

L'ETHIQUE DANS LA PRIORISATION DES SOINS

Démarche :

Étudiant en médecine militaire je m'applique dès ma deuxième année à ne pas me restreindre à ce domaine.

Dans un premier temps je me plais à penser seul, à coucher sur le papier mes déboires de grand adolescent qui rencontre ces questions différenciant l'âge enfant de l'âge adulte, puis la réalité me rattrape : je n'ai pas le temps, pas le temps de tout faire, de tout voir, de tout penser. Alors au décours d'une lecture de Sénèque je comprends qu'il est nécessaire que j'explore les écrits de nos anciens qui ont, pour nous, essayé de nous faire gagner un temps précieux en « théorisant » la manière la plus judicieuse de vivre, pour nous, avec, et pour les autres.

Maintenant en 4^e année de médecine je croyais encore innocemment que la réponse à toutes les questions se trouvait dans les livres mais c'était sans compter sur une situation que personne n'avait connue auparavant (donc sur laquelle personne n'a pu écrire/théoriser) : une pandémie mondiale dans un contexte de pénurie de places dans un système de santé débordé.

Ma solution Sénéquienne, celle de se replonger dans les connaissances passées, recréant un débat fictif entre deux philosophes atteint ses limites : personne n'avait un jour eu un avis sur ça.

L'éthique est au centre de la pratique médicale et on ne cesse de se demander quotidiennement si nos pratiques sont « bonnes, avec et pour les autres » pour citer Paul Ricœur, un incontournable de nos cours de première année.

Et lorsque-en stage je constate, comme vous depuis l'extérieur, une tension telles sur le système hospitalier qu'on en vient à reporter des opérations, à sélectionner des patients sur des critères de survie pour une sainte place au sein de notre établissement de santé, je me demande si la santé devrait être une histoire de priorité.

La question ici que je me pose n'est évidemment pas celle de l'égalité d'accès au soin dans un système qui n'est pas sous tension. Car la réponse est évidente. Mais dans un contexte de limitation de l'offre de soin (par pénurie/ ou surcharge globale par une pandémie par exemple), il paraît indispensable de classer des patients, selon quels critères ? L'éthique est-elle ici en accord avec notre pratique ?

Ici un parallèle flagrant se présente avec le domaine dans lequel j'étudie ; le triage en médecine de guerre. Et m'offre l'opportunité d'apporter un point de vue militaire à une problématique civile.

Résumé :

S'impose tout d'abord à nous la définition de l'éthique afin de comprendre comment cette dernière peut être mise à mal par une pratique médicale en condition dégradée.

Nous ferons alors un tour d'horizon des différentes situations ayant mis ou susceptible de mettre à mal notre système de soin, de détériorer notre pratique médicale en imposant un triage.

Alors nous essayerons d'approfondir cette notion de triage, à l'aide d'exemples concrets, et de proposer des pistes de réflexions pour prioriser une pratique éthique dans un système de soin sous tension.

Bibliographie :

« La médecine du tri, histoire, éthique, anthropologie » - Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem - 2014

« Nouveau concept de triage en médecine de catastrophe » - Pierre CARLI, Catherine TÉLION – 2016
« Le triage, principe et évolution » Médecin Anesthésiste Réanimateur Benoit VIVIEN - 2014
« Le triage en structure d'urgence » Société Française de Médecine d'Urgence ; www.sfmur.org ; 2013
« Mémoire de chirurgie militaire » Dominique Larrey -1812
« ARS Ile de France, recommandations COVID 19 » 2020
« Le triage médical et ses fantômes : a-t-on décidé de sacrifier les vieux ? » - France Culture - Chloé Leprince - 10/04/2020
« Comment la France a perdu près de 80 000 lits d'hospitalisation publics en vingt ans » - France Info – Noé Baudin – 09/11/2021.
« Critères d'admission et modalités de prise en charge en réanimation en contexte pandémique : Position de la Commission d'Éthique » - 20/03/2020.

Introduction

La pratique médicale idéale est éthique, et responsable, la pratique médicale réelle essaie de l'être mais la pratique médicale en condition dégradée peut-elle encore prétendre à ça ?

Il s'agira ici de se questionner sur le sens des priorités dans une gestion d'un grand nombre de blessé ; le triage va-t-il venir mettre à mal l'éthique ? Quels sont les conditions importantes à appliquer pour respecter au mieux la justice des décisions médicales ? Aujourd'hui respecte-t-on ces conditions ? Comment faire au mieux pour exercer en accord avec l'éthique quand la situation se dégrade ?

Cet essai se déroulera en cinq temps et aura pour but de répondre à ces questions précédemment posées.

Dans un premier temps nous nous intéresserons aux définitions nécessaires pour la suite du développement, nous verrons ensuite la nécessité du triage avant de se pencher sur sa dissonance avec l'éthique. Enfin nous verrons différentes approches permettant de faire le choix du triage pour ensuite évoquer la situation actuelle dans la crise de la COVID 19.

1- Introduction aux notions évoquées

A) L'éthique et la morale : un idéal.

Historiquement tout grand penseur se pose cette question, comment vivre mieux ? Pour soi mais aussi pour les autres. C'est ainsi que la notion de morale émerge régie par des valeurs relatives à chacun. Dans un second temps cette morale va être complétée par l'éthique qui va venir statuer sur des comportements acceptables ou non (professionnels ou non).

Dans les métiers de soins nous sommes particulièrement bercés par Paul Ricœur, philosophe du XXe siècle qui définit plutôt l'éthique comme « La visée de la vie bonne avec et pour les autres dans des institutions justes » tandis que, pour lui, la morale prend un aspect plus normatif et obligatoire, marquée par des normes et des obligations caractérisées par une exigence d'universalité.

C'est sur la définition plus large de Paul Ricœur que nous baserons notre raisonnement car la notion de justice des institutions paraît primordiale.

Aujourd'hui, avec l'essor des sciences il est évident que de nouvelles questions s'ouvrent à nous et remettent sans cesse en cause l'aspect éthique de notre pratique médicale. Dans ma pratique professionnelle nous pouvons parler de bio-éthique, qui met en lumière les problèmes posés par la recherche dans le domaine de la biologie, la médecine et la génétique.

C'est donc avec la certitude que la morale et l'éthique sont indispensables à une pratique humaine des soins que nous continuerons notre raisonnement.

B) Un système de soin

Un système de soin est défini comme « l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif est d'améliorer la santé ». En France le système de soin comprend 5 composantes :

- 1- Les offreurs de soin (comprenant, entre autres, les hôpitaux et tout le personnel qui y travaille)
- 2- Les producteurs de bien (l'industrie pharmaceutique)
- 3- Les institutions publiques comme la HAS (Haute Autorité de Santé) , les conseils départementaux, le parlement
- 4- Les financeurs
- 5- Les bénéficiaires

Ce système a pour but de « garantir à tous [...] la protection de la santé » (Alinéa 11 du préambule de la Constitution de 1946)

C) Sous tension

Aujourd'hui ce système de soin présente certaines failles :

- Une pénurie de lits évoluant depuis plusieurs années, qui oblige l'hôpital public à naviguer à flux tendu.
- Une pénurie de personnel en partie expliquée par la fuite dans le privé
- Un manque d'attractivité du secteur public qui aggrave encore la pénurie de personnel.

Mais le reste de notre raisonnement ne va pas avoir pour but de combler une à une chaque faille mais plutôt d'admettre que le système à certains moments de son histoire sera forcément dépassé et qu'il va y avoir un déséquilibre entre les offreurs de soins et les demandeurs.

Les situations par exemple qui sont capables de mettre à mal notre système de soin seraient :

- Une pandémie mondiale (avec une occupation des lits en soins critique et en réanimation atteignant des records)
- Une attaque terroriste d'une ampleur importante (comme l'épisode du Bataclan le 13 novembre 2015).
- Un accident de train / métro / avion.
- Une guerre de haute intensité ; prenons l'exemple de l'exercice WarFighter, une simulation Franco -Britannico - Américaine de guerre de haute intensité montre une perte de plusieurs milliers d'homme en seulement deux jours, sur une opposition de deux brigades (deux fois 10 000 hommes) uniquement. Inutile de dire que dans ces conditions-là, le soutien sanitaire apporté aux combattants sera forcément débordé.

Notons que le domaine de la médecine de guerre et la médecine d'urgence semble avoir déjà fait face au problème que rencontre le système de santé français aujourd'hui.

2- Faire des choix devient une nécessité

« Choisir c'est renoncer », certes, c'est renoncer à donner autant de chance à tout le monde.

L'égalité de soins devient alors une chimère et dans le contexte de la crise contre la COVID 19 il a fallu faire des choix entre plusieurs patients. Quand l'attribution d'un lit est si importante, le chef de service doit peser le pour et le contre de chaque patient, pour savoir s'il est « éligible » à ce saint-lit.

Alors quel est ce principe de triage ? Est-ce nouveau ? Remet il en cause l'égalité d'accès aux soins et la justice des institutions ?

A) L'histoire du triage

- Une spécialité d'abord militaire

Dans nos études de médecine militaire on a la chance d'apprendre rapidement les belles histoires de nos anciens. Parmi elle, celle du Baron Larrey, homme « le plus vertueux » selon Napoléon I^{er}.

Le Baron Larrey est « chirurgien de la grande armée » et prône une médicalisation de l'avant. Il crée les ambulances volantes pour venir prodiguer des soins sur le champ de bataille aux blessés. Alors qu'avant lui, on soignait le plus gradé avant les autres désormais on soigne par la loi de la survie du plus grand nombre.

*“On commencera toujours par les plus dangereusement blessés, sans égard aux rangs et aux distinctions”.*¹

Lors de la première guerre mondiale le triage connaît une évolution et le triage se fait à tous les niveaux par la nécessité d'accès à la chirurgie. Ce sont donc les prémices du triage moderne que l'on connaît aujourd'hui en médecine de catastrophe ou en médecine de guerre.

- Repris dans le domaine de l'urgence civile

Dans les années 1960-80 il devient nécessaire d'améliorer la prise en charge de l'urgence en ville.

Un évènement en particulier va pousser à une table ronde au sein de la Brigade des Sapeurs Pompier de Paris : L'incendie de la cartoucherie de Gévélot. C'est alors que de nombreux médecins de la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris (anciennement médecin militaire en Indochine) se rassemblent pour donner naissance au « plan rouge » dans lequel est adapté le concept de triage des militaires (avec certaines modifications). Ce plan rouge sera mis en œuvre lors de tous les attentats que la France a connus, permettant une meilleure gestion des victimes, dans leurs traitements et leurs évacuations.

L'association Médecin Sans Frontière a aussi eu l'occasion de mettre œuvre des procédures de triages lorsque qu'elle est amenée à intervenir en Haïti, en 2010 suite au séisme et tsunami.

En 2014 le Médecin Anesthésiste Réanimateur Benoit VIVIEN, décrit l'adaptation de la médecine d'urgence et du triage lors d'une présentation. Il achève cette dernière par deux

¹ « Mémoire de chirurgie militaire » Dominique Larrey -1812

diapositives traitant de « l'adaptation du processus de triage aux maladies émergentes »², un visionnaire

B) Qu'est-ce que réellement le triage ?

- Le principe

Le triage intervient en cas d'afflux massif de blessés, il consiste à prioriser certaines victimes afin de déterminer l'ordre dans lequel elles vont être traitées et évacuées. Le triage intervient dans l'intérêt du collectif, l'objectif est de sauver un maximum de personne.

L'OMS définit l'esprit de la procédure de triage comme cela :

« Les dits patients doivent être répartis en fonction de la gravité de leurs blessures, et les traitements à leur appliquer doivent être décidés selon les ressources disponibles et les chances de survie. Le principe de sélection sur lequel reposent les décisions à prendre en la matière est celui de l'allocation des ressources pour le plus grand bénéfice sanitaire du plus grand nombre »

- Exemple du START ABC

Prenons l'exemple d'un algorithme de triage utilisé dans le sauvetage au combat. Le **START ABC** pour (Simple Triage and Rapid Treatment). Cet algorithme permet en 30 secondes de traiter un blessé selon trois axes (**A**irways / voies respiratoire, **B**lood / hémorragie, **C**onscience). Pour chacun des axes un geste rapide peut être effectué. L'objectif est d'effectuer un tour rapide de la situation pour avoir une idée de l'ampleur des dommages. Ensuite, une fois tous les blessés évalués avec le START ABC, alors une attention plus particulière sera portée à chacun dans l'ordre du plus au moins important.

- Autres exemples

Il existe dans la vie courante d'autres exemples de triage, par exemple dans la file d'attente des urgences, chaque patient voit dans un premier temps un ou une infirmier ou infirmière et se voit attribuer un score évaluant l'urgence de la prise en charge. Ceci explique parfois la longueur d'une prise en charge lorsqu'un patient vient consulter pour un motif banal.

De la même manière sur les plannings de bloc opératoire les programmes opératoires des chirurgiens sont à rallonge et dans certains cas il faut classer les patients par ordre de priorité (exemple ici de la chirurgie cardiaque comme l'évoque Philippe Bizouarn³)

3- Un choix difficile

A) À entendre

Si le triage peut parfois nous paraître injuste c'est parce qu'il va privilégier le collectif au détriment d'une perte de chance individuelle, d'une dégradation de la prise en charge de chacun.

Prenons l'exemple d'une victime en Arrêt Cardio Respiratoire, selon n'importe quel algorithme de triage elle sera classée « noir », cela signifie que son état est trop grave pour justifier qu'on s'attarde dessus.

² « Le triage, principe et évolution » Médecin Anesthésiste Réanimateur Benoit VIVIEN - 2014

³ Philippe Bizouarn a rédigé le chapitre « Triage et éthique dans les pratiques cliniques, variabilité décisionnelle en chirurgie cardiaque et exclusion des patients âgés ou trop graves » p 259-279 du livre « La médecine du tri, histoire, éthique, anthropologie »

Si nous n'avions pas mis en place ce triage elle aurait peut-être pu bénéficier d'une Réanimation Cardio-Pulmonaire et aurait eu une chance (certes faible de s'en sortir).

Pour le médecin qui trie, le patient est souvent un ensemble de symptôme, pour ses proches il reste cependant un frère, un ami ou un parent. C'est dans cette mesure qu'il est difficile de faire entendre raison et que ce choix de ne pas lui donner toutes ses chances peut paraître injuste.

« En réalité le pronostic vital des agonisants déjà mauvais en temps normal devient effroyable lors d'une catastrophe en raison de la précarité des conditions de vie et de soin. »⁴

B) À faire

« L'efficacité du triage repose sur trois postulats, utiles et fragiles : l'équité dans le traitement des individus, l'unicité du mécanisme lésionnel en cause, et l'adoption d'un comportement standardisé »⁵ selon Jean Hervé Bradol. C'est ainsi que les associations comme la Croix Rouge ou Médecins Sans Frontière parviennent à développer rapidement un algorithme de triage (permettant un comportement standardisé des secours), le plus juste possible ; car ils font face à un mécanisme lésionnel unique (ou presque). Lorsque qu'en Haïti les équipes chirurgicales sont déployées, elles ne traiteront que de la traumatologie et ne rencontreront pas ou peu de maladies chroniques décompensées.

Aujourd'hui les médecins font face à d'autres contraintes, par exemple dans la crise COVID-19 ou dans la gestion des victimes d'attentats, il est important de laisser de la place pour l'activité de routine de l'hôpital. Par exemple il faut pouvoir accueillir une césarienne, une décompensation cardiaque sans quoi la mortalité de ces événements (que l'on sait bien traiter, de manière rapide) pourrait exploser.

Alors qu'auparavant *« la question consistait à déterminer pour un patient donné si le bénéfice attendu d'un traitement existe, et s'il est compatible avec ses souhaits [...] dans le cas du rationnement la question consiste à justifier son traitement au regard de son coût pour la collectivité »⁶*.

4- Le juste choix

A) Plusieurs approches pour choisir

N'oublions pas la notion de justice des institutions de Ricoeur, indispensable à une vie éthique. Si l'égalité d'accès aux soins devient une chimère on a des raisons d'espérer que l'accès au soin reste au moins équitable.

Plusieurs approches sont souvent évoquées lorsqu'il s'agit de rationnement. Parmi elles nous retrouvons :

L'approche utilitariste

Cette approche repose sur le « pronostic en année de vie » ainsi qu'en utilité sociale. On priorisera une personne valide qui travaille plutôt qu'une personne au chômage, ou une personne handicapée, dans l'idée que l'on remboursera notre investissement car celui qu'on sauve cotisera pour le système par la suite.

⁴ Jean Hervé Bradol a rédigé le chapitre « En situation de catastrophe : s'orienter, trier et agir » p103-123 du livre « La médecine du tri, histoire, éthique, anthropologie »

⁵ Jean Hervé Bradol dans « La médecine du tri, histoire, éthique, anthropologie »

⁶ Sophie Crozier a rédigé le chapitre « Accès aux soins spécialisés des AVC, approche éthique du rationnement et du triage » p282-298 du livre « La médecine du tri, histoire, éthique, anthropologie »

L'approche égalitariste

Cette approche s'en remet au hasard, l'idée et de trier aléatoirement qui pourra bénéficier des soins, s'en approche aussi l'idée du « premier arrivé ».

L'approche prioritariste

Cette approche va prioriser une certaine catégorie d'individu, sans tenir compte d'autre chose que l'appartenance de l'individu à cette catégorie (c'est l'exemple de l'évacuation du Titanic : les femmes et les enfants d'abord).

Les limites de ces approches

En réalité aucune de ces approches n'est appliquée dans la vie réelle car elles nécessitent à priori de stigmatiser une certaine population (les personnes âgées, les personnes handicapées...) ou alors n'assurent pas une répartition équitable des ressources (comme l'approche égalitariste).

B) Enfin la solution ?

S'il est nécessaire de reconnaître une subjectivité humaine à la décision il convient de la diminuer au maximum et de faire en sorte que la part humaine de cette décision de soin soit justifiée.

C'est lors d'une étude nommée « *The ethics of accountability in Managed Care Reform* » publiée en 1998 que Norman Daniels et James Sabins mettent au point 4 critères que les décisions doivent remplir pour être acceptables⁷:

Relevance (pertinence)

Il est nécessaire que la décision de soin soit basée sur des critères scientifiques pertinents. En médecine, les raisons cliniques sont au premier plan dans le processus de délibération mais il s'agit tout de même de ne pas prendre en compte des critères qui n'ont rien à voir avec l'urgence traitée.

Pour cela il est important d'avoir des recommandations officielles basées sur des faits prouvés ou au moins une évaluation précise des risques du geste envisagé. Par exemple l'Euroscore est un score prédictif de la mortalité post opératoire lors des opérations cardiaques, c'est un critère clinique pertinent à prendre en compte pour trier quel patient pourra bénéficier de la chirurgie cardiaque.

Publicity (publicité),

« *Dans la perspective d'une éthique de la discussion le caractère ouvert du processus permet de lui accorder une grande confiance, les raisons y étant explicitées, justifiées et partagées* ».⁸

Dans l'idéal et dans une logique de regagner la confiance de notre patientèle le système de santé français devrait systématiquement rendre publique toute statistique de santé mais cela ne « *serait pas sans risque* »⁹. La dérive directe d'une publicité excessive est de voir

⁷ Norman Daniels & James Sabin, "the ethic of accountability in Managed Care reform", Health Affairs, 1998, n°17 p50-64

⁸ Philippe Bizouarn p 259-279 du livre « La médecine du tri, histoire, éthique, anthropologie »

⁹ Jeffrey.P Jacobs, Robert J Cerfolio & Robert M Sade « The ethic of transparency" 2009

des patients refuser de se faire opérer par tel chirurgien ou se faire hospitaliser dans telle institution car les chiffres sont moins bons qu'ailleurs sans réellement comprendre les tenants et les aboutissants de ces statistiques/critères.

Appeal (révision)

La possibilité de révision du jugement dans les soins est très importante, mise à part la situation d'extrême urgence, aujourd'hui les décisions de soins non urgentes peuvent faire l'objet d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire ayant pour but de discuter entre professionnels de santé (de différentes spécialités) de certains cas et des solutions à leurs apporter.

Enforcement (application)

Dans l'idée que tout ce qui a été dit soit appliqué, il est utile d'avoir développé des mécanismes de régulations publique ou volontaire qui assureraient l'application des 3 critères précédents.

Pour que cela soit le plus éthique possible il serait idéal de « *mettre en place des procédures de délibération où tous les acteurs concernés par la priorisation s'exprimeraient librement et participeraient réellement au processus décisionnel* »¹⁰

Car selon Norman Daniels « *il ne suffirait pas qu'une autorité morale s'accorde sur des principes régissant les priorités pour justifier toute action de priorisation- laissant ainsi de côté les cliniciens, les patients et le public.* »

5- L'éthique du tri aujourd'hui

A) La situation aujourd'hui dans le cas de la COVID-19

Dès l'année 2020 la France connaît une vague d'hospitalisation sans précédent mettant à genou un système hospitalier fragile. En effet, depuis 2000 la France a perdu 80 000 lits d'hospitalisation. Cela s'explique par un virage « ambulatoire » (les patients passent de moins long séjour à l'hôpital en moyenne) mais pas uniquement. En fermant 20% de ses lits la France était à la merci d'une pandémie comme la COVID-19.

Inévitablement il a fallu trier les patients en déterminant lesquels pourraient accéder à une place en Soins Critiques ou Soins Intensifs, et les autres.

Certaines différences avec les situations rencontrées auparavant :

- La COVID 19 était une toute nouvelle maladie. Il a fallu déterminer rapidement quels étaient les facteurs pronostics. Par exemple « est ce que fumer augmente la mortalité ? », « est ce que l'obésité augmente la mortalité ? », « est ce que l'âge augmente la mortalité ? » et ce problème reste le même face aux variants ; quand l'un atteint quasiment uniquement les personnes âgées présentant des comorbidités l'autre touchera surtout les jeunes et cætera. Il était donc important de se baser sur des critères basés sur une « Evidence Based Medicine » donnés par la Haute Autorité de Santé.

¹⁰ Jennifer L Gibson, Douglas K. Martin & Peter A Singer, "Priority settings in hospitals: Fairness, inclusiveness, end the problem of institutional power differences", 2005

- La publicité des critères, si les Agences Régionales de Santé communiquent dès mars 2020 sur le « *cas particulier de l'absence de lit disponible chez un patient pour lequel l'admission en réanimation est retenue* » elle ne propose pas de données exactes permettant de classer deux patients entre eux pour attribuer ce lit. ¹¹
- L'opinion publique lors de cette crise qui rendait difficile ici la publicité des critères de choix de la part du soignant. Le public n'étant pas forcément à même de comprendre tous les enjeux de la politique de santé publique actuelle (en témoigne un refus vaccinal initial assez important).

Dans le but de maintenir une pratique médicale éthique le Comité Consultatif National de l'Éthique (CCNE) a été saisi en mars 2020 et a mis en place 15 règles dont voici les plus importantes¹² :

« 1 L'âge ne peut pas être retenu comme seul critère d'admission ou de refus d'admission en réanimation. Une évaluation minutieuse des caractéristiques médicales du patient (incluant l'âge, l'autonomie antérieure et l'espérance de vie en bonne santé) et du bénéfice attendu des soins critiques restent les critères essentiels d'orientation des patients. »

« 11. Il est important de garder à l'esprit que l'expérience issue de la prise en charge en réanimation des premiers patients infectés contribuera nécessairement à l'évolution des critères d'admission et des modalités de traitement de l'infection à COVID-19, mais aussi probablement de la réflexion éthique. »

« 13. En cas de dépassement des ressources disponibles, leur répartition tiendra compte des comorbidités des patients, de leur autonomie antérieure, de l'évolution sous traitement en cas de réanimation dite "d'attente" et de leurs chances de survie avec une qualité de vie acceptable après la réanimation. »

En résumé cela vient rappeler l'importance de la pertinence des décisions de soin comme évoqué précédemment. L'évolution des critères d'hospitalisation (cf. 11) témoigne aussi de d'une médecine qui va se baser sur des preuves dans le souci d'être la plus efficace possible. Enfin une aide pour départager deux patients candidats au même lit est évoquée (cf. 13).

B) Les limites éthiques du système de triage moderne

Le tri comme il est appliqué actuellement dans notre système de soin respecte le principe de « faire au mieux ». Comme dit précédemment il paraît parfois injuste s'il est vu de manière individuelle et pour cause, ce système présente quelques défauts que voici :

- Il existe une forte variabilité décisionnelle au sein des professionnels de santé, c'est ce que montre une étude effectuée par Philippe Bizouarn pour illustrer son propos sur la variabilité décisionnelle en chirurgie cardiaque¹³ : 8 cas différents étaient présentés à 15 médecins (cardiologues et chirurgiens). Sur chaque cas le médecin devait décider s'il proposait la chirurgie (avec une note de 1 à 6 indiquant son degré de certitude, 1 voulant dire « oui, certainement » et 6 « non, certainement pas »). Les médecins

¹¹ ARS Ile de France - COVID-19 : Décision d'admission des patients en réanimation et soins critiques -20/03/2020

¹² Critères d'admission et modalités de prise en charge en réanimation en contexte pandémique : position de la Commission d'Éthique de la SRLF du 20 Mars 2020

¹³ Philippe Bizouarn « Triage et éthique dans les pratiques cliniques, variabilité décisionnelle en chirurgie cardiaque et exclusion des patients âgés ou trop graves » dans « La médecine du tri, histoire, éthique, anthropologie »

avaient à leur disposition plusieurs données cliniques dont l'Euroscore (score qui prédit la mortalité post opératoire en chirurgie cardiaque). « Cette enquête a montré qu'il existait une grande variabilité parmi les cardiologues et chirurgiens d'un même centre concernant la décision d'opérer pour certains patients d'âge et de risque différent. »

- Certaines études ^{14, 15} montraient à leur époque que pour classer une soixantaine de patients à l'aide de 10 critères médicaux ou non, beaucoup laissaient des critères non médicaux influencer leurs choix. Elles mettent aussi en évidence que certaines catégories socio-professionnelles sont favorisées (les travailleurs handicapés par exemple).
- La volonté du patient peut aussi entrer en jeu et les médecins évoquent souvent un patient voulant « vivre à tout prix » et « battant » qui sera plus facilement priorisé pour les soins. A contrario il n'est pas rare d'entendre que le patient ne voulait plus vivre et qu'il s'est « laissé mourir ». Cela traduit une dimension qu'on ne peut pas entrer dans un algorithme décisionnel de triage. Certes, on doit respecter ses souhaits, s'il ne souhaite pas se faire opérer ou hospitaliser c'est un choix à respecter mais le médecin va parfois inconsciemment favoriser des « battants » sans critères cliniques évidents.
- Enfin la principale limite du triage, évoquée par Sophie Crozier ¹⁶ est « le devoir de sauver ». C'est un comportement sans fondement rationnel qui consiste en un besoin impératif de sauver une ou plusieurs personnes, souvent en danger de mort, sans prendre en compte le coût ni le bénéfice attendu, notamment en termes de durée de vie. Le devoir de sauver apparaît en conflit avec toute la stratégie de triage évoquée précédemment. La médiatisation de la victime (enfant tombé dans un puit) la présence de témoin (arrêt cardiaque dans une salle d'attente des urgences) sont autant de facteurs qui provoquent ce « devoir de sauver ». Ce comportement peut être éthiquement défendable dans le sens où il renvoie à la volonté du soignant de sauver une vie mais il reste un manquement à l'efficacité optimale. Ce devoir de sauver est très inefficace en rapport coût-utilité mais il souligne l'affect humain dans l'action médicale.

Conclusion :

Nous avons, au cours de notre réflexion, exploré la notion de triage en opposant son origine militaire et combattante, au triage actuel dans les hôpitaux.

Il est important de comprendre que lorsque nous sommes confrontés à une situation telle, qui nous impose un rationnement, décider de ne pas faire de triage, c'est décider de faire le choix d'une doctrine égalitariste (qui nous l'avons vu présente le défaut de ne pas attribuer justement les soins).

Le triage prend parfois une dimension politique quand il parvient à produire un consensus dans la répartition de l'aide et des soins dans une population, évitant ainsi les troubles sociaux. Ainsi il se révèle pour ce qu'il est avant tout : un moyen d'affirmer une nouvelle norme sociale de répartition des ressources.

Reconnaître et admettre le manque de moyens médicaux c'est encourager le plus rapidement possible des discussions visant à mettre en place les critères de tri que l'on va

¹⁴ F. Kee, P McDonald, J.R Kirwan. Love Urgency and priority for cardiac surgery: a clinical Judgment analysis, publiée dans le British Medical Journal en 1998.

¹⁵ David Naylor, Carey M. Levinton, Ronald S. Baigrie & Bernard S Goldman. Placing patient in the queue for coronary surgery publié dans le Journal of General Internal Medicine en 1992.

¹⁶ Sophie Crozier a rédigé le chapitre « Accès aux soins spécialisés des AVC, approche éthique du rationnement et du triage » p282-298 du livre « La médecine du tri, histoire, éthique, anthropologie »

appliquer. Comme nous l'avons vu avec la crise de la COVID-19 ces critères de tri peuvent, et même doivent, évoluer avec la pratique clinique.

Enfin, malgré les différents critères évoqués permettant de rendre la décision de soin ou de « non-soin » la plus éthique possible, il est important de se rappeler que le soignant reste humain, avec son affect et ses défauts.

La première chose à faire pour remédier à un problème est d'en prendre conscience, d'inviter ses collègues à faire pareil et pour ma part, je m'appliquerai à veiller à ce que, dans ma pratique professionnelle future, mes choix soient le plus pertinents possibles mais surtout d'avoir l'humanité nécessaire pour pouvoir les expliquer à chaque patient.