



Contribution de Marc MOUSSION

m.moussion@yahoo.fr

Réflexion sur la morale et l'éthique face à la pratique du tri des patients et au nouveau visage d'une médecine déshumanisée

Dans mon témoignage intitulé « Voyage aux portes de la mort... un séjour d'hospitalisation au CHU en période de Covid » diffusé par le Conseil de Développement de Nantes Métropole en mai 2021, je posais la question du bien-fondé d'une réflexion sur la morale et l'éthique face à l'évolution comportementale et sociétale de la médecine avec l'arrivée de cette nouvelle génération de médecins-robots déshumanisés, qui adoptent, des années après, les méthodes pratiquées aux États-Unis.

C'est pourquoi je me suis livré à cette réflexion qui porte sur :

1. Les faits concernant la pratique du tri des patients
2. L'analyse des causes à la lecture des faits
3. La dérive sociétale et comportementale vers le nouveau visage d'une médecine en voie de déshumanisation
4. La Morale et l'Éthique
5. Les avancées de l'intelligence artificielle et quels en sont les risques éthiques.

1- LES FAITS CONCERNANT LA PRATIQUE DU TRI DES PATIENTS

La Covid 19 a remis en lumière sur le devant de la scène la problématique de la pratique du tri des patients.

Avec la pandémie de la Covid 19, des services d'urgence et de réanimation saturent et mettent désormais en place un système de priorisation et l'on commence à trier les patients. Comme le confirme une infirmière au Journal Le Parisien : « *Oui, on commence à trier les patients* » et d'ajouter « *c'est comme en médecine de guerre, il va falloir faire des choix, ce sera en fonction de l'âge ou de l'état de santé* ». Cette déclaration se situait un peu avant le premier pic de l'épidémie.

COVID 19 : En quoi consiste « le tri des patients » redouté en Ile de France ?

Des directeurs médicaux de crise de l'AP-HP ont mis en garde, dans un texte publié dimanche 28 mars, contre le risque de devoir refuser certains patients en réanimation en raison du manque de lits.

« *En cas de saturation des services de réanimation en Ile de France, nous serons contraints de faire un tri des patients* » avertissent 41 Directeurs Médicaux de crise de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, dans une tribune publiée dimanche 28 mars dans le Journal du Dimanche.

Fin octobre, pour justifier le re-confinement, Emmanuel Macron avait jugé « inacceptable la perspective de voir des médecins devoir « choisir », ici entre un patient atteint de la Covid et une personne victime d'un accident de la route.

« *En réanimation, notre métier consiste, depuis toujours, à choisir quel malade va en bénéficier ou pas* » explique à France Info Anne Geffroy-Wernet, Présidente du Syndicat des praticiens Hospitaliers anesthésistes-réanimateurs (SNPHARE). Elle précise qu'il s'agit de « *sélection positive, dans l'intérêt du patient* ». Ainsi, un jeune de 20 ans qui a des chances de survie minimales après un grave accident, a beaucoup à gagner en réanimation s'il s'en sort. À l'inverse, un patient de plus de 80 ans, avec un cancer métastasé et une démence, ne tirera aucun bénéfice d'un passage en réanimation.

Il faut, selon la loi, deux médecins pour prendre une telle décision : un médecin réanimateur et une personne qui n'est pas directement en contact avec le Service de Réanimation, comme un urgentiste ou un médecin traitant. « *Nous faisons toujours appel à quelqu'un d'extérieur pour que la décision ne repose pas sur une seule équipe* », expliquait Lila Bouadma, réanimatrice à l'Hôpital Bichat, en mars 2020 à France-Info.

Le tri contraint des patients

La question du tri devient problématique lorsque la décision ne repose plus sur le seul intérêt du patient, mais sur des contraintes matérielles. La décision consiste, lorsqu'il ne reste plus qu'un seul lit de réanimation disponible -mais que deux patients peuvent en bénéficier- à décider lequel sera admis (et survivra peut-être) et lequel ne sera pas admis -et mourra probablement- s'inquiète un collectif de neuf réanimateurs de l'AP-HP dans une tribune publiée sur le site du journal Le Monde.

Pour ces médecins, restreindre l'accès à la réanimation des patients qui auraient pu en bénéficier, est un choix très éloigné des règles élémentaires de l'éthique.

Pourtant, l'ARS de l'Ile de France, la Société Française d'Anesthésie-réanimation et le Comité consultatif national d'Éthique suggèrent à demi-mots de privilégier, entre deux patients, celui auquel la réanimation fera gagner le plus d'années de vie en bonne santé !

Le tri des patients a déjà commencé

Lorsqu'il est demandé aux Hôpitaux de déprogrammer 40 % et jusqu'à 70 % des interventions chirurgicales, le Gouvernement entérine une stratégie de priorisation, qui ne dit pas son nom et qui consiste à privilégier les malades de la Covid-19 au détriment des autres. Certes, dans le lot des opérations déprogrammées, un certain nombre n'avaient pas un caractère d'urgence absolue et pouvaient être reportées, mais certainement pas la totalité des 70 % pour qui cela a eu des conséquences fâcheuses, voire dramatiques. La déprogrammation, c'est un tri de patients qui ne dit pas son nom.

La priorisation, une pratique routinière

« *En réanimation, la priorisation est routinière. Elle n'est pas quotidienne mais routinière* » affirme, auprès du HUFF-POST, Philippe Bizouarn, médecin réanimateur du CHU de Nantes et Docteur en Philosophie. « *Sélectionner des patients, c'est quelque chose que nous savons faire* », explique-t-il.

Quel que soit le nom donné à cette pratique, elle existe.

Elle répond à certains critères, ceux-ci sont souvent non-médicaux, liés à des ressources dites rares (manque de lits, manque de moyens). Exemple : un seul lit, deux patients arrivent en même temps. Lequel prioriser ? Interviennent alors les critères médicaux : « *on se base sur le pronostic, qui est toujours difficile à évaluer et source d'incertitude* » souligne Philippe Bizouarn.

Toujours dans le même contexte, un lit, deux patients. L'un est très âgé, atteint d'un cancer, l'autre est jeune, souffre d'un choc septique. Vous savez pour lequel l'équipe médicale va arbitrer ? le plus jeune en réanimation, on priorise ceux qui vont être capables d'en bénéficier et qui ont moins de comorbidités. La décision est prise au cas par cas, il n'existe ni règle rédhitoire ni algorithme formel.

Pourtant, le Comité Consultatif National d'Éthique, dans un avis du 13 mars dernier, réaffirmait : « *Dans tous les cas et autant que faire se peut, c'est le principe d'égalité qui prime, aux côtés du respect de la dignité humaine et de l'autonomie du patient. La valeur individuelle de chaque personne doit être reconnue comme absolue* ».

Mais un fossé sépare parfois la théorie de la pratique. Avec le triage, l'intérêt collectif prime sur l'intérêt individuel. En situation de rareté des ressources, l'objectif devient de sauver le plus de vies possibles. Le triage devient une tentative d'équilibre qui entre en tension : le principe d'égalité (traiter les patients de la même manière, respecter la vie humaine de manière inconditionnelle, prioriser les patients plus graves) et le principe d'utilité (trier pour en sauver le plus grand nombre en délaissant les plus âgés atteints de taux de comorbidité les plus pénalisants pour le pronostic de leur survie).

« *On se base sur des choses qu'on connaît déjà très bien, on évalue l'état de santé du patient, on recueille sa volonté, on prend une décision. Mais la subtilité réside dans la réinterprétation des règles habituelles, l'abaissement de nos standards de soins* » explique Philippe Bizouarn du CHU de Nantes.

La priorisation selon « *l'utilité sociale* », c'est aussi dans une situation de choix entre deux patients, de même âge, de même diagnostic et de même pronostic ; si l'un est médecin et l'autre avocat, c'est le médecin qui sera priorisé.

Cette priorisation selon le statut social est d'ailleurs uniquement préconisée pour les professionnels de santé. Dans la réalité, on peut en douter.

2- ANALYSE DES CAUSES À LA LECTURE DES FAITS

Le tri des patients a précisément été inventé en médecine d'urgence comme en médecine de guerre, pour reprendre le contrôle du destin de la collectivité menacée de destruction.

Mais il faut différencier la médecine de guerre –qui, par nature, s'exerce dans un contexte très spécifique, et quelle que soit l'époque, se pratique avec les mêmes constantes- et la situation des pandémies qui, selon leur nature et les époques où elles ont lieu, devraient pouvoir faire rentrer en ligne de compte l'amélioration des techniques et des moyens.

À titre d'exemple, comparons ce qui est comparable statistiquement parlant :

- La première guerre mondiale a fait 20 millions de morts sur une population totale mondiale d'un peu moins de 2 milliards, soit 1 % de la totalité de cette population.
- La grippe espagnole de 1918/1919 a fait plus de 50 millions de morts sur les deux milliards de la population mondiale, soit 2,5 % de la totalité de cette population.
- La deuxième guerre mondiale a fait 60 millions de morts sur les deux milliards et demi de la population mondiale, soit un peu plus de 2,5 % de la totalité de la population mondiale.
- La pandémie de la COVID 19 atteindrait actuellement un peu moins de 6 millions de morts dans le monde, sur une population mondiale de 7,5 milliards, soit 0,0008 %.

On peut donc penser au premier abord que l'amélioration des techniques et des moyens ait pu améliorer les choses, mais l'analyse des faits ne le confirme pas et la réalité est tout à fait différente.

C'est le manque de moyens hospitaliers qui a conduit les autorités sanitaires et éthiques françaises à donner des consignes de priorisation pour l'accès aux soins.

« *Priorisation* ». Hier inconnu ou presque, le néologisme va commencer à émerger dans notre quotidien. Ce barbarisme désigne l'action de prioriser, de donner une importance préférentielle à quelqu'un ou à autre chose. Depuis peu, ce terme est bel et bien officiellement présent dans les réflexions des autorités sanitaires et hospitalières françaises confrontées à la progression de l'épidémie de la Covid-19. Les autorités n'imaginaient guère, hier encore, devoir donner plus d'importance à telle ou telle catégorie de malades hospitalisés.

Le 12 mars 2020, Mattéo Renzi déclarait sur RTL : « *Je crois que dans les prochains jours, ce qui s'est passé en Italie risque de devenir la nouvelle règle dans toute l'Europe* ». Le même jour à 20h, Emmanuel Macron a annoncé une première série de mesures et recommandations pour faire face à l'épidémie en France. Pour autant, le même jour, l'exécutif français réfutait toute comparaison avec l'Italie et précisait : « *On ne peut pas calquer notre réponse sur celle de l'Italie, leur système hospitalier n'est pas dans le même état que le nôtre* » expliquait un conseiller d'Emmanuel Macron au journal Le Monde : « *Nous devons naviguer entre le trop et le pas assez. Nous avons moins de morts que nos voisins, notre hôpital tient le choc* ».

Une semaine plus tard, tout a radicalement changé, le système hospitalier Français a commencé à atteindre la saturation de ses lits spécialisés de réanimation et de ses capacités en personnels soignants.

Les ressources telles que les lits de réanimation et leur équipement lourd sont déjà des ressources rares qui risquent de s'avérer insuffisantes si le nombre de formes graves est élevé et c'est là que la nécessité d'un tri des patients se pose.

Le constat de cette situation, c'est le manque de moyens hospitaliers, en lits et en personnels.

Comment un pays comme le nôtre a pu en arriver là ?

Depuis plus de trois décennies, le budget hospitalier, dans le budget du Ministère de la Santé, serait-il devenu une variable d'ajustement ? Durant cette période, ce sont des milliers de lits, avec leurs personnels soignants qui ont été supprimés dans les Hôpitaux Français.

En théorie, le développement de l'ambulatoire doit résoudre le problème : hospitalisé le matin, vous subissez votre intervention à l'hôpital dans la journée et le soir vous rentrez chez vous. C'est à votre entourage de vous assumer.

Pour les personnes vivant seules chez elles, c'est à elles de se débrouiller. Dans une ville comme Nantes intra-muros, 300 000 habitants, c'est le cas de plus de 40 % de la population.

Mais c'est ne pas tenir compte de l'augmentation constante de la population qui, pour Nantes-Métropole, serait de plus de 100 000 habitants en dix ans, alors que dans un premier temps, il avait été décidé de fermer un total de 300 lits pour le nouveau CHU. Sous la pression de la pandémie Covid-19, il a été finalement décidé d'en rouvrir 195. Mais le déficit reste de 105 lits en moins. Et Nantes n'est pas une exception en France.

Si on compare les montants des budgets alloués au Ministère de la Santé, en France et en Allemagne, on constate qu'ils sont très proches l'un de l'autre, avec des effectifs pratiquement identiques.

La seule grosse différence c'est qu'en France, l'effectif global comprend 100 000 fonctionnaires administratifs, car on a décidé que les médecins savaient soigner, mais ils ne savaient pas gérer... Le but recherché par la mise en place de cet encadrement administratif, c'est bien de vouloir faire des économies de fonctionnement sur le nombre de lits et de soignants au détriment des patients. Et voilà comment, en période de crise grave, on en arrive à mettre en place la solution du tri des patients et de la priorisation.

3- LA DÉRIVE SOCIÉTALE ET COMPORTEMENTALE VERS LE NOUVEAU VISAGE D'UNE MÉDECINE EN VOIE DE DESHUMANISATION

A. L'évolution des médecins généralistes

Cette constatation est en train de transformer la situation des médecins généralistes.

Tout d'abord, la limitation du Numerus Clausus imposée par les différents gouvernements depuis plusieurs décennies, a eu pour conséquence d'aboutir, depuis quelques années, à un manque de médecins et de créer des déserts médicaux, non seulement en milieu rural, mais maintenant également en ville où de plus en plus de généralistes ne prennent plus de nouveaux clients. Les municipalités rurales et péri-urbaines débordent d'offres attractives pour attirer les jeunes médecins sur leur territoire et ont parfois recours à la candidature de médecins Roumains qui s'adaptent plus ou moins bien.

Selon un article paru dans « Challenge » en juillet 2021 : « *La réforme des études de médecine lancée en 2020 a viré au casse-tête, avec une série de couacs administratifs et des Universités récalcitrantes* ».

Censée éviter le gâchis et permettre de répondre à la pénurie de médecins, cette réforme a été engagée en septembre 2020. Le but était de sortir d'un système ultra-sélectif pour un modèle qui sanctionne tout en gérant les échecs. C'est un changement de paradigme complet que les Universités n'ont pas encore toutes intégré.

Sachant qu'il faut plus de 7 ans pour former un médecin, on est loin du bout du chemin. La densité médicale atteindra un point bas en 2028, où il y aura 5 % de médecins de moins qu'aujourd'hui. Il faudra

attendre 2035 pour retrouver notre niveau actuel. La fin du numerus clausus ne signifie pas d'ouvrir en grand les vannes, car le numerus clausus a été remplacé par un numerus apertus qui laisse le soin aux universités, avec les Agences Régionales de Santé, de fixer le taux d'admission en deuxième année.

La conséquence de cette situation c'est que beaucoup de recalés Français tentent leur chance en Belgique, en Roumanie, en Espagne et, plus récemment, au Portugal qui a organisé une première année en français pour attirer des talents et a fixé des tarifs deux fois moins chers que son voisin espagnol.

La Ministre de l'Enseignement Supérieur a été alertée par la montée en puissance des inscriptions au Portugal, sans y voir pour autant l'effet d'un système national défaillant. Circulez, il n'y a rien à voir.

Par ailleurs, on arrive au terme du remplacement des derniers médecins généralistes d'une époque révolue, qui avaient une conception très différente de leur métier et de leurs patients à qui ils étaient dévoués corps et âme et appliquaient le serment d'Hippocrate à la lettre.

Non seulement ils assuraient les consultations dans leur cabinet, ils effectuaient en outre les visites à domicile de leurs patients et les urgences de nuit, au détriment de leur vie de famille.

De plus, ils prenaient le temps d'écouter leurs patients et leurs angoisses et, encore plus antérieurement, ils n'hésitaient pas à pratiquer de la petite chirurgie et voir même les accouchements à domicile. C'était une autre époque.

Aujourd'hui, la profession de médecin s'est énormément féminisée et l'évolution sociétale a modifié les comportements.

Pour remplacer un médecin généraliste d'ancienne génération, il faut deux femmes médecins, qui reçoivent uniquement sur rendez-vous à leur cabinet, mais font de moins en moins de visites à domicile ou plus du tout pour certaines. Si bien que le patient, en cas d'urgence, doit faire appel à SOS Médecins ou à tout autre service d'urgence organisé.

On regrette de devoir constater, de plus en plus, qu'un médecin généraliste a besoin d'avoir recours à de plus en plus d'examen de laboratoire pour confirmer son diagnostic et s'empresse de devoir aiguiller son patient chez un spécialiste.

Aujourd'hui, la durée moyenne d'une consultation chez un généraliste, est de l'ordre de quinze minutes :

- Le patient se met à raconter son histoire, ses symptômes, ses douleurs et l'impact de ce qu'il ressent sur sa vie. Un récit qui ne dure pas plus de 2 minutes.
- Un examen clinique, quand il y en a un, soit environ cinq à 6 minutes.
- La saisie sur ordinateur de la consultation, soit 3 à 4 minutes.
- Et la rédaction de ou des ordonnances, soit environ 3 minutes.

Mais, aux dernières nouvelles, la somme des contraintes administratives imposées au généraliste, les obligerait à réduire la durée de la consultation de 15 à 10 minutes. On peut se demander si le patient ne deviendra pas qu'un simple algorithme.

Pourtant, les Professeurs Anne Revah-Levy et Laurence Verneuil, dans leur livre « Docteur, Ecoutez » aux Editions Albin Michel, affirment que les médecins qui font une consultation avec une écoute valorisée prescrivent moins de médicaments et on note aussi moins de re-consultations à quatre semaines et une amélioration clinique des patients sur un certain nombre de critères médicaux.

Durant la pandémie de la Covid 19, on a vu se développer une nouvelle formule de consultation : la téléconsultation à distance qui, bien qu'existante depuis déjà un certain temps, n'était pas encore monnaie courante.

Bien sûr, cela est mieux que de ne pas avoir de consultation du tout et les témoignages que j'ai pu recueillir très récemment paraissent significatifs :

- Bien évidemment, il faut être équipé soi-même d'un ordinateur et savoir s'en servir. Il faut d'abord prendre rendez-vous avec son médecin pour une heure précise donnée.
- Une fois la liaison établie, il faut régler le cadrage pour caler dans un carré de l'écran le visage de votre médecin et vice versa pour lui, concernant le vôtre.
- Il faut être très précis et concis pour exposer vos symptômes –moins de trente secondes- si c'est votre médecin traitant habituel, il sait plus facilement évaluer votre cas, mais il ne peut pas faire d'examen clinique et prend un risque supplémentaire pour le diagnostic qu'il est censé poser. Et enfin il vous envoie son ordonnance par mail.
- Dans le cas d'un échange avec un médecin d'un service d'urgence, les risques d'interprétation et d'erreurs se multiplient et c'est la porte ouverte pour des dépôts de plainte.

Avec cette nouvelle forme de consultation, le temps d'écoute et l'échange patient-médecin en prend encore un sacré coup et il accélère et amplifie l'aspect déshumanisation.

Et que devons-nous penser de l'OPTAM ?

L'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) est un contrat conclu entre des médecins des secteurs 1 et 2 et l'Assurance Maladie. En signant leur adhésion, les médecins s'engagent à respecter un taux de dépassement d'honoraires moyens (qui est calculé par l'Assurance Maladie en fonction de leur activité des 3 dernières années) ainsi qu'un taux moyen d'honoraires facturés sans dépassement.

En compensation, le praticien recevra une PRIME, qui sera fixée en fonction de son respect des objectifs (quotas) et de la gestion maîtrisée de ses déplacements.

Cette année, 8 623 médecins recevront une prime OPTAM d'un montant global de 65,88 millions d'euros, soit une rémunération moyenne de 7 641 € pour les médecins généralistes et 8 998 € pour les spécialistes.

Le but recherché de cette nouvelle pratique est louable en soi, mais c'est aussi un moyen d'assurer une mainmise supplémentaire de l'Administration sur l'activité des médecins généralistes et spécialistes.

Ce système pourrait avoir un effet pervers. Sans vouloir mettre en doute l'honnêteté morale des praticiens, ils n'en demeurent pas moins des hommes et des femmes et certains pourraient être tentés, avec ce système, de privilégier leur prime au détriment de l'intérêt de leurs patients.

B. Qu'en est-il dans le secteur hospitalier ?

- La pandémie de la Covid 19 révèle au grand jour la situation de l'Hôpital en France qui, malheureusement, n'est pas nouvelle mais continue à se dégrader continuellement, par manque de moyens humains et matériels. La gestion des Hôpitaux par une administration étouffante (100 000 fonctionnaires) est devenue une gestion comptable et financière au détriment des patients en cas de crise.

- La conséquence :

Pendant l'évolution de la pandémie Covid-19, on a assisté à une communication cacophonique de l'État qui n'a pas hésité à dire tout et son contraire, pour masquer les manques qu'il n'a pas su anticiper (masques, tests, vaccins).

Une abondance d'avis contradictoires de la part de professeurs de médecine dans et sur les médias, qui recherchent, pour un certain nombre, à satisfaire leur égo.

- Des consignes des A.R.S. dans les hôpitaux pour déprogrammer les opérations déjà planifiées, pour faire de la place et récupérer des lits (c'est le premier acte de priorisation). En mesure-t-on bien les conséquences selon les pathologies des patients concernés ?

- Et enfin, le tri des patients en fonction de leur chance de survie évaluée par un praticien déshumanisé, sûr de lui, mais malgré tout avec une marge d'erreur possible (j'ai été payé personnellement pour le savoir !).

- Cette situation, sur le plan moral, est complètement différente de l'interruption de l'acharnement thérapeutique sur des malades très gravement atteints arrivés en fin de vie et sans espoir d'amélioration.

En effet, cette nouvelle pratique du tri des malades devant le manque de lits relève d'une approche complètement différente pour le praticien qui doit se charger de cette démarche. Cela l'oblige à modifier son mental, à en chasser l'empathie et l'émotionnel de son esprit afin de ne devenir que rationnel et déshumanisé.

Les cours de psychologie (relation soignant-soigné) auraient-ils été supprimés ou réduits récemment dans le cursus de formation des futurs médecins ? Ce paramètre à lui tout seul pourrait expliquer une partie du changement comportemental entre le futur médecin et son patient.

À titre personnel, durant un récent séjour à l'hôpital –où nous étions 2 par chambre- j'ai été témoin de deux cas relevant de ce nouveau comportement, mais avec des issues différentes :

- Le premier était un patient atteint d'un cancer du poumon assez avancé, qui venait faire sa séance de chimiothérapie. Comme pour chaque cas, avant de commencer la séance, l'interne vient faire une évaluation. Dans ce cas précis, l'interne prévient le patient que sa maladie a évolué dans le mauvais sens et qu'il est urgent de voir un pneumologue. Le patient lui répond que lors de la dernière séance de chimiothérapie, il le lui avait déjà dit, qu'il avait essayé de prendre rendez-vous, mais qu'on lui avait répondu que le délai pour avoir un rendez-vous était de plus de 8 mois. Le patient d'ajouter que dans 8 mois, sans rendez-vous, il serait certainement mort. L'interne n'a rien dit, a quitté la chambre, mais il est revenu une demi-heure après en lui disant qu'il lui avait obtenu un rendez-vous sous huit jours. Cet interne n'était pas déshumanisé et, comme quoi, quand on veut, on peut !
- Le deuxième cas s'est révélé différent. J'étais encore seul dans ma chambre quand est arrivé un autre patient sur un brancard. Après qu'il eut été installé dans son lit, l'interne est arrivé. Après avoir procédé à un examen clinique, il demande au patient s'il peut appeler sa femme chez lui. Ce dernier répond que cela ne va pas être possible car sa femme vit bien chez lui mais est atteinte de la maladie d'Alzheimer. L'interne lui demande alors s'il peut appeler son fils, mais le patient lui explique que son fils a été victime d'un AVC et ne parle plus. L'interne finit par dire au patient que, vu son cas, il ne pouvait plus rien faire pour lui et qu'il fallait qu'il rentre chez lui ou dans une maison de soins spécialisés, car on ne pouvait pas le garder à l'hôpital. Ce dialogue était déshumanisé et sans empathie !

Dans les deux cas, les internes avaient à peu près le même âge, mais des comportements complètement différents.

On constate, à travers ces deux cas précités le début d'un changement comportemental complètement déshumanisé. Le deuxième cas illustre la droite tendance qui est en train de se développer et que la main de l'administration sur l'hôpital cautionne et incite à se développer.

N'oublions pas que le mot d'ordre pour les patients de plus de 80 ans, c'est : « *pas d'acharnement thérapeutique* ». On va, de la sorte, vers une forme d'euthanasie programmée ! Où sont l'éthique et la morale dans tout cela ?

4- LA MORALE ET L'ÉTHIQUE

A. La morale

C'est la science du bien et du mal et la théorie de l'action humaine soumise au devoir et ayant pour but le bien. Le terme « Moral » vient du mot latin *moralia* et indique la conduite dirigée par des normes, le guide selon lequel l'homme doit agir.

En bref, la moralité étudie la relation entre le comportement, les valeurs et la communauté. Il y a deux types de moralité :

- La moralité religieuse, où l'efficacité de la norme vient certainement de Dieu, de manière absolue.
- La moralité laïque qui soutient que les normes morales peuvent exister, même en l'absence de Dieu, puisque les normes sont basées sur la nature de l'homme.

Le terme moral, compris comme adjectif, est lié à la conduite des personnes et à leur comportement ; il est donc exposé à une évaluation ou à un jugement minutieux.

Tout individu est soumis au devoir constant de la Morale où il y est question -non pas de valeur relative et contingente- mais de bien et de mal, critère de valeur absolue et obligatoire qui devrait être suivi par tout individu quelles que soient les circonstances.

La morale signifie qu'il peut y avoir, parmi les lignes de conduite ouvertes à un individu, à un moment donné, certaines qui soient obligées et d'autres qui lui soient interdites, non pas en raison de la valeur relative qu'il leur donne, mais du fait qu'elles soient en elles-mêmes bien et mal. Dans cette distinction, ce n'est pas seulement la morale, mais aussi bien le Droit qui sont en jeu, car ils sont la même chose.

Le concept de Droit implique que certains types d'actions soient illégitimes et les autres seulement légitimes. Mais c'est la même chose que de parler de légitimité et d'illégitimité ou de Bien et de Mal.

La Morale est donc le devoir qu'a tout individu de respecter la liberté éthique de l'autre.

B. L'éthique

Le terme « Éthique » vient du mot latin ethica, emprunt au grec éthikon de éthikos : Science de la Morale.

L'Éthique est souvent considérée comme une réflexion sur la Morale, sur ses fondements, sur la façon personnelle et concrète de se comporter et d'agir.

Les philosophes grecs s'interrogent sur comment bien mener sa vie et comment être heureux et vertueux à la fois. Socrate, le maître de Platon, pousse ses interlocuteurs à mieux se connaître et à découvrir par eux-mêmes ce que sont réellement le Bien, le Juste et la Vertu. Aristote fait du bonheur le souverain bien à conquérir. Il prône alors la recherche du juste milieu, de la mesure, de la prudence et valorise l'Amitié.

Kant révolutionne la morale en la fondant non plus sur les idées de bonheur et de satisfaction, mais de raison, de devoir et de volonté ! (Fondements de la métaphysique et des mœurs).

Au XXe siècle, Levinas repense la relation éthique comme l'expérience de la vraie rencontre de l'autre (du « visage d'Autrui »).

L'Éthique est définie comme la branche de la philosophie qui analyse le comportement correct, la façon de penser et les valeurs justes qui doivent être suivies en toutes circonstances. L'éthique est sans aucun doute axée sur l'étude des normes que l'individu devrait utiliser dans sa vie quotidienne. En outre, l'éthique est également comprise comme la recherche d'un ou plusieurs critères permettant à la personne de gérer sa liberté de manière appropriée et adéquate, car elle a pour objet les valeurs morales qui déterminent le comportement de l'individu.

L'éthique s'intéresse au sens de l'existence de l'homme, à son sens éthique et existentiel profond, à la vie de chaque individu et de l'univers qui l'entoure. En bref, l'éthique, elle, est associée à la communauté, définit la morale commune que l'individu doit en tout état de cause suivre. Le terme « éthique » est souvent utilisé dans les domaines philosophiques et professionnels. L'éthique est donc relative et contingente. Elle est relative à chaque individu et même au vécu actuel de chaque individu, puisqu'elle concerne la préférence d'un individu à un moment donné entre un nombre limité de possibilités. Elle est donc contingente parce que le même individu à d'autres moments, ou dans d'autres circonstances, pourrait avoir des préférences différentes.

Face à l'explosion des progrès techniques et scientifiques de ces dernières décennies, l'éthique s'est vue appliquée à différents domaines dont la biologie et la médecine.

C. Différences entre éthique et morale

L'Éthique et la Morale ont une signification proche. La Morale serait l'ensemble des règles propres à une société particulière. Ces règles sont dépendantes d'un contexte, de circonstances et des mœurs de la société.

La définition suivante est donnée à la Morale : « *Ensemble de doctrines, de règles de conduite, de relations sociales, donc de normes, qu'une société se donne et qui varie selon la culture, les croyances, les conditions de vie et les besoins de la société* ».

« L'Éthique est considérée par les philosophes comme la science du bien et du mal. Elle permet de définir objectivement ce qui est bien et ce qui est mal. Pour définir le bien du mal, il faut déterminer les caractères objectifs et donc immuables de ce qui est bon et de ce qui est mauvais ».

« *La Morale et l'Éthique sont toutes deux des sciences de la distinction entre le bien et le mal. La différence est donc que la Morale varie en fonction des mœurs de la société, tandis que l'Éthique cherche à déterminer le bien et le mal en fonction de caractères objectifs* ».

D. L'éthique médicale

Traditionnellement définie comme issue -mais distincte- de la bioéthique, l'éthique médicale a pour finalité d'élaborer et de formaliser une réflexion éthique au sujet de la visée clinique ou thérapeutique de la médecine. Elle a pour spécificité d'interroger le champ relationnel de la médecine et de préciser la structure de la relation médecin-malade.

Elle définit l'exigence d'une certaine forme de comportement de la médecine au service du malade et de la relation entre un médecin et ses malades.

Le pouvoir du médecin est régulé et encadré. La reconnaissance des droits des patients et celle de leur famille aux décisions médicales, témoignent de l'institutionnalisation d'une médecine centrée sur le patient. Cependant, la chronicisation des maladies et le vieillissement de la population, consécutifs à l'augmentation de la moyenne de la durée de vie, affaiblissent le rôle curatif de la médecine qui doit désormais prendre en soin la vulnérabilité des patients.

Mais l'évolution sociétale de notre époque due à la société de consommation a conduit à une certaine marchandisation des rapports entre médecins et patients qui contribue à changer l'un et l'autre pôle de la relation en automates et consommateurs.

Ce nouveau début de mutation ouvre la porte à ces nouveaux comportements que nous avons pu constater depuis le début de la pandémie de la Covid 19 et que nous dénonçons, car la finalité de l'éthique médicale est bien de mettre la médecine au service du malade et non pas de trier ceux qui vont avoir une chance de continuer à vivre et de condamner les autres à la mort.

L'éthique médicale n'est pas une éthique de médecins pour des médecins mais bien une éthique du soin médical au service du malade.

5- LES AVANCÉES DE L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE ET QUELS EN SONT LES RISQUES ÉTHIQUES

Les avancées de l'intelligence artificielle dans le domaine médical créent de nouveaux défis éthiques. La mathématicienne Cathy O'Neil va jusqu'à évoquer la nécessité d'un serment d'Hippocrate pour la Datascience.

La problématique est de définir les critères éthiques pour pouvoir évaluer l'utilisation des données de santé, ainsi que l'équité et la loyauté des algorithmes qui s'en nourrissent. Par ailleurs, il faut également définir le rôle des professionnels de santé à l'heure de la médecine numérique.

L'intelligence artificielle soulève beaucoup d'espoir, mais elle est aussi l'objet d'inquiétudes et de fantasmes.

Le risque majeur est la perte du libre arbitre face à un système expert susceptible de prendre une décision qui n'est pas adaptée au patient, ou ne lui garantit pas un traitement équitable parce que son analyse est erronée ou biaisée. Il est nécessaire pour les soignants de comprendre comment l'algorithme fonctionne, sur quelles données se fonde son analyse et de conserver un esprit critique que l'I.A. n'a pas. Ce n'est pas seulement un moyen de se rassurer, c'est aussi une obligation déontologique : le médecin doit être capable d'expliquer à son patient le raisonnement qui a conduit à poser tel diagnostic et la stratégie thérapeutique qu'il préconise. De plus, l'importance de la relation humaine dans la médecine doit absolument perdurer. Une machine n'est pas capable d'empathie.

Un autre risque est celui de la déresponsabilisation, ou plutôt de la dilution de la responsabilité entre les différents acteurs. En cas d'erreur, à qui incombe la faute : à l'éditeur de la solution logicielle, au développeur, à l'acheteur (le laboratoire d'analyse) ou à l'utilisateur (le médecin) ?

Se pose alors la question de définir l'éthique des données de santé. Selon Nozha Boujemar, ex coordinatrice de la plateforme scientifique matinale Trans Algo :

« Les données brutes sans algorithmes sont une masse inerte et les algorithmes sans données sont des processus creux ».

Cela implique que la réflexion éthique doit d'une part s'intéresser aux algorithmes eux-mêmes, pour éviter qu'ils ne deviennent des boîtes noires, et d'autre part à l'intégrité des données car elles sont susceptibles d'introduire des biais dans un algorithme a priori loyal, vis-à-vis de l'utilisateur.

Il est donc nécessaire de questionner les algorithmes, leur robustesse et l'absence de biais de construction, reproduisant inconsciemment des préjugés humains. L'éthique des données se préoccupe, quant à elle, des risques pour la sécurité et la confidentialité de ces données personnelles particulièrement sensibles. Mais la réflexion doit aussi porter sur la qualité des données : la façon dont elles ont été collectées, leur nature, leur traçabilité et leur structuration. Il est évident qu'en mélangeant des données qui sont des causes et d'autres des conséquences, l'algorithme risque d'établir des corrélations non pertinentes. Il faut enfin se demander si l'ergonomie du système est adaptée à l'usage et si les usages réels ne divergent pas de la finalité initiale.

Établir un cadre de régulation est nécessaire, mais difficile. La course à l'innovation technologique dans le domaine de la santé est mondiale, avec le risque que des approches américaines ou asiatiques supplantent demain notre conception de la médecine. Aux États-Unis, il y a une médecine à plusieurs vitesses, selon que l'on soit riche ou pauvre. Souhaitons-nous importer cela en Europe et en France ? L'éthique permet de bâtir une régulation positive. Légiférer prend du temps du fait du processus d'élaboration et d'adoption des lois. Par nature, le juridique accuse toujours un certain retard sur l'innovation. L'éthique est plus rapide et plus flexible, elle permet d'anticiper les dérives, sans entraver le progrès, grâce à la recherche du meilleur compromis possible.

CONCLUSION

Le tri médical en médecine de guerre est nécessaire et fait partie de la guerre. L'objectif est de pouvoir sauver les soldats les moins atteints, dans l'urgence, afin de pouvoir les rétablir et les renvoyer au combat. C'est le but des hôpitaux militaires de campagne déployés à l'arrière du front, pour pouvoir intervenir presque immédiatement.

Dans le cadre d'une pandémie, la situation des hôpitaux civils n'est pas tout à fait la même. Dans un moment extrême de la pandémie, la période de saturation est mathématiquement proportionnelle à la capacité d'accueil en lits et en personnels disponibles et quand elle est atteinte –et voire dépassée– les solutions envisagées peuvent être de deux ordres, soit le transfert des patients vers des hôpitaux d'autres régions moins surchargées, voir même de pays voisins, soit la solution extrême du tri des patients.

Si en France on en est arrivé là aujourd'hui, c'est la conséquence des décisions de plusieurs gouvernements qui se sont succédés depuis des décennies, en voulant faire des économies successives sur la politique hospitalière, en supprimant des milliers de lits et de personnels correspondants, alors qu'en trente ans la démographie a sérieusement augmenté, en particulier dans les villes où vivent aujourd'hui au moins 50% de la population. Or, gouverner c'est prévoir !

L'obligation de devoir trier les patients, amène par la force des choses les médecins concernés à devoir modifier leur comportement devant ces nouvelles situations et à devoir laisser de côté leur empathie pour leurs patients. Ainsi, ce processus conduit par la force des choses à un comportement de médecin déshumanisé en milieu hospitalier.

On peut se poser la question de savoir jusqu'à quelle limite cette pratique reste légale ? En effet, un patient gravement atteint est souvent en état de vulnérabilité et pas forcément capable de résister à la pression de la décision que le médecin lui demande de prendre quand il s'agit de laisser sa place (sans consultation de la famille) à un autre qui aurait plus de chance que lui d'être sauvé ! (C'est ce que l'on m'a demandé personnellement).

Dans ce cas, il peut y avoir « abus d'autorité » de la part du médecin, ce qui est sévèrement puni par l'article 432-1 du code pénal.

Avec le développement possible de la téléconsultation par les médecins généralistes et urgentistes et l'impossibilité de faire un examen clinique du patient, les possibilités d'erreurs de diagnostic peuvent se multiplier, devenir conflictuelles et déshumaniser encore plus la relation médecin-patient.

Cette tendance de relation médecin-patient de plus en plus déshumanisée incite les patients et leur famille à devenir de plus en plus procéduriers, comme cela se pratique depuis longtemps aux États-Unis. On commence à voir en France de nouveaux comportements de la part des avocats qui proposent à leurs clients d'entamer une procédure qui reste sans frais pour eux en cas d'échec et de partager à 50 % en cas de victoire.

Si la pratique de l'OPTAM entre l'Assurance Maladie et les médecins des secteurs 1 et 2, peut paraître louable sur le respect d'un taux de dépassement d'honoraires moyen, elle est tout de même pernicieuse du fait que le médecin s'engage à respecter les quotas que lui impose l'Assurance Maladie pour toucher sa prime annuelle de 7 641 €. L'appât du gain risque de se faire au détriment du patient et cela déshumanise encore plus leur relation.

L'Éthique médicale définit l'exigence d'une certaine forme de comportement de la médecine au service du malade et de la relation entre un médecin et ses malades. Mais, avec la pandémie de la Covid 19, l'Éthique médicale en a pris un sacré coup en acceptant de trier ceux qui vont avoir une chance de continuer à vivre et en condamnant les autres à la mort, avec une marge d'erreur possible de la part du praticien qui prend la décision. C'est une forme d'euthanasie contraire à l'Éthique.

L'intelligence artificielle au service de la médecine génère beaucoup d'espoir mais également beaucoup d'inquiétude.

Par définition, une machine n'est pas capable d'empathie.

On peut comprendre l'inquiétude du patient face à l'usage de l'algorithme qu'il ne maîtrise pas et qui amplifie son sentiment de déshumanisation face au médecin.

Normaliser et réglementer la Data Science, seront-elles des mesures suffisantes pour rétablir le comportement de la médecine au service du malade et remettre de l'humain dans cette relation ?

TABLE DES MATIÈRES

1. Les faits concernant la pratique du tri des patients.....	p. 2
2. Analyse des causes à la lecture des faits	p. 4
3. La dérive sociétale et comportementale vers le nouveau visage d'une médecine en voie de déshumanisation	p. 5
A. L'évolution des médecins généralistes	p. 5
B. Qu'en est-il dans le secteur hospitalier ?.....	p. 7
4. La morale et l'éthique	p. 8
A. La Morale	p. 8
B. L'Éthique	p. 9
C. Différences entre Éthique et Morale	p. 9
D. L'Éthique médicale	p. 10
5. Les avancées de l'intelligence artificielle et quels en sont les risques éthiques	p. 10
Conclusion	p. 11