

# « TRIER » LES MALADES, UN CHOIX NÉCESSAIRE ?

« **N**ous devons faire de la limitation thérapeutique : les malades trop altérés ne pourront pas être admis en réanimation », déclarait mi-mars le docteur Damien Barraud, réanimateur à l'hôpital de Metz. Il était alors l'un des premiers, en France, à oser énoncer l'idée de devoir « trier » entre les vies face à l'épidémie de Covid-19. « Bien sûr, dans les connotations du tri, il y a quelque chose qui fait horreur, qui réactive le souvenir de périodes les plus sombres de l'histoire », souligne Frédérique Leichter-Flack, philosophe (1). Trier les patients est contraire aux fondamentaux mêmes de l'éthique médicale. « La valeur individuelle de chaque personne doit être reconnue comme absolue », rappelait le Comité consultatif national d'éthique (CCNE), dans son avis du 13 mars. Chacun a droit à une prise en charge médicale en fonction de son tableau clinique, et non en fonction des moyens disponibles. Voilà pour la théorie. Reste l'épreuve du réel. Face à l'épidémie, le manque de ressources – en lit et en personnel – confronte les hôpitaux à un dilemme majeur : celui de savoir s'il faut, ou non, prioriser certains patients sur d'autres. Première option : refuser le « tri ». Voilà qui a le mérite d'éviter toute entorse au principe d'égalité... et tout dilemme moral aux praticiens. Concrètement, cela suppose de prendre en charge les malades par

ordre d'arrivée. Premier arrivé, premier soigné. Une telle option risquerait, en réalité, de faire énormément de victimes. Beaucoup plus que si un tri était opéré en amont. Le tout a été théorisé sur les champs de bataille napoléoniens, il y a deux cents ans, par le chirurgien Dominique-Jean Larrey : pour sauver le plus de vies possible, il ne s'agit pas de soigner les premiers blessés rencontrés mais d'évaluer, d'abord, l'état général des troupes afin de prioriser les soins à prodiguer. Face à l'épidémie, les hospitaliers disent tous avoir réorganisé leurs services pour ne pas avoir à pratiquer cette « médecine de guerre », mais ne l'excluent plus. « Il y a quelque chose de terriblement brutal dans le fait de prioriser les patients, analyse Jean Matos, formateur en éthique médicale. Mais il faut penser en terme "utilitariste", au sens philosophique du terme : c'est-à-dire viser le plus grand bien du plus grand nombre. Or, pour sauver un maximum de vies, il faut en passer par le tri. » Pour Frédérique Leichter-Flack, « la réalité de la pénurie de ressources oblige à superposer une médecine individuelle, qui prodigue à chacun les soins dont il a besoin, et une médecine collective obligeant le personnel à prendre en compte, en marge de son patient, les besoins de tous les autres au regard des ressources disponibles ». Si trier s'avère donc choquant pour le grand public, c'est cependant l'option la plus sensée et nécessaire. « Cela peut évidemment être perçu



## « LE TRI MÉDICAL N'EST JAMAIS UN JUGEMENT SUR LA VALEUR DES VIES. »

COLLECTIF FALUX AMIS POUR LA CROIX HEBDO

*comme une abomination morale, mais c'est aussi une manière de remettre de la justice, de l'efficacité et du sens là où règne une distribution aléatoire du malheur. »*

Comment prioriser ? En renonçant à sauver une vie qui mobiliserait trop de temps, trop de ressources pour un pronostic que l'on sait mauvais ou trop incertain (du fait de chances de survie limitées). La prise en charge des « Covid + », comme on les appelle, mobilise deux soignants par patient et un séjour de trois semaines en réanimation. Les services se préparent donc – vu la lourdeur de la prise en charge – à aiguiller certains patients au tableau clinique sombre en soins palliatifs plutôt qu'en service de réanimation. Une décision prise de façon collégiale et, si besoin, après l'éclairage des cellules éthiques installées ces derniers jours. « *Il ne faut pas surinterpréter le tri médical, ce n'est jamais un jugement sur la valeur des vies* », tient à rappeler Frédérique Leichter-Flack.

Selon quels critères arbitrer ? L'âge est un élément clé, mais il n'est pas le seul. Les praticiens distinguent en effet l'âge chronologique de l'âge biologique. « *L'âge est en effet à mettre en lien avec la situation clinique du patient, ses antécédents, ses comorbidités, etc.* », nuance le professeur Olivier Jonquet, réanimateur au CHU de Montpellier. Le praticien a bon espoir de ne pas avoir à prio-

riser les patients vu le nombre limité de cas dans son service.

Ailleurs, certains de ses collègues priorisent déjà. De quoi mettre à mal le principe de l'égal accès aux soins. Les hôpitaux se préparent à d'éventuels contentieux émanant des proches des patients non admis en réanimation.

Cette gestion des malades reviendra sans nul doute dans le débat public une fois l'épidémie passée. « *La pure recherche de rentabilité à l'hôpital, ces dernières années, fut une aberration économique autant qu'une faute morale*, estime Jean Matos. *Le personnel est en burn-out avant même d'affronter le pic épidémique et, on le voit, les hôpitaux ne disposent que d'une faible marge de manœuvre pour accueillir l'imprévu.* »

La question des moyens se reposera donc, et de façon aiguë. Frédérique Leichter-Flack plaide, elle, pour un retour d'expérience incluant « *une délibération collective sur le dimensionnement de notre système de santé, ainsi qu'une réflexion sur les processus de tri* ». 🗣️

**Marie Boëton**

**(1) Auteure de Qui vivra, qui mourra. Quand on ne peut pas sauver tout le monde, Albin Michel.**

🗣️ Vous voulez que nous évoquions un dilemme éthique ? Partagez-le sur [hebdo.lacroix@bayard-presse.com](mailto:hebdo.lacroix@bayard-presse.com)