



Église évangélique réformée
de Suisse



Frank Mathwig

10 questions – 10 réponses

Le malheur ne doit pas créer l'injustice

Regard éthique sur le triage aux soins
intensifs pendant la pandémie de Covid-19

Église évangélique réformée de Suisse
Berne, novembre 2020

1 Qu'entend-on par triage médical ?

Le terme « triage » désigne le fait de fixer des priorités médicales en cas d'afflux massif de patientes et patients pour lesquels les ressources de traitement sont objectivement insuffisantes. Malgré tous ses efforts, le personnel médical ne peut pas sauver la vie de toutes les personnes blessées ou malades. La médecine se trouve donc dans l'obligation d'opérer des choix parmi les personnes nécessitant des soins.

La médecine de guerre et de catastrophe connaît certes déjà le triage, mais ces situations ne peuvent pas être simplement transposées à une pandémie. Les décisions de triage portent alors sur le refus ou l'interruption de mesures vitales qui seraient nécessaires et pertinentes d'un point de vue médical.

Médicalement parlant, le triage confronte l'équipe soignante à une situation limite sur le plan éthique. Le défi ne réside pas forcément dans la situation de pénurie en soi car nous savons que nous vivons dans un monde aux ressources limitées. Mais contrairement aux conditions de vie de très nombreuses personnes dans le monde, nous ne connaissons pratiquement pas de situations où la pénurie devient une question de survie. Nos systèmes de protection sociale ne peuvent certes pas garantir l'égalité de chance dans la vie, mais ils permettent d'éviter (dans une large mesure) que les inégalités sociales ne deviennent une question de vie ou de mort. Or, le triage vise un traitement inégal dans lequel la mort devient une option réelle.

2 Pourquoi le triage est-il éthiquement problématique ?

Les décisions de vie ou de mort ne se posent pas seulement en situation de pénurie. Notre mortalité fait que notre (temps de) vie est en soi un bien limité. La médecine est confrontée quotidiennement à des décisions : faut-il encore entreprendre un traitement, le poursuivre ou l'arrêter ? Dans ce genre de situation, la personne concernée peut toujours exprimer sa volonté en dialogue avec l'équipe médicale ; peut-être la personne a-t-elle documenté sa volonté dans des directives anticipées, ou fait le choix d'accepter sa propre fin (renoncement ou interruption de traitement, refus de s'alimenter, aide au suicide). Le sujet qui prend la décision est toujours la personne dont la vie est en jeu. Dans une situation de triage, c'est au contraire le personnel médical qui décide si une personne reçoit ou non un traitement susceptible de la sauver, ou si elle doit mourir.

Les décisions de triage concernant des personnes gravement malades ou blessées rompent avec trois principes bioéthiques fondamentaux : 1. le respect de l'autonomie quand la personne souhaite expressément un traitement indiqué du point de vue médical mais qui lui sera refusé ; 2. le principe de « non-maléficiencia » qui veut que l'équipe médicale évite de nuire à une patiente ou un patient et 3. le principe de bienfaisance qui exige de l'équipe qu'elle prenne toutes les mesures nécessaires pour améliorer la condition précaire du ou de la malade. Les personnes « triées » se voient donc refuser des soins dont elles ont besoin et qu'elles auraient certainement reçus dans des conditions normales. Comme le triage consiste à répartir des ressources limitées qui permettraient de sauver des vies humaines, il signifie, pour les patientes et les patients, une décision de vie ou de mort. C'est la raison pour laquelle l'éthique médicale parle de décision tragique (*tragic choice*).

3 Que se passe-t-il lors de triage ?

En règle générale, les situations de triage surviennent de façon soudaine, elles sont la plupart du temps imprévisibles et exigent une action immédiate. La médecine de guerre et de catastrophe ne dispose que de modèles d'action généraux visant à assurer une prise en charge la plus efficace possible, autrement dit à sauver le plus grand nombre possible de personnes. Le classement des victimes en fonction des priorités de traitement en constitue l'élément central. Un schéma à quatre *niveaux* s'est établi : 1. traitement immédiat en cas de danger vital extrême ; 2. traitement en urgence des blessés graves ; 3. traitement ultérieur des blessés légers et 4. traitement d'accompagnement ou palliatif des personnes dont les chances de survie sont comparativement les plus faibles. Ce schéma peut être appliqué aussi bien lors de catastrophes ou d'accidents de masse qu'en cas de pandémies, durant lesquelles un grand nombre de personnes infectées présentant des symptômes de gravité variable doivent être traitées.

Les catégories de triage reposent sur deux principes : les niveaux 1 à 3 suivent le *principe – incontesté – d'urgence* : celles et ceux qui ont le plus grand besoin de secours ont la priorité ; celles et ceux dont la vie n'est pas sévèrement menacée seront traités plus tard. Le niveau 4 suit quant à lui le *principe d'utilité* au regard de l'utilisation de ressources alternatives : les personnes concernées de cette catégorie devraient, selon le principe d'urgence, être prises en charge en premier. Pourtant, elles ne reçoivent pas de traitement intensif, non pas en raison de leurs chances de survie modestes, mais parce qu'avec les ressources qu'il faudrait engager pour chacun de ces cas, beaucoup d'autres vies au pronostic plus favorable pourraient être sauvées.

Les conséquences prêtent à réfléchir, car si le principe d'urgence était appliqué à toutes et à tous, il n'y aurait pas de niveau 4. Si toutes et tous étaient au contraire traités selon principe d'utilité, l'ordre de traitement changerait : d'abord le niveau 3, ensuite le niveau 2, puis les niveaux 1

et 4. Donc, si l'un de ces deux principes (peu importe lequel) était appliqué systématiquement à tout le monde, personne ne se verrait refuser un traitement. Il est vrai que pour certaines personnes, l'aide arriverait trop tard, mais aucune ne serait exclue d'emblée.

Le refus d'un traitement à certaines personnes ne résulte donc pas de l'application systématique d'une règle unique, mais découle du fait que, lors du triage, certaines personnes sont soumises à d'autres critères que ceux appliqués à la majorité. Cette inégalité de traitement est en pleine contradiction avec nos représentations de ce qui est juste et équitable.

4 Qu'est-ce qui rend les décisions de triage si difficiles ?

Tout comme la médecine tente dans la mesure du possible d'éviter les situations de triage, l'éthique a du mal à justifier ce genre de décision. Lors d'un triage, il n'y a pas de gagnants, mais que des perdants. Il faut prendre des décisions dont aucune ne peut être obtenue sans hésitation. Deux conflits occupent une place centrale :

1. Devoir, sur le plan médical, abandonner une vie humaine, en raison de circonstances extérieures est tout aussi insupportable que de devoir justifier, sur le plan éthique, pourquoi la médecine devrait renoncer à lutter pour la survie de certains groupes de personnes. Du point de vue de la solidarité humanitaire et du devoir d'aide inconditionnel, ce serait faire preuve d'une indifférence inacceptable. Les décisions de triage vont à l'encontre de l'idée que nous nous faisons de nous-mêmes et de nos attentes quant aux devoirs de solidarité de la société et des institutions étatiques.

2. Parce qu'elles sont tellement troublantes, les décisions de triage sont souvent comparées à des situations familières de choix à faire, or cette comparaison est incongrue. Dans la vie quotidienne, il est naturel d'évaluer les objectifs en fonction des perspectives de réussite. Nous ne suivons pas aveuglément nos désirs, mais examinons s'il est réaliste et judicieux d'essayer de les réaliser. Mettre tous ses œufs dans le même panier au risque de tout perdre est considéré comme de l'imprudence ou de la négligence. Le succès signifie tirer un maximum de bénéfice ou d'avantages à partir de ressources définies à l'avance. Mais ce critère est-il aussi valable pour des vies humaines ?

5 Le nombre de personnes sauvées est-il déterminant ?

La question paraît tentante. L'objectif est bien évidemment de sauver autant de vies que possible. C'est d'ailleurs l'objectif que l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) formule dans les directives sur le triage qu'elle a récemment publiées. Mais derrière cette question simple s'en cache une autre, bien plus complexe : sauver la vie d'un grand nombre de personnes justifie-t-il la décision de laisser en contrepartie mourir certains blessés ou malades ? La question est plus compliquée qu'elle n'en a l'air, car la réponse dépend de l'impact que la décision aura sur nous : la personne dont les chances de survie s'accroissent tendra plutôt à approuver que la médecine fasse le tri des cas a priori désespérés. Celle qui devrait mourir parce qu'elle est dans le groupe des personnes qui n'auront pas de traitement tendra plutôt à s'y opposer.

Le désir d'être sauvé d'une majorité de personnes doit-il l'emporter sur le désir de vivre d'une minorité ? Le principe démocratique de la majorité est-il aussi valable pour des questions de vie ou de mort ? Là aussi, les réponses dépendent de la perspective adoptée : du point de vue de tiers – comme l'État, les médecins ou les citoyennes et citoyens – l'addition des vies sauvées (vies statistiques) représente un argument important. En revanche, le compte n'y est pas pour les personnes blessées ou malades, qu'elles soient prises en compte ou écartées lors du triage. Car leur avenir ne dépend pas du fait que *beaucoup* de vies seront sauvées, mais du fait que *leur* le sera. Tout être humain n'a qu'une seule vie, cette vie compte de manière absolue, elle compte autant que l'*unique* vie de toute autre personne. Et comme la vie de chaque être humain compte de manière absolue, rien ne peut lui être ajouté. Une personne peut évidemment sacrifier sa vie pour en sauver une autre, mais une tierce personne a-t-elle le droit de décider – comme en cas du triage – qui doit renoncer à vivre au profit d'une ou d'un autre ?

Le principe – inscrit dans les constitutions des États de droit et fondé dans les droits humains – selon lequel *toute vie a la même valeur* donne du poids à la perspective en « je » de toute personne en cause : la garantie du droit à la vie et à l'intégrité physique de sa personne. Ce principe s'exprime dans la notion de dignité humaine qui affirme que tout être humain est incomparable et n'a pas de prix ; elle ou il ne peut pas faire l'objet de calculs. L'époux peut avoir plus de valeur que le voisin aux yeux de son épouse, mais du point de vue de leur dignité, rien ne les distingue l'un de l'autre. Une sportive de 25 ans avance plus rapidement qu'un vieil homme de 85 ans en chaise roulante mais cela ne lui donne aucune avance en termes de dignité. Si la dignité humaine interdit toute évaluation et toute comparaison de personnes, alors comment les décisions de triage sur la vie et la mort de patientes et de patients peuvent-elles être prises ?

6 Pourquoi la question du triage nous concerne-t-elle toutes et tous ?

Les équipes soignantes doivent faire un choix douloureux lorsqu'elles doivent procéder au triage de malades. L'évaluation se fait selon des critères médicaux, mais la décision en soi *n'est pas médicale* parce qu'elle ne se base pas sur le *besoin de traitement*, mais sur les *ressources de traitement disponibles* (quantité de personnel, de lits, d'appareils médicaux, de médicaments). Qu'une personne se voie refuser, dans une situation de triage, un traitement qu'elle aurait reçu dans des circonstances normales *est injustifiable médicalement*. Soit son état de santé nécessite un traitement, soit le traitement est inutile. Si des mesures médicales se révèlent nécessaires, elles le sont *toujours* (sinon, elles sont *toujours* inutiles du point de vue médical). La pénurie de ressources n'est pas une maladie contre laquelle il existerait un médicament, mais le résultat de décisions politiques d'ordre structurel et (dans le cas de la pandémie) d'un comportement social.

L'attribution et la distribution des ressources – limitées – d'un système est une tâche politique et un sujet relevant de la justice politique et sociale. Une distribution équitable de biens publics s'effectue selon des critères juridiques et éthiques. La question du triage doit donc être adressée au monde politique et à la société. Il leur incombe de fixer les critères précisant la façon de traiter de manière équitable et juste les membres de la société, indépendamment de leur situation actuelle ou future.

Du point de vue éthique et juridique, il y a une différence essentielle entre renoncer à un bien et en être privé par un tiers, même si le résultat est le même : la personne devra s'en passer. Mais le fait que le résultat soit le même ne permet pas de déduire qu'il serait sans importance qu'une personne choisisse elle-même ou que quelqu'un d'autre le fasse à sa place. Dans un État de droit, fondé sur les droits humains, la maxime familière qui voudrait que la fin justifie les moyens n'est pas de mise lorsque la décision concerne la vie ou la mort. Alors, que faire ?

7 Que puis-je faire moi-même ?

Les questions éthiques urgentes nous amènent souvent à adopter un point de vue restreint, focalisé sur la seule chose à faire. On en oublie les personnes à qui ces questions s'adressent. Or en médecine, la règle veut que ce soit la patiente ou le patient qui décide elle-même ou lui-même si des mesures médicales doivent être prises et, le cas échéant, lesquelles. L'autonomie n'est pas une question de savoir médical, bien plus elle définit la personne qui suit un traitement. Même si une situation exceptionnelle de triage annule de fait le principe d'autonomie, il est dans l'intérêt de tous les acteurs d'éviter autant que faire se peut d'en arriver à devoir mettre l'autonomie du malade entre parenthèses (paternalisme).

Par respect envers sa propre autonomie et pour éviter au personnel médical une décision extrêmement éprouvante, toute personne concernée par une éventuelle décision de triage doit reprendre la main. Que décideriez-vous si votre santé nécessitait des soins intensifs dans des conditions d'extrême pénurie ? La question se pose en principe lorsque l'on rédige des directives anticipées ; l'acceptation ou non du triage en est le corollaire. Aux traditionnelles déclarations de volonté relatives à ce qui devra ou non être entrepris dans une situation donnée, se pose donc aussi la question de ce qui devra être entrepris ou évité en cas de pénurie massive de ressources.

Chacune, chacun décide librement dans quelle mesure l'éventualité d'un triage influence sa volonté. Si quelqu'un se déclare prêt à renoncer à un traitement pour cause de pénurie de ressources, ce sera alors exclusivement sa *propre décision*, une décision prise *délibérément* et *sans pression extérieure* (« décision ex ante »). Aucun devoir de solidarité ne saurait exiger de sacrifier sa propre vie pour d'autres. Inversement, ne pas reporter la décision sur des tiers et décider soi-même de sa propre vie peut constituer une exigence éthique de solidarité envers le personnel médical.

8 Que doit faire l'État ?

La pandémie de coronavirus met à l'épreuve la solidarité des sociétés libérales démocratiques. Elle révèle la délicate relation d'interdépendance entre liberté et responsabilité. Une liberté qui n'est pas assumée de manière responsable par toutes et tous mène à la catastrophe. Dans cette situation très conflictuelle, l'action de l'État doit obéir à deux objectifs supérieurs : 1. le malheur ne doit pas devenir injustice. Et, 2. les décisions de répartition des ressources ne doivent pas conduire à la discrimination de groupes sociaux. En effet, l'injustice et la discrimination menacent :

1. lorsqu'un triage est effectué dans des unités de soins intensifs alors que d'autres hôpitaux accessibles (en Suisse et à l'étranger) disposent encore de capacités. Une situation de triage n'existe que quand *toutes* les unités de traitement envisageables sont effectivement occupées ;

2. lorsque, bien que les directives révisées de l'ASSM interdisent expressément le rationnement des personnes âgées ou très âgées, le débat public sur le triage des malades exerce une pression massive sur elles en les incitant à accepter une sorte d'auto-triage. Il faut résolument s'opposer aux attentes – réelles ou ressenties comme telles – adressées aux personnes âgées et très âgées pour qu'elles renoncent aux soins intensifs au profit de personnes plus jeunes ;

3. lorsque le triage est discuté et organisé exclusivement sous l'angle de la médecine intensive, sans tenir compte de la médecine palliative. L'éventualité qu'un traitement permettant de sauver la vie soit refusé ne peut être envisagée que si des soins palliatifs de haute qualité peuvent être garantis. Une décision de triage doit être justifiée envers les patientes et patients qui mourront parce que l'accès aux soins intensifs leur est refusé, et non envers celles et ceux qui profiteront des capacités ainsi libérées ;

4. lorsque des institutions s'arrogent le droit de prendre des décisions de triage préventives en refusant d'hospitaliser, en raison de leur âge, des résidentes et résidents (de home par exemple) infectés par le coronavirus. Lorsqu'un triage est indispensable, il sera entrepris par le personnel qualifié du service de soins intensifs, et jamais ailleurs et jamais par une autre personne.

9 Que pouvons-nous faire ?

La crise provoquée par la pandémie constitue un défi pour le monde politique et la société. Le problème n'est pas seulement virologique ou épidémiologique et la situation exige de chacune et chacun de nous un jugement réaliste et réfléchi ainsi qu'un comportement responsable. Le coronavirus n'est ni aussi infectieux que celui de la rougeole, ni aussi mortel que celui de la fièvre d'Ébola. Et, pour ce qui est de la deuxième vague au moins, le virus n'a pas débarqué sans prévenir. Bien que la pandémie ait des conséquences tragiques pour certaines personnes, elle n'est pas tragique dans le sens que nous serions livrées et livrés pieds et poings liés à notre destin. Au contraire, le déroulement de la pandémie dépend en grande partie de notre comportement.

L'objectif d'un débat social sur la question du triage est aussi de permettre à chacune ou chacun de déterminer librement, sans la pression de l'urgence, sa volonté en cas d'évolution très grave de la maladie. Cet objectif est toutefois lié à deux conditions essentielles :

1. La formation de la volonté et la prise de décision personnelles concernant sa propre vie ne doivent pas être exploitées abusivement au plan politique. Le renoncement personnel à des mesures pouvant sauver la vie n'est pas un instrument de la société pour surmonter ou éviter la pénurie de ressources. De même, toute autre tentative de pression, par exemple de la part des médias, sur les décisions de personnes ou de groupes de personnes constituerait une injustice.

2. En toute logique, les personnes qui profitent d'un renoncement à des traitements de soins intensifs sont celles qui ne veulent pas renoncer pour elles-mêmes à des mesures pouvant sauver la vie. Ces deux décisions sont extrêmement personnelles et les deux options méritent le respect. Du point de vue d'une communauté solidaire, il en résulte un devoir fondamental : celui ou celle qui renonce à des soins intensifs est en droit d'attendre d'être protégé du risque d'infection dû au comportement négligeant de tiers. Les personnes âgées auront

plus facilement tendance à formuler un tel renoncement que les plus jeunes, donc ce seront surtout des personnes plus jeunes qui en bénéficieront. Il en découle une sorte de contrat éthique intergénérationnel qui exige un comportement responsable des jeunes envers les personnes plus âgées. La *solidarité du renoncement* des unes et des uns appelle la *solidarité – en termes de protection – des autres*. Toutes deux sont indissociablement liées. Cette réciprocité est indispensable pour qu'une société puisse faire bloc solidairement face à la crise.

10 Comment voulons-nous vivre ?

Les directives, exigences et appels – indispensables – relatifs aux comportements à adopter relèguent de fait au second plan la question de savoir comment nous voulons vivre. Il n'est toutefois pas possible d'attendre des jours meilleurs pour y répondre. Car la période de vie éprouvante que nous vivons actuellement ne nous sera pas rendue plus tard : nous ne pouvons pas espérer de compensations pour la perte des joies et des opportunités que la vie aurait pu nous offrir.

Malgré toutes les règles d'exception, la vie que nous vivons ici et maintenant est normale, faute d'alternative. La pandémie n'est pas un théâtre que le public, plus ou moins impressionné, pourrait quitter une fois le rideau tombé, pour retrouver sa vie de tous les jours. Les paroles d'encouragement ne suffisent pas, car personne ne vit pour survivre. En conséquence :

1. La vie des patientes et patients en soins intensifs compte ici et maintenant (et non demain seulement), l'objectif d'une bonne mort (ici et maintenant) doit rester en amont de tout triage (perspectives de vie futures). Une telle décision ne saurait être prise sans la garantie que des soins palliatifs de haute qualité soient proposés sans exception.

2. L'exercice des libertés fondamentales des personnes en EMS/ maisons de soins de longue durée et la possibilité d'accompagner un proche en fin de vie à l'hôpital ne sauraient être restreints ou interdits. Toute personne a le droit à une vie digne, ici et maintenant.

3. L'expertise des virologues ne saurait constituer le seul cadre de référence à l'action de l'État ; les statistiques des infections et de la mortalité ne doivent pas dicter les possibilités de rencontre sociale, de sollicitude humaine et de solidarité. Une société en mode de survie ne peut pas être une société libre, humaine et porteuse de sens.

La concentration unilatérale sur la seule survie a une conséquence absurde : la vie est érigée en valeur absolue, ce que le théologien Karl Barth réfute : « La vie n'est pas un second Dieu ! » Seul le questionnement des buts que nous poursuivons dans la vie et des raisons qui nous poussent à vivre font de notre survie une option digne d'être poursuivie. La réponse ne se trouve pas en nous, nous la trouverons en orientant notre regard au-delà de nous-mêmes, vers un autre, plus élevé.

10 questions – 10 réponses

Le malheur ne doit pas créer l'injustice

Bibliographie et littérature complémentaire

Ackermann, Sibylle et al., Pandemie: Lebensschutz und Lebensqualität in der Langzeitpflege: SÄZ 101/2020 (27–28), 843–845.

OFSP, Plan suisse de pandémie Influenza. Stratégies et mesures pour la préparation à une pandémie d'Influenza, Bern ²2018.

Beauchamp, Tom L./Childress, James F., Principles of Biomedical Ethics, New York, Oxford 62008.

Fateh-Moghadam, Bijan/Gutmann, Thomas, Gleichheit vor der Triage: <https://verfassungsblog.de/gleichheit-vor-der-triage/> (16.11.2020).

Forschungsinstitut für Philosophie Hannover im Auftrag des Bistums Hildesheim, Corona. Antworten auf eine kulturelle Herausforderung, Hannover 2020.

Lübbe, Weyma, Veralltäglicung der Triage? Überlegungen zu Ausmass und Grenzen der Opportunitätskostenorientierung in der Katastrophenmedizin und ihrer Übertragbarkeit auf die Alltagsmedizin: Ethik Med 13/2001, 148–160.

Lübbe, Weyma, Übliche Rechtfertigung für Triage zweifelhaft: Deutsches Ärzteblatt 103/2006 (37), A2362–A2368.

Lübbe, Weyma (Hg.), Tödliche Entscheidung. Allokation von Leben und Tod in Zwangslagen, Paderborn 2004.

Marckmann, Georg et al., Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie. Klinisch-ethische Empfehlungen der DIVI, der DGINA, der DGAI, der DGIIN, der DGNI, der DGP, der DGP und der AEM: MedKlin IntensivmedNotfmed 115/2020, 477–485.

Michalsen, Andrej/Hartog, Christiane S. (Hg.), End-of-Life Care in der Intensivmedizin, Berlin, Heidelberg 2013.

Mukerji, Nikil/Mannino, Adriano, Covid-19: Was in der Krise zählt. Über Philosophie in Echtzeit, Stuttgart 2020.

10 questions – 10 réponses

Le malheur ne doit pas créer l'injustice

Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine (CNE), Protection de la personnalité dans les établissements de soins de longue durée. Considérations éthiques dans le contexte de la pandémie de coronavirus. Prise de position n° 34/2020, Berne 2020.

Académie suisse des sciences médicales (ASSM), Covid-19-Pandemie: Triage des traitements de soins intensifs en cas de pénurie des ressources, Berne 2020.

Académie suisse des sciences médicales (ASSM), Directives et recommandations médico-éthiques. Mesures de soins intensifs, Berne ³2018.

Taurek, John M., Should the Numbers Count?: Philosophy & Public Affairs 6/1977 (4), 293–316.

Wirth, Mathias et al., The Meaning of Care and Ethics to Mitigate the Harshness of Triage in Second-Wave Scenario Planning During the COVID-19 Pandemic: The American Journal of Bioethics 20/2020, No. 7, W17–W19.



Église évangélique réformée de Suisse EERS
Sulgenauweg 26, Case postale, 3001 Berne, Suisse
www.evref.ch