

Choix tragiques au temps du Covid

Dans un document de travail élaboré par des [réanimateurs marseillais](#), un tri pourrait se faire parmi les patients Covid, du fait du manque de places disponibles en réanimation. Dans le scénario-catastrophe que les réanimateurs prédisent, les patients de plus de 65 ans, fragiles, pourraient ne pas être admis. Le débat sur la [priorisation des patients Covid](#) n'est hélas pas nouveau. La situation en fin d'été aux Antilles a encore révélé que tous les patients ne pouvaient être admis en réanimation, faute de place. La situation en métropole risque, encore une fois, de souligner combien ce problème à la fois éthique – qui admettre ? – et politique – de combien de lits disposons-nous ? – risque d'entraîner des conflits au sein des hôpitaux et de de la société civile.

Trier en réanimation au temps du Covid

Idéalement, en cas d'adéquation entre les besoins et les ressources, le devoir des soignants est d'admettre en réanimation tout patient pouvant en bénéficier, selon un principe individuel de proportionnalité – justifié selon des critères médicaux (état du patient, comorbidités) et non médicaux (volonté du patient, degré d'autonomie, etc.) – et selon un principe collectif d'égalité d'accès aux soins. En cas d'inadéquation entre les besoins et les ressources, devenue « habituelle » dans un contexte de macro-allocation à l'échelle du pays choisissant de prioriser tel ou tel service public, ou « inhabituelle » en cas de catastrophe sanitaire, le principe d'utilité – sauver le plus grand nombre de vies – semble moralement justifié. Dans cette perspective, les sociétés savantes de réanimation ont émis, en avril 2020, des [recommandations](#) portant sur des critères les plus objectifs possibles d'admission en réanimation de patients Covid, afin d'éviter aux soignants de prendre des décisions arbitraires sous le coup de la fatigue et de l'émotion. Ainsi, les décisions d'admission ou de non admission en réanimation reposaient selon ces critères de triage sur la gravité des cas, privilégiant de fait les patients ayant le plus de chance de survivre. Aucun critère d'âge n'était admis, même s'il est clair que les plus âgés, jugés trop fragiles, ne pouvaient bénéficier des soins de réanimation dans ces situations d'afflux massif de patients. Il est difficile de savoir si ces recommandations ont pu être évaluées au sein de chaque hôpital, mais il semble toutefois qu'elles aient recueilli l'assentiment du plus grand nombre de soignants, même si des débats ont pu avoir lieu, par l'intermédiaire de comités d'éthique locaux ou non, sur la pertinence de ces critères perçus parfois comme trop arbitraires. Dans tous les cas en effet, ces pratiques de triage ont conduit à des dilemmes moraux pour les soignants, les patients et les familles.

Rendre compte des bonnes raisons des choix

S'il est nécessaire de reconnaître à la décision d'attribuer le dernier lit disponible au patient gravement atteint une part d'arbitraire – et toujours de subjectivité, en acceptant ce patient là en face de soi plutôt qu'un autre –, il convient de le faire « en toute connaissance de cause », et d'être capable de rendre compte aux patients et aux acteurs impliqués, des « bonnes » raisons de nos choix, *explicitées, justifiées et partagées*, associant réflexion sur la pertinence des critères, nécessité de rendre public ceux-ci, possibilité de révision des critères selon les contextes. De plus, afin d'assurer l'application des conditions de pertinence, de publicité et de révision, des mécanismes de régulation publique ou volontaire devraient être mis en place.

Or, il faut bien reconnaître que dans la situation sanitaire actuelle, centrée sur les patients Covid, ces conditions d'acceptation des règles de priorisation ne sont pas réunies. Si le choix tragique de ne pas admettre des patients Covid en réanimation peut reposer sur des critères d'allure objective, révisés selon les circonstances dramatiques de manques de lits, comme le suggèrent les réanimateurs marseillais en évoquant un seuil d'âge, leur validation par les régulateurs publics et par les citoyens n'est pas bien explicitée. N'est pas non plus évoquée l'exclusion des patients non Covid, comme le suggère pourtant les [taux catastrophiques des déprogrammations](#), conduisant de ce fait à une perte de chance majeure pour ces patients non infectés et à une forme de « tri de l'ombre ». Est-il admissible, presque deux ans après le début de l'épidémie, que des questions de cet ordre puissent encore se poser ? Quelles leçons ont été tirées des situations tragiques vécues dans certaines régions au cours des vagues précédentes ? Pourquoi ne pas avoir donné les moyens aux hôpitaux et aux soignants d'éviter que ces situations de tri tragique se répètent ? Pourquoi juger ces réanimateurs effrayés par le tsunami qui s'annonce, anticipant le pire – trier au-delà de l'innommable – pour que celui-ci ne survienne pas ? Le fatalisme (ou l'incompréhension, voire la colère) de nos concitoyens et des soignants qui sont restés dans nos hôpitaux publics – certains sont partis, épuisés – face aux vagues successives se double d'une inertie incompréhensible des décideurs politiques face au manque de moyens dénoncés pourtant depuis des années, hors Covid.

Pour justifier et accepter les conséquences de ces pratiques de triage, la réflexion éthique – entre une éthique de conviction et une éthique de responsabilité – doit se faire en toute transparence et être communiquée au plus grand nombre, au sein des institutions et de la société, afin de faire en sorte que les soignants et les patients ne deviennent pas les otages du manque d'anticipation des décideurs, et que ces questions deviennent des objets de réflexion politique et démocratique, recherchant un accord pour une justice distributive collectivement négociée.

Philippe Bizouarn

Médecin, Service d'Anesthésie-Réanimation, Hôpital Laennec, CHU, Nantes

Dr en philosophie, Laboratoire Sphere, Université de Paris