



Hirsch déplore dans son analyse de la gestion de la crise le manque d'appui sur l'intelligence collective et l'expertise que les professionnels, les citoyens et les usagers pouvaient apporter dans les prises de décision [29].

C'est à cet exercice que l'on peut s'inviter aujourd'hui pour améliorer nos pratiques pour demain : dans nos structures, comment cela s'est-il joué ? Alors même que montait chaque week-end la pression de la conformité aux dernières consignes gouvernementales, comment avons-nous pu garantir une information compréhensible

et adaptée, associer les usagers et leurs proches dans l'analyse de la situation ? Le confinement a été une source de tension pour chacun d'entre nous, le déconfinement aussi quand, après avoir connu le décès d'un proche ou d'un usager, il a fallu rouvrir, revenir à des règles plus habituelles de fonctionnement malgré un virus toujours présent...

Usagers, proches et professionnels, nous avons appris ensemble à faire face, en particulier sur la nécessité de ne rien céder, même dans l'urgence, de l'exigence de la réflexion éthique. ●

Comment demeurer le plus juste possible en situation critique ?

Pierre Le Coz

Professeur de philosophie à la faculté de médecine de Marseille, Aix-Marseille université, UMR 7268 ADES (Anthropologie bio-culturelle, droit, éthique et santé), CNRS, EFS (Établissement français du sang), membre de l'Académie de médecine

L'épidémie de Covid-19 comporte un enjeu de civilisation qui est de promouvoir une certaine idée de l'Homme comme être porteur d'une valeur inconditionnelle. Une vie vaut une vie et chaque vie a une importance inestimable, ce qu'on nomme une « dignité », par opposition au « prix ». Selon cette conception de la justice dite « personnaliste » en philosophie morale, la valeur d'une personne n'est liée ni à l'âge, ni à l'état de santé, ni au sexe, ni à la religion, ni à la couleur de la peau, ni à quelque autre particularité. Elle ne dépend pas davantage de ses choix moraux. Ainsi, un patient qui a fait le choix de ne pas se vacciner ne peut se voir, pour cette seule raison, refuser l'accès à un service de réanimation ou contraint de prendre lui-même en charge ses frais d'hospitalisation, comme en certains pays autoritaires. Hiérarchiser les vies humaines est un péril contre lequel Kant, déjà, nous mettait en garde : « *Car si la justice disparaît, c'est chose sans valeur que des hommes vivent sur la terre* » [38].

Mais comment rester juste lors des pics pandémiques qui saturent les lieux de soin dédiés et contraignent les équipes médicales à effectuer des choix de priorité ? Quand les moyens viennent à manquer, que les capacités hospitalières d'accueil et de prise en charge s'avèrent insuffisantes, la question qui se pose est de savoir comment hiérarchiser les vies sans renoncer à l'idéal de justice.

Être juste : un impératif éthique qui s'impose aux États autant qu'aux individus

Si nous étions inaccessibles aux sentiments de respect et de compassion, si nous étions des défenseurs de la culture spartiate ou du darwinisme social, nous pourrions considérer qu'une pandémie de type Covid-19 est avantageuse puisqu'elle emporte les plus faibles, tout en épargnant les enfants et les jeunes adultes. Ce raisonnement « évolutionniste » pourrait nous amener

à relativiser la gravité de l'épidémie, dès lors qu'elle n'atteint pas ceux qui sont appelés à perpétuer l'humanité au travers d'une descendance.

Cependant, dans les civilisations démocratiques, la justice a pour point d'ancrage l'égalité des personnes en droits et en dignité. Est juste celui qui accomplit un effort psychique pour se mettre à la place d'autrui, ce qu'Adam Smith a nommé la « *sympathie* » [58]. C'est aux vertus de cet acte intime de rotation intérieure que nous devons de comprendre le principe de « *réversibilité des perspectives* », qu'on appelle, depuis toujours, la « *règle d'or* » [20]. La règle d'or réclame de faire à autrui le bien qu'on aimerait qu'il nous fasse. On la retrouve à la source des efforts déployés par les services sanitaires et médico-sociaux pour porter secours aux populations vieillissantes et vulnérables. L'importance accordée à la valeur de chaque personne justifie qu'un patient contaminé puisse être hélico-transporté vers un hôpital mieux équipé qui le prendra en charge à hauteur de ses besoins.

En temps de crise plus qu'en tout autre, seule l'éthique est efficace. C'est pourquoi l'État lui-même doit pouvoir être traduit devant une juridiction en cas de manquement au respect des personnes. Il peut se voir sommé de suspendre une mesure disproportionnée, y compris lors d'un état d'urgence sanitaire, comme on l'a vu lors du Covid-19 à propos du recours aux drones, interdit en mai 2020, ou de certains dispositifs de traçage numérique à la même époque. En décembre 2020, une décision du Conseil d'État a jugé disproportionnée l'interdiction de soins funéraires aux personnes décédées durant l'état d'urgence sanitaire [50].

Ainsi, quelle que soit l'ampleur de la crise, un État doit toujours faire droit aux attentes morales des personnes en termes de mutualité des droits et des devoirs. La fin ne justifie pas les moyens. La santé publique est essentielle mais la justice est souveraine.

Comment être juste quand on ne peut plus être égalitaire ?

Cependant, la pandémie liée au Sars-CoV-2 nous enseigne aussi la difficulté d'incarner l'idéal de respect de la dignité dès qu'une épidémie s'intensifie jusqu'à devenir « hors de contrôle ». Lorsque, du fait de l'afflux de patients, une distorsion s'installe entre l'offre et la demande de soins, des choix tragiques semblent s'imposer aux équipes de soins critiques. Tout ne sera pas possible pour tout le monde en même temps. Les opérations chirurgicales ou les consultations de dépistage du cancer sont déprogrammées, entraînant des retards de prise en charge aux conséquences irréversibles. Cette logique d'altération de l'offre de soin se trouve aggravée par la peur des patients de se rendre à l'hôpital et d'y contracter l'infection redoutée. Des patients « non Covid » se dégradent voire décèdent du fait de cette peur, ou de la priorité accordée aux sujets contaminés.

L'afflux de malades infectés dans les hôpitaux lors des pics pandémiques génère également des situations critiques du fait de la pénurie des ressources de soin (lits, respirateurs, etc.). Le principe de justice qui réclame de donner « à chacun selon ses droits et ses besoins » se heurte à un principe de réalité : il faut établir des priorités entre les patients. Le sens de la justice « égalitaire » doit alors s'effacer au profit de son sens « distributif », qui consiste à optimiser les biens sanitaires rendus précieux par la situation de pénurie, en les attribuant prioritairement aux malades dont les chances de récupération sont les plus élevées.

La pratique du « triage » qui matérialise le principe de justice distributive est moralement tolérable lorsqu'elle se fonde sur la pertinence médicale puisqu'il s'agit là d'un critère certes amoral mais non discriminant. Tant que les médecins se bornent à faire preuve de professionnalisme, à évaluer la balance bénéfique/risque d'une réanimation selon une stricte rationalité scientifique, leurs choix n'encourent pas le reproche d'être entachés de partialité. Les malades pris en charge prioritairement dans leurs services sont ceux qui ont le plus de chances de se rétablir, quels que soient leurs choix de vie (« anti-vaccins », etc.), leur rang social ou leur statut économique.

Par contraste, si nous voulions absolument éviter toute hiérarchisation entre les patients, si nous étions des personnalistes égalitaristes « jusqu'au-boutistes », nous en appellerions à recourir au tirage au sort. C'est en effet la seule procédure qui offre à tous une chance égale d'obtenir une prise en charge ajustée à leurs besoins. Or, on constate que le tirage au sort n'est pas retenu comme un critère acceptable dans l'opinion dominante, du moins lorsqu'il est question de vie ou de mort. Cette réticence forte envers le tirage au sort nous fait prendre conscience qu'en situation de pénurie de ressources sanitaires, lorsqu'un individu est arrivé au terme de sa vie, il ne peut pas revendiquer une absolue égalité de traitement avec un patient plus jeune que lui.

Moins problématique que le tirage au sort est le critère de l'inscription sur liste d'attente. Ici, la règle est que

les patients qui souffrent des symptômes de la maladie depuis plusieurs jours doivent être pris en charge avant ceux qui viennent tout juste de la contracter. Ce critère temporel décline le principe de justice distributive selon le même procédé que dans la répartition des organes en vue de greffes. On peut le résumer par l'adage : « premier arrivé, premier servi ». La souffrance endurée par le patient qui attend anxieusement correspond à une sorte de « mérite » que n'a pas celui qui entre à peine dans l'état de la maladie.

Force est de reconnaître néanmoins que l'application du principe « premier arrivé, premier servi » pourrait aboutir, en certains cas, à ce qu'aucun malade ne soit sauvé. Ainsi, un patient jeune pourrait décéder de complications liées à l'infection virale faute d'avoir été pris en charge dans les temps, et ce en raison de l'occupation d'un lit par un patient plus âgé dont l'état était désespéré. C'est cette éventualité qui a conduit le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) à relativiser ce critère : « *La règle d'allouer la ressource aux patients qui pourront en tirer le plus de bénéfices est plus éthiquement acceptable que la règle égalitaire "premier arrivé premier servi"* » [16].

À titre de comparatif, on constate qu'en matière de répartition d'organes, des entorses au principe du « premier arrivé premier servi » sont régulièrement assumées par les équipes de transplantation. D'autres critères tels que l'urgence vitale ou le rapport bénéfices/risques interfèrent. Ces critères sont mobilisés pour sauver un arrivant tardif, en le greffant en urgence avant les patients qui le précèdent sur la liste d'attente. C'est la forte probabilité d'un bon retour sur investissement qui rend éthiquement acceptable pareille dérogation.

En résumé, même si un principe de réalité peut empêcher transitoirement les équipes hospitalières d'être « égalitaires » en situation pandémique, celles-ci peuvent, bon gré, mal gré, honorer l'exigence de justice dans son versant « distributif ». L'impossibilité d'être égalitaires ne les contraint pas à être arbitraires. Les médecins soigneront le patient arrivé en premier, sous réserve qu'il ait des chances de survie suffisamment élevées pour qu'on ne lui préfère pas, *in fine*, un patient plus tardif dont les chances de récupération seraient meilleures. Autrement dit, on évitera que des patients en situation de trop grande incertitude pronostique mobilisent à leur seul profit des ressources rares telles que le matériel, l'énergie et le temps des personnels de santé.

Du personnalisme à l'utilitarisme

Que faire, cependant, lorsque des patients arrivent aux urgences avec des tableaux cliniques comparables ? Le triage est exposé à l'arbitraire. Les médecins doivent procéder à une attribution différenciée des biens de santé disponibles sans savoir à quel patient les accorder en priorité. L'utilitarisme invite ici à sauver en priorité ceux qui vont sauver les autres [57]. Tout le monde a son utilité dans la société mais il est plus utile de sauver les plus utiles. Ainsi, un patient jeune doit être sauvé



en priorité au motif de l'égalité des chances dans la vie. Un jeune n'a pas eu sa part au « gâteau de la vie ». Il est naturel que celui qui a plus de souvenirs que de projets sache céder sa place à celui qui a plus de projets que de souvenirs. Arbitraire pour arbitraire, si l'on est contraint de choisir entre deux vies, il est juste d'accorder priorité à celle qui s'épanouit dans une activité elle-même susceptible de contribuer au bonheur des autres.

Une autre façon de déterminer l'utilité d'une vie consiste à évaluer les conséquences de sa disparition. L'attitude utilitariste consiste ici à prendre pour règle de sauver en priorité le patient dont la mort entraînera, autour de lui, la plus vive et la plus grande quantité de souffrances. Ainsi, un parent de famille nombreuse sera sauvé préférentiellement à un individu sans enfant. De même, le médecin sauvera en priorité les malades adultes dont les parents (âgés) sont toujours en vie et, par le fait, exposés à la souffrance excessivement vive d'avoir perdu un enfant. Quel que soit son âge, la perte d'un enfant engendre un immense chagrin, que nous nous devons d'éviter à ceux qui lui ont donné la vie.

Le calcul utilitariste prend également en compte les retombées socialement préjudiciables que provoquerait la mort du patient dont l'activité professionnelle contribue au bien-être collectif. Ce critère n'est jamais tout à fait absent des décisions cruciales en médecine, et l'on devine sans peine que, lorsqu'un virus virulent frappe un artiste adulé ou un homme politique influent, ces derniers font l'objet d'une considération toute particulière dans la délivrance des soins.

Conclusion

La justice égalitaire tient en un principe : « À chacun selon ses droits et ses besoins. » Même durant l'état d'urgence sanitaire, l'État doit continuer à intervenir dans la Cité pour estomper les écarts de situations liés aux disparités de condition et pour permettre à chaque malade, quelle que soit sa situation économique et sociale, de recevoir des soins à hauteur de ses besoins.

Cependant, quand une pandémie crée une situation de rareté des biens de santé, les équipes médicales sont contraintes de rationaliser leur altruisme. Lorsqu'on manque de ressources, il devient crucial de savoir comment les utiliser au mieux. La justice égalitaire cède alors la place, par dérogation, à la justice distributive, qui consiste à optimiser les ressources rares, en l'occurrence le personnel de santé, les lits de réanimation et les respirateurs. La justice distributive énonce l'obligation de ne pas concentrer toutes ses forces au profit d'un patient au pronostic incertain, afin de ne pas compromettre la santé d'autres patients dont les chances de survie sont supérieures aux siennes. L'accès à certains services hospitaliers est réservé aux patients dont les chances de récupération sont jugées significatives.

En ultime recours, à défaut de critères de pertinence médicale, les équipes de soin pourraient avoir recours à un calcul utilitariste, si du moins elles estiment qu'un tel calcul, en dépit de sa part de subjectivité, est malgré tout préférable à l'arbitraire absolu du tirage au sort ou à l'arbitraire relatif du principe « premier arrivé, premier servi ». ●

Tri ou priorisation des patients en réanimation

Pierre-François Perrigault
Département d'anesthésie-réanimation, hôpital Gui de Chauliac, CHU Montpellier, Comité d'éthique de la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar)

Fabrice Michel
Département d'anesthésie-réanimation pédiatrique, CHU Timone, AP-HM Marseille, Comité d'éthique de la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar)

La pandémie de Covid-19, inédite en taille, en extension et en gravité, a provoqué un afflux massif et prolongé de patients en réanimation, débordant souvent les capacités en lits de ces structures, et ayant pu conduire à un basculement d'une situation de tension à une situation de saturation. Dans ce contexte, nous avons pu être amenés à instituer une logique de priorisation, dénommée aussi triage en médecine de guerre ou lors de catastrophes. Cette logique a été décrite pour la première fois par le baron Larrey (1766-1842), chirurgien en chef de la grande armée de Napoléon I^{er}, précurseur en matière de secours aux blessés sur les champs de bataille.

Quand le souhaitable est confronté au possible

Ce triage est effectué régulièrement en réanimation, en temps normal. Il consiste à délivrer les meilleurs soins à chaque patient et faire en sorte que chacun

en tire le meilleur bienfait. Il est alors centré sur une approche individuelle. Ainsi, la décision d'admission doit être pesée au regard du projet thérapeutique et du bénéfice attendu, en considérant que ce bénéfice consiste à passer un cap aigu au détriment d'une prise en charge agressive. Si ce bénéfice attendu est nul ou insuffisant, l'admission en réanimation n'est pas souhaitable car elle entraînerait des souffrances inutiles et pourrait s'assimiler à une obstination déraisonnable. Ces décisions de non-admission reposent sur un principe de l'éthique médicale : la non-malfaisance. Malgré ce triage, les décès dans nos services dépassent les 20 %, le plus souvent à la suite à une limitation ou à un arrêt des thérapeutiques [59].

En période de crise (guerre, catastrophe, épidémie), le « tri » des malades prend un autre sens, non plus seulement individuel mais collectif, où le souhaitable est confronté à la logique du possible. Il correspond à une