

LE VIVRE-ENSEMBLE À L'ÉPREUVE DU VIRUS

A mesure qu'elle s'affirme et gagne les consciences, la crise sanitaire en cours ne cesse de bousculer nos certitudes et ouvre de nouvelles interrogations sur ses conséquences

Frédérique Leichter-Flack

« La question du tri des malades est un enjeu éthique et démocratique majeur »

Le tri médical n'a pas vocation à choisir qui aura ou non droit à la vie, mais à sauver le plus de vies possible, explique cette spécialiste de l'éthique

Faudra-t-il choisir qui tenter de soigner et qui laisser mourir ? Avec les témoignages venus d'Italie du Nord et d'Alsace, avec l'appel martelé à un sursaut de responsabilité de chacun pour éviter la saturation totale des services de réanimation, la sidération grandit face à cette hypothèse d'une pénurie des ressources de survie. Trier entre les vies à sauver fait horreur : c'est la quintessence même du choix tragique.

L'heure n'est pourtant pas à dramatiser davantage, mais à comprendre ce qu'on appelle le tri, afin que la société en prenne conscience et en discute pour la part qui lui revient. Car cette question du tri et du rationnement, surgie dans le débat public, va nous accompagner durablement. L'accès à la ventilation mécanique pour les patients en détresse respiratoire n'est en effet que la pointe émergée d'un continuum du rationnement des chances face à l'épidémie, qu'il faut regarder dans son ensemble : en amont, des hôpitaux chroniquement sous-dotés, ce qui ne laissait pas de marge pour accueillir l'imprévu ; un rationnement de pénurie des moyens de protection face au risque (masques et gels) ; un premier tri téléphonique opéré par la régulation du 15, qui envoie ou n'envoie pas à l'hôpital ; et, en aval, pour la suite, une réflexion à mener sur l'ordre de priorité de la distribution des médicaments et vaccins au fur et à mesure de leur production, quand ils seront trouvés...

Médecine collective

Dans ces conditions de catastrophe, le passage à la puissance tragique et la visibilité soudaine de cette problématique du tri, à laquelle le grand public n'est pas habitué, dissimulent le fait que, loin d'être seulement l'abomination morale que l'on redoute, le tri a précisément été inventé, en médecine d'urgence comme en médecine de guerre, pour remettre de la justice, de l'efficacité et du sens là où ne régnait que l'aléa du fléau – pour reprendre le contrôle du destin de la collectivité menacée de destruction. Le médecin trieur n'est pas l'ange posté à l'entrée du royaume, il n'est pas là pour jouer à Dieu et dire qui aura ou non droit à la vie, mais pour sauver le plus de vies possible, en refusant de se cacher derrière la Providence ou la distribution aléatoire du malheur.

Le tri, en pénurie, opère le basculement d'une médecine individuelle, censée don-

ner à chacun ce dont il a besoin, à une médecine collective, qui oblige le sauveur à prendre en compte, à côté de la victime en face de lui, les besoins de tous les autres au regard du stock de ressources disponibles. D'autres exigences éthiques que celle de la loyauté et du dévouement à l'égard du patient individuel, ou que celle de l'égalisation des chances que constitue la prise en charge prioritaire des plus vulnérables, sont ainsi affirmées : l'utilitarisme, qui vise à sauver le plus de vies possible (même si cela implique de renoncer à sauver cette vie-là qui demanderait à son seul bénéficiaire trop de temps et trop de ressources pour un pronostic trop mauvais), l'efficacité (ne pas gaspiller des ressources médicales rares pour un bénéfice trop incertain), la justice (qui a droit à quoi, s'il n'y en a pas pour tout le monde).

Tous ces principes entrent en conflit en situation de catastrophe, ce qui rend particulièrement sensible le changement de paradigme. Plus le décalage entre ressources et besoins est grand, plus on aura tendance à basculer dans des pratiques de tri dégradées – dont témoigne l'impression d'inversion de priorité qu'on entend aujourd'hui : les patients dont l'état de santé est déjà fragile par ailleurs, les patients de plus de 70 ans dont les chances de récupération après deux semaines de ventilation sont faibles, peuvent être exclus de l'accès en réanimation.

Cependant, la priorisation et le rationnement sont, même en temps normal, des pratiques repérables d'un bout à l'autre de la chaîne de soins, surtout dans le fonctionnement à flux tendu de l'hôpital public. L'impératif de « faire de la place » pour les patients atteints du Covid-19, de desserrer un peu l'étreinte tragique de la pénurie face à l'urgence épidémique, avec ses conséquences en cascade (déprogrammation, fermetures de lits dans les autres services...) rend ces arbitrages ordinaires encore plus difficiles et moralement douloureux, pour des médecins obligés d'assumer des choix qui imposent à leurs patients une perte de chances dans des conditions de rationnement sur lesquelles ils n'ont aucune prise.

En temps normal aussi, du reste, les urgentistes et les réanimateurs ont l'habitude de trier les patients, non seulement pour déterminer une liste d'attente pour la prise en charge, mais aussi pour interroger au regard du pronostic l'indication thérapeutique de la réanimation, pas toujours retenue pour des patients réorientés alors



PLUS LE DÉCALAGE ENTRE RESSOURCES ET BESOINS EST GRAND, PLUS ON AURA TENDANCE À BASCULER DANS DES PRATIQUES DE TRI DÉGRADÉES

vers les soins palliatifs. Aussi ne faut-il pas surinterpréter, dans le contexte actuel de pandémie, les décisions de non-réanimation des patients âgés ou des patients avec comorbidités. L'usage dit « compassionnel » de ressources médicales rares a sa légitimité, en ce qu'il laisse ouverte une fenêtre aux miracles. Mais l'efficacité dans leur distribution, afin de ne pas gâcher des chances qui pourraient mieux servir à d'autres, ne doit pas seulement être interprétée comme un abus marchand dans un domaine où la santé ne devrait « pas avoir de prix ».

Trouver le juste équilibre

En temps normal, ces pratiques de tri, de priorisation, d'arbitrages thérapeutiques restent dans le huis clos du colloque médical. Le contexte actuel, avec l'effroi qu'il suscite, provoque une visibilité soudaine du tri, dans ses aspects les plus spectaculaires, qui n'est pas sans risque. Pour beaucoup de familles de victimes à venir, la conscience du tri subi sera vécue comme une violence supplémentaire dans leur deuil. Il va être important de protéger les médecins contre les risques judiciaires de l'incompréhension ou de la colère du public, comme de les épauler par des recommandations nationales et des commissions d'éthique locales, pour leur épargner de porter sur leurs seules épaules le poids de ces arbitrages moraux. Si l'état de catastrophe implique une suspension des normes éthiques ordinaires, celle-ci doit cependant rester mesurée, surveillée et proportionnée à la gravité en constante évolution de la pénurie. Un juste équilibre doit être trouvé, en termes de communication sur le tri, entre la nécessité de modérer sa visibilité sensationnaliste pour protéger les personnels soignants et celle de faire comprendre au grand public qu'il ne peut pas attendre en situation de catastrophe les mêmes standards de soin qu'en temps normal.

Un afflux non maîtrisé de patients jeunes et en bonne santé préalable, en besoin vital de ventilation mécanique, soulèverait d'autres dilemmes plus graves encore, si, ici ou là, les critères médicaux de pronostic et d'espérance de vie se révélaient insuffisamment pertinents pour opérer le tri. Dès lors que l'expertise médicale ne serait alors plus seule en lice, se demander qui doit décider et selon quels critères apparaît soudain comme un enjeu éthique majeur, auquel la France ne s'est pas vraiment préparée. Pourtant, les pratiques de priorisation morale, dans un Etat démocratique, doivent refléter les valeurs de la collectivité, puisque aussi bien ce serait une mise en abîme sacrificielle de la nation tout entière que cette épreuve, si elle devait dégénérer. Il est impossible, sans doute, au cœur de la crise, de demander son avis au public.

Mais l'exercice de retour d'expérience, après coup, devra inclure une réflexion sur les méthodologies à mobiliser pour s'assurer que les processus de tri soient justes, et une délibération collective non seulement sur le dimensionnement de notre système de santé, mais aussi sur l'investissement financier et comportemental dans la « préparation à la catastrophe ». Au-delà du seul cercle médical, le tri est un enjeu démocratique majeur : mal compris, mal pensé, il peut constituer une violence morale aux effets destructeurs sur le tissu social et la cohésion nationale. ■

Frédérique Leichter-Flack est maîtresse de conférences à l'université Paris-Nanterre et membre du comité d'éthique du CNRS. Elle a notamment écrit « Qui vivra qui mourra. Quand on ne peut pas sauver tout le monde » (Albin Michel, 2015)

