

Alain Loute, Professeur d'éthique clinique, Faculté de médecine, Université Catholique de Louvain

Penser le tri au-delà d'une éthique du canot de sauvetage

Au cœur d'une 4^{ème} vague de Covid-19, le spectre du tri réapparaît. Rarement un terme comme celui-ci aura pu cristalliser des réactions si contrastées pendant cette crise. Pour certain-es, il renvoie à un imaginaire eugéniste des plus sombres. Pour d'autres, cette exposition médiatique du tri tend à le dramatiser, alors qu'il constituerait une pratique normale et routinière, balisée par des recommandations, guidée par le savoir-faire, la collégialité et l'éthique des professionnel·les.

Je me propose dans cet article de revenir sur l'éthique médicale du tri. Je la présenterai en m'appuyant sur différents avis produits par des comités éthique et des sociétés savantes dès mars 2020. Ces textes ont permis de rappeler, dès le début de la crise, que l'éthique du tri n'est pas une « éthique dégradée ». Si elle reste indispensable, cette éthique du tri médical apparaît cependant, un an et demi après le début de la crise, dans ses limites et son étroitesse. La scène de la salle des soins intensifs sur laquelle elle se focalise apparaît de plus en plus n'être qu'un segment abstrait d'un plus large continuum spatio-temporel du tri. Je terminerai en questionnant ce micro-cadrage de l'éthique du tri sur ce que des bioéthiciens ont appelé « *l'éthique du canot de sauvetage* ».

QU'EST-CE QUE L'ÉTHIQUE DU TRI ?

« *Le tri consiste à prioriser des patient-es individuel·les (à les faire attendre ou non, à les inclure ou non) dans leur accès à des soins ou à des recherches cliniques, en vue d'utiliser de la manière la plus pertinente, la plus efficace et la plus juste possible des ressources limitées¹* ». Pourquoi la priorisation des patient-es s'est-elle imposée dès le début de la crise ? Assez rapidement, la gestion des admissions de malades gravement atteint-es par le Covid au sein des unités de soins intensifs (USI) a constitué un véritable enjeu. Outre la question de l'accès aux USI, s'est posée également la question de l'allocation des systèmes de ventilation artificielle. Le coronavirus pouvant provoquer une pneumonie aiguë, ce qu'on nomme « syndrome respiratoire aigu sévère », de nombreux malades risquent d'avoir besoin de tels systèmes permettant de les maintenir en vie. Un des enjeux a été rapidement d'éviter la saturation des places en USI et une pénurie de respirateurs.

Dès mars 2020, des discussions ont été amorcées au sein des hôpitaux sur la manière de gérer la disponibilité de ces ressources. Ces discussions ont été dès le début indissociablement organisationnelles et éthiques. Dans ce contexte, des sociétés savantes et des comités éthiques ont rédigé des recommandations pour guider les soignant-es face à de potentiels choix tragiques à effectuer. Essayons de dégager le cadre commun que tracent ces textes. Tout d'abord, ils s'accordent sur un premier impératif éthique : « *augmenter les ressources et optimiser les moyens disponibles* » (CCNE²), notamment « *en postposant les soins médicaux non urgents et en transformant les unités non intensives en unités de soins intensifs* » (SIZ³).

1 Lefève C., « La pandémie, révélateur de l'extension du domaine du tri », in F. Worms, *et al.*, *Le soin en première ligne*, Paris, PUF, 2021, pp. 111.

2 Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé, *Enjeux éthiques de la prise en charge et de l'accès aux soins pour tous en situation de forte tension liée à l'épidémie de Covid-19*, 16 novembre 2020.

3 *Ethical principles concerning proportionality of critical care during the 2020 COVID-19 pandemic in Belgium: advice by the Belgian Society of Intensive care medicine.*

Un autre point commun relie ces rapports. Ils posent tous l'efficacité médicale comme déterminant premier de toute décision d'allocation de ressources rares. C'est le principe de la « proportionnalité des soins » qui doit guider les choix de priorisation. L'accès aux services et aux ressources de la médecine intensive doit être réservé aux « *patient-es pour lesquelles un résultat favorable ou pour le moins satisfaisant peut-être attendu après la prise en charge hospitalière* » (SIZ). Plusieurs avis listent des paramètres cliniques à prendre en compte et recommandent, pour l'estimation de l'état préalable du patient, de s'appuyer sur le score de fragilité, l'évaluation des fonctions cognitives, etc. Les recommandations s'accordent sur le fait que ces critères médicaux ne peuvent constituer des critères formels a priori. Il faut toujours relier la prise en compte de critère généraux à une prise en charge individualisée de chaque patient-e, soucieuse de sa singularité clinique antérieure et de son évolution.

Dans le scénario d'une saturation complète des USI, des médecins pourront être amenés à sélectionner un nombre limité de patient-es parmi tous ceux et celles qui seraient, en temps normal, éligibles au bénéfice des soins intensifs. Le jugement de la proportionnalité des soins ne suffit plus alors à guider le tri des patient-es. Toutes les recommandations indiquent que le jugement médical doit alors s'articuler à un « principe éthique de justice distributive » (RPMO⁴). Plusieurs principes existent. Pour l'utilitarisme, la distribution juste est celle qui maximise l'utilité définie en nombre de vie ou d'années de vie. Autre exemple : le principe de l'égalitarisme impose de traiter tout le monde de la même manière (par tirage au sort, etc.). Une réflexion sur des critères de justice distributive peut choquer, mais c'est la garantie que ce choix ne se fasse pas de manière arbitraire ou implicitement sur des éléments discriminants (sexe, religion, handicap, etc.). Le principe de justice distributive qui domine dans les recommandations, même si d'autres sont parfois évoqués, est celui de l'utilitarisme.

En résumé : il faut suivre le principe de l'efficacité médicale puis, si nécessaire, celui de la maximisation des vies sauvées. Précisons encore que les rapports s'accordent sur l'importance d'une procédure collégiale, de la transparence et la communication avec le patient, notamment dans le cadre de l'établissement, lorsque c'est possible, de directives anticipées.

LES LIMITES DE LA MÉTAPHORE DU CANOT DE SAUVETAGE

Ce cadre de l'éthique médicale du tri a plusieurs vertus. Il a permis de rappeler que la crise ne justifie pas une éthique dégradée ou que le seul critère de l'âge ne peut légitimement motiver une décision de tri. Dans un contexte actuel où les non-vacciné-es sont de plus en plus stigmatisé-es comme les responsables de la crise, ce cadre éthique refuse également de justifier la priorisation en fonction du choix de se faire vacciner ou non.

Ce cadre aura cependant eu des effets, au-delà du cercle des professionnel·les, qui sont pour le moins ambivalents. Pour certain-es, il aura permis de faire œuvre de pédagogie sur la nature médicale du tri. Pour d'autres, ce cadre aura contribué à donner aux débats sur le tri la forme de la « métaphore du canot de sauvetage ». Dans *Thieves of Virtue*, Tom Koch, montre combien l'imaginaire du naufrage a nourri les réflexions éthiques sur le triage en médecine. Plus particulièrement, ce qui a nourri l'éthique médicale ce sont les dilemmes auxquels sont confrontés les marins dans un bateau qui coule et sur lequel il n'y a pas assez de canots de sauvetage : qui peut monter sur le canot ? Qui faut-il sacrifier ? Le problème de cette métaphore est qu'elle focalise la réflexion sur la distribution de ressources rares et ne questionne pas l'origine de cette rareté. Elle est considérée comme un « hors cadre »

4 Recommandation professionnelle multidisciplinaire opérationnelle, *Aspects éthiques et stratégiques de l'accès aux soins de réanimation et autres soins critiques en contexte de pandémie COVID-19*.

Or, de nombreux travaux ont montré que nos systèmes de santé sont organisés suivant un continuum de tri. Bien éloignées de la micro-scène du tri en USI, des politiques de macro-allocation des moyens trient en amont les ressources disponibles pour les acteurs·trices sur le terrain. De nombreuses voix se sont ainsi élevées pour dénoncer le fait que la situation de rareté actuelle est la conséquence de politiques de restriction budgétaire, d'une impréparation et de problèmes de coordination. De même, pour pouvoir améliorer la situation des ressources en USI des soins ont été reportés, des opérations annulées, etc. De nombreux articles rapportent ainsi un excès de mortalité pour les patients non-Covid⁵. Comme l'affirme encore Gérard Raymond président de France Assos Santé, « *la déprogrammation, c'est un tri de patients qui ne dit pas son nom* ». Dans une tribune publiée le 6 avril 2021 dans *Le Monde*, un collectif de chirurgiens et chirurgiennes en appelle à « *fixer des limites à cette stratégie de déprogrammation afin de continuer à répondre à tous les besoins de santé publique* ».

LE TRI COMME INSTRUMENT DE GOUVERNEMENT

Mon propos ici n'était pas de critiquer l'éthique du tri produite par les sociétés savantes, ni même l'éthique des professionnel·les. Un·e médecin en soins intensifs n'est bien entendu pas responsable des tris qui ont eu lieu en amont. Face à la singularité de la situation auquel il ou elle est confronté·e, sa responsabilité est d'évaluer l'efficacité médicale de son action et d'agir dans les contraintes données de ressources limitées. Ce qui est à questionner c'est le rôle que la médiatisation de ce micro-cadrage éthique a pu jouer. De manière consciente ou inconsciente, la scène de naufrage que constitue la salle des soins intensifs a constitué un instrument de gouvernement dans ce contexte incertain de la crise. Pas une journée sans que les medias ne présentent une scène de soins intensifs ou que les chiffres d'hospitalisation ne soient annoncés. Un tel paramètre constitue toujours aujourd'hui un baromètre essentiel pour gouverner pendant la crise. Il constitue un point de repère qui permet une coordination des actions.

Mais le prix à payer n'est-il pas de mettre hors-cadre les autres scènes du tri ? Les associations de patients ne pourraient-elle pas contribuer à rendre visible celles-ci ? Plutôt qu'exercer un pouvoir de disciplinement de la population, le tri n'aurait-il pas gagné à s'ouvrir à la démocratie sanitaire ?

5 S.H. Woolf, D.A. Chapman, R.T. Sabo, et al. (2020). Excess deaths from COVID-19 and other causes, march-april 2020. *JAMA*, 324, 510-513.