

Réflexion autour de la saturation du système de santé et pénurie de moyens

Pr THIÉRY Gaëtan

CADRE ETHIQUE

L'épidémie du Covid-19 peut être observée à travers un kaléidoscope, déclenchant de multiples questions éthiques, facettes techniques économiques et politiques. Et puisque cette épidémie, s'invitant au monde, est devenue pandémique, elle engendre des visions et des attitudes internationales multiples.

En France, le chef de l'état a déclaré face à cette épidémie « nous sommes en guerre » [1]. Dont acte, nous sommes donc en guerre contre un apatride et invisible ennemi. L'éthique en temps de paix peut donc emprunter à celle de guerre ses arguments, et les transposer au monde civil.

Le cas de la saturation du système de santé et pénurie de moyens en est un bon exemple. En conflit militaire, cette inadéquation se définit par un afflux massif de blessés dépassant les capacités de soins [2].

TRIAGE

Afin d'optimiser les moyens disponibles et de les utiliser au bénéfice du plus grand nombre, le principe de triage a été décrit. C'est actuellement un principe universel en médecine de guerre et de catastrophe.

Historiquement, le terme de triage est issu de l'agriculture de la laine et du café. Il désigne le fait de trier [3]. Le triage représente le résultat, le dispositif et le lieu. Il apparaît dans les traités français de médecine militaire dès 1880 [4]. Le triage des blessés consiste à les classer en plusieurs catégories, selon l'urgence des soins à apporter et la possibilité de les transporter. Le principe du triage est utilitariste, visant au plus grand bien, pour le plus grand nombre. Le but est aussi comptable, maintenir le plus de force en présence, la *sacro-sainte* conservation des effectifs militaires, et le renvoi au plus vite des blessés au combat.

Le baron Larrey, chirurgien en chef de la grande armée napoléonienne, tout emprunt des idées révolutionnaires y applique, sous le critère premier de l'urgence, la valeur d'égalité. Traiter sans distinction de grade ou d'uniforme [5].

Le triage devient un dogme durant la première guerre mondiale. Cette technique du triage s'impose comme un gallicisme des autres armées [6]. *To triage* le fait de trier, non plus concept mais acte médical. Son déclenchement marqué par le sceau de l'exception, met en jeu des **opérations de classement, de sélection, de priorisation**.

TENSION ETHIQUE

Le triage est un acte qui s'impose pour sauver le plus de patients, sous entendant, in fine, des sacrifiés. Indispensable et insupportable, voilà la tension éthique du triage aux conséquences éthiques éprouvantes [7]. Le soignant se souhaitant sauveur par vocation peut se découvrir bourreau par procuration, par nécessité. Dans son quotidien naguère si

Réflexion autour de la saturation du système de santé et pénurie de moyens

proche, auréolé de sa mission, il doit intégrer cette exception temporaire extraordinaire brutale et banale, que les vies ne se valent pas. Le triage, tranche ampute, la valeur d'équité. Il peut interloquer le médecin soit dans une moraline entre «faisons nous le bien ou le mal» et une tension éthique par conflits d'actes, entre «faire vivre et laisser mourir».

Puisque déjà approuvé et éprouvé dans les conflits jadis, citons les caractéristiques du triage militaire.

CARACTERISTIQUES DU TRIAGE MILITAIRE [2][8]

Le soutien sanitaire en temps de guerre doit faire face à des contraintes spécifiques :

- incertitude sur le nombre de blessés
- moyens sanitaires limités
- nécessité de sortir les blessés hors de la zone de combat
- mobilité du front et impératifs opérationnels

La chaîne des secours s'est ainsi organisée en 4 étapes, avec le :

- Ramassage, basé sur la médicalisation de l'avant qui comporte : relève, soins au poste de secours, rédaction de la fiche médicale de l'avant (FMA) et transport jusqu'au centre de triage
- Triage médico-chirurgical
- Evacuation, après mise en condition et définition des priorités
- Traitement définitif, en hôpital mobile de campagne ou hôpital d'infrastructure

Principes du triage

La base du triage est de classer les blessés en fonction :

- de la gravité de la blessure
- du délai optimal de traitement
- des possibilités de survie
- des moyens sanitaires disponibles

Il doit donc être :

- Précoce
- Continu, à tous les niveaux de la chaîne de secours
- Dynamique, révisable à chaque instant
- Adapté aux circonstances, tout afflux de victimes n'entraînant pas forcément un triage

Il comporte 3 opérations successives :

- Catégorisation des blessés, en fonction des délais pré-opératoires acceptables
- Conditionnement médico-chirurgical, avant évacuation
- Définition de la priorité d'évacuation

→ Au total, le triage se résume à « étiqueter, emballer et expédier » selon la « règle des 3 E »

Réflexion autour de la saturation du système de santé et pénurie de moyens

Faisons exercice d'analogie et appliquons ce schéma à la prise en charge des patients Covid-19

CARACTERISATION DU TRIAGE Covid-19

L'Organisation de la Réponse du système de santé en situations Sanitaires exceptionnelles (ORSAN), est le dispositif d'organisation des soins français qui a été pensé par les Agences Régionales de Santé (ARS) en 2014, avec la spécificité des risques Epidémiques et Biologiques (ORSAN REB). La stratégie de l'ORSAN REB comporte 4 stades, stades 1 et 2 endiguement, stade 3 atténuation et stade 4 retour à la normale. On parle aussi de niveau 1, 2 et 3 [9].

Le triage ne s'impose qu'au niveau 3, pleine expression de l'épidémie.

L'ORSAN REB, au niveau 3, doit faire face à des contraintes spécifiques :

- afflux massif et incertitude sur le nombre de patients infectés (statistique à rétro)
- moyens sanitaires limités (matériel de protection, nombre de lits classique et de réanimation Covid-19 dans les structures de première ou deuxième ligne, publiques ou privées)
- nécessité de sortir les patients convalescents Covid-19 hors des hôpitaux publics (structures en général privées, de troisième ligne)
- cinétique épidémique du virus (géographique et calendaire) avec risque de résurgence

La chaîne des soins Covid-19 s'est ainsi organisée en 4 étapes, avec :

- Admission des patients à l'hôpital par le médecin généraliste et le centre 15, ou spontanément
- Triage médical aux urgences
- Orientation des patients Covid-19 +, soit retour domicile avec isolement, soit service d'hospitalisation Covid-19, soit soins intensifs ou réanimation
- Traitement symptomatique ou essai de protocole [10],
- Convalescence, retour à domicile ou hôpitaux de 3^{ème} ligne

Principes du triage Covid-19

La base du triage est de classer les malades en fonction :

- de la gravité de l'infection (absence- dyspnée-détresse respiratoire)
- du pronostic vital à court terme basé sur l'âge et les comorbidités (HTA, diabète, insuffisance respiratoire chronique, insuffisance cardiaque, obésité,...)
- facteurs de gravité (saturation, non réponse au traitement, images tomodensitométriques thoraciques)
- des lits disponibles

Réflexion autour de la saturation du système de santé et pénurie de moyens

ce triage doit donc être précoce, révisable en fonction de la surveillance continue, et adapté en fonction de la cinétique de l'épidémie. Il est décidé au stade 3 et n'est plus nécessaire au stade 4.

A l'heure actuelle seul le triage concernant les formes graves avec pronostic vital à court terme défavorable nécessitant une intubation est *critique*. En dehors de ces formes graves tous les patients reçoivent les soins adaptés .

Le triage se résume à « étiqueter, emballer et expédier » selon la « règle des 3 E »; Etiqueter selon la gravité et le «terrain» du patient, Emballer, fournir les soins adaptés, et Expédier transférer dans des structures adéquates (domicile, hospitalisation en services Covid-19, en soins intensifs ou en réanimation, voir hors région par avion ou TGV aménagés). La catégorisation conduit à une fiche médicale de l'avant avec ses urgences absolues (UA), relatives (UR), potentielles, dépassées et fonctionnelles (classification de Courbil et Malchair). En médecine de catastrophe, la méthode de médecine de catastrophe START (Simple Triage and Rapid Treatment)[11], créée aux États-Unis en 1983, proposent des *étiquettes rouges «Immediate»* donnant la priorité aux patients gravement atteints mais pouvant être sauvés sans investissement disproportionné de ressources. Ensuite, viennent ceux dont les blessures demandent des soins importants mais qui peuvent être repoussés sans trop de risques pour leur survie ou leur santé, *étiquette jaune «delayed»*. Les patients les plus gravement blessés, dont la vie peut être en jeu, mais dont les traitements ont de faibles chances de succès et mobilisent d'importantes ressources, passeront en dernier, *étiquette noire : expectant ou deceased*. Les patients ne requérant pas ou peu de soins médicaux sont classés dans la catégorie «*minor*».

Les patients Covid +, avec un pronostic à court terme engagé correspondent à *l'étiquette noire*. En conflit, les patients au pronostic vital engagé ou trop consommateur sde temps et de soins sont catégorisés «*morituri*». Un accompagnement de fin de vie est bien sûr assuré.

TRIAGE ET ETHIQUE DU SOIGNANT

1- Choix des critères du triage

a- Décisions médicales dans un contexte de crise sanitaire et d'exception

Ordre National des Médecins (ONM) [12]

Le 10 avril 2020, le président de l'ONM, le Dr Patrick BOUET donnait les directives suivantes:

« En premier lieu, l'Ordre rappelle que l'intérêt du patient doit primer en toutes circonstances. Le médecin doit fonder toute décision sur une évaluation clinique individualisée du patient, prenant en compte notamment ses comorbidités, et conduite en toute indépendance. Cela veut dire que l'âge en tant que tel du patient, sa situation sociale, son origine, une maladie mentale, un handicap ou tout autre facteur discriminant ne peuvent être l'élément à retenir.»

Réflexion autour de la saturation du système de santé et pénurie de moyens

Il rappelait ainsi les valeurs fondatrices de la pratique médicale, bienfaisance, autonomie, justice et non malfaisance. Il semble donc s'opposer à la question de la priorisation des patients. Ce respect inconditionnel de la vie humaine peut mener au rejet même du triage. La loi du *premier arrivé, premier servi* s'impose alors. Cette non décision subit la loi du hasard, sorte de loterie. Que penser des soignants au contact des patients Covid + qui se savent dernier de liste par le risque plus tardif et élevé de contamination. Le «*après vous je vous en prie*» semble pénaliser les «peut être» plus méritants. Le fatalisme bafouant la méritocratie et l'utilitarisme, car qui soignera une fois le pool des soignants décimé ?

«Face à des situations extrêmes qui se présenteraient à lui, deux obligations déontologiques importantes s'imposent aux médecins. D'abord, celle de respecter la volonté du patient telle qu'il peut ou a pu l'indiquer dans des directives anticipées, ou par le témoignage de la personne de confiance ou de la famille ou des proches ; et ensuite celle de la collégialité minimale des décisions à prendre, tracée dans le dossier, sur la base d'une appréciation globale centrée par l'état du patient.»

Cette complémentarité décisionnelle semble de mise en situation extrême, suggérant un potentiel triage. En ce cas, les deux valeurs avancées sont l'autonomie du patient et la catégorisation décrite comme un geste médicale et collégial. Mais ces deux obligations déontologiques sont-elles obligatoires et si elles sont contradictoires, laquelle prévaut ? Celle du patient signifiant le rejet du triage, (car combien de patient pencheront au sacrifice), ou celle des médecins? Le médecin décideur sera donc partagé entre une attitude éthique au bénéfice du patient ou déontologique d'exception au bénéfice du plus grand nombre. Cette décision collégiale nécessite des critères de choix. Car le choix égalitariste n'a qu'un temps, celui de l'épuisement des ressources de soin. Il convient donc de décider vite et en amont, dans un choix utilitariste.

«Je tiens à vous réaffirmer aujourd'hui avec force qu'aucune contrainte politique, administrative, organisationnelle, ne peut imposer à un médecin des critères de prise en charge prédéterminés par d'autres acteurs. Nous nous opposerons avec fermeté à toute volonté de contrevenir à ce principe fondamental qu'est l'indépendance du médecin dans sa prise de décision».

Le triage st un acte purement médical. Le médecin reste décideur du choix des critères. Le médecin reste maître en la demeure, écartant tout risque d'un choix rationnel économique-idéologique-politique, sorte de Darwinisme social voire d'eugénisme.

Les décisions médicales précisent:

«La difficulté se pose tout particulièrement à propos de la question de la priorisation entre des patients à laquelle, dans divers territoires, des médecins pourraient se trouver confrontés, du fait de l'impossibilité de prise en charge de leurs malades. Une telle réponse extrême ne saurait être retenue qu'en l'absence avérée de toute autre possibilité et s'il est constaté qu'aucune autre alternative ne se présente au terme d'une appréciation collégiale tracée dans le dossier, fondée sur l'état du patient, prenant en compte notamment ses comorbidités. L'âge du patient, sa situation sociale, son origine, une maladie mentale, un handicap ou tout autre facteur discriminant ne peuvent être l'élément à retenir»

Parmi les critères de choix non précisés, les comorbidités sont seules citées. Elles traduisent le pronostic et donc, in fine, l'espérance de vie, le nombre d'années à vivre. Elle exclue l'âge du patient, mais les comorbidités sont croissantes avec l'âge. Les critères de situation sociale, et d'origine sont exclus, respectant le principe d'impartialité. Les critères

Réflexion autour de la saturation du système de santé et pénurie de moyens

de maladies mentales et d'handicap sont écartés, évitant le spectre de l'eugénisme et de la malfaisance.

Pour l'Ordre National des Médecins, la décision doit être bien encadrée. Elle est purement médicale. Elle est collégiale. Elle est basée sur le critère «comorbidités du patient».

b- sur le terrain

Les critères ont été rapidement évoqués en général par les services de réanimation dans les régions les premières atteintes, le Grand Est et Paris. Ce difficile choix a découlé des situations connues et vécues, hors épidémie, par les médecins de patients réanimés en fin de vie au pronostic défavorable. Dans ces cas, la décision d'un allègement des soins est décidé, puis proposé par le médecin réanimateur conjointement avec la famille. C'est une décision intime privée, prise souvent dans le temps. Ici il s'agit d'une décision imposée à la famille, prise dans l'urgence. Les critères d'exclusion à l'intubation retenus sont l'âge en fonction des régions (> 80 ans même si absence de comorbidité, 60-70 avec comorbidité simple, 40-60 ans avec plusieurs comorbidités). Ces *critères couperets* peuvent paraître arbitraires et autoritaires. Ils reposent sur une idée d'efficience, de pronostic à court terme et d'espérance de vie par rapport à l'âge du patient. D'après l'étude du Centre Chinois du Contrôle des Maladies (CDDC), seules 0,9% des personnes hospitalisées qui ne présentaient pas de comorbidité sont décédées. Mais le taux de décès monte à 6,0% pour les hypertendus, 6,3% pour les personnes atteintes de troubles respiratoires chroniques, 7,3% pour les diabétiques et 10,5% pour les personnes souffrant de pathologies cardiovasculaires. Le cas des patients souffrant de cancers est également à noter puisque, dans leur cas, le taux de décès observé est de 5,6%. Les décès sont recensés à 73,6% chez des patients souffrant de comorbidités, bien qu'ils ne représentent qu'un quart des infectés. L'étude dirigée par le virologue de l'université de Hong-Kong Joseph Wu s'est également penchée sur la relation entre l'âge et la mort. Les personnes âgées de plus de 59 ans ont ainsi plus de cinq fois plus de risque de mourir que celles entre 30 et 59 ans. Et les moins de 30 ans ont 0,6 fois moins de risque (60%) de mourir que ce groupe médian.

Le risque de développer des symptômes modérés à graves augmente environ de 4% par année parmi le groupe des 30-60 ans. Selon Joseph Wu, ces informations sont importantes notamment pour l'Europe, désormais à l'épicentre de la pandémie. "Les estimations à la fois des infections observées et non observées sont essentielles pour le développement et l'évaluation des stratégies de santé publique, qui doivent être mise en balance avec les coûts économiques, sociaux et les libertés individuelles", a-t-il écrit [13]. Ces données chiffrées et scientifiques de l'evidence based medicine sont-elles suffisantes pour une justification éthique? Les soignants européens ne sont-ils pas engagés malgré eux, dans une médecine utilitariste à l'anglo-saxonne? Le paradigme Kantique et républicain du tous pour un, n'est-il pas troqué pour celui de un pour tous? Cette infraction éthique l'implique dans un monde de sacrifice. D'ailleurs plus que des critères d'exclusion, peut-on les considérer comme des critères d'inclusion. A l'instar des scores aux multiples critères dans le cadre de la fibrinolyse chez les patients atteints d'AVC. Ce terme d'éligibilité serait moins traumatisant, tranchant; non pas comme une perte de chance mais comme une chance ! Alors le triage, comme une ligne de partage des eaux éthiques entre les sacrifiés et les élus. Ce terme renverrait les soignants vers un monde de pratique plus habituel. Un peu comme l'ordonnance d'un traitement, exclue par les contre indications, certains patients. Un fatalisme qui exclurait émotionnellement l'augure soignant du remord, si ce n'est de la culpabilité d'une telle funeste décision.

Réflexion autour de la saturation du système de santé et pénurie de moyens

Le critère de comorbidité rentre dans le pourcentage de chance de survie. Celui de l'âge traduit en fonction de l'espérance de vie du pays, le nombre d'années restantes à vivre. Nous sommes dans une démarche comptable, un jeune de 20 ans a effectivement plus d'années à vivre qu'une personne de 80 ans. La société occidentale préférera «investir» dans le jeune homme. En somme « les jeunes et les bien portants d'abord». Ce qui implique de renforcer les mesures de protection des groupes à risque, personnes âgées et comorbides, avec un confinement strict. Pour eux, prendre la rue s'apparenterait à une sortie de tranchées. Mais les années se valent-elles ? Si l'on réfléchit qualitativement, la fonction du patient dans la société ne doit-elle pas être prise en compte. Ne vaut-il pas mieux sauver un chercheur et ce d'autant qu'il est plus âgé et donc plus expérimenté? En somme abandonner le « les femmes et les enfants d'abord» pour le dicton africain «une personne âgée qui meurt c'est une bibliothèque qui brûle». En somme, « les citoyens utiles socialement d'abord !».

A contrario, le pronostic à court terme pourrait être un critère majeur. Ceci suppose des critères de gravité biologiques (saturation...), radiologiques et de réponse au traitement. Ils pourront être complétés par des scores prédictifs de mortalité type Sepsis-related Organ Failure Assessment SOFA [14]. Mais à dire vrai, le pronostic à court terme est largement dépendant de l'âge et les comorbidités. Ce terme de pronostic à court terme semble un critère moins discriminant, moins excluant plus dynamique. Il revêt un caractère d'urgence dans le choix que n'ont pas l'âge et des comorbidités.

Le pronostic à court terme est le critère majeur du triage Il est corrélé aux deux sous critères de comorbidité et d'âge. Des recommandations nationales en amont devraient pouvoir soulager les médecins sur le terrain de ce fardeau éthique. Cette décision doit rester collégiale. Elle doit être rendue publique avec tous les aménagements nécessaires. Elle prendra ainsi vertu d'appréciation collective.

Enfin des score de fragilité clinique pourront aider à la décision. Ils rajoutent à la comorbidité et l'âge l'état de nutrition, l'état cognitif et l'environnement social (Score GIT, échelle d'autonomie de Katz et l'indice de performance de l'OMS [15].

Dans certains cas, la valeur d'autonomie devra être respectée. C'est le cas où l'équipe médicale respectera le refus de la prise en charge des patients au pronostic défavorable. Les médecins respecteront la volonté du patient ou à défaut de sa personne de confiance ou des membres de sa famille. Le patient aura pu émettre cette volonté avant l'épidémie ou au moment de l'hospitalisation au vu de la situation épidémique. Elle prendra alors la valeur de sacrifice. L'individu au service du groupe. Dans tous les cas, l'accompagnement de fin de vie poursuivra l'acte médical.

2- Acteurs du triage

A la différence du triage militaire le couple réanimateur-chirurgien n'est plus de mise[16]. Le Covid-19 est purement médical. Seul le réanimateur est apte à catégoriser. Si l'on s'en tient aux recommandations du Service de Santé des Armées d'avant 1994, le trieur était le plus ancien et le plus expérimenté. Le chef de service peut répondre à ces critères. Ce d'autant que sa responsabilité civile pourra être engagée en post-crise.

Ce choix peut être limité aussi par l'éventualité d'une restriction de contact entre patients Covid + et soignants de plus de 50 ans. Ce chef de service aura plus de recul mais pourra se faire reprocher de ne pas être au contact ds patients.

Réflexion autour de la saturation du système de santé et pénurie de moyens

Le triage se doit d'être collégial comme la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie. Le nombre des intervenants ne dilue pas la responsabilité de chacun, mais assure une méthode d'évaluation, d'amélioration des pratiques et un garde-fou. Ces concertations engagent plusieurs acteurs: réanimateurs, gérontologues, radiologues.. et *éthiciens*. Elles se situent en amont du niveau 3 et doivent être révisables en fonction de la cinétique épidémiologique et des nouvelles données sur cette pathologie.

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.
Frédérique Leichter-Flack[17]

Quid de l'Intelligence Artificielle (IA) dans la catégorisation, simple instrument ou trieur rationnel ? L'IA est assez largement utilisée dans la gestion de la crise : pré-détection des foyers épidémiques, reconnaissance d'image par apprentissage machine, déploiement de vecteurs robotisés pour faire respecter les mesures de confinement... Mais son emploi ne doit pas déroger au principe d'une Garantie Humaine de l'IA et de la technologie. La Garantie Humaine de l'IA doit permettre, tout en répondant aux urgences de la crise, de préserver les valeurs essentielles de notre système de santé et notamment le principe d'une médecine personnalisée. Cette notion a été reprise dans l'avis 129 du Comité consultatif national d'éthique et dans le cadre de l'article 11 du projet de loi de bioéthique [18].

3- Multiples triages et triage multiples

a/ Prise en charge de la pathologie courante et chronique

L'engorgement des structures de soin amène des services à se métamorphoser en service Covid-19. L'offre, en particulier en chirurgie, est donc réduite. Non seulement en effectif mais aussi dans le but de protéger le personnel soignant. Qui va-t-on encore opérer ? Quels sont les urgences ? Une priorisation doit être aussi appliquée à la médecine courante. Pas dans l'absence de traitement mais dans un choix de report des interventions. Les sociétés savantes ont rapidement émis des recommandations. Ainsi en oncologie digestive, les conduites thérapeutiques ont été modifiées selon le critère TNM. « Pour chaque type de cancer, colon, pancréas, œsogastrique, hépatocarcinome, la morbi-mortalité est rappelée et mise en parallèle avec le risque oncologique lié au retard à la chirurgie et/ou au temps de doublement de la tumeur. Cette comparaison permet de proposer des stratégies, ainsi pour les cancers coliques (T1-2, N0), il est souhaitable de retarder la chirurgie. Pour les lésions coliques avancées, il semble prudent de recommander une chimiothérapie néo adjuvante et d'attendre. Pour les cancers du rectum T3-4 et/ou N+ une radiochimiothérapie est indiquée, une radiothérapie courte devra être discutée (suivie d'une période d'attente) afin de réduire le temps d'exposition à l'hôpital et d'éviter les infections. La majorité des chirurgies complexes à forte morbi-mortalité, œsogastrique, hépatique ou pancréatique doivent sans doute le plus souvent être reportées.»[19] Cette catégorisation aura des conséquences délétères dans le pronostic. Elle enfreint l'article 32 (R.4127-32) du code de la santé publique) stipulant que « le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés *sur les données acquises de la science*». Cette situation d'exception ne risque-t-elle pas un certain Far-west éthique?

Réflexion autour de la saturation du système de santé et pénurie de moyens

b/ Triage urbi et orbi, la Suisse pour exemple

En collaboration avec la Société suisse de médecine intensive (SSMI), l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) a élaboré des directives qui servent de référence pour prendre des décisions aussi graves [20]. « En cas de pénurie de ressources, des décisions de rationnement sont incontournables. La charge pesant sur le personnel médical est alors extrêmement élevée. Il est d'autant plus important que les mêmes critères d'admission et de maintien en soins intensifs soient appliqués dans l'ensemble la Suisse.» La catégorisation doit être unique pour le pays. Le pronostic à court terme est le facteur décisif pour le triage.

L'âge n'est pas un critère en soi mais un facteur de risque de mortalité. Des critères très précis sont décrits « Volonté du patient (directives anticipées etc.) - Arrêt circulatoire sans témoin, arrêt circulatoire récidivant, Maladie oncologique avec une espérance de vie < 12 mois - Maladie neurodégénérative terminale - Atteinte neurologique centrale sévère et irréversible - Maladie chronique: - Insuffisance cardiaque de stade NYHA IV - BPCO GOLD 4 (D) - Cirrhose du foie de stade Child-Pugh > 8 - Démence sévère - Insuffisance circulatoire sévère réfractaire au traitement initial (hypotension et/ou perfusion mineure d'organe persistante) - Survie estimée < 12 mois. A noter le critère de démence qui traduit la qualité de vie plus que le pronostic.

Conclusion

Le médecin face à la tragédie du triage se trouve en infraction éthique. Il est en butte aux principes hippocratiques. « Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Le triage s'inscrit dans une morale utilitariste prescrivant de sauver ou soigner le plus grand nombre de patients, et une morale égalitariste, prescrivant de les traiter de manière équitable. Cette épidémie est une véritable dramaturgie médicale et publique. Elle impose une pratique médicale d'exception. Elle choque notre suprématie occidentale et démocratique. Cependant qu'en d'autres pays en émergence, elle est monnaie courante.

Le triage est un acte rationnel et un geste professionnel. Il promet une décision éthiquement juste et techniquement efficace dans le désordre et le fracas de patients Covid +.
--

Dans cette situation d'exception que sont devenus les quatre grands principes de la bioéthique contemporaine ? [21]: autonomie, non malfeasance, bienfaisance et justice ?

Subiront-ils quelques torsions, quelques aménagements de situation ?

Ainsi les principes éthiques de respect de la dignité de tous les patients quelles que soient leur(s) vulnérabilité(s), de non-malfeasance des décisions, d'autonomie, de confidentialité des données médicales, ainsi que, de manière exceptionnelle celui de justice distributive, pourront être des guides pour la prise en charge des patients Covid+ au pronostic à court terme défavorable.

Le triage nous projette dans une médecine rationnelle, utilitariste du groupe au détriment de l'individu. Il y aura donc des sacrifiés, des laissés pour compte.

Réflexion autour de la saturation du système de santé et pénurie de moyens

Et ces quatre valeurs se conjugueront non plus au singulier mais au pluriel du groupe, de la société.

Bienfaisance pour les patients jeunes et en bonne santé, non-malfaisance par l'accompagnement assuré des fins de vie des patients non éligibles, respect de l'autonomie par des recommandations claires temporaires et nationales et enfin équité d'assurer à tout citoyen un même nombre souhaité d'années de vie.

Ce n'est qu'explicitée, discutée et débattue que cette nécessité du triage doit être abordée.

Ceci clarifiera déontologiquement la conduite à suivre des médecins.

Ceci apaisera peut-être éthiquement la conscience du médecin trieur.

Car cette rupture éthique dans sa vocation aura des conséquences psychologiques à type de névrose post-traumatique.

Une fois passée les guerres picrocholines. La société se devra de prendre en compte et en charge ces patients médecins.

«Les hommes ont fait ce qu'ils ont pu, et le reste ils l'ont laissé aux Dieux»

1- Discours présidentiel du 17 mars 2020

2- Manuel de triage en chirurgie de guerre BEMMEX MGI Pons François, 2015

3- Gerald R. Winslow, Triage and Justice, Berkeley, Univ. of California, 1982

4- Audet EFR. Manuel pratique de médecine militaire, O. Doin, 1885, 213

Chassagne A., Aide-mémoire de guerre des officiers du corps de santé militaire de réserve et de l'armée territoriale, Bureau du journal « L'Armée territoriale » 1888, 29.

5- Marchioni J. Place À Monsieur Larrey, Chirurgien De La Garde Impériale, 2004

6- Blackham RJ. The french medical service in the field, Lancet, 196, n° 5066, 1920, p. 711-715

Weed FW. Field Operations, vol. VIII, The Medical Department of the United States Army in the World War, Washington (DC), United States Government Printing Office, 1925, p. 143

Winslow GR. Triage and Justice, op. cit., 170 n. 20

7- Fassin D. Évaluer les vies. Essai d'anthropologie biopolitique, Ce qu'évaluer voudrait dire. Cahiers internationaux de sociologie, 2010, n° 128-129, 1/2, p. 105-115

8- Houdelette P (MCS). Le triage en chirurgie de guerre 1997

9- Préparation au risque épidémique Covid-19 Établissements de santé Médecine de ville Établissements médico-sociaux, Ministère des Solidarités et de la Santé février 2020.

10- Devaux AC, Rolainac JM, Colsonac P, Raoult D. New insights on the antiviral effects of chloroquine against coronavirus: what to expect for COVID-19? Int Jour of Antimicrobiol Agents 12 mars 2020

11- Exemple de fiche de triage, Critical Illness & Trauma Foundation, Inc., <http://citmt.org/Start/tagsbig.htm>,

12- Décisions médicales dans un contexte de crise sanitaire et d'exception, 6 avril 2020 <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/actualites/decisions-medicales-contexte-crise-sanitaire-dexception>

13- Leung K, Wu JT, Liu D, Leung GM. First-wave COVID-19 transmissibility and severity in China outside Hubei after control measures, and second-wave scenario planning: a modelling impact assessment The Lancet 8 April 2020

14- Haut COonseil de la SAnité Publlique. Avis relatif à la prise ne charge des cas confirmés d'infection au virus SARQ-Cov2 5 mars 2020

15- Abraham P et al Validation of the clinical frailty score (CFS) BMC Geriatr 19, 322 2019

16- Mérat S, Pasquier P, Péraldi C, Sauvageon X. Procédures anesthésiques liées aux techniques chirurgicales - Tome 1

Réflexion autour de la saturation du système de santé et pénurie de moyens

2e édition 2016

17- Leichter-Flack F Tribune Le Monde 16 3 2020

18- Avis 129, Contribution du CCNE à la révision de la loi de bioéthique septembre 2019

19- TUECH JJ GANGLOFF A DI FIORE H MICHEL P BRIGAND C SLIM K POCARD M SCHWARZ L. Stratégie pour la pratique de la chirurgie digestive et oncologique en situation d'épidémie de COVID 19 Strategy for the practice of digestive and oncologic surgery in COVID 19 epidemic situation, Jour de Chir Visc 2020

20- Pandémie Covid-19: triage des traitements de soins intensifs en cas de pénurie des ressources, <https://www.samw.ch/fr/Ethique/Apercu-des-themes/Medecine-intensive/Triage-soins-intensifs-chronologie.html>, 24 3 2020

21- Beauchamp T Childress J Les principes de l'éthique biomédicale 1979