMON V, VISINONI L.

-oOo-

VOYONS DU COTE DE L'ETHIQUE – Intervenant : Nathalie ECKERT, psychologue

1. QU'EST-CE QUE L'ETHIQUE ? Et de quelle éthique est-il question ?
2. LES SERVICES D'URGENCES MEDICALES - A PROPOS DE LA VULNERABILITE –
3. UN REGARD DE L'ETHIQUE SUR LA PRIORISATION AUX URGENCES MEDICALES
4. LE SOIGNANT EN SITUATION DE DILEMME ETHIQUE
5. QUAND LES VALEURS S'OPPOSENT ET QUESTIONNENT L'ETHIQUE
6. ET QU'EN EST-IL SUR LE TERRAIN ? QUELQUES PISTES DE REFLEXION POUR TENTER DE PROCEDER A UNE « PRIORISATION JUSTE »

1 POUR CONCLURE

ANNEXE : Méthodologie de la démarche éthique appliquée

BIBLIOGRAPHIE

-oOo-

1. Pour commencer : QU'EST-CE QUE L'ETHIQUE ?

L'éthique, c'est d'abord **une réflexion personnelle**, c'est nous questionner sur nos propres valeurs, **sur la manière de déterminer et de diriger notre propre conduite**. L'éthique c'est aussi un questionnement collectif, un questionnement des valeurs qui nous agissent les uns et les autres. **En fait, l'éthique concerne les tensions qui peuvent exister entre certaines valeurs dans un contexte donné**. On associe souvent l'éthique à la morale. Mais **la morale est directive**, elle énonce une **conduite générale et applicable à tous, alors que l'éthique est interrogative** et propose une **démarche personnelle d'ouverture d'esprit, d'ouverture à l'autre, quel qu'il soit**. Plus qu'une prescription, l'éthique serait **une aide à la décision**. L'éthique n'a pas pour prétention de suggérer la meilleure solution, mais souvent de pointer la ou les moins mauvaises.

On aborde différemment l'éthique, **en fonction des valeurs que l'on considère comme fondamentales pour l'individu et la société**. Parmi les différentes appréciations de l'éthique, on pourrait citer par exemple :

L'éthique de cas : Soit un questionnement éthique qui part de l'expérience de cas déjà résolus pour tenter de comprendre et solutionner des situations ou des questionnements nouveaux.

L'éthique de situation ou éthique clinique : Qui se fonde sur le principe de **liberté de choix de l'individu** et sur le **caractère spécifique de chaque situation**. C'est une éthique qui se dégage des règles morales et des autres valeurs traditionnelles, pour **s'appuyer sur 4 principes : la bienfaisance, la non malfaisance, l'autonomie et la justice**.

L'éthique de la sollicitude ou éthique du « care » : C'est un « **prendre soin de l'autre** » qui permettrait d'aider à notre propre cheminement existentiel. L'éthique du care **s'appuie essentiellement sur des valeurs traditionnellement reconnues comme féminines**, de l'ordre du ressentir, de la relation, de l'interaction. Ici, la prise de décision ne s'appuiera donc pas forcément sur le questionnement des principes ni sur des raisonnements.

L'éthique du dialogue : Consiste en un échange avec soi-même, avec le ou les autres, dans une ouverture d'esprit qui permet d'identifier les valeurs de l'autre et d'explorer le plus grand nombre d'hypothèses possibles. Et ceci dans un dialogue constructif plutôt que dans un affrontement oratoire. **L'éthique du dialogue implique la possibilité de se remettre en question soi-même et elle donne une égale importance à la réflexion rationnelle et à la prise en compte des valeurs subjectives**. C'est peut-être de cette éthique-là dont il pourrait être question aujourd'hui dans notre réflexion sur la priorisation

2. LE SERVICE D'URGENCES MEDICALES

Ce service est tout d'abord une sorte de lieu d'entre-deux : spatialement d'une part car ce service est souvent à la fois **en-dehors et dans l'hôpital**, et existentiellement d'autre part, car il accueille **cet entre-deux qu'est la situation de crise** vécue à ce moment-là par le patient.

2

Aux urgences, il y a pour le soignant **obligation d'agir, de faire**. Mais « faire » cela peut être une façon de meubler le temps, de court-circuiter la réflexion, d'être dans les automatismes, de reculer l'instant de la prise de décision. Dans notre société le fait de « **prendre le temps de** » est souvent **interprété comme de l'indécision, voire de l'incompétence ou pire, comme de l'ignorance quant à ce qu'il convient de faire dans l'ici et maintenant**. Pourtant, il est nécessaire de savoir et de pouvoir « prendre un temps », même en situation d'urgence. Car si la mission professionnelle du soignant aux urgences de prioriser a priori petites et grandes urgences, tout urgentiste sait qu'il n'y a de petite urgence qu'à posteriori ...

Concernant plus particulièrement la priorisation par le tri, aux urgences: Ce sont les psychiatres militaires qui ont les premiers théorisé la notion de tri médical en classant chez les victimes ce qui référait du somatique ou du psychologique. **Trier c'est tout d'abord introduire de l'ordre dans le chaos, c'est y introduire la pensée, puis le discours. Et c'est tout d'abord la régulation médicale qui replace le discours, dans la PEC d'urgence. Mais trier est une opération mentale bien avant d'être une opération médicale.** Trier c'est d'abord avoir une réflexion, sachant que toute réflexion résulte d'une pression extérieure qui entraîne un dépassement de notre propre pensée, et qui amène à faire des opérations mentales de lier, délier, relier, catégoriser et trier. Lorsque les urgences sont débordées, il faut d'abord **catégoriser les patients pour les traiter par ordre de priorité médicale. La priorisation fait donc en premier lieu émerger le singulier, la personne, hors de la foule et du collectif. C'est en ce sens que la priorisation nous fait entrer dans l'éthique, car l'éthique est toujours initiée du fait d'un autre qui nous interroge**. Mais la priorisation nous permet également de trianguler la relation duelle avec cet autre, car la priorisation introduit forcément un tiers, un autre, celui qui attend aussi, qui souffre aussi, qui est peut-être encore « plus » en danger.

Au passage, notons que si trier, catégoriser et prioriser, semblent être des actions conscientes, notre inconscient y participe largement, comme l'a parfaitement développé ma consœur Mme Gerardin. Je n'y reviendrai donc pas.

Aux urgences, c'est donc par l'opération de priorisation que le soignant va se confronter avec la responsabilité de la rencontre avec un autre en situation de vulnérabilité, et auquel il a bien sûr pour vocation de répondre.

A PROPOS DE LA VULNERABILITE – Je voudrais rappeler que la vulnérabilité est une dimension consubstantielle de l'être humain. Nous sommes tous vulnérables, c'est une modalité absolument irréductible de notre rapport au monde. C'est une réalité tant pour le patient que pour le soignant et il s'agira bien sûr d'en tenir compte. Il n'y **pas de définition exhaustive de ce qu'est une personne vulnérable. Aussi on parle plutôt d'état de vulnérabilité, qui englobe de très nombreuses situations, chaque fois que la personne se trouve en état de faiblesse, de difficulté.** Nous reviendrons à plusieurs reprises sur cette notion.

3. Nous allons tenter maintenant de développer UN REGARD DE L'ETHIQUE SUR LA PRIORISATION AUX URGENCES MEDICALES –

Un choix de priorisation n'est jamais purement technique, ni moralement neutre et porte toujours en puissance une ou des conséquences d'ordre éthique. **Le questionnement éthique de la priorisation aux urgences serait donc de l'ordre de « Qui passe en premier ? ».** En principe cette question est réglée par les protocoles, la technique, le principe de précaution,..., mais dans la pratique vous savez que ce n'est pas si évident. Et la nécessité de **prise rapide de décision** peut s'avérer parfois grave et/ou lourde de **conséquences. Notamment suite à des soins qui seraient procurés sans forcément avoir connaissance de toutes les dimensions de vie du patient. Ces dimensions qui permettraient de prendre, éthiquement, la meilleure décision possible, ou tout du moins la moins mauvaise.** En soins d'urgence, c'est souvent la contrainte de temps et la gravité potentielle de la pathologie qui organisent la décision, ce qui laisse a priori **peu de place pour une réflexion d'ordre éthique.**

Mais justement, qu'est-ce qu'une urgence en matière de soins ? C'est d'abord une question de société. Par exemple il a déjà été abordé en France et ailleurs la perspective de pénaliser financièrement les patients venant emboliser les urgences avec de la « bobologie », avec de la demande de réassurance, autrement dit avec de la « non urgence médicale ». Mais justement, ces patients interrogent...

Quel est le sens de leur demande ? De quoi est-il vraiment question ? De l'urgence d'un soin ? De l'urgence d'une PEC ? De l'urgence d'une réponse à un appel à l'aide ? Et c'est là qu'intervient justement la dimension de la réponse, une réponse qui ne passera pas nécessairement par le « faire des soins » mais par le « prendre soin », par un regard attentionné, une parole qui aide à patienter, qui rassure, une parole qui dit que la souffrance, l'inquiétude et la peur, ont été entendues et prises en compte. **Ce serait une parole qui vise à donner du sens à ce que vit cette personne-là à ce moment-là. C'est ce premier contact, ce moment de la réponse, qui fonde la rencontre entre soignant et soigné, rencontre à partir de laquelle tout peut se construire.**

Nous l'avons vu, **la situation de crise offre donc peu d'espace pour le temps de réflexion**, notamment pour questionner **le sens** du soin, pour estimer la nécessité d'agir de façon adéquate, aussi bien pour le patient que pour le soignant. **Sur le plan éthique, la situation d'urgence a ceci de particulier qu'elle vient**

donc souvent non pas interroger nos valeurs personnelles et nos valeurs de soignant mais qu'elle vient les percuter, et parfois violemment... ce qui peut mettre le soignant en situation de dilemme éthique.

Situation que nous allons maintenant aborder...

Une petite parenthèse : Rappelons-nous toutefois que ce qui est violent, c'est avant tout le désaccord entre soignant et soigné, ce qui est violent c'est ne pas laisser la parole à l'autre et vouloir son bien parce que l'on sait – ou que l'on croit savoir- ce qui est bon pour lui...

4. Retrouvons donc LE SOIGNANT EN SITUATION DE DILEMME ETHIQUE –

L'opération de priorisation est donc particulièrement propice au dilemme éthique pour le soignant. Dilemme entre ce qui est fait et ce qui devrait être fait si le soignant avait le temps, s'il était moins fatigué de faire, s'il y avait moins de patients qui attendent, et si les patient étaient moins fatigués d'attendre, de souffrir, de s'inquiéter. Pourtant, le soignant se doit de prendre une décision, et de préférence une décision la plus éthique possible. **Gardons toutefois à l'esprit qu'une décision, d'un point de vue éthique, est une sagesse pratique, une construction, un processus, un questionnement en élaboration, et que cette décision éthique est donc, par essence même, fragile.**

Mais tout d'abord, je vous propose d'explorer le fait que, **dans un service d'urgences, le soignant et le soigné ne sont pas dans les mêmes dimensions existentielles, ils ne sont pas forcément agis par les mêmes valeurs ni par les mêmes représentations,** d'où les tensions potentielles entre ces dimensions et les éventuels questionnements d'ordre éthique qui peuvent en découler...

4 **Différence de représentations** : Aux urgences, soignant et patient se positionnent dans des représentations qui leur sont propres et qui vont conditionner leurs agirs respectifs.

- Le soignant se met au service du patient, avec toutes ses compétences personnelles et professionnelles ;
- Le soigné voit dans le soignant un prestataire de soin, mis à sa disposition et payé à l'avance par ses cotisations.

Chacun d'eux va donc vivre ce moment selon ses propres représentations et ses propres valeurs (toutes justifiables et acceptables pour chacun). Sauf qu'en situation de soins d'urgence, ce sont les valeurs médicales, celles du soignant, qui prévalent... d'où une dissymétrie qui peut accentuer les ressentis de vulnérabilité du soigné. **La relation soignant soigné est donc asymétrique : le soignant est en position haute, et le soigné en position basse.** Mais cette asymétrie peut se retourner rapidement : le soigné peut devenir persécuteur (harcèlement, impatience explicite, agressivité plus ou moins manifeste, victimisation,...). Le soignant peut alors se cristalliser sur son statut afin de défendre sa personne et sa position, d'où une possible montée en puissance de la tension et de l'agressivité mutuelle.

La situation est vécue différemment par le soignant et par le soigné :

- **La situation est une quasi-routine professionnelle pour le soignant** qui agit dans un cadre méthodologique et technique indispensable et rassurant, constitué par l'application de protocoles et de procédures.
- **La situation est exceptionnelle pour le soigné.** Les procédures et les protocoles institutionnels peuvent alors être perçus par celui-ci comme une prise de distance, voire comme une indifférence à sa souffrance, à sa situation de vulnérabilité. Cela peut entraîner chez lui des émotions de révolte, un sentiment d'injustice, du découragement, de l'impatience, un sentiment d'impuissance, de

colère, voire de l'agressivité,..... **Le soignant est alors confronté à ce vécu émotionnel du patient, ce qui peut entraîner chez lui des mouvements émotionnels en retour qu'il lui faudra gérer, à la fois en tant qu'être humain et en tant que professionnel en contact avec un public vulnérable.** Ce cadre institutionnel qui est a priori rassurant et nécessaire pour le soignant peut donc s'avérer anxiogène pour le patient, puis par voie de conséquence, en perte de sens pour le soignant lui-même.

Différence d'appréciation concernant la pathologie du patient : soignant et soigné ne parlent pas de la même chose...

- **Pour le soignant** la pathologie est souvent et heureusement, **objectivement bénigne, banale**, et sans conséquence potentiellement grave ;
- **Pour le soigné**, la pathologie est **objectivement exceptionnelle et souvent subjectivement catastrophique** avec anticipation anxieuse de conséquences éventuelles importantes sur sa vie, son quotidien, son lien à l'autre, son autonomie, son travail....

Une dimension essentielle : la différence de temporalité entre le soignant et le soigné :

- **Pour le soignant le présent est contracté dans l'action** et lors de son contact avec le patient ses préoccupations concerneront essentiellement le passé (Quels sont les antécédents médicaux du patient ? Que s'est-il passé ayant motivé sa venue aux urgences ? Comment ? Quand ? Qu'est-ce qui a déjà été fait en matière de soins ?...).
- **Pour le soigné le présent est dilaté dans l'attente** et ses préoccupations concernent surtout le futur (Est-ce qu'ils vont bientôt s'occuper de moi ? Qu'est-ce qu'ils vont me faire ? Quand ? Quel sera le pronostic ? Quand est-ce que je pourrai rentrer chez moi ? Combien de temps serais-je plâtré ?....). **On le voit bien, leurs temporalités ne coïncident pas.**

5

Enfin, une différence de la notion d'équité de traitement : Lors de la PEC aux urgences, on est dans

- Une **première rupture** par rapport à ce nous connaissons dans notre quotidien. En **règle générale nous vivons dans une société où ce sont les premiers arrivés qui sont les premiers servis et pas forcément ceux qui en ont le plus besoin.** La PEC aux urgences vient percuter cette représentation : là ce n'est pas l'ordre d'arrivée qui compte ce sont d'autres notions, comme nous l'avons évoqué.
- **Seconde rupture** : **notre société est de plus en plus organisée autour de la notion d'immédiateté.** Pour la plupart d'entre nous, le délai entre le besoin, le désir, et la satisfaction de ce besoin ou de ce désir, est de moins en moins supportable, de moins en moins acceptable. Or, le soin aux urgences positionne d'emblée l'attente, justement cette attente inacceptable et insupportable.

5. Toutes ces différences, et la liste n'est pas exhaustive, vont faire que **LES VALEURS S'OPPOSENT ET QUESTIONNENT L'ETHIQUE** sous forme de dilemmes. Nous en évoquerons plusieurs :

- **Dilemme entre principe de vulnérabilité/agressivité** : Comment le soignant peut-il parvenir à considérer comme « vulnérable » un patient agressif ? Comment résister à la tentation de prioriser par exemple ce patient difficile, pour ramener le calme dans le service ? Les théories de l'évolution nous disent que l'agressivité a souvent lieu dans des situations où l'individu se sent en danger, menacé, ou en état de vulnérabilité. **Il s'agira donc pour le soignant de parvenir à considérer que ce patient non compliant, ou qui l'agresse, et parfois violemment et avec une belle énergie, est néanmoins une personne en état de vulnérabilité. L'essentiel de l'agressivité verbale** comme les

commentaires désobligeants, les menaces, peut être enrayé par une information claire sur la PEC et ses délais,... et par une attitude courtoise de la part du soignant. **Quant aux violences physiques** envers les soignants, il faut savoir qu'elles peuvent être induites par certains états somatiques (douleur, hypoglycémie, anoxie,...), ou par certains états psychiques (inquiétude, stress, peur de l'inconnu,...) ou encore par des troubles psychopathologiques. Quoi qu'il en soit, une organisation des responsables du service est bien sûr nécessaire afin d'éviter d'éventuelles violences physiques. Rappelons tout de même **que si les patients ont des droits, ils sont également tenus au respect et à la compréhension des droits des autres malades. Ils sont tenus à un comportement raisonnable, et à la collaboration avec le personnel soignant.**

Il convient néanmoins d'être attentif à ne pas considérer le patient peu compliant, voire agressif, uniquement comme un « perturbateur ». Ce patient est également un autre qui nous amène à prendre conscience qu'il existe d'autres valeurs, toutes aussi entendables que les nôtres, même si elles sont perturbantes ou exprimées de façon peu adaptées.

- **Dilemme entre l'idéal du professionnel et sa réalité quotidienne :**

Certaines séries télévisées ont fait l'apologie des services d'urgence d'où peut-être leur succès grandissant mais cela soumet le soignant au dépassement des capacités de son service, il lui est alors parfois difficile d'assurer sa propre exigence déontologique, c'est-à-dire offrir une écoute patiente, proche et attentive. Une écoute qui lui permettrait de procéder à l'opération de priorisation en toute sérénité. Dans le même registre, les soignants ont parfois à gérer aux urgences un afflux de patients venant consulter pour des **troubles très récemment médiatisés par des émissions télévisées**. Mais c'est justement cette médiatisation qui aura permis à la personne vraiment concernée d'avoir eu le déclic et parfois le courage de venir consulter pour des troubles dont elle sait désormais le caractère objectivable et dont elle n'est pas la seule à en souffrir.

- **Dilemme entre la mission du soignant urgentiste (priorisation et orientation) et la mission de soignant (procurer l'accès aux soins) :** Lorsque le patient non priorisé est réorienté, est-on certains qu'il pourra vraiment accéder aux services de soins adéquats ? Et je pense aux **patients à forte problématique psychosociale, aux pathologies somatiques associées à des pathologies psychiatriques, aux patients dits « non désirables »...**). Ces patients pourraient bénéficier des soins nécessaires dans l'ici et maintenant des urgences, et c'est peut-être justement leur seule chance d'accéder à des soins... **Lorsqu'ils sont réorientés hors des urgences, est-ce qu'ils auront la capacité et les possibilités de suivre le parcours de soins qui leur a été indiqué ? Rien n'est moins sûr...**

- **Dilemme entre principe de bienfaisance/principe d'autonomie du patient :** Il est nécessaire d'obtenir l'assentiment du patient lorsque c'est possible, tout en étant responsable du soin proposé au patient. Tout en gardant à l'esprit que la volonté clairement exprimée par le patient ne dédouane pas le soignant de sa responsabilité. Et comment évaluer la volonté du patient, dans la situation d'urgence, lorsque celui-ci peut être en difficulté d'évaluer ce qui serait bon pour lui, dans l'immédiat et en différé ? La situation d'urgence peut renvoyer le patient dont on est censé favoriser l'autonomie, à une régression psychique où il est vulnérable et en souffrance, totalement dépendant du soignant. Le soignant peut être alors perçu comme « bonne mère » qui répond à sa détresse, ou comme une « mauvaise mère » persécutrice qui le laisse dans son désespoir et sa souffrance, au profit d'un autre qui passe avant lui (le renvoyant à des éprouvés de rivalités fraternelles par exemple).

- Se pose particulièrement aux urgences le **Dilemme entre manque d'information/prise de décision : Comment prendre une décision adéquate sans les informations nécessaires ?** Le soignant doit prioriser et procurer des soins, sans forcément avoir connaissance de toutes les informations relatives au patient : ses antécédents médicaux, son histoire de vie, ses désirs, ses croyances, sa conception de sa qualité de vie, et tout ce à quoi il consentirait. Dans ces conditions, le soignant peut s'interroger à juste titre sur l'éventuelle découverte a posteriori d'éléments d'anamnèse qui questionneraient la décision prise. **Concernant le dilemme information/consentement** De même, dans l'urgence de la prise en charge, il est parfois difficile voire impossible de communiquer au patient toutes les informations de PEC qui seraient nécessaires au recueil de son consentement éclairé.

6. Nous avons évoqué l'éthique, l'éthique du soignant, certaines valeurs mobilisées, certains dilemmes entre ces valeurs, mais **QU' EN EST-IL SUR LE TERRAIN ?** Je vais évoquer **QUELQUES PISTES DE REFLEXION POUR TENTER DE PROCEDER A UNE « PRIORISATION JUSTE »**

Dans un premier temps, il est important que le professionnel ait **conscience de sa propre valeur et de sa légitimité** en qualité de professionnel et de soignant, tout ne confondant pas **savoir et pouvoir**. Cela passe par prendre **du recul par rapport à chaque situation**, trouver la distance d'où on peut **tenter de comprendre la demande plutôt que de tenter d'y répondre**.

Les Questions à se poser seraient alors de l'ordre de : « Qu'est-ce qui se passe chez ce patient ? Que vit-il en cet instant ? Comment le vit-il ? Qu'est-ce que je ferais si cette personne était mon père, ma mère, mon enfant,... ? Qu'est-ce que je ressens face à cette situation ? Qu'est-ce que je ressens dans le contact actuel avec cette personne ? Que puis-je faire ? Que vais-je décider de faire ? Pour qui vais-je le faire ? Quelles vont être les conséquences de ce que je vais faire ? Les conséquences pour qui ? ».

En tant que soignants il est **nécessaire de pouvoir justifier de nos décisions de priorisation, par des critères rationnels** (alors qu'une priorisation, on l'a vu au cours de ce colloque, comporte toujours une dimension non rationnelle : affective, émotive, personnelle, contextuelle,...). Il est donc important de pouvoir **rapidement se différencier émotionnellement de l'autre, pour pouvoir en prendre soin et maintenir la relation thérapeutique et de confiance, même et surtout lorsque le patient met cette relation à mal, consciemment ou inconsciemment.**

Je voudrais insister tout particulièrement sur **la nécessité de co-construire avec le patient un espace temporel commun, contenant et séquentiel**, où il pourra placer des repères rassurants, dans le chaos existentiel qu'il éprouve à ce moment-là. Cela passe par l'informer du temps d'attente probable, l'informer de l'enchaînement de la PEC, cela passe par **la communication. Parce qu'un patient informé est un patient qui collabore...ce qui fera gagner du temps !**

On ne dira jamais assez la **nécessité d'un temps de réflexion personnelle et collective pour les soignants**, avant et après les interventions. Quand la priorisation entraîne un conflit de valeurs chez un soignant, il est utile **qu'il prenne d'autres avis, qu'il ne reste pas seul avec des questionnements anxieux et paralysants qui entraveraient sa réflexion**. Il faut également communiquer dans les équipes et les institutions que **tout soignant a ses propres limites en tant qu'être humain et en tant que personne, qu'il ne peut pas tout supporter, et qu'il peut le dire.**

Enfin, l'acte de priorisation est en quelque sorte un « pari » sur l'avenir : on priorise ce patient dans le présent parce qu'on anticipe que cela optimisera le soin dans le futur proche. Tout pari s'appuie sur une notion de probabilité, donc de calcul. Différer un soin au profit d'un autre c'est pour le soignant effectuer une rapide opération de **calcul probabiliste**... Tout en acceptant qu'un calcul soit susceptible d'erreur et qu'une erreur puisse être sanctionnée par dame Nature... Et c'est la part du risque relative à certaines décisions d'interventions soignantes et notamment au cours de l'opération de priorisation aux urgences.

POUR CONCLURE –

Nous pouvons conclure sur la responsabilité éthique du soignant, que rien ni personne ne peut l'obliger à assumer sauf lui-même. Cette responsabilité le fait se questionner sur la priorisation de ce patient en face de lui, sur les conséquences de son attente ici, et sur la façon dont il peut lui permettre de conserver sa dignité dans ce moment de chaos et de vulnérabilité qu'il traverse. L'être humain est un être de communication et de dialogue. Et la communication et le dialogue sont d'autant plus nécessaires lors de l'attente aux urgences. Le soignant pourra alors reconnaître dans ce patient non pas un « objet de soin » mais un Sujet souffrant, duquel « prendre soin » tout simplement, dans une relation de collaboration humaniste.

ANNEXE

8

Méthodologie de la démarche d'éthique appliquée (Extrait de *La démarche d'éthique appliquée – contribution à l'étude du processus de décision* – N-J. MAZEN)

Lorsqu'un questionnement émerge d'une situation, un questionnement qui interroge nos valeurs, notre éthique, il convient de l'appréhender avec une certaine méthodologie, qui pourrait être la suivante :

- **Problématiser ce qui fait question : tourner le problème dans tous les sens, le reformuler différemment, plusieurs fois.**
- **Inventorier les repères, les valeurs et les principes de référence concernés par ce problème, pointer leurs tensions.**
- **Examiner chaque solution et ses conséquences respectives par rapport au patient, à l'équipe, à l'hôpital, à l'économie, à la famille, à la société.**
- **Faire un choix tenant compte des principes de :**
 - **autonomie (selon la loi Kouchner : le patient fait son choix thérapeutique),**
 - **bienfaisance,**
 - **non malfaisance (ne pas ajouter un mal à un mal même au motif que ce mal pour l'autre c'est le bien pour moi)**
 - **Proportionnalité (selon la balance bénéfique/risque : évaluer quel est le moindre mal)**
 - **Humanité : respect de la personne quelle qu'elle soit et dans quelque situation qu'elle soit.**

BIBLIOGRAPHIE

AMP. *Situations d'urgence : l'obligation d'agir est-elle absolue ?* Décision Santé 2000, n°168.

GILLET J-B,... *Les services d'urgence au carrefour des problèmes éthiques.* Ethica Clinica 2003, n°31.

HAEGY JM. *L'annonce de la mauvaise nouvelle aux urgences.* Soins 2005 n°697.

HODY O. *Y a-t-il une place pour le sens critique lors d'une situation d'urgence en psychiatrie ?* Perspective Soignante 2011, n°41

LAINES S. *Sauvée contre son gré.* Concours Medical 2002, n°29.

LAURENT F. *Les patients non désirés.* Ethica Clinica 2005, n°40.

MAZEN N-J. 2008. *La démarche d'éthique appliquée.* Les Etudes Hospitalières Editions.

RAVEZ L. *La violence au cœur des soins.* Ethica Clinica 2002, n°26.

SCRIVE C.,... Collectif. *Fragilité, vulnérabilité.* Ethica Clinica 2012, n°62.

VALLETTE P. 2011. *Du tri à l'Autre. Ethique et médecine d'urgence.* Thèse en philosophie pratique. Université Paris-Est Marne la Vallée.

VANPEE D. *Le patient en fin de vie.* Urgence Pratique 2009, n°97.

VILLENEUVE P. *Refus de soins et urgence médicale.* Revue de l'infirmière 2002, n°86.