



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<sup>er</sup>, 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

méthode d'organisation des soins fondée sur la prise en compte d'une balance gravité/efficacité pour sauver le plus de vies possible (dans le cadre de l'épidémie actuelle, Covid et non-Covid), tout en tenant compte des contraintes qu'il faut regarder à l'échelle de l'ensemble du système de santé. Il repose sur un autre des quatre piliers de l'éthique médicale, la justice distributive, qui veut que les ressources soient allouées de manière équitable. Cela signifie qu'il faut abandonner la logique «égalitariste» habituelle au profit d'une logique visant à sauver ceux qui ont la plus grande chance de survivre, et cela quelle que soit leur pathologie. Concrètement, cela peut justifier que l'on n'admette pas en réanimation un patient qui aurait été éligible en période normale, mais avec un pronostic vital fortement engagé, et cela au profit d'un patient qui pourrait en bénéficier davantage. Enfin, la particularité de cette crise est de s'inscrire dans un temps long, qui oblige en permanence à se réorganiser, déprogrammer, sans véritable répit.

Dès février 2020, nous avons été alertés par nos confrères italiens sur le «raz de marée» de patients graves qui submergeait leur capacité de soins critiques. Ils nous décrivaient l'exercice obligé d'une médecine différente et du bouleversement des valeurs : « Ce n'est pas la gravité du patient individuel qui est inédite, mais la quantité de patients... », « Il nous est confié ce jour l'incroyable expérience de la caducité et de la vulnérabilité humaine ; ils arrivent par milliers, on essaye de les guérir, on est inefficaces, ils meurent, une génération est décimée. Je ressens la blessure de l'autre d'une façon inédite »<sup>1</sup>. Dans une situation de crise de cette ampleur,

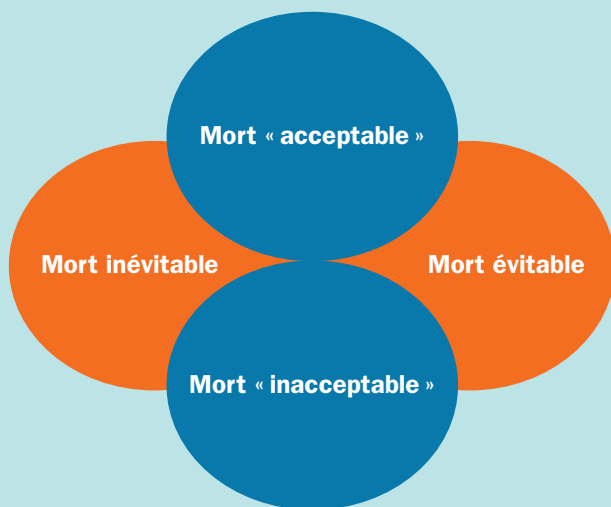
en condition de pénurie de ressources, on peut considérer que quatre catégories de patients peuvent être amenées à mourir : les morts inévitables, ce sont les patients au-delà de toutes ressources thérapeutiques du fait de la sévérité de la maladie ou du terrain ; les morts évitables, ce sont les patients qui pourraient être sauvés s'ils pouvaient bénéficier de soins de meilleure qualité ou d'une meilleure organisation ; les morts «acceptables», ce sont les patients très âgés ou polyopathologiques dont l'espérance de vie naturelle est réduite ; enfin, les morts «inacceptables», ce sont les patients jeunes sans comorbidités majeures et dont la mort était évitable (figure 1). L'objectif du tri, dans ce contexte, est d'essayer de n'avoir aucune mort «inacceptable» et de limiter au maximum les morts évitables.

Pour répondre à cet enjeu et essayer d'éviter d'être face à des situations insupportables, le défi que nous avons relevé a été d'arrêter toute activité interventionnelle et chirurgicale non urgente afin d'armer des lits de soins critiques «hors les murs» de nos réanimations dans les blocs opératoires, appelés alors «réanimation éphémère», en redéployant les personnels. Il a été aussi nécessaire de nous réorganiser pour souvent doubler les gardes de nuit et de week-end, repenser nos organisations de travail, faire travailler ensemble des soignants qui n'en avaient pas l'habitude et assurer la protection des équipes. L'objectif affiché a été, pour tous les patients qui le requéraient, de garantir un accès à des soins de réanimation de qualité. Nous avons pu ainsi quasiment doubler la capacité de lits de réanimation au mois d'avril 2020, puis réaliser des évacuations sanitaires dans les régions moins en tension, voire dans certains pays voisins.

1. <https://giviti.marionegri.it/covid-19/>

figure 1

### Décès possibles en réanimation





Parallèlement, dès mars 2020, afin d'anticiper le possible basculement d'une situation de tension à une situation de saturation, la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar), conjointement avec le Service de santé des armées, a émis des préconisations concernant la priorisation des traitements de réanimation pour les patients en état critique, en situation d'épidémie de Covid-19, avec capacités d'accueil de réanimation limitées [43]. Le but de cette publication était d'apporter des éléments objectifs d'aide à la décision pour les praticiens de terrain, lors d'une situation de saturation, de les partager avec les décideurs institutionnels mais aussi avec la population. Dans le même temps, nous avons réaffirmé les repères éthiques indispensables à considérer dans ce contexte<sup>2</sup>. En effet, des risques de dérive ont bien été identifiés : une temporalité compromettant le temps nécessaire à la délibération qui précède la décision et le temps nécessaire à l'acceptabilité d'une décision par les proches comme par les soignants ; une éthique d'exception renonçant aux valeurs du soin et laissant la place à l'arbitraire ; une exclusion des plus vulnérables par une logique d'efficience. C'est pourquoi il était important de rappeler que toute décision de priorisation intègre la dimension éthique et respecte les grands principes communs que sont l'équité, la bienfaisance, l'autonomie et la non-malfaisance, sans jamais nier la singularité des situations.

### Engager une réflexion éthique collégiale

Décliné d'un point de vue opérationnel, cela implique d'anticiper au maximum les actions pour s'extraire de l'urgence, de respecter les volontés du patient (autonomie), de maintenir un niveau de collégialité avant la prise de décision. Il faut aussi baser les critères décisionnels d'admission sur des éléments objectifs et transparents potentiellement évolutifs, comme l'état de gravité, les antécédents, l'âge, la fragilité, les comorbidités associées, l'autonomie antérieure. Aucun de ces critères pris isolément ne saurait suffire à justifier une inégalité d'accès aux soins, même si l'âge comme l'existence d'un handicap sont nécessairement intégrés à une réflexion sur le pronostic. Comme l'indique le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) dans son avis du 16 novembre 2020 : « *Aucun critère unique, aucun arbre décisionnel ou protocole ne doivent être utilisés sans engager une réflexion éthique collégiale au cas par cas* » [16]. L'exemple le plus illustratif est de ne pas admettre en réanimation des patients dont la mort serait inévitable pour permettre une attribution des lits aux patients dont la mort serait évitable. De la même façon, il faut prioriser l'admission en réanimation des patients dont la mort serait « inacceptable ». En pratique, en situation de saturation, nous sommes contraints à limiter d'abord la réanimation aux patients dont la mort est inéluctable puis à ceux dont la mort est « acceptable ».

2. <https://sfar.org/comite-ethique-a-propos-des-decisions-medicales-dadmission-des-patients-en-unite-de-soins-critiques-en-context-pandemique-quelques-reperes-ethiques/>

Une fois le patient admis, il faut aussi tenir compte de l'évolution sous traitement maximal après un délai raisonnable. Une non-amélioration, voire une aggravation, peut amener à discuter une limitation ou un arrêt des traitements au titre de l'obstination déraisonnable (non-malfaisance) et du concept de futilité des traitements, et ce afin de redistribuer des ressources rares. Quelle que soit la décision, les soins de confort au patient doivent être assurés dans le cadre d'une prise en charge palliative, répondant ainsi au principe de bienfaisance.

Une autre difficulté a été, dans les régions les plus en difficulté, de choisir quel patient transférer dans le cadre des évacuations sanitaires, sachant qu'un tel transport peut aggraver la situation clinique et fait donc prendre un risque au patient. Le choix doit se porter sur des patients de gravité intermédiaire, plutôt que de faire courir un risque aux cas les plus graves ou au contraire aggraver l'état de ceux pour lequel le séjour pourrait être rapidement favorable. Lors de la première vague, ces choix ne se sont confrontés à aucune réticence des familles. Mais, au fil du temps, les refus des familles se sont multipliés, ces dernières refusant d'envoyer leur proche loin d'eux, au bénéfice d'un autre patient.

L'accès aux lits de réanimation n'est en réalité que le « sommet de l'iceberg ». La gravité des patients atteints de Covid-19 a conduit à prioriser leur prise en charge en retardant les prises en charges médicales et chirurgicales de tous les autres patients. Si les urgences vitales ont continué à être prises en charge, de très nombreuses activités se sont arrêtées pour faire la place aux patients Covid. C'est finalement la stratégie « premier arrivé, premier servi » qui s'imposait par elle-même. Cette stratégie, très présente lors de la première vague, a montré ses limites, avec de réelles pertes de chances pour les patients « non Covid ». Un excès de mortalité pour ces derniers a ainsi été documenté, notamment pour les patients souffrant de maladies coronariennes ou de cancers.

Toutes les régions n'ont pas eu le même niveau de difficulté, certaines ont été en tension mais jamais en situation de saturation. D'autres y ont été directement confrontées. Cette situation laissera des traces dans les équipes qui devront être accompagnées au sortir de cette crise, pour limiter la survenue du syndrome de stress post-traumatique. Après la crise, il sera nécessaire, comme le préconise le CCNE, d'avoir une réflexion collective, en concertation avec des représentants d'usagers, sur l'allocation des ressources dans un contexte de rationnement et sur les principes de justice distributive [16].

Durant cette crise, le manque de place en réanimation a placé certains de nos confrères en situation de rupture avec leurs conditions habituelles d'exercice. C'est pourquoi il est nécessaire de rappeler qu'en cas de situation exceptionnelle de saturation la notion de triage est conforme à l'éthique, pourvu qu'elle s'appuie sur des éléments objectifs partagés, sans jamais perdre de vue la singularité de chaque situation. Une situation exceptionnelle ne doit pas conduire à une éthique d'exception. ●