

Cadre d'éthique relatif à la COVID-19

Comité d'éthique provincial ayant trait à la COVID-19

Révisé le 8 mars 2021

Table des matières

Introduction.....	1
Section 1 – Cadre d'éthique.....	2
Éthique centrée sur les patients.....	2
Éthique en cas de pandémie.....	2
Principe de l'utilité.....	2
Équité.....	3
Définition de meilleur résultat.....	3
Sommaire du cadre d'éthique.....	3
Section 2 : Enjeux liés au système et au processus.....	3
Comité provincial.....	3
Équipe interdisciplinaire de triage clinique (EITC).....	4
Section 3 : Lignes directrices.....	4
Bibliographie annotée.....	7

Liste des tableaux

Tableau 1 : Priorité des patients admis aux soins intensifs après avoir été évalués	4
Tableau 2 : Niveau de triage, élément déclencheur, rôle du Comité provincial et rôle des ETIC..	5

Liste des figures

Figure 1 : Diagramme de processus pour l'allocation des ventilateurs durant la pandémie de COVID-19.....	6
--	---

Introduction

De nombreux enjeux éthiques sont soulevés à cause de la pandémie de COVID-19. Par exemple, il y a des questions éthiques concernant l'auto-isolement volontaire, la distanciation sociale, les tests et l'allocation des ressources. Le présent document porte sur l'enjeu éthique précis qui se rattache au rationnement de la ventilation mécanique invasive dans la situation peu probable qu'il y ait une augmentation du nombre de cas d'infection qui dépasse le système de soins de santé. Il y a trois sections : la section 1 présente le cadre d'éthique, la section 2 traite des enjeux essentiels ayant trait au système et aux processus tandis que la section 3 fournit des lignes directrices pour prendre des décisions sur le triage et le rationnement. Il est important de souligner que ce document s'applique à tous les patients admis en soins intensifs ou qui reçoivent une ventilation invasive, et non seulement aux patients infectés par la COVID-19 durant une pandémie.

Cadre d'éthique : L'objectif principal du présent document est de sauver autant de vies que possible. Dans le cadre d'une telle démarche, il faut adopter une éthique en santé publique qui cherche à produire de bons résultats plutôt qu'à répondre aux besoins des patients individuels, soit faire valoir le principe d'utilité. Cela signifie que les patients ayant la plus forte probabilité de survivre jusqu'à leur congé de l'hôpital auront la priorité sur les autres patients qui pourraient bénéficier d'un traitement, mais ne devraient pas produire ce résultat.

Comité de surveillance provincial : Un tel rationnement des interventions vitales est justifiable sur le plan éthique si et seulement si c'est absolument nécessaire; en d'autres mots, cela doit être un dernier recours. Il serait inacceptable si, à cause d'un manque de ventilateurs, un patient dans une région du Nouveau-Brunswick devait se faire refuser un traitement qui pourrait lui sauver la vie, mais qu'un ventilateur soit disponible ailleurs dans la province. Donc, le présent document établit un comité de surveillance provincial qui a une connaissance en temps réel de la disponibilité des ventilateurs à travers la province. Ce groupe aura la capacité de déplacer les patients ou l'équipement autour de la province, il sera chargé de la surveillance des décisions sur le rationnement prises par les hôpitaux aux fins d'équité et aura pour tâche de réévaluer régulièrement les lignes directrices sur le rationnement dans cette pandémie qui ne cesse d'évoluer.

Équipe interdisciplinaire de triage clinique (EITC) : Si de telles décisions extrêmes sur le rationnement doivent être prises, elles pourraient causer une détresse considérable parmi les professionnels de la santé de première ligne. L'administration des soins de santé a un devoir éthique d'atténuer un tel traumatisme émotionnel pour assumer la responsabilité de ces décisions tragiques. Donc, le présent document établit des équipes interdisciplinaires de triage clinique (EITC) dans chaque établissement. Ces équipes seront chargées de prendre les décisions sur le rationnement. Les professionnels de la santé traitants ne participeront pas à de telles décisions et se concentreront sur la prestation de soins dans les paramètres de leurs obligations fiduciaires.

Lignes directrices sur le triage : La section du présent document sur les lignes directrices devrait être complétée d'un jugement clinique. La COVID-19 est un nouveau virus et, au moment de la rédaction du présent document, les données scientifiques de qualité élevée se faisaient rares. Tempérées par un jugement clinique, l'EITC a le mandat de procéder au triage de chaque patient de la façon la plus appropriée possible. Ces lignes directrices sont l'un de ses outils.

Section 1 – Cadre d'éthique

La pandémie de COVID-19 devrait susciter de nombreux enjeux éthiques difficiles. Mentionnons, en particulier dans le milieu hospitalier, l'éthique de l'allocation des ressources. Il est possible (quoique très improbable) qu'il y ait une augmentation de la demande en services si grande que le système devienne progressivement surchargé. L'une des questions de rationnement la plus redoutée au cours de la pandémie de COVID-19 est l'allocation de la ventilation mécanique invasive (les ventilateurs).

Actuellement les réseaux régionaux de la santé ont approximativement 180 ventilateurs, et d'autres ventilateurs sont disponibles en entreposage. La fourniture d'un traitement par ventilateur à un patient est complexe; le patient fait habituellement l'objet de sédation et doit être soumis à une surveillance attentive à une unité des soins intensifs (USI). Un manque de personnel qualifié, de places à l'USI ou de ventilateurs pourrait déclencher la nécessité de prendre des décisions sur le rationnement. S'il faut rationner les ventilateurs, à cause d'une pénurie absolue, l'approche centrée sur les patients de l'éthique clinique ne suffira pas.

Éthique centrée sur les patients

Dans des circonstances normales, la relation entre le professionnel de la santé et le patient est ancrée dans le principe de l'intérêt primordial; le terme technique est « relation fiduciaire ». Le professionnel de la santé est en position de pouvoir et le patient est jugé vulnérable. Donc le professionnel de la santé a l'obligation légale et éthique d'agir dans l'intérêt primordial du patient. Par exemple, la plupart des services d'urgence prioriseront un patient gravement malade par rapport aux patients qui ne le sont pas. Le principe éthique est implicitement que le patient gravement malade a le plus grand besoin d'où un traitement accéléré dans son intérêt primordial.

Éthique en cas de pandémie

Si l'objectif au cours d'une pandémie est de sauver autant de vies que possible, alors l'approche centrée sur les patients pourrait être contre-productive dans bien des situations. Lorsque les ressources sont limitées (ou qu'il y a une pénurie absolue), la priorisation des « besoins individuels » par rapport au « bien collectif » ne permettra pas de sauver autant de vies que possible. En fait, cette approche pourrait contribuer au pire résultat possible, soit une situation où les ressources sont fournies aux patients qui ne devraient pas survivre aux dépens de ceux qui devraient avoir de meilleurs résultats.

Principe de l'utilité

Si l'objectif est de sauver autant de vies que possible, alors il faudra prioriser les patients qui devraient avoir le meilleur résultat et non nécessairement ceux qui ont le plus grand besoin. Donc il faudra déterminer : 1) les patients qui sont si malades qu'ils mourront probablement même s'ils reçoivent un traitement, 2) les patients qui survivront probablement même sans traitement, et 3) les patients qui pourraient survivre, dont la survie, cependant, dépend de la réception du traitement.

L'interprétation la plus cohérente du principe de l'utilité est d'essayer de sauver autant de personnes que possible dans le troisième groupe.

Le principe de l'utilité met en évidence le concept de valeur instrumentale. Autrement dit, les décisions doivent chercher à créer les résultats les plus productifs qui soient. Dans certaines circonstances, cela pourrait consister à prioriser certains groupes qui ont une valeur instrumentale supérieure. Par exemple, des approches pourraient offrir un accès préférentiel aux fournisseurs de soins de santé s'il y a une pénurie de personnel et qu'on en a besoin pour continuer de lutter contre la COVID-19.

Équité

Le principe de l'équité désigne la répartition équitable des avantages et des fardeaux. Autrement dit, nous ne devrions pas faire de discrimination contre toute personne (ou tout groupe) simplement pour faciliter l'objectif, soit atteindre la plus grande utilité possible. Selon l'article 15 de la *Charte canadienne des droits et libertés* :

15. (1) La loi ne fait acception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques.

Définition de meilleur résultat

Le meilleur résultat s'entend de la survie jusqu'au congé de l'hôpital. Autrement dit, les patients ayant la plus forte probabilité de vivre qui recevront leur congé de l'hôpital seront priorisés. Dans le contexte de l'allocation des ventilateurs, le facteur de limitation est le suivant : il pourrait y avoir plus de patients ayant besoin d'une ventilation invasive que de ventilateurs. Donc, l'objectif doit être de réussir à améliorer le facteur de limitation, soit libérer avec efficacité les patients d'une assistance ventilatoire et leur donner leur congé de l'hôpital. D'autres facteurs comme l'âge, les années de vie ajustées en fonction de la qualité et le stade dans le cycle de vie ne seront pas pris en considération.

Sommaire du cadre d'éthique

En résumé, l'objectif est de sauver autant de vies que possible. Donc les ressources seront dirigées à ceux qui mourraient probablement sans traitement, mais qui avec un traitement ont de bonnes chances de survivre jusqu'à leur congé. En visant un tel objectif, nous ne devons pas faire de discrimination fondée sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou l'incapacité des personnes.

Section 2 : Enjeux liés au système et au processus

Comité provincial

Le Comité provincial sera chargé d'assurer que les lignes directrices concernant les décisions sur le rationnement des ventilateurs sont appliquées de façon cohérente dans l'ensemble de la province

et que les critères pour prendre ces décisions sont impartiaux et à jour. Le comité serait composé de personnes ayant l'expertise médicale, scientifique et éthique pour examiner avec compétence l'état actuel des connaissances sur la COVID-19. De plus, il doit avoir des connaissances en temps réel de la disponibilité des ressources dans la province.

Le Comité provincial sera chargé d'activer ce protocole de triage et rendra compte des décisions qui en résultent, en particulier des décisions de ne pas admettre quelqu'un aux soins intensifs, ni de ne pas fournir une ventilation, et la décision de retirer un traitement prolongeant la vie potentiellement bénéfique.

Équipe interdisciplinaire de triage clinique (EITC)

L'EITC doit avoir les connaissances cliniques pour examiner chaque cas, ainsi que pour utiliser les outils de présélection. L'équipe devrait comprendre un médecin responsable aux soins intensifs, une infirmière travaillant aux soins intensifs, un inhalothérapeute, un éthicien et un représentant de l'administration de l'hôpital responsable de l'attribution des lits. Chaque établissement fournissant la ventilation invasive devrait avoir au moins une EITC. L'équipe est responsable de communiquer avec le patient et la famille.

L'ETIC sera chargée de la mise en œuvre des différents niveaux de triage selon les directives du Comité provincial. Elle sera responsable de communiquer avec l'équipe clinique, le médecin le plus senior et le patient et la famille. L'ETIC s'occupera des questions concernant l'état du code, la directive préalable et le désaccord du client avec la décision de refuser ou de retirer le traitement, ou toute autre forme de désaccord avec l'équipe de soins ou la famille.

Section 3 : Lignes directrices

Les lignes directrices comptent deux étapes : l'évaluation et la priorisation des patients à l'USI, et les niveaux de triage. Le tableau 1 représente la priorité des patients admis en soins intensifs après avoir été évalués, tandis que le tableau 2 illustre le processus pour activer les trois niveaux de triage. La figure 1 montre le processus au complet.

Tableau 1 : Priorité des patients admis aux soins intensifs après avoir été évalués

2a. Bleu	2b. Jaune	2c. Rouge
Forte probabilité de mortalité à l'hôpital.	Chance modérée de vivre à la suite de son congé de l'hôpital.	La meilleure chance de vivre à la suite de son congé de l'hôpital.
Compte tenu du manque de connaissances actuel au sujet de la COVID-19, le Comité provincial et les représentants des diverses ETIC devraient commencer à étudier le meilleur moyen de faire une présélection des patients admis aux soins intensifs et d'accéder à eux. L'objectif est de trouver des méthodes scientifiquement valides et justifiables sur le plan éthique pour déterminer les classifications susmentionnées. Cela devrait comprendre un jugement clinique et une évaluation clinique des diverses échelles de gravité et des divers systèmes de notation utilisés à l'USI pour prédire la mortalité.		

Tableau 2 : Niveau de triage, élément déclencheur, rôle du Comité provincial et rôle des ETIC

Niveau de triage	Élément déclencheur	Comité provincial	ETIC
Niveau 1	Certains établissements, mais non la totalité à une capacité de 100 %	Activer le triage de niveau 1	Déterminer le personnel, les ressources ou les patients qui doivent être déplacés et coordonner le déplacement.
Niveau 2	Tous les établissements à 100 %	Déterminer que chaque ventilateur dans la province est utilisé Activer le triage de niveau 2	Déterminer les patients qui ont la plus faible probabilité de vivre jusqu'à leur congé de l'hôpital et de ne pas être admis en soins intensifs. Si cela persiste pendant plus de 24 h, retirer le traitement des patients qui ont la plus faible probabilité de vivre jusqu'à leur congé de l'hôpital. Refuser ou retirer les patients des patients au code bleu (2a).
Niveau 3	Tous les établissements à 100 % pendant une période prolongée	Activer le triage de niveau 3	Répéter le processus du niveau 2, mais inclure les patients au code jaune (2b). Refuser ou retirer le traitement des patients au code bleu (2a) et des patients au code jaune (2b).

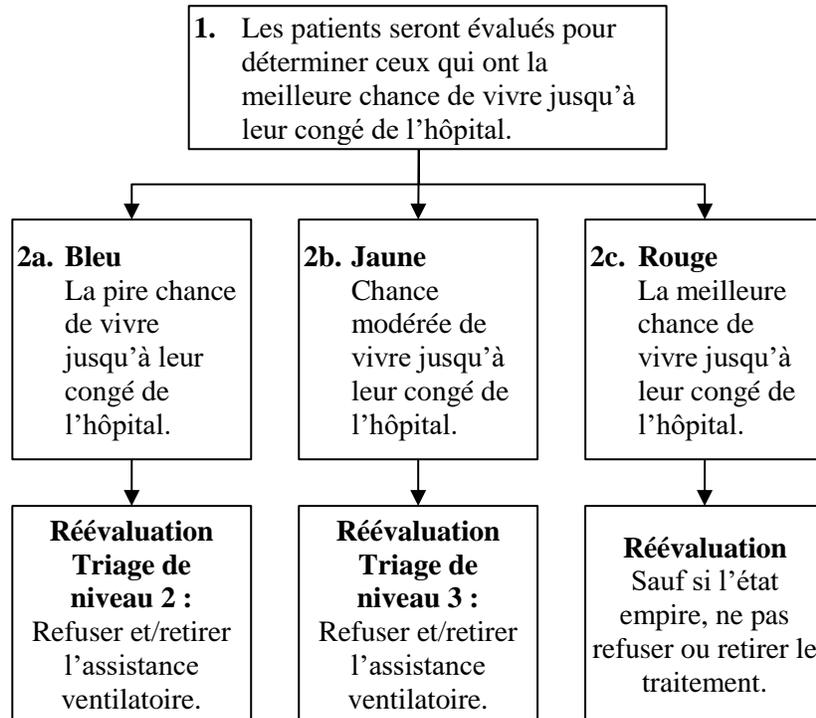
Le triage de niveau 1 devrait être activé lorsque le Comité provincial détermine qu'il doit transférer les patients aux ressources disponibles ou faire transférer des ressources aux patients. Cela se produira lorsque la demande en ventilateurs dans certains établissements s'approche de 100 %, mais que d'autres établissements ont une capacité de moins de 100 %.

Le triage de niveau 2 serait activé seulement après que le niveau 1 a été complètement mis en œuvre et que le Comité provincial détermine que chaque ventilateur dans la province est utilisé. Si les patients au code jaune (2b) ou les patients au code rouge (2c) ont besoin d'un traitement par ventilateur et que le niveau 1 a été entièrement mis en œuvre, le Comité provincial donnera l'ordre à l'ETIC locale d'arrêter d'admettre des clients au code bleu (2a) en soins intensifs. Si le besoin à l'égard de ce niveau de triage persiste pendant plus de 24 h, les patients au code bleu (2a) recevant l'assistance ventilatoire se la feront retirer.

Le triage de niveau 3 serait activé seulement après que le niveau 2 a été complètement mis en œuvre et que le Comité provincial a déterminé que chaque ventilateur dans la province est utilisé. À ce point, si les patients au code rouge (2c) ont besoin d'un traitement ventilatoire, le Comité provincial donnera l'ordre à l'ETIC de restreindre l'admission aux soins intensifs des patients au code bleu (2a) et des patients au code jaune (2b). Si le besoin à l'égard de ce niveau de triage

persiste pendant plus de 24 h, les patients au code jaune (2b) recevant l'assistance ventilatoire se la feront retirer.

Figure 1 : Diagramme de processus pour l'allocation des ventilateurs durant la pandémie de COVID-19



2a, b, c Les patients aux codes bleu, jaune et rouge

- Il s'agit des patients admis en soins intensifs avant que le présent protocole ait été activé ou lorsqu'un triage de niveau un a été activé par le Comité provincial.
- Les trois groupes de patients recevront la plus haute norme de soin possible, compte tenu de la réalité des ressources limitées.
- L'ETIC sera chargée de classer ces patients de façon appropriée selon la probabilité de vie de chacun jusqu'à leur congé de l'hôpital. Elle prendra aussi toutes les décisions au sujet du refus ou du retrait du traitement étant donné que le niveau de triage a été activé.

Bibliographie annotée

1. ARENTZ M, et coll. « Characteristics and outcomes of 21 critically ill patients with COVID-19 in Washington State », *JAMA*, 19 mars 2020
 - Cette étude a porté sur 21 patients admis en soins intensifs dans un grand hôpital de Washington. Éventuellement, 71 % ont eu besoin d'une ventilation invasive. Des 21 patients, 52,4 % sont décédés, 38 % souffraient d'une maladie chronique en phase critique et 9,5 % ont survécu jusqu'à leur congé de l'hôpital. De ceux qui ont reçu une ventilation mécanique invasive, 67 % sont décédés, 24 % souffraient d'une maladie chronique en phase critique et 9,5 % ont survécu jusqu'à leur congé de l'hôpital.

2. « America's Bioethicists: Government Must Use Federal Powers to Fight Covid-19 », *Hastings Center News* (en ligne).
<https://www.thehastingscenter.org/news/americas-bioethicists-government-must-use-federal-powers-to-fight-Covid-19/>
 - Il s'agit d'une lettre du 24 mars 2020 au Congrès signée par 1 400 bioéthiciens aux États-Unis. Ces derniers pétitionnent le Congrès pour utiliser les pouvoirs fédéraux afin de prendre cinq mesures : 1) assurer la fabrication et la distribution des fournitures nécessaires, 2) s'engager à payer les soins et le traitement en réponse à la COVID-19, 3) accorder un congé de maladie à tous, 4) protéger les personnes vulnérables, et 5) élaborer une stratégie de communication complète et fiable. La citation suivante résume les sentiments qui transpirent de cette pétition : « À titre de bioéthiciens, nous avons l'expertise pour offrir une orientation sur le triage, mais nos obligations immédiates sont d'abord et avant tout de prévenir ou de réduire sensiblement la nécessité de prendre de telles décisions [*trad.*] ».

3. BAKER, M., et S. FINK. « At the Top of the Covid-19 Curve, How Do Hospitals Decide Who Gets Treatment? », *New York Times* (en ligne), 31 mars 2020.
<https://www.nytimes.com/2020/03/31/us/coronavirus-covid-triage-rationing-ventilators.html>
 - Cet article passe en revue les plans de triage de dix États américains : l'Arizona, le Kansas, la Louisiane, le Maryland, le Michigan, New York, la Pennsylvanie, le Tennessee, l'Utah, et l'État de Washington. L'article explique que, pour la plupart des États, le premier niveau de triage consiste à refuser l'admission en soins intensifs aux patients dont l'état est susceptible d'entraîner leur mort presque immédiate même avec un traitement. Il traite ensuite de la capacité de survie à court et à long terme. Certains ont recours à la Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) (« évaluation de l'insuffisance organique séquentielle ») alors que d'autres utilisent d'autres systèmes de notation. L'idée est de procéder à un autre triage des patients selon des problèmes de santé préexistants qui pourraient limiter la capacité de survie. Il explique les systèmes de codage couleur communs, par exemple, rouge, orange et jaune. Finalement il traite du retrait d'une assistance ventilatoire des patients dont l'état empire malgré le ventilateur.

4. BERLINGER, N., et coll. *Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19: Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice* (en ligne), s.l., The Hastings Centre, 16 mars 2020.
<https://www.thehastingscenter.org/ethicalframeworkcovid19/>
 - Le sujet de ce document est la transition de la base de la prestation des soins de santé à partir d'une perspective centrée sur les patients vers une perspective de santé publique ou utilitaire. La perspective de la santé publique est axée sur la prestation de soins de façon à produire les meilleurs résultats pour le plus grand nombre de patients. Le document présente des suggestions pour prendre des décisions éthiques en cas de pandémie. [Tous sont encouragés à le lire.]

5. CHENEY, C. « 4 Ethical Dilemmas for Healthcare Organizations during the COVID-19 Pandemic » (en ligne), 18 mars 2020.
<https://www.healthleadersmedia.com/clinical-care/4-ethical-dilemmas-healthcare-organizations-during-covid-19-pandemic>
 - Les quatre questions dont traite le document sont : 1) le traitement, 2) les tests, 3) les professionnels de la santé et 4) les vaccins. Comme la plupart, le document préconise le principe de l'utilité en cas de pandémie.

6. EMANUEL, E., J. PHILLIPS et G. PERSAD. « How the Coronavirus May Force Doctors to Decide Who Can Live and Who Dies », *New York Times* (en ligne).
<https://www.nytimes.com/2020/03/12/opinion/coronavirus-hospital-shortage.html>
 - Cet article commence à partir de l'hypothèse voulant que les pénuries de personnel médical et d'équipement durant la pandémie de COVID-19 ne soient pas théoriques. Il soutient que les principes directeurs devraient être de sauver autant de personnes que possible en priorisant celles qui sont les plus susceptibles d'en bénéficier. La priorité devrait aller ensuite aux premiers intervenants. Finalement, si un traitement ou un vaccin devient disponible, il devrait être fourni à ceux qui sont le plus à risque et le plus dans le besoin. L'auteur rejette le modèle du premier arrivé, premier servi.

7. FERREIRA, F. L., D. P. BOTA, A. BROSS, C. MELOT et J. L. VINCENT. « Special Evaluation of the SOFA Score to Predict Outcome in Critically Ill Patients », *JAMA*, vol. 286 (2001), p. 1754-1758.
 - Cet article étudie différentes permutations des scores de SOFA. Il examine le score initial, les changements dans le score en 48 heures, le score moyen et le score maximum. En général, un score initial de SOFA allant jusqu'à 9 prédisait la mortalité dans moins de 33 % des cas et un score de plus de 11 prédisait un taux de mortalité de 95 %. De même, sans égard au score de SOFA initial, si le score a augmenté en 48 heures, le taux de mortalité s'accroissait à 50 %. S'il restait le même, le taux de mortalité variait entre 27 % et 35 %. S'il s'améliorait, le taux de mortalité était moins de 27 %. Les citations pertinentes sont données :

- « Comme prévu, le score de SOFA initial était significativement lié à l'état vital. Un score de SOFA initial de jusqu'à 9 prédisait un taux de mortalité de moins de 33 % alors qu'un score de SOFA initial supérieur à 11 prédisait un taux de mortalité de 95 %. [trad.]. »
- « Sans égard au score initial, le taux de mortalité était de 50 % ou plus lorsque le score augmentait, de 27 % à 35 % lorsqu'il ne changeait pas et de moins de 27 % lorsqu'il diminuait [trad.]. »

8. HICK, J. L., D. HANFLING, M. K. WYNIA et A. T. PAVIA. « Duty to Plan: Health Care, Crisis Standards of Care, and Novel Coronavirus SARS-CoV-2 », *NAM Perspectives* (en ligne), Washington (D.C.), National Academy of Medicine, 5 mars 2020.
<https://nam.edu/duty-to-plan-health-care-crisis-standards-of-care-and-novel-coronavirus-sars-cov-2/>

- Cet article traite des normes de soins en cas de crise, qui ont été élaborées après l'expérience avec le SRAS, la grippe H1N1, le virus Ebola et l'ouragan Maria. L'idée est de maximiser la préparation d'urgence dans l'espoir que le système soit utilisé avec tellement d'efficacité que les décisions tragiques seront minimisées. Je cite du document :

« Le but principal de la planification des normes de soins en cas de crise n'est pas de fournir un processus pour prendre des décisions de triage comme retenir ou réaffecter des ressources qui pourraient sauver la vie d'une personne ou d'un groupe à un autre qui pourrait en bénéficier plus. Le but est d'avoir des processus en place pour gérer les ressources suffisamment bien de manière à éviter de telles situations [trad.]. » (p. 3)

L'article donne des suggestions pour optimiser le personnel, l'EPI, les services pour les patients externes, des autres systèmes de soins, etc.

9. JONES, D. « History in a Crisis – Lessons for Covid-19 », *New England Journal of Medicine* (en ligne), 24 mars 2020.
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2004361>

- Cet article est un relevé des épidémies au cours de l'histoire récente. L'objectif est de dégager les erreurs communes qui devraient être évitées dans la pandémie de COVID-19. La plus importante idée mise de l'avant est que l'épidémie révèle ce qui compte vraiment pour une population et ceux à qui elle accorde vraiment une importance. L'auteur demande pourquoi la Chine a mis son économie en mode pause à cause de la COVID, alors que bien plus de personnes meurent chaque jour du tabagisme. Une caractéristique commune de la plupart des épidémies est le désir d'attribuer la responsabilité, par exemple la Chine pour la COVID, l'immoralité pour le VIH, la promiscuité pour la syphilis, etc. Après que le blâme est jeté, alors le gouvernement se sent justifié d'utiliser les pouvoirs de coercition de l'État. Cependant, de nombreuses interventions en santé publique ne réussissent pas à tenir leurs promesses; néanmoins elles sont observées comme une question de foi.

Finale­ment, les épidémies font souvent des vic­times parmi les profes­sion­nels de première ligne.

10. KIPNIS, K. « Triage and Ethics », *AMA Journal of Ethics, Virtual Mentor* (en ligne), 2002, vol. 4, n° 1.

<https://journalofethics.ama-assn.org/article/triage-and-ethics/2002-01>

- L'article résume certains des principes fondamentaux du triage et de la médecine d'urgence. Dans une résurgence, il pourrait y avoir un besoin pressant de prioriser les patients prospectifs dans le but de servir ceux qui ont la meilleure chance de rétablissement. Comme incidence, certains patients ne pourront pas obtenir le service dont ils ont besoin à cause de la limitation des ressources. Le système de triage en cas de désastre classe les patients en trois groupes : 1) ceux qui mourraient probablement même avec un traitement, 2) ceux dont l'état s'améliorera; même sans le traitement et 3) ceux dont l'état peut s'améliorer avec le traitement, mais qui mourraient probablement s'ils ne le recevaient pas. Le système de triage cherche à repérer le troisième groupe.

11. MINNA STERN, A., et H. MARKEL. « Pandemics: The Ethics of Mandatory and Voluntary Interventions », *Hastings Center Bioethics Briefings* (en ligne).

<https://www.thehastingscenter.org/briefingbook/pandemic/>

- Puisque nous n'avons pas encore de vaccin ou de médicament antiviral contre la COVID-19, les stratégies principales de santé publique sont axées sur les interventions non pharmaceutiques (INP), par exemple, l'isolement, la mise en quarantaine, la distanciation sociale, etc. La publication pose deux questions précises : 1) « Est-ce que les collectivités peuvent appliquer ces interventions de façon à maximiser le bien commun et à minimiser les conséquences socioéconomiques négatives? » Et 2) « Quelles sont les incidences éthiques de telles interventions, en particulier lorsqu'il est question de concilier les libertés individuelles et la nécessité de protéger la santé publique? ». Il met en garde contre la tendance naturelle des gouvernements d'adopter des INP obligatoires à mesure qu'une pandémie gagne en sévérité. Il soutient que les INP devraient être volontaires autant que possible, fondées sur des données probantes, minimalement restrictives, non discriminatoires et proportionnelles.

12. SANTÉ ONTARIO. *Clinical Triage Protocol for Major Surge in COVID Pandemic*, 28 mars 2020

- Ce protocole de triage vise à minimiser la mortalité et la morbidité de la population globale par opposition au patient individuel. Les principes éthiques sont : l'utilité, la proportionnalité et l'équité. Il y a trois niveaux de triage, qui deviennent plus stricts à mesure que la demande sur le système s'accroît. Le patient doit réunir l'un des critères d'inclusion (c.-à-d. a besoin d'une assistance ventilatoire invasive ou d'hypotension) et ne doit réunir aucun des critères d'exclusion pour être admis en soins intensifs. Il y a 13 catégories de critères d'exclusion qui cherchent à exclure ceux qui mourront probablement de leur maladie grave et ceux qui mourront probablement tôt même s'ils se rétablissent de la maladie grave (c.-à-d. en quelques mois). Dans un scénario de triage de

niveau 1, l'objectif est d'exclure les patients qui ont une mortalité prédite de > 80 %, le niveau 2 exclut les patients qui ont une mortalité prédite de > 50 % et le niveau 3 exclut ceux qui ont une mortalité prédite de > 30 %.

13. ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ. *Ethics Guidance on Issues Raised by the Novel Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic* (en ligne).

<https://www.paho.org/en/documents/ethics-guidance-issues-raised-novel-coronavirus-disease-covid-19-pandemic>

- Ce document relève différents enjeux éthiques durant une situation pandémique. Par exemple, il traite de l'importance de la collecte de données et de la façon dont cela diffère de la recherche; il énonce les grands principes éthiques de l'équité, de la responsabilité, de la solidarité et de la transparence; il traite de l'obligation de communiquer avec le public durant une pandémie; des obligations de mener la recherche et des obligations en matière de collaboration internationale durant une pandémie.

14. PHUA, J., et coll. « Intensive Case Management of Corona Virus Disease 2019 (COVID-2019): Challenges and Recommendations », *Lancet Respiratory Medicine* (en ligne), 2020, publié en ligne le 6 avril 2020.

<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2213-2600%2820%2930161-2>

- Ce document présente les caractéristiques épidémiologiques et cliniques de la COVID-19, traite du diagnostic à l'USI et de la prise en charge de l'insuffisance respiratoire. Il fournit des recommandations précises pour améliorer l'infrastructure, la capacité et la dotation des USI. Il présente aussi une définition utile de maladie grave et sévère dans l'USI.

15. POSTON, J. T., B. K. PATEL et A. M. DAVIS. « Management of Critically Ill Adults with COVID-19 », *JAMA*, 26 mars 2020.

- Ces lignes directrices sont rédigées par 36 experts dans 12 pays. Même si les données probantes sont limitées, le groupe a extrapolé à partir de ce qui est connu concernant le SRMO et le SRAS. Il fournit des lignes directrices pour le contrôle des infections; le soutien hémodynamique, l'assistance ventilatoire et la thérapie.

16. POWDER, J. « Too Many COVID-19 Patients, Too Few Ventilators: An Ethical Framework to Guide Hospitals » (en ligne).

<https://www.jhsph.edu/covid-19/articles/too-many-covid-19-patients-too-few-ventilators-an-ethical-framework-to-guide-hospitals.html>

- Ce cadre cherche à sauver le plus de vies possible, à préserver le plus grand nombre d'années de vie, à prioriser les décisions fondées sur des données probantes et à montrer de la compassion envers les patients qui ne reçoivent pas le ventilateur, soit les non-bénéficiaires.

17. RAPSANG, A. G, et D. C. SHYAM. « Scoring Systems in the Intensive Care Unit: A Compendium », *Indian Journal of Critical Care Medicine* (en ligne), 2014, vol. 18, n° 4, p. 220-228.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4033855/>

- Cet article recense les principales échelles de gravité à l'USI élaborées depuis plus de 30 ans. Parmi les échelles examinées, mentionnons les suivantes : APACHE II, SAPS II, MODS, SOFA, LODS, MPM II, ODIN, TRIOS et GCS. Le score de SOFA cherche à quantifier la gravité de la maladie selon le degré de dysfonctionnement dans six organes. Ces scores sont corrélés avec la probabilité de mourir à l'USI et de mourir à l'hôpital. Même s'il mesure l'insuffisance de plusieurs organes, il fournit un certain moyen de calculer la probabilité d'un patient vivant jusqu'à son congé de l'hôpital.

18. ROSENBAUM L. « Facing Covid-19 in Italy — Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line », *New English Journal of Medicine* (en ligne), avril 2020.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2005492>

- Cet article est une entrevue de trois médecins italiens au sujet de l'allocation des ressources dans le nord de l'Italie. Les médecins expliquent qu'en l'absence d'un plan clair de rationnement des ventilateurs, les décisions de rationnement ont été prises « en silence » et basées principalement sur l'« âge ». Il semblerait que les participants à une consultation des intervenants à Maryland aient priorisé la plus grande chance de survie à court terme comme la plus importante considération; suivie de la meilleure chance de survie à long terme à cause de l'absence de troubles concomitants. En plus de ces principes éthiques, les médecins expliquent la nécessité d'avoir trois principes pour le processus également : 1) les cliniciens traitants ne devraient pas prendre de décisions de rationnement, une équipe est nécessaire, 2) l'équipe a besoin d'une surveillance de l'État pour se prémunir contre les iniquités inappropriées et 3) les critères de rationnement devraient être réévalués régulièrement.

19. ROTHSTEIN, M. « Flattening the Curve, Then What? », *Hastings Centre Bioethics Forum Essay* (en ligne).

<https://www.thehastingscenter.org/flattening-the-curve-then-what/>

- Cet article soutient que la stratégie axée sur l'« aplatissement de la courbe » est en réalité une nécessité à court terme résultant de défaillances systémiques de la santé publique par le passé. L'article utilise l'expérience de Taiwan comme exemple. Je cite :

« En comparaison, Taiwan a réagi excessivement à l'épidémie de SRAS en 2003 et a mis 132 000 personnes en quarantaine à leur domicile, ce qui a permis de repérer seulement deux cas et a causé une panique répandue. Déterminé à ne pas répéter la même erreur, le gouvernement a rejeté la mise en quarantaine aveugle. Il a plutôt procédé à un contrôle rigide des voyageurs et a institué sans tarder des tests répandus, la recherche de contacts et l'isolement. Comme résultat, en dépit d'être à une distance de 81 milles de la Chine continentale, Taiwan a seulement eu 195 cas et 2 morts de la COVID-19 en date du 23 mars 2020. » Le 26 mars 2020, Taiwan avait 252 cas, 2 morts et un taux de 11 cas par million

d'habitants. Le Canada en a environ 104 par million d'habitants et les États-Unis, 248 par million d'habitants.

20. « Surviving Sepsis Campaign: Guidelines on the Management of Critically Ill Adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) » (en ligne)

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00134-020-06022-5.pdf>

- Il s'agit de recommandations de 36 experts de 12 pays au sujet de la prise en charge de patients infectés par la COVID-19 à l'USI. Il s'agit d'une étude de 54 recommandations ainsi que du niveau de données probantes pour chaque recommandation.

21. COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS EXECUTIVE OFFICE OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Crisis Standards of Care Planning Guidance for the COVID-19 Pandemic* (en ligne).

https://d279m997dpfwgl.cloudfront.net/wp/2020/04/CSC_April-7_2020.pdf

- Ce document présente un processus pour prendre les décisions sur le triage et explique les principes éthiques sous-jacents. Les patients qui recevraient des services de soins intensifs dans des circonstances normales sont évalués pour déterminer s'il y a un risque de mort imminente. Lorsqu'il y a un risque imminent, les patients sont renvoyés vers la prise en charge des symptômes et un soutien psychosocial (soins palliatifs) ceux qui ne sont pas à risque sont évalués par l'agent de triage. À l'aide de SOFA, l'agent de triage détermine si le patient est une priorité élevée, une priorité intermédiaire ou une faible priorité pour les services de soins intensifs. Les patients sont alors réévalués régulièrement. Les principes éthiques dans ce document sont de maximiser l'avantage global en sauvant des vies, mais plus important encore en maximisant le nombre d'années de vie sauvées. Des exemples de risque de mort imminente sont un arrêt cardiaque réfractaire à la réanimation cardiorespiratoire spécialisée (ACLS) appropriée, des blessures traumatiques extrêmes, des hémorragies intracrâniennes massives et un choc réfractaire. (Remarque : Il s'agit d'un bon document, sauf pour la discrimination explicite fondée sur l'âge.)

22. TRUOG, R., C. MITCHELL et G. DALEY. « The Toughest Triage – Allocating Ventilators in a Pandemic », *New England Journal of Medicine* (en ligne).

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2005689?query=recirc_curatedRelated_article

- Cet article porte sur le dilemme associé au retrait de l'assistance ventilatoire des patients durant la pandémie de COVID-19. Habituellement le retrait d'un traitement prolongeant la vie se ferait en collaboration avec le patient (ou la famille) ou pourrait survenir dans des circonstances où le maintien du traitement est jugé futile. Durant cette pandémie, cependant, la décision de retirer le traitement pourrait être prise à cause de ressources limitées, ce qui est essentiellement une situation sans précédent en Amérique du Nord. Dans une telle situation, les auteurs soutiennent qu'un comité de triage devrait être responsable de prendre cette décision et de la communiquer à la famille. Il est impératif que les professionnels de première ligne soient appuyés dans le maintien de leurs obligations fiduciaires à l'endroit de leurs patients.

23. COMITÉ INTERNATIONAL DE BIOÉTHIQUE DE L'UNESCO et COMMISSION MONDIALE D'ÉTHIQUE DES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE L'UNESCO. *Déclaration sur le COVID-19 : considérations éthiques selon une perspective mondiale* (en ligne), 2020.
https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373115_fre
- Il s'agit d'une déclaration conjointe qui affirme leurs positions respectives sur les 11 enjeux éthiques. Mentionnons en particulier la déclaration n° 4, qui mentionne les personnes vulnérables. Comme mise en garde, on souligne qu'une pandémie pourrait exacerber la vulnérabilité des personnes déjà vulnérables.
24. U.S. PUBLIC HEALTH SERVICE COMMISSIONED CORPS. *Optimizing Ventilator Use during COVID-19 Pandemic* (en ligne).
<https://www.hhs.gov/sites/default/files/optimizing-ventilator-use-during-covid19-pandemic.pdf>
- Le document ne traite pas explicitement de la question du rationnement, mais donne des conseils pratiques pour maximiser l'utilisation des ventilateurs. Il y a une déclaration de consensus contre l'utilisation d'un ventilateur pour traiter plus d'un patient à la fois; toutefois, s'il faut procéder ainsi, des directives sont fournies.
25. VENKATAPURAM, S. « COVID-19 and the Global Ethics Freefall », *Hastings Bioethics Forum, Pandemic Planning* (en ligne).
<https://www.thehastingscenter.org/covid-19-and-the-global-ethics-freefall/>
- Cet article met en contraste l'approche utilitaire pour la prise en charge d'une épidémie comme les méthodes utilisées par la Chine à Wuhan, selon une perspective de justice sociale. Pour citer l'auteur : « L'éthique en santé publique n'est pas surtout ou avant tout au sujet du conflit entre les intérêts de quelques-uns et le bien collectif. Il s'agit d'un enjeu se rattachant à la façon dont nous organisons notre société, de la façon dont nous établissons des relations avec les autres pour voir à ce que chaque personne soit capable d'avoir une bonne vie [trad.]. » L'aspect pratique du document est l'accent sur le discours public. Les décisions devraient être transparentes et responsables.
26. RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ *Guide régional de soins critiques et de triage – adultes : SARS-CoV-2 (COVID-19)*, 16 avril 2020.
- Le document expose un processus de triage en trois étapes : 1) les critères d'admissibilité pour une admission en soins intensifs, 2) les critères d'exclusion et 3) une évaluation avec l'outil d'évaluation de la défaillance viscérale séquentielle (score SOFA). Si un patient réunit un des critères d'admissibilité et ne réunit aucun critère d'exclusion, l'évaluation du score SOFA est utilisée pour déterminer le niveau de priorité du patient pour les soins critiques : vert signifie que le patient n'a pas besoin de soins critiques : rouge signifie que le patient a un score SOFA de < 7 et a la priorité la plus élevée pour des soins critiques, le jaune est pour les patients ayant un score SOFA de 8 à 11 et a une priorité intermédiaire pour des soins critiques, tandis que bleu est la catégorie des patients ayant un score SOFA

de > 11 et représente les patients qui ne doivent pas être admis en soins intensifs ou doivent recevoir leur congé s'il y a lieu. Voici trois tableaux qui résument les critères d'admissibilité, les critères d'exclusion et les niveaux de priorité.