

Le triage silencieux

Qualité des soins Le manque de personnel soignant chronique soulève des questions éthiques fondamentales. Chaque jour, des soins sont restreints en Suisse pour des raisons non pas médicales, mais de ressources. Ces décisions ne sont pas discutées ouvertement.

Daniel Saraga

La situation est hélas bien connue: la Suisse manque cruellement de personnel médical. La pénurie dans les établissements de santé «est dramatique», annonçait la NZZ fin 2022. «La fourniture en prestations de soins est menacée», alertait l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) début 2023 [1]. L'initiative populaire sur les soins infirmiers lancée pour améliorer la situation a été acceptée fin 2021, mais le projet de mise en œuvre ne pourrait être mis en consultation qu'en 2024.

C'est comme le jeu des chaises musicales: les patients sont déplacés d'une station à l'autre afin de répondre aux contraintes dues au sous-effectif.

Le COVID-19 a rendu le problème très visible. Les vagues de malades ont poussé les unités de soins intensifs à leur limite, les mesures sanitaires ont complexifié les procédures au quotidien, et les absences liées aux infections ont encore augmenté la pression sur les équipes soignantes. Le manque de personnel est toutefois un problème chronique. Les établissements de santé ne semblent pas en mesure de tourner de manière stable, sereine et durable. Le personnel est mis sous pression par le sous-effectif récurrent et de nombreux professionnels de santé réduisent leur temps de travail ou finissent par quitter le métier. Le recrutement peine à les remplacer, ce qui accroît encore davantage la pression. Un cercle vicieux.

Qualité des soins en danger

Cette situation entraîne des conséquences très concrètes sur la manière de traiter les malades. Il arrive de plus en plus souvent qu'ils ne peuvent recevoir les soins selon les standards de qualité en vigueur, alerte Tanja Krones, directrice du comité d'éthique clinique de l'Hôpital universitaire de Zurich et membre de la Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine (CNE-NEK). Une récente étude de l'Université de Bâle portant sur 102 hôpitaux de Suisse indique qu'une situation de grande occupation des lits (définie comme supérieure à 85%) augmente le risque de mortalité des personnes hospitalisées [2].

Les décisions de l'admission – ou non – d'un patient à l'hôpital, le traitement qu'il va recevoir ou encore le jour de sa sortie de l'hôpital sont prises parfois davantage selon les ressources disponibles que selon des critères médicaux, confirme Kathrin Hillewerth, infirmière de pratique avancée et membre du management de la clinique de chirurgie à l'Hôpital de Zollikerberg près de Zurich.

«Ce type de triage arrive tous les jours, poursuit-elle. La charge de travail est constamment très élevée. Nous nous demandons chaque jour: pouvons-nous admettre un nouveau patient? Pourrions-nous avoir un lit de plus en libérant un patient plus tôt, ou en déplaçant une personne d'une unité à l'autre? Ce phénomène touche toutes nos stations. Des e-mails sont régulièrement envoyés à toutes les unités pour demander si des patients pourraient être libérés plus tôt.»

L'entraînement à la mobilité d'un patient sera par exemple raccourci avant sa décharge – avec le risque qu'il chute une fois arrivé à la maison et revienne à l'hôpital. Une patiente est envoyée à l'unité journalière avant d'aller en



© Kattiya Loukkobkul / Dreamstime

En raison du manque de personnel, le triage silencieux est de plus en plus fréquent dans les soins.

chirurgie au lieu d'y être directement prise en charge, comme le voudraient les critères de soin usuels. Ou elle est déplacée dans une unité – chirurgie, néonatalogie, etc. – uniquement parce qu'il y a un lit libre. La situation rappelle un jeu de chaises musicales, les patients étant déplacés d'une station à l'autre afin de satisfaire les contraintes imposées par

«Le fait de ne pas être clair avec les patients pose problème. Ils ne sont pas informés d'un transfert lorsqu'il n'est pas médical, mais lié au sous-effectif.»

Samia Hurst
Médecin et éthicienne

le sous-effectif, alors que la qualité des soins exigerait parfois un autre déroulement. «Le paradoxe, c'est que de telles rocares génèrent encore davantage de travail et de pression pour l'équipe, car il faut alors informer, coordonner, nettoyer et faire suivre les affaires du patient», ajoute Kathrin Hillewerth.

Autre paradoxe: la pénurie force le recours systématique à des intérimaires, ce qui engrange du travail supplémentaire pour le personnel fixe. Car ils ne disposent pas toujours des formations recherchées, connaissent mal les habitudes de l'établissement ou n'ont simplement pas accès au système informatique. «En tant que responsable de la gestion des équipes, je me pose la question: est-ce que je continue à exiger autant d'effort de la part de notre personnel, ou ne vaudrait-il pas mieux fermer quelques lits afin de le préserver?» La Suisse aurait fermé plus de 500 lits depuis 2022, selon un sondage réalisé par le journal Die Zeit (voir encadré).

Rationnement des soins opaque

Ces décisions aussi quotidiennes que cruciales se font le plus souvent de manière non explicite, selon Kathrin Hillewerth: «Nous les prenons, mais n'en discutons pas.» Il s'agit d'un sujet encore largement tabou, souligne l'éthicienne Tanja Krones. «On se voile la face pour ne pas voir le problème, à savoir devoir restreindre la qualité des soins prodigués, alors qu'il est nécessaire d'en parler ouvertement.» On appelle «silencieux» un triage qui est implicite, peu discuté et fait davantage en fonction de la situation que

selon des lignes directrices établies. Il génère deux principaux problèmes éthiques: le manque de transparence envers les patients et des décisions de santé prises de manière non rationnelle.

«Le fait de ne pas être clair avec les patients pose problème, poursuit l'éthicienne. Ils ne sont pas informés de la raison de leur départ de l'hôpital ou d'un transfert d'unité lorsqu'elle n'est pas médicale, mais liée au sous-effectif. Et parfois, on exagérera même l'importance d'un élément médical pour justifier une décision. Ce manque de transparence, voire d'honnêteté, est généralement considéré comme problématique sur le plan de l'éthique, qui maintient en principe que les patients doivent être informés correctement.»

L'autre problème concerne la manière dont ces décisions sont prises. «Le triage en tant que tel, soit le fait de faire des choix dans l'allocation de moyens restreints, est absolument normal au vu de nos ressources limitées, explique Samia Hurst, directrice de l'Institut Éthique, histoire, humanités de l'Université de Genève. Mais en principe, il faut le faire de manière explicite et transparente, en justifiant ces choix.» Le triage silencieux empêche de discuter des critères à appliquer et le rationnement se fait de manière opaque.

Pourtant, des critères existent. On peut considérer que la priorité serait de traiter le plus grand nombre de gens, d'accroître les années de vie pondérées par la qualité (QALY), ou encore de respecter l'égalité des vies. Ce sont tous des concepts valables dont il faudrait débattre démocratiquement, avec la possibilité de s'exprimer si l'on n'est pas d'accord avec les critères favorisés, souligne Samia Hurst: «L'éthique ne privilégie pas forcément tel ou tel critère, mais insiste pour qu'ils doivent être tous considérés et débattus et que leur application puisse être contrôlée. Ce qui n'est pas le cas lors d'une situation de triage silencieux.»

«Nous avons tous des biais implicites sur différents groupes de population. Cela génère des décisions arbitraires.»

Tanja Kronen

Médecin et bioéthicienne

Car les décisions pour faire face au sous-effectif sont souvent prises de manière peu coordonnée et parfois subjective. Certes, cette situation respecte l'autonomie et la liberté de décision du personnel soignant, explique Tanja Kronen. «Mais nous avons tous des biais implicites sur différents groupes de population, avec la tendance à vouloir aider les gens que l'on a rencontrés, ou même simplement ceux qui réclament le plus fort. Cela génère des décisions arbitraires. Le personnel soignant peut alors se livrer une bataille pour prioriser son patient ou céder à ses demandes, alors même qu'une gestion coordonnée aurait peut-être permis de mieux soigner un plus grand nombre.»

C'est vraiment le manque de personnel qui pose problème, pas les infrastructures ou l'argent pour faire une analyse médicale, poursuit l'éthicienne. Recruter les soignants qualifiés est devenu très difficile, ajoute Kathrin Hillewerth. «Aujourd'hui, ce sont les candidats qui choisissent leur employeur plus que l'inverse...»

Nombre de lits fermés

Au moins 500 lits d'hôpitaux ont été fermés en Suisse depuis 2022, soit près de 9% du nombre total de lits. Nombre de lits d'hôpitaux fermés depuis 2022 parmi huit des quinze établissements les plus grands de Suisse [5]:

Établissement	Lits fermés	Nombre total de lits
Hôpital de l'île, Berne	150	1500
Hôpital cantonal d'Aarau	86	500
Hôpital cantonal de Saint-Gall	80	650
Hôpital universitaire de Zurich	73	914
Hôpital cantonal de Winterthour	50	500
Hôpitaux de Soleure	40	498
Centre hospitalier du Haut-Valais	7	288
Hôpitaux de Thurgovie	6	900
Total	492	5750

Briser enfin le tabou

Le monde de la santé est bien conscient du manque de main d'œuvre, mais peine à intégrer la question du triage dans les discussions. «Il est difficile de parler explicitement des critères d'allocation des ressources parce que l'on garde souvent cette idée que tout le monde devrait pouvoir tout avoir», note Samia Hurst. En parler revient à admettre qu'on ne peut pas faire le maximum pour les patients, une chose difficile à faire dans un pays riche aux moyens perçus souvent comme illimités.

La politique semble tétanisée par cette question. Dans un jugement de 2010 refusant le remboursement par l'assurance-maladie de base d'un traitement onéreux, le Tribunal fédéral expliquait qu'il se voyait forcé de prendre une décision par défaut, en l'absence d'avancées parlementaires sur la question, rapporte l'éthicienne. «Comme dans toute décision politique, il y aura forcément des gens dont les avis seront minorés. Ce n'est pas forcément injuste, mais cela peut être frustrant.»

Les trois personnes interrogées appellent à briser le tabou et à entamer enfin des discussions transparentes sur des critères pour encadrer le rationnement des soins, à l'instar des directives de l'Académie suisse des sciences médicales sur le triage aux soins intensifs mises à jour suite à l'épidémie de COVID-19 [3]. C'est d'ailleurs la pandémie qui les a réunies dans un groupe de discussion portant sur les questions éthiques du triage et englobant désormais les problèmes générés par le manque structurel de personnel.

«La première étape est d'assurer une prise de conscience plus répandue de la limitation des soins, y compris pour des raisons de sous-effectif, souligne Samia Hurst. Et que le fait de ne pas en parler ouvertement génère le risque d'un

manque d'équité et de justice dans l'accès aux soins.» Des lignes directrices peuvent être utiles, également pour limiter les risques de détresse psychologique chez les soignants devant assumer tout seuls des décisions difficiles. Mais elles doivent être utilisées sur le terrain pour déployer leur effet, ce qui n'a pas été le cas lors du COVID-19, selon l'éthicienne: «Les données indiquent un serrage de vis à l'entrée des hôpitaux, mais ceux-ci n'ont jamais déclaré avoir recouru à la directive de l'ASSM. On ne sait donc pas quelles dépriorisations des interventions ont eu lieu, ni sur quelles bases.»

à un résultat peu différent de ce qui se fait aujourd'hui, relève Samia Hurst. Mais les critères auront alors une légitimité, et on pourra vérifier leurs applications, dénoncer les manquements ou encore exprimer ses éventuels désaccords. C'est toute la différence, et elle est importante.»

Samia Hurst, Tanja Kronen et Kathrin Hillewerth appellent à entamer des discussions transparentes pour encadrer le rationnement des soins.

La réflexion est globale et porte sur la quantité d'argent allouée à la santé en Suisse, comment il est réparti à l'intérieur du système de santé et comment les individus prennent des décisions sur le terrain. Elle peut également impliquer la population au moyen de débats participatifs, comme l'ont tenté des expériences pilotes en Suisse [4]. «Il est possible que les discussions professionnelles et politiques aboutissent



Références

À consulter sous www.bullmed.ch ou via code QR

Annonce

19. Ausgabe

19. – 23. Juni 2023

Universitätsspital Basel

medArt
basel.23

... die internistische fortbildung der anderen art

Frühbuchungs-
rabatt bis
17. Mai 2023
www.medartbasel.ch

