

Comment répartir les ressources en période de pandémie ? Quelle justice ?

Eloïse Ledolledec et Raphaël Kermaïdic

Volume 5, numéro 2, 2022

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1089794ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1089794ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Programmes de bioéthique, École de santé publique de l'Université de Montréal

ISSN

2561-4665 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Ledolledec, E. & Kermaïdic, R. (2022). Comment répartir les ressources en période de pandémie ? Quelle justice ? *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, 5(2), 136–142. <https://doi.org/10.7202/1089794ar>

Résumé de l'article

Si la question de juste répartition des ressources traverse les sociétés depuis même l'Antiquité, celle de la répartition équitable des ressources médicales prend de nos jours une toute autre ampleur dans le contexte de pandémie mondiale actuelle. Cette table ronde tente d'analyser et de comprendre comment concilier les principes de justice distributive dans des conditions de ressources limitées. Elle permet d'ouvrir plus largement la réflexion sur la différence fondamentale qui se trouve entre la prise de décision éthique ou politique auprès du patient, et à l'échelle macroscopique. Enfin, une discussion ouvrira la réflexion sur l'autonomie des patients et la légitimité de la réanimation – pour ceux qui ne souhaitent pas continuer à vivre – sur la valeur du « sauver à tout prix » et de la place du triage dans la pratique de la médecine.



ACTES DE COLLOQUE / CONFERENCE PROCEEDINGS

Comment répartir les ressources en période de pandémie? Quelle justice?

Eloïse Ledolledec^a, Raphaël Kermaïdic^b

Résumé

Si la question de juste répartition des ressources traverse les sociétés depuis même l'Antiquité, celle de la répartition équitable des ressources médicales prend de nos jours une toute autre ampleur dans le contexte de pandémie mondiale actuelle. Cette table ronde tente d'analyser et de comprendre comment concilier les principes de justice distributive dans des conditions de ressources limitées. Elle permet d'ouvrir plus largement la réflexion sur la différence fondamentale qui se trouve entre la prise de décision éthique ou politique auprès du patient, et à l'échelle macroscopique. Enfin, une discussion ouvrira la réflexion sur l'autonomie des patients et la légitimité de la réanimation – pour ceux qui ne souhaitent pas continuer à vivre – sur la valeur du « sauver à tout prix » et de la place du triage dans la pratique de la médecine.

Mots-clés

pandémie, Covid-19, justice, ressources, tri, triage, réanimation, réforme hospitalière

Abstract

If the question of the fair distribution of resources has been faced by societies since antiquity, the question of the fair distribution of medical resources takes on a whole new dimension in the context of the current global pandemic. This round table attempts to analyze and understand how to reconcile the principles of distributive justice in conditions of limited resources. It opens up a broader reflection on the fundamental difference between ethical or political decision making at the patient level and at the macroscopic level. Finally, a discussion guides us to reflect on the autonomy of patients and the legitimacy of resuscitation – for those who do not wish to continue living – on the value of “saving at all costs” and the place of triage in the practice of medicine.

Keywords

pandemic, Covid-19, justice, resources, sorting, triage, resuscitation, hospital reform

Affiliations

^a Pôle Humanités, UFR Lettres et langages, Université de Nantes, Nantes, France

^b École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP), Rennes, France

Correspondance / Correspondence : Ledolledec Eloïse, eloise.ledolledec@etu.univ-nantes.fr

Table Ronde « [Comment répartir les ressources en période de pandémie? Quelle justice?](#) » avec Bernard Baertschi, Philippe Bizouarn, Fanny Vincent et animé par Guillaume Durand lors des [Question\(s\) d'éthique](#) organisé par EthicA et le Lieu Unique, à Nantes (France), le 6 et 7 novembre 2020.

PRÉSENTATION DES INTERVENANTS

Fanny Vincent est sociologue de la santé et du travail et s'est particulièrement intéressée aux effets des réformes hospitalières sur le personnel soignant. Elle a notamment publié en 2019, avec Pierre-André Juvent et Frédéric Pierru, *La Casse du siècle, A propos des réformes de l'hôpital public* (1).

Philippe Bizouarn est médecin anesthésiste réanimateur au CHU de Nantes et chercheur associé au laboratoire SPHERE à l'université Paris-Diderot. Il est aussi docteur en philosophie, et plus précisément en éthique médicale, et est auteur récemment de l'article paru dans *Le Monde* « Comment continuer à travailler à l'hôpital en toute sérénité quand on est diagnostiqué positif au Covid? » (2).

Bernard Baertschi est docteur en philosophie à l'Université de Genève, membre de la Commission d'éthique pour les biotechnologies (CENH) en Suisse, et il fait partie du comité d'éthique de l'INSERM. Il est notamment l'auteur de l'ouvrage de 2013, *L'éthique à l'écoute des neurosciences* (3) et plus récemment en 2019, *De l'humain augmenté au posthumain : une approche bioéthique* (4).

INTRODUCTION

Points de vue philosophiques, sociologiques et médicaux, tels sont les avantages de la conférence s'étant tenue le 6 novembre 2020 au Lieu Unique de Nantes. Les regards croisés de Bernard Baertschi, Fanny Vincent et Philippe Bizouarn ont permis aux auditeurs d'apprécier une approche pluridisciplinaire de la question des répartitions des ressources humaines, matérielles et financières en cette période de pandémie. Si la question de la justice distributive était déjà d'actualité à l'époque de John Locke (5), le problème de la répartition des ressources hospitalières est, lui, plus contemporain. D'après Philippe Bizouarn, « la Covid-19 a pointé du doigt ce qui existait déjà. » La question de la répartition des ressources se justifie-t-elle davantage en cette période de pandémie? Quelle est l'importance du contexte historique dans cette situation problématique? Et enfin, selon quels grands principes sélectionner les patients si le matériel de réanimation venait à manquer?

LA JUSTICE DISTRIBUTIVE APPLIQUÉE AUX PROBLÈMES HOSPITALIERS ACTUELS

D'après Bernard Baertschi, la justice distributive est une notion popularisée par Karl Marx, qu'il définissait ainsi « de chacun selon ses capacités, à chacun selon ses besoins » (6). Nombreux philosophes tels qu'Aristote et John Locke l'ont évoqué plus tôt au travers de la notion de contrat social selon lequel le droit d'accès à une ressource provient du fait que « nous y contribuons financièrement au travers des impôts et des contributions sociales ». Ce pour que chacun, quelles que soient ses capacités financières, puisse avoir accès aux biens – ici la ressource médicale. Ainsi, nous avons tous un droit égal d'accès aux soins. Ce, bien qu'il y ait une inégalité dans la production de la ressource médicale : un soignant semble en produire plus qu'un autre corps de métier ; et une inégalité dans le besoin, certains ayant recours aux soins en plus grande quantité que d'autres. Karl Marx évoque également l'idée selon laquelle la distribution des ressources se fait en fonction des besoins. Mais qu'entend-on par l'expression « besoin de la population »? Selon Philippe Bizouarn, aucune définition satisfaisante n'a été donnée. Tant que personne ne trouvera de réponse à cette question, il ne pourra y avoir de solution adaptée à la question de la justice distributive.

Au-delà de la question générale de la justice distributive, Fanny Vincent s'intéresse à l'évolution de la répartition des ressources hospitalières depuis les années 1970. Les rapports sociaux de domination et de hiérarchisation entre les services font que certains services reçoivent plus de moyens que d'autres, notamment la réanimation comme le confirme justement Philippe Bizouarn, lui-même médecin anesthésiste-réanimateur. L'accès aux ressources est socialement différencié et inégalitaire depuis toujours, et pas uniquement en temps de pandémie. Pour Fanny Vincent cette question de répartition des ressources est liée au sous financement du secteur hospitalier, et est donc antérieure mais amplifiée par la pandémie : « il faut replacer la situation dans un contexte où l'hôpital a subi une crise d'austérité depuis plusieurs décennies ». Bernard Baertschi complète en pointant que ce problème de la répartition des budgets se pose à l'échelle macroscopique entre les secteurs de la santé, de l'éducation, de la défense, etc. Cela fait écho avec la constatation de Frédéric Worms – professeur de philosophie contemporaine à l'École Normale Supérieure – lors de la [conférence d'ouverture](#) des journées de *Question(s) d'éthique* (6 novembre 2020) qu'on ne peut séparer l'éthique de la politique.

Ainsi, « l'a-normal », le manque de ressources et de moyens pour soigner, sont devenus le quotidien de l'hôpital. Avec ces ressources trop rares et notamment le manque de lits, selon quels critères choisir les patients?

UNE SÉLECTION SELON LE PRONOSTIC VITAL DES PATIENTS

Durant la pandémie du SARS-CoV-2, la question de la répartition des ressources relève notamment du problème de répartition des lits, et ce sont les soignants qui doivent choisir les patients qui y auront accès. Même si lors de la première vague de la pandémie la question terrible du « tri » ou « triage » des patients s'est peu posée, elle reflète bien la difficulté de la problématique de répartition des ressources. En France, lors de la première vague, le tri s'est essentiellement effectué de manière indirecte, lors des transferts entre régions, durant lesquels certains patients sont décédés. En Île-de-France, une des quelques régions de France où la question du tri s'est imposée, il y a eu une requalification du problème par les soignants. Pour eux, cela a mis en lumière la question de la légitimité, hors pandémie, d'admettre les patients en réanimation de manière parfois trop systématique, avec toutes les atteintes physiques et psychologiques que cela peut engendrer. En Italie, la sélection directe au lit du patient a été davantage appliquée qu'en France et vécue comme traumatisante par le personnel soignant (7). Mais alors, quels sont les principes les plus à mêmes de permettre une sélection juste des patients?

Selon Philippe Bizouarn, la théorie la plus utilisée de sélection des patients souffrant de la Covid-19 se fait selon le pronostic vital du patient. Les critères de sélection sont médicaux : espérance de vie, qualité de vie supposée après la prise en charge, antécédents, comorbidités, grande fragilité. Cependant, une procédure de tri des patients permettant d'établir un « score de fragilité » a été mise en place par la Direction Générale de la Santé (DGS) le 16 mars 2020, qui intègre également des critères non médicaux, c'est-à-dire sociaux et financiers (8). Par exemple : le patient bénéficie-t-il de support social? Quelle est la perception de la charge par les proches? Quelle est sa situation financière? Intégrer la prise en compte de tels critères non-médicaux revient à vouloir sélectionner les patients en fonction de leur utilité sociale. Selon Philippe Bizouarn, ces critères non-médicaux ou socio-économiques ne sont « pas du tout pris en compte » sur le terrain. Finalement, « c'est l'importance du tableau clinique qui importe », le protocole n'étant pas non plus rigide et arbitraire. Il conclut en affirmant que « la solution pour que nous n'ayons plus de problème de choix, de sélection ou de juste distribution des ressources médicales, est qu'il faut remédier au sous-financement chronique du secteur de la santé. »

Ce prioritarisme, consistant à hiérarchiser les patients selon certains critères, est appliqué entre patients souffrant de la Covid, mais aussi entre les patients covid et ceux ne l'ayant pas. Les patients Covid passent au premier plan au détriment des patients souffrant d'autres pathologies graves ou chroniques (ex. : cardiaques) dont les hospitalisations et interventions ont été déprogrammées. Si, selon un principe d'égalité, l'on souhaite soigner le plus grand nombre, ce principe implique aussi les patients non-Covid. La question que pose Philippe Bizouarn est donc la suivante : « cette mise en attente des autres pathologies est-elle rationnelle? », avant de conclure que « la réflexion sur la répartition des ressources nécessite un grand débat démocratique. »

AUTRES PRINCIPES DE SÉLECTION POSSIBLES

D'autres principes de sélection ont été discutés durant la première période de la crise sanitaire. La théorie de la durée de vie raisonnable, présentée durant la conférence par Bernard Baertschi, est définie comme la durée de vie en deçà de laquelle l'individu souffre de l'injustice d'être privé d'une grande partie de sa vie. Cette théorie vise à atteindre le plus grand nombre d'années à vivre possibles. Elle peut s'intégrer au principe de prioritarisme, tout en donnant inévitablement un avantage aux patients plus jeunes. En effet, cela impliquerait que « toute personne qui n'a pas encore eu sa part équitable de vie doit être priorisée. » Ce principe semble injuste pour Bernard Baertschi – les personnes âgées ont cotisé toute leur vie pour avoir accès à ces lits de réanimation en cas de besoin. De plus, vouloir sauver les patients les plus jeunes s'apparente à vouloir sélectionner les patients les plus utiles à la société, c'est-à-dire les patients dont le travail aura un intérêt économique pour le pays. L'utilité sociale des personnes âgées semble moindre en regard de notre société, en plus de porter un certain coût. Ainsi, le CCNE a précisé dans sa réponse à la saisine du ministre en charge de la santé et de la solidarité du 13 mars 2020, que « les choix médicaux, toujours difficiles, seront guidés par une réflexion éthique qui prendra en compte le respect de la dignité des personnes et le principe d'équité » (9).

Autrement dit, l'utilité sociale ne doit en aucun cas entrer en compte dans la priorisation des patients à soigner. La théorie de la durée de vie raisonnable diffère du principe utilitariste. L'utilitarisme, appliqué à la crise sanitaire, viserait à sauver le maximum de vies, dans un but de bien commun. L'utilitarisme est une théorie universaliste qui tente d'ériger une éthique normative et instaurer des règles d'action. C'est aussi une théorie conséquentialiste, c'est-à-dire que les actions ou les règles d'action ne sont pas jugées bonnes ou mauvaises en elles-mêmes, ni d'après leur intention, mais d'après leurs conséquences. De plus, « le but de l'action est donc la satisfaction maximale des besoins ou des intérêts, ou encore frustration minimale » (10). Dans cette conférence, Philippe Bizouarn appuie sur une volonté des soignants de faire face au « moins de décès possible », ce qui s'apparente à un utilitarisme négatif. En effet, il appuie sur la difficulté des soignants à faire face aux nombreux décès des patients durant la crise sanitaire. L'utilitarisme positif qui viserait à sauver le plus grand nombre de patients n'est, d'après lui, pas envisageable. C'est ainsi que nous en revenons au prioritarisme sur l'état clinique des patients, qui permettra par la suite de répondre à cette exigence du moins de décès possible.

D'un autre côté, le principe de l'égalité des chances – sélection par tirage au sort ou loterie – semble être le moins adapté. Selon Fanny Vincent, Bernard Baertschi et Philippe Bizouarn, si ce principe venait à être utilisé, il ne serait que l'aveu de l'échec de n'avoir trouvé aucun critère rationnel. Même s'il n'y a aucune discrimination sociale possible, ce principe n'est pas non plus applicable à la réalité : les patients ne tombent pas malades en même temps, le tirage au sort est long et un tri serait indirectement réalisé puisque certains patients dont le pronostic est grave risqueraient de décéder. Sélectionner selon ce critère, c'est aussi nier la singularité de chaque individu, au risque de créer de nouvelles inégalités. Enfin, chercher à sélectionner selon la règle du « premier arrivé, premier servi » est encore pire, car elle se base sur le hasard et dépend de critères sociaux, tels que les moyens de déplacement et l'éloignement entre le lieu d'habitation et l'hôpital notamment.

Parmi tous ces principes, lequel semble le mieux adapté? La sélection selon le principe du pronostic vital est-il juste? L'important pour Bernard Baertschi est l'égalité d'accès par le contrat social, sans différences entre riches/pauvres, immigrés/résidents, personnes âgées/personnes jeunes. Ces critères primaires ne doivent pas entrer en compte, il faut donc trouver des critères secondaires (11). Pour lui, sauver le maximum de vies acceptables (utilitarisme) ou donner la priorité à ceux qui en bénéficieront le plus (sélection selon le pronostic vital) semblent être les critères actuellement les mieux acceptés par la population.

UNE AUTRE THÉORIE DU CONTRAT SOCIAL, CELLE DE THOMAS HOBBS

Il existe aussi une part de la population qui n'émet plus le souhait de vivre. Pourquoi ne pas laisser à ces individus la possibilité de décider s'ils veulent être sauvés ou non? Il s'agit ici de vie ou de mort, et l'autonomie décisionnelle en crise de pandémie n'a pas été développée. Ainsi, dans tous les principes de sélection potentiels évoqués précédemment, l'on considère que d'emblée, chaque individu souhaite être sauvé. Mais qui d'autre que l'individu lui-même est le plus capable de choisir ce qu'il souhaite? Pour les personnes encore conscientes, pourquoi ne pas leur laisser le choix d'être soigné ou non? La théorie du contrat social de Locke exposée par Bernard Baertschi n'est pas unique, et si l'on adopte plutôt celle de Hobbes, il est potentiellement possible de répondre à cette question (12). Pour ce philosophe du XV^{ème} siècle, les hommes sont tous égaux entre eux et personne n'a d'autorité sur chacun d'entre eux. Les questions morales sont, à son sens, subjectives et dépendent des propriétés de l'individu. Il a une vision négative – les individus ne poursuivent que ce qu'ils veulent pour eux-mêmes, ils sont égoïstes (13). Ainsi, il est sûrement illusoire de penser que les individus seraient prêts à laisser leur place à autrui puisque l'on considère aisément que chacun souhaite vivre. Cela créerait davantage de conflits et décrédibiliserait probablement les équipes soignantes.

Cependant, tous les soignants ont pu entendre un jour, de la part d'un patient, le souhait de mourir. Pourtant, ce choix n'est pas pris en compte si leur pathologie n'est pas considérée comme incurable. La loi Claeys Leonetti du 2 février 2016, relative à la fin de vie, accorde la possibilité de la mise en place d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès, « lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements » (14). Cette loi s'apparente à un « laisser mourir » dans le cadre d'une incurabilité. Il n'y a pas l'acte d'entraîner le décès, sinon cela s'apparenterait à de l'euthanasie, ce qui est répréhensible pénalement en France.

En revanche, en période de crise sanitaire, pourquoi refuser de laisser mourir des gens qui le souhaitent, même si leur probabilité de survie, au vu du contexte clinique, est supérieure à celle d'autrui? Cette possibilité, surprenante de prime abord, nécessite pourtant d'être approfondie. Tout d'abord, la médecine en général n'est plus uniquement une médecine ayant pour but de soigner et guérir. C'est également une médecine des désirs, à l'écoute des souhaits du patient – la PMA ou la chirurgie esthétique entrent dans la médecine des désirs. Dans un contexte de pandémie mondiale, pourquoi ne pas écouter les voix des patients dont la volonté est de laisser leur accès en réanimation à autrui? Beaucoup de personnes – essentiellement âgées – estiment avoir suffisamment vécu. Quant aux pathologies psychiatriques et aux patients requérant des soins de ce type, on ne leur prête naturellement que très peu d'autonomie, ce qui nécessiterait d'être questionné.

Le terme de « pathologies », du grec *pathologia*, « l'étude des maladies », parle de lui-même. Lorsque l'on évoque les « pathologies psychiatriques », on enlève intrinsèquement une part d'autonomie aux patients. Les pathologies psychiatriques sont aussi nombreuses que complexes, ce qui rend difficile la distinction entre la part de ce qui est réellement pathologique chez le patient, et la part de non pathologique. Dans ce cas, pourquoi considérons-nous que la part de pathologie prime sur la capacité dans la prise de décision? Dans ce contexte de pandémie mondiale, sous quels prétextes ne pas écouter leur volonté de ne pas poursuivre leur vie, d'autant plus si le pronostic vital nécessite une admission en réanimation? Pourquoi « forcer » ces gens à vivre s'ils préfèrent laisser leur place?

A propos du souhait de mort en gériatrie, la légitimité de la question semble difficile à admettre pour les soignants. Pourtant, en gériatrie, nombreux sont les patients dont la souffrance autant mentale que physique les pousse à perdre l'élan vital, même sans maladie incurable. Au-delà de la souffrance, le processus de vieillissement lui-même peut être la cause de cette envie de mourir. Selon Véronique Le Ru, la vieillesse se situe entre le normal et la pathologique : « Elle est cette instance où le normal et le pathologique tissent des fils et les croisent, où ils se maintiennent, s'entretiennent et deviennent homogènes dans la vie même du sujet vieillissant » (15). Les efforts fournis par l'entourage ou le personnel soignant – en fonction du lieu de vie – pour permettre de retrouver cette envie de vivre n'aboutissent parfois pas. Pourtant, le processus de vieillissement lui-même n'est pas pathologique et la question légitime de la « pathologie » qui se posait précédemment dans un contexte de psychiatrie ne se pose pas ici de la même manière.

Ce contexte de crise sanitaire mondiale aurait pu permettre de repenser les souhaits de morts en gériatrie et d'ainsi questionner l'autonomie mentale de ces patients. Souhaiter mourir envoie immédiatement les soignants à penser que l'autonomie décisionnelle est réduite, parce que nous n'avons pas l'expérience empirique de la vieillesse. Vouloir mourir à un grand âge, souhaiter laisser sa place en réanimation à autrui : pourquoi n'est-ce pas considéré comme légitime?

L'IMPORTANCE DES DIRECTIVES ANTICIPÉES EN PÉRIODE DE PANDÉMIE

A contrario, lorsque les professionnels ont été amenés à choisir quels patients devaient être priorisés au vu du contexte clinique, certains, souffrant du virus du Sars-CoV-2, n'ont pas été envoyés en réanimation. Ils sont restés dans leurs hébergements pour s'éteindre doucement – cela s'est vu notamment dans les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendants (EHPAD). Un des seuls moyens juridiques pour le patient d'éviter l'obstination déraisonnable sont les directives anticipées, qui sont bien souvent recueillies à l'entrée en EHPAD. Elles sont régies par l'article L1111-11 du Code de la Santé Publique :

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'actes médicaux (16).

La rédaction des directives anticipées a peut-être pu permettre de respecter le souhait de quelques-uns de ces patients hébergés en EHPAD. En revanche, des actions de santé publique auraient éventuellement pu être mises en place afin de permettre à chacun de rédiger des directives anticipées et ainsi apporter une aide précieuse aux équipes soignantes quant aux soins à promulguer, ou non. Ces directives ont cependant elles-mêmes eu leurs limites. Nous avons ainsi vu l'exemple de patients qui les avaient rédigées en prévision d'une possible obstination déraisonnable car se sachant atteint de maladie grave, chronique ou incurable. Cependant, ces personnes, ou leurs familles, ont pu refuser de les voir appliquées dans le cas précis de la Covid-19, souhaitant se donner toutes les chances possibles. On se rend bien compte ici de la limite des outils juridiques à disposition, et surtout de la singularité d'application de ces mesures.

L'urgence du soin a nécessairement amené les soignants à devoir faire des choix, probablement plus ou moins difficiles à accepter, en fonction de la singularité de chaque situation. Mais n'y a-t-il pas la possibilité de repenser les rapports à l'autonomie de ces patients?

UNE APPLICATION UNIQUE DE CRITÈRES MÉDICAUX EXPOSÉS PAR LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

Le protocole exposé par la Direction Générale de la Santé (DGS) est présenté par Philippe Bizouarn comme n'étant ni rigide ni arbitraire. Ce médecin anesthésiste-réanimateur ne tient compte dans ce « score de fragilité » – permettant l'évaluation

pour l'accès aux lits de réanimation – que du tableau clinique. Il fait fi des facteurs socio-économiques pourtant intégrés dans le protocole de la DGS. Ainsi, comment un protocole, par définition rigide, peut-il prendre en compte la singularité de chaque individu? Protocole et singularité peuvent-ils vraiment aller de pair? Philippe Bizouarn insiste sur la difficulté d'appliquer un tel protocole en temps réel. A son sens, ce genre de protocole « pourrait tout de même aider et enlever une sorte de poids moral », mais malheureusement, dans l'urgence du soin, le temps est compté. Prendre le temps de réunir des soignants et de discuter de chaque situation afin de trouver un accord de priorisation, dans ce genre de contexte, est irréaliste. Le protocole ne serait donc pas plus qu'une aide d'orientation de soin pour les soignants.

Cela se reflète dans le fait que depuis le début de la pandémie, les sélections semblent être dépendantes de chaque centre hospitalier, défiant donc probablement les règles du protocole transféré par la DGS. Une solution pouvant peut-être permettre d'universaliser la sélection des patients serait de se baser sur l'utilitarisme de Jeremy Bentham, qui a pour but de se réduire aux préférences rationnelles et informées du plus grand nombre (17). La célèbre formule « le plus grand bonheur pour le plus grand nombre » signifie qu'il faut maximiser le bien-être de la communauté, en prenant en considération chaque individu à valeur égale. Pour maximiser le bien-être global, la solution ne serait-elle donc pas de procéder à un vote général de la population, afin de trouver le modèle de sélection semblant le plus approprié pour le plus grand nombre?

FAUT-IL SAUVER À TOUT PRIX? LE TRI, UN PRINCIPE INHÉRENT À LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE

Dans cette culture du « sauver à tout prix », la pandémie est venue questionner les médecins sur les politiques d'envoi, peut-être parfois trop systématiques, en réanimation. Elle est aussi venue questionner la légitimité de la mise en attente des autres pathologies, retardant opérations, prise en charge et dépistages. Ceci, en plus de creuser encore plus les inégalités socio-économiques en France et partout dans le monde. Il est légitime de se demander, en regard de l'impact économique, psychologique, professionnel et social, souvent non quantifiable, si cette priorisation et certaines mesures prises en valaient les conséquences. Car il est important de rappeler, dans une période où la population semble découvrir le fonctionnement de la médecine et de l'hôpital, que le tri, ou plutôt « l'aiguillage » des patients, a toujours eu lieu. Ce tri est même inhérent à la pratique de la médecine comme le rappelle Axel Kahn – médecin généticien, ancien membre du CCNE et directeur de recherche à l'INSERM – dans un entretien récent : « La priorisation est indissociable de la médecine. En réanimation, toute une partie de ma vie, j'ai été confronté à l'acharnement déraisonnable, aux personnes que je devais décider de réanimer ou non. » (18)

Aussi difficiles que soient ces choix de prises en charges, ils sont collégiaux, quotidiens et s'effectuent sur toutes les échelles : l'orientation depuis les urgences vers des services « d'hébergement » par manque de lits ; la précipitation de sortie de patients des soins intensifs cardiologiques ou de chirurgie cardiaque thoracique et vasculaire pour accueillir de nouvelles opérations ; ou encore le renvoi prématuré en centre de réfugiés de patients immigrés pour libérer de la place. Tous les soignants savent que malgré eux, l'hôpital doit-être rentable.

D'aucun pourrait défendre que cette limitation des ressources, financières, en lits et en personnels, légitime le devoir d'efficacité. En effet, selon une logique de rationalisation économique, en regard du principe de bienfaisance (19 p.114) – visant à maximiser le bien –, et de non-malfaisance (19 p.166) – visant à ne pas nuire à autrui – il en découle naturellement la nécessité de tirer le meilleur parti des ressources dont nous disposons. Cette nécessité d'efficacité, qui transparaît au quotidien dans l'organisation de travail des soignants, sera toujours valable, et ce quelle que soit la quantité de ressources disponible initialement – hormis une utopie dans laquelle le secteur sanitaire pourrait dépenser sans compter. Elle a cependant pris, depuis les années 1970, une ampleur à même d'altérer notablement la capacité et la qualité de prise en charge du système de soin, ainsi que la disponibilité et l'usure des personnels soignants. Et c'est dans cette conjoncture que la pandémie est venue exacerber un fonctionnement déjà à flux tendu. Mais que l'on ne se méprenne pas, les critères médicaux – qui semblent socialement et éthiquement acceptés et acceptables – qui servent à décider de l'avenir des patients, en temps de crise ou non, s'entremêlent, coexistent voire se confondent avec les critères socio-économiques. Sauver un patient qui sortira de réanimation avec de lourdes séquelles d'hypoxie cérébrale et ne sera plus jamais autonome a un coût au long cours en termes de prise en charge pour la société. En tant que soignant, parce que ce métier relève par essence de l'humain et de la relation, le regard se porte naturellement sur le coût humain : la vie du patient post-réanimation, l'impact émotionnel et social pour les familles, et se détourne de l'aspect économique qui ne pourra et ne devra jamais être déterminant, mais est pourtant sous-jacent. Ainsi, les critères de décisions ne sauraient se réduire ni à des critères médicaux, ni à des critères socio-économiques seuls. En parallèle, le problème du tri s'est vu amplifié par la crise sanitaire et la rationalisation du système de santé. La mise en attente de la prise en charge ou du dépistage des autres pathologies s'est imposée aux patients, pouvant sembler injuste selon le point de vue. Alors dans ce contexte, quel sens et quelle place donner à la notion de justice et d'équité?

Dans son ouvrage fondateur *A Theory of Justice* (20), John Rawls définit la justice selon un principe de liberté, un principe d'égalité des chances et un principe de différence (maximiser les biens premiers des plus faibles). Il en redonnera la hiérarchisation dans un écrit ultérieur : *Justice as Fairness* (21) qui présente l'égalité prioritaire sur l'égalité des chances, elle-même prioritaire sur l'égalisation des ressources. John Rawls conçoit donc la justice sous le prisme de l'impartialité, qui n'exclut pas l'inégalité dans la distribution, si celle-ci sert aux bénéficiaires des plus démunis. Appliquée à la crise sanitaire, ce modèle signifie qu'il ne serait acceptable de répartir les ressources de façon inégale qu'au service de l'égalité des chances. Seulement, en état d'urgence, cette inégale répartition s'est faite en réduisant les chances des patients dans les autres services, et les capacités de prévention. Si les meilleurs moyens ont bien été donnés à ceux qui avaient le plus de chances

de s'en sortir, avons-nous maximisé la somme des biens? On en revient au problème de définition des biens : s'agit-il de la somme du nombre d'années de vie sauvées ou du nombre de vies sauvées? Et devrions-nous inclure dans cette somme le nombre de personnes non prises en charge? En réalité, et en dépit de débats politiques, économiques, idéologiques ou philosophiques, il sera sans doute impossible de réellement quantifier les bénéfices et les coûts des décisions qui ont été menées, en ce que cette crise a touché à tous les niveaux des fondements de la nature de l'humain et de ses sociétés.

CONCLUSION

On constate qu'il ne peut finalement exister de règles strictes, ni de critères favorisant ou discriminants, rigides ou coercitifs, dans le mode d'aiguillage des patients. Et c'est bien là le propre de la médecine, c'est qu'elle s'applique en fonction d'un contexte dépendant à la fois du système de soins : médecins et équipes de soins, nombre de lits disponibles et conjoncture du service d'urgences, et surtout de l'individu avec son identité, son histoire de vie, son environnement socio-culturel, économique et professionnel. Ainsi, dans la prise en compte de l'ensemble de ces facteurs et aussi d'autres facteurs discrets – notamment psycho-sociaux relatifs à la prise de décision – il ne suffit que de l'altération d'un seul pour modifier le cours de la prise en charge. Par exemple, qu'un lit se libère au secteur *scopé* de pneumologie, que les médecins et les équipes soignantes décident en vue des comorbidités et du contexte socio-économique du patient, ou de l'existence de directives anticipées, sont autant d'éléments qui influenceront sur la décision de réanimer ou non. Et plus largement sur le parcours de soin. Puisqu'après réflexion, il ne semble exister de modalités rationnelles viables à elles seules, ce serait peut-être là d'ailleurs la seule règle de prise en charge universalisable : qu'elle soit individualisée et multifactorielle.

On pourrait conclure que malgré notre volonté humaniste d'accorder la même valeur à toute vie et donc des chances d'accès égales aux soins, nous ne pouvons-nous affranchir de la réalité financière du soin, dans un secteur en sous financement depuis plusieurs décennies. L'a normal étant le fonctionnement habituel de l'hôpital depuis de nombreuses années, cette période de crise sanitaire a permis de mettre en lumière l'aveu criant de manque de moyens. Enfin, le « tri » des patients dans un contexte d'urgence sanitaire n'aurait jamais dû exister. La sélection selon les critères médicaux semble être la plus acceptée par la population actuellement. Et, lorsque l'on parle de vie et de mort, il ne devrait jamais être question de sélection.

Reçu/Received: 20/06/2021

Remerciements

Nos sincères remerciements aux intervenants du Master Ethique de l'Université de Nantes, et plus particulièrement à M. Guillaume Durand et M. Bryn Williams-Jones pour nous avoir donné l'opportunité de rédiger ce compte-rendu de table-ronde.

Conflits d'intérêts

Aucun à déclarer

Publié/Published: 13/06/2022

Acknowledgements

Our sincere thanks to the speakers of the Master in Ethics of the Université de Nantes, and more particularly to Mr. Guillaume Durand and Mr. Bryn Williams-Jones for having given us the opportunity to write this round table report.

Conflicts of Interest

None to declare

Édition/Editors: Aliya Affdal

Les éditeurs suivent les recommandations et les procédures décrites dans le [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#) de COPE. Plus précisément, ils travaillent pour s'assurer des plus hautes normes éthiques de la publication, y compris l'identification et la gestion des conflits d'intérêts (pour les éditeurs et pour les auteurs), la juste évaluation des manuscrits et la publication de manuscrits qui répondent aux normes d'excellence de la revue.

The editors follow the recommendations and procedures outlined in the COPE [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#). Specifically, the editors will work to ensure the highest ethical standards of publication, including: the identification and management of conflicts of interest (for editors and for authors), the fair evaluation of manuscripts, and the publication of manuscripts that meet the journal's standards of excellence.

RÉFÉRENCES

1. Vincent F, Juvent PA, Pierru F. La Casse du siècle. A propos des réformes de l'hôpital public. Raison d'agir Éditions; 2019.
2. Bizouarn P. [Comment continuer à travailler à l'hôpital en toute sérénité quand on est diagnostiqué positif au Covid?](#) Le Monde. 24 octobre 2020.
3. Baertschi B. L'éthique à l'écoute des neurosciences. Belles lettres; 2013.
4. Baertschi B. De l'humain augmenté au post-humain : une approche bioéthique. VRIN; 2019.
5. Locke J. Traité du gouvernement civil. 5^e éd. Londres : Editions de Londres; 1728.
6. Marx K. Critique du programme de Gotha. Sociales/la Dispute; 2008.
7. Jozsef E. [Covid-19 : la sélection des malades divise le corps médical italien](#). Libération. 19 mars 2020.
8. Direction Générale de l'Offre de Soins, Direction Générale de la Santé, Direction Générale de la Cohésion Sociale. [Préparation à la phase épidémique de Covid-19](#). Ministère des solidarités et de la santé; mars 2020.
9. CCNE. [Contribution du comité consultatif national d'éthique : enjeux éthiques face à une pandémie](#). Réponse à la saisine du ministre en charge de la santé et de la solidarité. 13 mars 2020.
10. Lang P. L'éthique, fondements philosophiques. Introduction à l'éthique contemporaine : Discussion critique des principes de l'utilitarisme. Nantes (France): Faculté Lettres et Sciences Humaines, Département philosophie; Session 2021.
11. Persad G, Wertheimer A, Emanuel EJ. [Principles for allocation of scarce medical interventions](#). The Lancet. 2009;373:423-31.

12. Hobbes T. *Léviathan*. Paris : Editions Gallimard; 2000.
13. Guyau JM. [L'amour de l'humanité dans la morale utilitaire](#). Rev Mauss. 2008;31(1):113-21.
14. [Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie - Article 3](#). Légifrance. 2016.
15. Le Ru V. [La vieillesse entre le normal et le pathologique : un « état pathologique normal »?](#) Jusqu'à la mort accompagner la vie. 2020;2(2):79-90.
16. [Article L1111-11 relatif aux directives anticipées](#). Code de santé publique. 2020.
17. de Champs E. [Utilitarisme et liberté. La pensée politique de Jeremy Bentham](#). Arch Philos. 2015;78(2):221-28.
18. Kahn A. [L'humanité s'en sort toujours](#). La Vie. 10 mars 2021.
19. Beauchamp TL, Childress JF. *Les principes de l'éthique biomédicale*, 6^e ed. Oxford: Oxford University Press; 2009.
20. Rawls J. *A Theory of Justice*. Harvard University Press; 1971.
21. J Rawls. [Justice as fairness](#). The Philosophical Review. 1958;67(2):164-94.