

**Réflexion autour de la saturation du système de santé
et pénurie de moyens
Réanimation : critère d'orientation / tri pour l'entrée en réanimation**

1. Champ de réflexion

- 1.1. Pour la majorité des individus, l'infection par le coronavirus n'aura pas, a priori, de conséquence majeure. Mais pour une petite fraction des personnes contaminées, ce sera une question de vie ou de mort. Si les chiffres de l'épidémie continuent d'augmenter, le petit pourcentage de malades qui auront un besoin vital d'assistance médicale pourrait bien saturer les services de réanimation des établissements de santé français, en particulier publics.
- 1.2. Cette question est déjà posée en Italie, plus précisément en Lombardie, où la problématique du triage de catastrophe s'est imposée dans le débat public italien.

2. La tentation de l'usage compassionnel des ressources

- 2.1. En temps de "paix sanitaire", les soignants ont l'habitude de la pratique du "tri" par priorisation sur une liste d'attente à l'accueil des urgences des établissements de santé: les cas les plus graves ont priorité sur les cas jugés moins graves, d'où les plaintes répétées des patients atteints de "bobologie", invoquant la sévérité d'une affection justifiant une prise en charge immédiate et le leitmotiv du manque de moyens en personnel dans ces services ¹.
- 2.2. Mais, ce qui est rationné, c'est le temps, la rapidité de prise en charge, en deça de toutes autres considérations relatives à l'âge, à la situation familiale, ou à la situation de revenus.
- 2.3. Mais si les services sont débordés, et que la pénurie de matériel médical ou de personnel qualifié s'installe, comme en situation d'épidémie voire de pandémie, la tentation d'un usage compassionnel des ressources disponibles doit alors être remise en question : quand la ressource devient rare, c'est l'intérêt collectif qui doit d'abord être recherché, pour tenter de sauver le plus de vies possibles, plutôt que les victimes les plus gravement atteintes.
- 2.4. Dans ces conditions, le principe du « premier arrivé premier servi » ne vaut plus: "s'il ne reste qu'un respirateur artificiel, l'attribuer au premier patient amené en état de détresse respiratoire, si ses chances d'en tirer profit sont faibles, signifierait une condamnation inéquitable pour tous ceux qui pourraient venir derrière avec une espérance de vie moins mauvaise"².
- 2.5. L'impératif utilitariste de maximisation du nombre de vies sauvées peut alors inverser les logiques de priorisation, en faisant rebasculer les cas « trop graves », ceux dont les chances de survie sont jugées faibles, dans la catégorie de ceux qui vont mourir

3. La question épineuse des critères de sélection pour une prise en charge en service de réanimation

- 3.1. En situation de pénurie, le "trialoge" d'urgence collective bascule donc dans une logique de catastrophe, où les enjeux de justice distributive passent sur le devant de la scène au détriment des seuls critères médicaux.

¹ Il est maintes fois répété que les services d'urgence ont été créés, à l'origine, pour prendre en charge les **urgences vitales**. Curieusement, depuis l'arrivée du COVID 19, les services d'urgences se sont vidés des patients qui les encombraient au quotidien !

² Frédérique Leichter-Flack in La Tribune du 12/03/2020

- 3.2. La société d'anesthésie réanimation italienne insiste ainsi, pour accorder ou refuser l'accès en réanimation, sur deux critères :
- l'espérance de vie ;
 - l'âge des malades.
- Cruel et triste choix thérapeutique : on s'abstiendra de mettre sous assistance respiratoire, les personnes trop âgées, trop malades par ailleurs, afin de réserver les ressources médicales à ceux qui ont de meilleures chances d'en profiter.
- 3.3. Le document diffusé par la société italienne d'anesthésie réanimation a fait ressurgir dans la société italienne un certain nombre de traumatismes historiques : « liste de Schindler » pour qualifier les guidelines d'éthique clinique ; volonté de distinguer les « naufragés » des « rescapés ».

4. Existe-t-il un âge auquel il est normal de mourir ?

- 4.1. Si l'âge peut paraître un critère raisonnable et peut être consensuel, c'est un critère culturellement et socialement marqué.
- Dispose-t-on d'un droit à vivre quelque soit l'âge que l'on a déjà atteint, en bonne ou en mauvaise santé ?
- L'espérance de vie moyenne à la naissance, voire à 65 ans, calculée pour chaque sexe, selon les Etats pourrait elle être invoquée ? Homme âgé de 65 ans, n'ai je pas le droit d'espérer vivre jusqu'à l'âge de 80 ans ; femme du même âge jusqu'à 86 ans ...
- Pourquoi donner sa chance à une personne âgée de 50 ans qui pourrait être frappée par la surmortalité qui emporte un grand nombre d'individus avant l'âge de 65 ans ?
- Est-il possible ou souhaitable, de discuter collectivement d'un âge au-delà duquel il serait, sinon « normal » de mourir, du moins pas « scandaleusement anormal » d'être emporté par la maladie ?
- 4.2. À l'échelle d'une politique de santé publique, la logique utilitariste est parfaitement compréhensible. Mais elle peut se révéler légitimement contestable ou contestée au plan individuel, par le malade lui-même, sa famille ou ses proches.
- 4.3. Quant aux patients atteints de facteurs de comorbidité rendant inéligibles à l'accès aux soins de survie, comment leur demander de se résigner, au nom d'une décision sacrificielle ? Peut-être, dans une autre région, dans un autre moment, dans un autre établissement de santé, l'équipe soignante aurait pu faire d'autres choix.

5. Les recommandations des sachants

- 5.1. Le Comité consultatif d'éthique national (CCNE) a répondu le 13 mars 2020 à une saisine du ministre des solidarités et de la santé concernant les enjeux éthiques face à une pandémie.
- 5.2. Il a été notamment proposé la mise en place d'une « cellule éthique de soutien » pour accompagner les professionnels de santé dans les décisions qu'ils seront amenés à prendre pour la prise en charge des patients graves et la gestion de ressources rares (lits de réanimation, respirateurs, soignants, consommables...)
- 5.3. **La Commission d'éthique de la Société de réanimation de langue française (SRLF) a rappelé le 20 Mars 2020 sa position en matière de critères d'admission et de modalités de prise en charge en réanimation en contexte pandémique**

Bibliographie

- « Qui vivra qui mourra. Quand on ne peut pas sauver tout le monde », F. Leichter-Flack, Albin Michel;
- « La médecine du tri », sous la direction de Céline Lefève, Guillaume Lachenal et Vinh-Kim Nguyen, PUF ;
- « Pandémie grippale : l'ordre de mobilisation », ouvrage collectif dirigé par Emmanuel Hirsch, éd. du Cerf.
- « Décisions de non-admission en réanimation : une controverse » - J.-C. Chevolet - Rev Med Suisse 2002 - volume -2. 22488

Bernard BONNICI
Docteur en droit
Membre de l'Inspection générale
des affaires sociales (IGAS)
5 avril 2020