



Plan régional de pandémie - COVID-19

Section 1g – Éthique et principes directeurs

G. ÉTHIQUE ET PRINCIPES DIRECTEURS

- Dans le cadre de la pandémie COVID-19, les professionnels de la santé seront confrontés à des décisions difficiles liées, par exemple, au manque de lits ou à l'accès limité aux soins intensifs. Les besoins en santé dépassant les capacités institutionnelles, notre réflexion et nos décisions devront favoriser la société dans son ensemble. L'objectif n'est donc pas de prendre la meilleure décision possible pour un patient en particulier, mais de prendre les meilleures décisions qui soient pour sauver le plus grand nombre de vies avec un minimum de ressources. Les valeurs et les principes de l'éthique clinique sont alors insuffisants pour éclairer la prise de décision, ils doivent être assortis à ceux de l'éthique de la santé publique qui tente de contrôler et d'améliorer la santé des populations. Il s'agit alors de privilégier le bien commun, plutôt que la bienfaisance et l'autonomie individuelle.
- Il s'agit donc de prendre les meilleures décisions possibles pour le plus grand nombre de personnes possible. Les valeurs qui orientent alors la prise de décision sont celles de **l'impartialité, de la maximisation des bénéfices, de la réciprocité (ou la règle de l'instrumentalisation)** et de la **justifiabilité**.
- Il est important de s'assurer de **l'impartialité**, de la neutralité des décisions prises. Lorsque les ressources sont rares et que la demande est très grande, il faut constamment se rappeler qu'il est facile de prendre des décisions arbitraires et de favoriser certains groupes, voire certaines personnes, au détriment de d'autres. Les professionnels de la santé qui traitent les patients ne devraient pas être ceux qui prennent la décision de fournir ou non un traitement limité. Par exemple, pour l'accès aux soins intensifs ou aux ventilateurs, un comité décisionnel devrait être formé pour déterminer l'accès (Emanuel et al., 2020; Truog et al., 2020).
- Les décisions doivent être prises de façon juste et impartiale en étant fondées sur des données médicales pour assurer le **maximum de bénéfices** au plus grand nombre de personnes possible. Si habituellement les cas les plus critiques à risque de mourir à court terme sont priorisés, il s'agit maintenant de prioriser ceux qui sont dans un état critique, mais qui ont le plus de chance de s'en sortir (probabilité de survie) pour sauver le plus grand nombre de vie. Dans un premier temps, il faut tenir compte du pronostic à court terme en appliquant le pointage du SOFA, mais si plusieurs personnes obtiennent le même score, il est alors légitime de considérer le pronostic à long terme (le nombre d'années de vie sauvées). En d'autres mots, entre deux personnes qui ont le même score SOFA, la personne qui court la chance de vivre le plus grand nombre d'années, en considérant ces facteurs de comorbidités, sera privilégiée (White, Katz, Luce & Lo, 2009) – voir Tableau 1.

Si ce critère n'est toujours pas suffisant, une prise en considération des cycles de vie vécus peut éclairer davantage les décisions à prendre. À ce moment, la personne qui a vécu le moins grand nombre d'années sera privilégiée pour qu'il ait l'opportunité de vivre les différents cycles de la vie (White, Katz, Luce & Lo, 2009).

Tableau 1 Illustration d'une stratégie de priorisation					
Principe	Spécificité	Pointage			
		1	2	3	4
Sauver le plus grand nombre de vies	Pronostic à court terme (score SOFA)	Score SOFA <7	Score SOFA entre 8 à 11	Aucune insuffisance organique importante	Score SOFA >11
Sauver le plus d'années de vie	Pronostic à long terme (évaluation des facteurs de comorbidité)	Aucun facteur de comorbidité qui limite le pronostic à long terme	Facteurs de comorbidité mineurs avec des impacts mineurs sur le pronostic à long terme	Facteurs de comorbidité majeurs avec beaucoup d'impact sur le pronostic à long terme	Facteurs de comorbidité sévères : la mort est prévisible à l'intérieur d'une année
Principe des cycles de la vie	Priorisation des personnes qui ont eu le moins de chance de vivre les cycles de la vie	Âgé entre 12 et 40 ans	Âgé entre 41 et 60 ans	Âgé entre 61 et 74 ans	Âgé de plus de 75 ans

(Adaptation de White, Katz, Luce & Lo, 2009)

* Les personnes avec le pointage le plus bas seraient priorisées.

* Les patients pédiatriques devront probablement être considérés séparément puisqu'ils nécessitent des équipements différents.

- À cela s'ajoute, le respect du principe de la **réciprocité (ou de l'instrumentalisation)** qui exige que la société soutienne les professionnels de la santé qui prennent des risques pour leur propre santé, ainsi que celle des membres de leur famille, afin de prendre soin de l'ensemble des membres de la société. La reconnaissance de ce travail et des risques inhérents implique que par réciprocité s'ils nécessitent des soins, tout sera mis en œuvre pour qu'ils les obtiennent (Emanuel et al., 2020 ;Thompson, Faith, Gibson & Upshur, 2006; White et al., 2009).
- Peu importe les décisions prises, elles doivent constamment être revues pour évaluer la réponse au traitement (**efficacité ou maximisation des bénéfices**). Il est possible qu'un lit aux soins intensifs soit occupé par un patient qui a moins de chance de se rétablir qu'un nouveau patient qui vient d'être admis. Il faut alors être capable de prendre la décision de cesser les traitements du premier pour traiter le deuxième. Ce type de décision pouvant être particulièrement difficile pour un médecin, elle devrait être prise par un comité décisionnel qui a été établi qui aurait également la responsabilité d'en informer les proches du patient (Emanuel et al., 2020; Truog et al., 2020).

- Si dans un contexte habituel, le consentement du patient ou de son représentant serait sollicité pour cesser les traitements, bien que cela soit désirable, en contexte de pandémie avec des ressources limitées, l'équipe soignante ou le comité décisionnel aura surtout à les informer et à leur proposer des soins de confort, l'objectif étant toujours de sauver le plus grand nombre de vies.
- Le recours au Comité d'éthique clinique ou à l'équipe de garde régionale doit être envisagé lorsque les intervenants ont des doutes quant à leur capacité de prendre des décisions impartiales. Finalement, les professionnels de la santé, les membres du Comité d'éthique clinique ainsi que ceux de l'équipe de garde doivent être en mesure de **justifier** les décisions prises en démontrant qu'ils ont respecté les critères et les valeurs morales identifiés.
- **Discussion sur les niveaux de soins et la non-réanimation**
Il est fortement conseillé d'aborder avec le plus de patients possibles, et en particulier avec ceux qui sont dans un groupe à risque, leurs souhaits à l'égard des niveaux de soins et de la non-réanimation pour ne pas initier des traitements qu'ils ne voudraient pas avoir.