

Philippe Bizouarn Pourquoi ne pas avoir donné les moyens aux soignants d'éviter que se répètent les situations de tri tragiques ?

Le médecin anesthésiste et philosophe regrette qu'aucune réflexion éthique sur le tri des patients face à l'engorgement des services de réanimation n'ait encore été menée ouvertement, plaçant le personnel hospitalier dans une situation difficile

D'après un document de travail élaboré par des réanimateurs marseillais [révélé par le média en ligne Mediapart le 24 décembre 2021], un tri pourrait se faire parmi les patients atteints du Covid-19, du fait du manque de places disponibles en réanimation. Dans le scénario catastrophe envisagé par les réanimateurs, les patients de plus de 65 ans jugés fragiles pourraient ne pas être admis. Le débat sur la priorisation des patients atteints du Covid-19 n'est hélas pas nouveau. La situation en fin d'été aux Antilles a encore révélé que, faute de place, tous les patients ne pouvaient être admis en réanimation. La situation en métropole risque, une nouvelle fois, de souligner combien ce problème à la fois éthique – qui admette-t-il ? – et politique – de combien de lits disposons-nous ? – risque d'entraîner des conflits au sein des hôpitaux et de la société civile.

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'autono-

mie, 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.

Des choix justifiés, partagés

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 atteints du Covid-19, 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 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 ; 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.

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



LES TAUX CATASTROPHIQUES DE DÉPROGRAMMATION DES PATIENTS NON ATTEINTS PAR LE COVID-19 MÈNENT À UNE FORME DE « TRI DE L'OMBRE »

critères, nécessité de rendre ces derniers publics et possibilité de les réviser 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.

Perte de chance majeure

Or, il faut bien reconnaître que, dans la situation sanitaire actuelle, ces conditions d'acceptation des règles de priorisation ne sont pas réunies. Si le choix tragique de ne pas admettre des patients atteints du Covid-19 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 suggèrent pourtant les taux catastrophiques de déprogrammations – justifiées en particulier pour réorienter les soignants vers les « unités Covid-19 » –, menant 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 se répètent ces situations de tri tragi-

ques ? 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 de l'épidémie se double d'une inertie incompréhensible des décideurs politiques face au manque de moyens dénoncé pourtant depuis des années.

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. Elle doit être communiquée au plus grand nombre, au sein des institutions et de la société, afin 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 est médecin au sein du service d'anesthésie-réanimation de l'hôpital Nord-Laënnec, au centre hospitalier universitaire de Nantes. Il est également docteur en philosophie et participe aux travaux du laboratoire Sphere à l'Université de Paris

Claire Fourcade Le ressac du Covid-19 épuise maintenant nos corps, nos organisations et parfois aussi nos cœurs

Les soignants, épuisés par la pandémie, démissionnent à cause de la perte de sens de leur métier et des impératifs économiques absurdes, déplore la médecin Claire Fourcade, qui demande une réflexion collective sur le rôle de l'hôpital

Une cinquième vague de Covid-19 atteint les rivages de l'hôpital, avec son corollaire désormais familier : la crainte du débordement de nos capacités d'accueil. Mais, cette fois, un élément nouveau s'ajoute à cette situation critique : l'aggravation dramatique de la pénurie de soignants. La béance est partout et des milliers de lits sont fermés. Mais où sont-ils donc tous passés, ces soignants que l'on applaudissait il y a peu ? En ville ou à l'hôpital, pourquoi fuient-ils ce monde du soin qu'ils avaient pourtant choisi ? Pourrait-on leur donner envie de rester ou de revenir ?

A l'âge de 7 ans, j'ai choisi la médecine parce que je voulais changer le monde. Sans doute la politique, l'économie ou l'enseignement auraient-ils pu convenir, mais j'ai choisi la médecine.

Être soignant, c'est refuser de subir et décider d'agir. Refuser la souffrance de l'autre, accepter de l'entendre, de la toucher et essayer de la soulager. Que nous soyons médecin, infirmière, aide-soignante, nous sommes tous d'abord des soignants, et nous voulons changer le monde tel qu'il va, avec l'espoir qu'ensuite il ira un peu mieux.

Avec l'âge et l'expérience, j'ai bien compris que je ne changerai pas le monde... mais peut-être quand même un petit bout de monde ? Comme le colibri de la légende amérindienne, et comme tous les soignants, j'essaie de faire ma part. Une douleur soulagée, un patient rassuré, une famille accompagnée, cela peut suffire à donner du sens, à se dire qu'on a bien fait de se lever ce matin et qu'on reviendra demain.

Course à l'abîme

Je vois bien aussi que je ne peux pas changer le monde toute seule. Il faut pour cela tout un hôpital, ce lieu singulier qui accueille sans condition toutes les souffrances, petites ou grandes, mais qui est aussi une grosse machine, et qui a besoin, pour fonctionner, de multiples compétences, parfois bien éloignées du soin. Il faut alors qu'une langue commune puisse s'élaborer entre soignants et gestionnaires, qui permette de se comprendre, de s'entendre, de tenir compte des contraintes des uns et des autres pour répondre à cette unique question : comment soigner mieux ? Si l'hôpital n'est pas tout entier tourné vers cette mission de « prendre soin », il court à l'abîme, et nous tous avec.



CERTAINS MATINS, JE ME DIS « À QUOI BON ? » ET PUIS JE VOIS REVENIR LE SOURIRE SUR LE VISAGE D'UN PATIENT DOULOUREUX. ALORS JE REVIENS. MAIS DEMAIN ?

Insensiblement, depuis des années, la distance s'est creusée. Celui qui décide s'est éloigné de celui qui soigne, et il est de plus en plus difficile de parler la même langue. Le sentiment s'est accru que les décisions prises ne le sont plus seulement dans l'optique de soigner, mais qu'elles sont soumises à d'autres impératifs – financiers en particulier ; des impératifs importants, certes, mais qui devraient être subordonnés aux exigences des soins.

Sans bruit, en beaucoup de lieux, la question du sens et de sa perte s'est installée : ce sentiment diffus pour les soignants de voir décidée ailleurs et sans eux l'organisation des soins et des services, d'être une variable d'ajustement plutôt qu'une valeur ajoutée, un coût plutôt qu'un atout.

Certains jours, je suis fatiguée de devoir justifier encore et encore pourquoi, quand notre activité – et notre chiffre d'affaires – a doublé en deux ans à effectifs constants, il faudrait un médecin supplémentaire, sans même connaître ni pouvoir parler à celui qui va en décider. Certains matins, je me dis « à quoi bon ? » Et puis je vois revenir le sourire sur le visage d'un patient douloureux et je me dis qu'aujourd'hui, j'ai changé

le monde. Alors, jusqu'à maintenant, je reviens. Mais demain ? Les plaies, la maladie, la douleur et les pleurs ne sont supportables que si nous pouvons agir pour les soulager, ou au moins être là. Sinon, à quoi bon s'exposer à l'impuissance de voir souffrir et mourir ?

Injonctions paradoxales

Pour trop de soignants, cette toilettée faite un œil sur la montre et l'autre sur l'ordinateur, parce que quelqu'un a décidé que treize minutes devaient suffire, ce soin expédié sans un mot, la tête pleine du souci d'arriver à prioriser le « très urgent » de l'« à peine un peu moins urgent », parce que quelqu'un a calculé qu'une infirmière pouvait « gérer » dix-sept patients, ces injonctions paradoxales de faire toujours plus avec toujours moins ne sont plus supportables. Ce conflit de valeurs permanent n'a plus de sens et, pour sauver sa peau, au sens propre, il faut partir.

La première vague de Covid-19, la plus violente, celle où l'inconnu et la peur dominaient encore, a montré que l'hôpital, ramené à cette fonction première et essentielle du soin, pouvait faire face, et les soignants retrouver le sens qui faisait défaut à leur quotidien.

Tout entiers consacrés à leur mission, ils se sont sentis utiles, respectés, ils ont sauvé le monde.

Le ressac du Covid-19 épuise maintenant nos corps, nos organisations et parfois aussi nos cœurs, mais c'est peut-être l'occasion de nous demander collectivement à quoi sert l'hôpital et ce que notre société attend de ceux qui ont choisi de devenir soignants. Ils ne sont pas faits pour diriger l'hôpital, ce n'est ni leur boulot ni leur compétence, mais soigner est leur métier. Il faut les associer aux choix, les écouter – et les entendre –, reconstruire avec eux notre système de santé malade. Allier la technique et la science à la qualité de la présence au service des patients. Redire que cet homme souffrant n'est pas seulement le souci des soignants, des médecins moins encore, mais bien de toute une société. ■

Claire Fourcade est médecin à la polyclinique Le Languedoc, à Narbonne (Aude), présidente de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs