

Je suis urgentiste à New-York. Aucun d'entre nous ne sera plus jamais le même - Résumé : Yves Sciamia

1ère semaine de mars – 1 cas de Covid-19 à New York.

Je suis à l'étranger lorsque je lis qu'un patient COVID a été admis aux urgences à NY. Je m'inquiète car même en temps ordinaire je sais que les urgences, où je travaille, peuvent être débordées, avec des patients à deux par chambre et des soignants débordés. Je sais que la situation est mauvaise dans plusieurs pays, notamment en Italie. Du coup je me dis que je veux parler à des soignants italiens. Je prends contact par WhatsApp avec Guido Bertolini, un épidémiologue spécialiste des urgences, qui me raconte le choc lorsqu'il a débarqué aux urgences de Lodi en Lombardie. « Des patients dans tous les coins, des diffuseurs d'oxygène individuels partagés entre quatre patients ». La Lombardie est une région riche, avec un bon système hospitalier, mais fin février la moitié des lits de réanimation étaient déjà pleins de patients COVID. La situation se dégrade d'heure en heure, et Bertolini me raconte qu'il sent que les urgentistes vont être débordés et vont avoir besoin de directives pour sélectionner les malades à sauver. Il crée un groupe WhatsApp de médecins et spécialistes d'éthique qui esquisse des règles, pour prioriser ceux qui ont les meilleures chances de survie. Les critiques sont dures, « vous jouer à Dieu » leur dit-on. Mais la règle du premier arrivé premier servi semble tout simplement inapplicable dans ce contexte.

Lorsque je rentre à New York après ces conversations, les urgences sont les mêmes que quand je les ai quittées.

2ème semaine de mars – 14 cas à NYC.

Nous tenons des réunions COVID régulières via Zoom, mais personne ne semble s'intéresser à ce qui se passe en Italie. Deux médecins que je contacte me racontent qu'à Bergame, les premiers patients arrivent avec des symptômes modérés, puis après quelques jours baissent en oxygénation, développent des diarrhées, des symptômes bizarres multiples. « Ce virus fait ce qu'il veut » me disent-ils. Les lits se remplissent à toute vitesse, on fait venir des médecins mais on manque de respirateurs, il faut réfléchir à qui les donner. L'urgentiste Andrea Duca se souvient de sa première décision de tri, un homme de 68 ans, avec des poumons greffés, qui va mal. Duca décide de ne pas l'intuber, et lui permet de voir sa femme et sa fille, alors que l'hôpital est déjà fermé aux visites. Lorsqu'elles passent la porte, l'homme a d'abord un mouvement de joie, puis il jette un œil à Duca car il comprend la signification de cette transgression des règles – elle indique qu'il va mourir. On lui donne de la morphine, 12 heures plus tard il décède.

Pietro Bambillasca, un anesthésiste, raconte que chaque jour il se sent impuissant devant tous ces morts. « Je ferai peut-être mieux d'être en train de désinfecter des poignées de portes dans mon immeuble que d'être ici », se dit-il parfois.

Cela va-t-il m'arriver aussi ? Nous voyons de plus en plus de cas, mais sans commune mesure. Pourrions nous en être là dans deux semaines, puisque les Italiens m'avertissent que nous avons deux semaines de retard sur eux ?

3ème semaine de mars : 330 cas à New-York.

Dans un briefing, la discussion vient sur le fait qu'en Chine, les médecins préviennent qu'en cas d'arrêt cardiaque causé par le COVID, il est presque impossible de ranimer les patients. Faut-il essayer quand même si cela nous arrive, alors que nous manquons de matériel ? Je me dis que cela dépend de l'âge du patient...

Mon premier patient probablement COVID arrive ( je ne sais pas, le test prend 24 heures). Il a 80 ans, vient d'un EPHAD, et est désigné "NPI/NPR" par sa famille, « ne pas intuber, ne pas réanimer ». Mais sa famille, la mort se rapprochant, se ravise et nous demande de faire tout ce qu'on peut pour le sauver. L'homme a une démence avancée, ne parle plus et n'a plus marché depuis des années. J'hésite, car je dois aussi prendre en compte le manque de masques, de tabliers etc. des soignants. Je veux faire le mieux pour les patients et les familles, mais je réfléchis aussi à ce que je dois aux patients à venir, et à mes collègues. Les paroles d'un collègue me reviennent : « ce virus nous a enlevé notre sentiment d'invincibilité ».

4ème semaine de mars : 9045 cas à New-York le 22 mars.

La discussion théorique de la semaine dernière sur l'arrêt cardiaque semble loin. Trois hôpitaux de New York n'ont déjà plus de respirateurs, et nous avons aussi un groupe WhatsApp de médecins pour discuter de notre réaction. La morgue est déjà pleine et un camion réfrigéré nous a été attribué pour stocker les corps. Nous commençons à partager les respirateurs, à mettre des patients sur des bouteilles et non plus sur les robinets des chambres. Ne pas s'infecter semble mission impossible, il faudrait être parfait, je ne change d'équipement qu'une fois lorsque j'ai des gardes de 12 heures, pour manger et boire, si c'est 8 heures je n'en change pas. Les italiens m'ont déjà prévenu que le frottement du matériel arrache la peau, s'imprime sur le visage, endolorit le nez.

Les jours où je ne travaille pas, j'essaie d'en apprendre davantage sur le virus et ses caprices. Comment donner l'oxygène (concentré mais à petites bouffées), traiter le cœur, l'intestin, les reins. On intube des patients sans protection du visage, il n'y en a pas, quelqu'un essaye d'en imprimer en 3D. Les autorités nous disent d'économiser les masques N95, chacun a sa recette pour stériliser le sien, on les garde pour plusieurs gardes, plusieurs patients. Nous approchons de la saturation de l'hôpital et renvoyons les gens chez eux s'ils ont l'air bien, même lorsque leur oxygène est faible. Nous savons qu'ils risquent de se détériorer et de revenir trop tard.

Le maire Andrew Cuomo annonce que nous serons protégés juridiquement tant qu'il s'agit de patients COVID, sauf en cas de négligence grossière. Je demande si quelqu'un a peur d'un procès, la réponse est non : les gens ont peur pour leur santé et celle de leurs proches. De plus en plus de docteurs sont infectés et hospitalisés, certains sont intubés. Je commence à avoir l'impression que l'important c'est d'avoir de la chance, et pas d'être bon. Des collègues d'un autre hôpital incitent sur twitter tous les médecins à écrire leurs préférences et à choisir leur personne de confiance au cas où ils tomberaient malades. Je choisis un ami médecin, et demande des soins tant qu'il y a des chances raisonnables de survie.

4ème semaine de mars : 14 905 cas à NYC le 24 mars.

Ca y est nous ne sommes plus dans les soins centrés sur le patient, mais dans les soins centrés sur la communauté. Un urgentiste italien me dit « sans directives, c'est impossible de travailler. Si tu utilises trop de choses pour un patient, tu n'en as plus pour le patient suivant. Alors tu réorganises tout, ton esprit, ton travail, ton personnel. » Les médecins veulent des critères de tri plus que tout, parce qu'ils sont obligés de trier. Et ils veulent qu'ils soient élaborés par d'autres, qui ne traitent pas. « C'est assez compliqué de soigner les patients, s'il faut penser aussi à cela on ne peut plus travailler » me disent-ils. A Bergame des médecins ont inventé un système de note : les patients ont des points selon leur âge, leur état médical général, et la sévérité de leur COVID. Plus leur score est haut, plus ils sont prioritaires pour les soins.

A New-York, le regard a changé : plus personne ne veut soigner sur la base de « premier arrivé premier servi ». Un collègue en réunion dit « bientôt je ne vais plus intuber les patients de plus de 80 ans qui ne parlent plus ou ne marchent pour garder mon respirateur pour le type de 30 ans qui va arriver bientôt ». Tout le monde est d'accord. Les patients de 30 ans ne sont pas encore là, mais nous savons qu'ils arrivent.

4ème semaine de mars : 23 112 cas à NYC le 26 mars.

Après quelques jours de congé je reviens à l'hôpital. Je ne reconnais pas les urgences. Des patients intubés, de tous âges, sont partout. Le silence est terrifiant : les familles ne sont plus autorisées à entrer, les patients sont trop malades pour parler, ou pour marcher, leurs quintes de toux sont étouffées par les masques. Des soignants commencent à mourir, un anesthésiste de notre hôpital est intubé. Une infirmière vient me voir et éclate en sanglots de tristesse, de frustration et de colère. Je ne peux pas la prendre dans mes bras, mais je voudrais. J'ai l'impression que notre hôpital est devenu entièrement COVID, on voit deux patients négatifs par garde, ils deviennent un événement. Il y a tellement de monde que les patients sont souvent mélangés aux positifs ou à ceux en attente de résultats.

On nous dit de retourner travailler tant que nous n'avons pas de symptômes, même après un contact à risque avec un patient. En Italie, où ils ont plus de 100 soignants morts, les soignants

sont convaincus de propager le virus. Nous avons un masque par garde, alors qu'il faudrait en changer à chacun des 30 patients que nous voyons.

Je dois éliminer de mes pensées que je suis mortelle. Sinon à chaque erreur, à chaque situation à risque, je vais être paralysée de peur. Je vois des patients plus jeunes que moi, j'entends parler de camarades de promotion malades. Je me dis qu'il faut avoir de la chance. Dans le miroir, mon visage est marqué, mes yeux rouges. Une collègue italienne m'écrit « Nous sommes épuisés d'une fatigue qu'aucun sommeil ne peut soulager. »

4ème semaine de mars : 30 766 cas à New-York le 28 mars.

Même pour aider des patients en détresse nous devons d'abord avoir notre attirail complet : tablier, lunettes, gants, masque N95 et masque chirurgical par-dessus. On transpire, et j'ai des légers vertiges. Puis des frissons. Je me demande si je suis malade. 80% de nos patients ont le COVID. Après 6 heures de garde, je vais aux toilettes pour la première fois. J'enlève mon masque, l'air est rance mais l'arrivée d'oxygène dans mes narines est une libération. Lorsque je ne suis pas à l'hôpital, j'ai l'impression d'avoir un masque fantôme sur le visage. Dans mon sommeil je l'ajuste.

J'essaie de préserver mon équipement, de respecter les procédures, parfois j'oublie lequel de mes gants est sale et lequel est propre, parfois je me demande si cela a encore de l'importance tellement on a le sentiment que le virus est partout. Je l'imagine comme sur les dessins, sphérique avec ses épines, partout sur les lits et les téléphones et les ordinateurs et les moniteurs...

J'ai fait des missions humanitaires dans plus de 20 pays, Soudan, Kenya, Liberia, Somalie, nulle part je me suis sentie aussi vulnérable personnellement, sans protection, qu'à présent. On parle de nous comme d'un pays du tiers monde, aujourd'hui, mais même dans le tiers monde, en matière d'équipements de protection, c'est mieux qu'ici. Certains docteurs qui viennent ici conseiller pour telle ou telle spécialité sont stupéfaits.

A la fin de ma garde, tous les patients se mélangent en un seul dans ma tête, « toux », « fièvre », « toux et fièvre », « difficultés respiratoires »... et on ne voit que les yeux car ils doivent porter le masque.

L'oxygène est une obsession. Les niveaux d'alerte, les bouteilles qui se vident, et le cadran qui est si difficile à lire, parfois des alarmes retentissent mais parfois (souvent) l'alarme s'est décrochée et on voit les patients suffoquer...

L'inimaginable devient ordinaire. Une collègue me dit qu'elle a dû pousser un cadavre pour brancher un respirateur pour un patient qui devait être intubé. Est-ce ainsi que l'on meurt désormais ? Les urgences sont pleines, la réanimation est pleine. Le virus est féroce, il attaque de tous côtés, à tous âges, toutes les conditions. Je n'en vois plus la fin.

Nous recevons de l'aide, des hôpitaux mobiles ouvrent, un bateau sanitaire arrive, des collègues d'autres Etats. Mais même ainsi nous avons besoin de critères de triage. Les psychologues sont inquiets, ils pensent que nous ne sortirons pas indemnes d'avoir dû rationner les soins et le matériel. Mais en fait il me semble que nos décisions sont raisonnables, et nous en parlons avec les familles, je leur dis que je prendrais les mêmes décisions pour ma propre mère.

La blessure morale réelle, pour moi, vient des gens qui meurent malgré les soins de qualité que nous leur donnons. Nous mettons tout ce que nous avons pour eux, et leur corps fait tout de même naufrage. Ils sont seuls. Cela se répète encore et encore et encore. Ce qui m'affecte le plus c'est de ne pas arriver à me souvenir de tous. C'est que je ne parviens pas à me souvenir des détails individuels, ils ont tous les mêmes symptômes, la même histoire, ils fusionnent dans mon esprit en un seul corps asphyxié. Je suis la dernière personne qu'ils voient avant de mourir, pas leur famille, et je ne vais pas me souvenir de chacun car ils sont des centaines.

Derniers jours de mars. 38 087 cas à New-York le 30 mars.

« A ce stade, c'est vraiment difficile de rester humains, me dit Duca, le collègue de Bergame ». « On avance, on oublie qu'on a un humain en face de nous, on fait ça pour se protéger ». Notre premier patient quitte l'hôpital, près d'un mois après avoir été diagnostiqué. Mais d'autres attendent des jours aux urgences, qu'on leur trouve un lit. Je les vois en arrivant, parfois je les revois au même endroit le jour suivant. Dans ce cas là je n'ose pas les regarder. J'ai trop honte, après avoir été médecin durant 15 ans, de n'avoir rien d'autre à leur donner qu'un masque à oxygène...

Un jour je vois un grand père qui parle doucement et sourit beaucoup. Son oxygène est bas, mais il dit qu'il se sent bien et il respire bien. Juste un peu de fatigue, ne vous inquiétez pas dit-il. Le lendemain quand j'arrive il s'est dégradé, il est confus, son oxygène ne remonte pas. Il a précisé qu'il ne voulait pas de mesures exceptionnelles pour le maintenir en vie, ni respirer avec une machine. Sa famille le sait, et nous lui donnons de la morphine pour le soulager. Je voudrais aller le voir, mais des patients arrivent, bien plus jeunes, continuent à arriver, je dois m'occuper d'eux, la maladie a gagné contre lui, eux ont encore une chance. J'espère que la morphine lui ôte la conscience de sa solitude. Le soir je pars épuisée, sans passer le voir. Il meurt dans la nuit.

Je vois beaucoup de patients noirs et hispaniques, et ils sont souvent plus malades que les autres. D'autres collègues confirment. Je ne sais pas pourquoi.

On nous parle sans cesse du pic, en nous disant qu'il est encore à des semaines de nous. Combien de temps faudra-t-il tenir ? Duca m'envoie des textos, ils voient de la lumière pour la première fois, le nombre de patients décroît. Savoir cela m'aide vraiment à tenir. Tout ceci va finir. Mais quand ?

Premiers jours d'avril. 47 440 cas à NYC le 1er avril.

Ce soir-là une femme blonde qui a la cinquantaine entre dans les urgences. Elle discute avec l'infirmière de sa semaine de fièvre et de toux, et s'évanouit soudain pendant son ECG. Son pouls faiblit, nous la ranimons et l'intubons, tout en lui donnant divers médicaments pour stimuler son cœur. Une collègue me dit « cette femme a six ans de moins que moi ». Le lendemain à mon arrivée je regarde les dossiers, je voudrais texter à ma collègue qu'elle va bien, mais l'ordinateur m'apprend qu'elle est décédée dans la nuit.

Il y a quelques jours des médecins de soins palliatifs sont venus nous aider avec les annonces et les conversations sur la mort. Ils appellent les familles et discutent avec elles des traitements. Une dame de 89 ans arrive sous masque à oxygène, je pense qu'elle ne va pas arriver à parler, mais si : elle me dit « je ne veux pas de respirateur, j'ai bientôt 90 ans, j'ai vécu ». J'appelle sa nièce, qui réunit la famille. « On ne pourrait pas passer outre sa volonté ? », dit l'un d'entre eux. Avec les années j'ai appris à conduire ces conversations. Je leur dit qu'elle a exprimé des volontés claires, et je promets qu'elle ne souffrira pas. Pensez à ce que vous savez d'elle, dis-je, ce qu'elle voudrait. Ils acceptent qu'une mort paisible est ce qu'elle voudrait. Elle est toujours consciente, j'appelle la famille sur Facetime avec son téléphone. Elle les regarde et dit « Il faut arrêter de pleurer, tout le monde. On s'occupe bien de moi ici. » On pleure et on rit en même temps. Je lui commande de la morphine, sa respiration s'apaise. Je vois d'autres patients. Lorsque je reviens vers elle, trois heures après, elle rappelle sa nièce, mais sa voix est plus faible. Après l'appel, elle me prend la main, me dit qu'elle se sent soutenue et aidée. Elle ne veut pas lâcher. Moi non plus. Je regarde sa main osseuse et délicate, et la mienne gantée de fin caoutchouc violet. Je hais l'idée qu'elle doive partir sans un vrai toucher humain.

Nous essayons de mettre nos patients sur le ventre, j'ai vu sur un groupe Facebook que cela aide les intubés. Je vois leur niveau d'oxygène remonter. « Ca marche ! » je crie. Incroyable, quelque chose qui marche.

Deuxième semaine d'avril. 67 552 cas à NYC, le 5 avril.

Mes amis italiens me confirment que ça va s'arrêter. Je me le répète sans cesse. Je ne parle que peu à ma famille et mes amis. On ne se comprend qu'avec les soignants qui vivent la même chose. Même les soignants d'autres villes, je me demande s'ils peuvent comprendre ce qui se passe à New-York.

Je suis affectée à un autre hôpital quelques jours, et lorsque j'arrive aux urgences je recule devant le spectacle et l'odeur. Les patients sont entassés dans des pièces, là trois hommes dans les 80 ans sont sur des brancards sous oxygène, agitant leurs membres maigres. Certains sont dans leurs excréments depuis une journée, on voit des flaques d'urine, il y a eu tellement de malades dans le personnel que ceux qui restent n'arrivent plus à suffire à la tâche. Un médecin passe, voit ma stupeur, me dit qu'il y a des gens qui meurent d'hypoxie dans les couloirs. Le reste de l'hôpital est calme et silencieux. Nous décidons de renvoyer à la maison le plus de patients possible, avec des oxymètres, pour qu'ils se surveillent eux-mêmes.

Cette semaine seulement nous commençons à tester régulièrement des soignants symptomatiques.

Aux urgences, je rencontre deux collègues guéris du COVID et revenus au travail. Un autre collègue est guéri, ainsi qu'un médecin de 70 ans, après avoir passé un mois en réanimation. Je ne pensais pas qu'il s'en sortirait. Mais il y a aussi beaucoup de morts, des noms nous arrivent pas email, des listes... Les conversations sur la mort sont partout, nous parlons sans cesse aux familles, et lorsque ce n'est pas moi, c'est le collègue d'à côté. Et puis c'est un autre appel. Et un autre.

En fait avec le passage des jours, je ne me suis jamais sentie aussi peu utile comme médecin. Je ne suis vraiment utile que comme être humain, auprès des patients et de leurs familles. «C'est douloureux d'être humain, me dit Duca, mais au fond c'est ce qui nous fait tenir. »