

M.-È. BOUTHILLIER, docteur en sciences humaines appliquées, professeur adjoint de clinique, département de médecine d'urgence et de médecine de famille, bureau de l'éthique clinique, université de Montréal, faculté de médecine, Québec

Yanick FARMER, docteur en philosophie, professeur régulier, département de communication sociale et publique, université du Québec de Montréal, Québec

Le triage aux soins intensifs en contexte extrême de pandémie. Regards québécois sur quelques questions éthiques

Triage in intensive care units in an extreme pandemic context. Views from Quebec on some ethical issues

MOTS-CLÉS : Covid-19 – triage – soins intensifs – pandémie – ressources limitées – éthique – Québec
KEYWORDS: Covid-19 – triage – intensive care – pandemic – scarce resources – ethics – Quebec

I. Contexte

La pandémie de SARS-CoV-2 a un impact majeur sur le fonctionnement des systèmes de santé. Les pays doivent prendre des décisions dans l'incertitude et l'urgence en n'ayant accès qu'à peu de données probantes sur le virus. Pour coordonner la réponse sanitaire, le Québec a mis en place un comité directeur clinique Covid-19 créé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)¹. Sous l'autorité de ce comité, des sous-comités traitent de questions spécifiques, telles que la cancérologie, la gestion des blocs opératoires, la pharmacologie, les soins critiques, les urgences et les questions éthiques.

Dès mars 2020, le comité directeur a demandé aux établissements de retarder

toutes les activités non urgentes afin de libérer un maximum de lits d'hospitalisation. Il a commandé l'élaboration d'un protocole national de triage pour l'accès aux soins intensifs et aux respirateurs. Ces travaux ont réuni plus de quarante-cinq personnes dont des cliniciens, des patients, des éthiciens, des juristes et des gestionnaires.

L'objectif général du protocole de triage est de minimiser la mortalité et la morbidité face à une situation extrême de pandémie de Covid-19, qui risque d'entraîner une augmentation importante des besoins en soins intensifs, alors que les ressources risquent d'être insuffisantes pour répondre à la demande. Le protocole permet de faire des choix quant à l'accès aux soins intensifs à partir de critères **objectifs**, se fondant sur le **pronostic clinique** des patients. Les critères de triage du protocole aident à identifier les patients dont le rapport entre les chances de survie et le temps passé sous respirateur est le plus favorable (afin d'éviter l'accaparement des ressources). Les cri-

¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, « Directives cliniques aux professionnels et au réseau pour la Covid-19 », <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/>, date de consultation : 30 mai 2020.

tières d'exclusion se basent **uniquement** sur la pronostication, et non sur des motifs de discrimination comme l'âge, la race ou le handicap. L'exclusion se fait de manière **graduelle**, en trois étapes, selon la pression sur le système (taux de mortalité aux soins intensifs de 80 %, 50 %, puis 30 %).

Dans le cas d'un pronostic similaire, des critères supplémentaires sont proposés afin de trancher. Le protocole a été élaboré à partir d'une recension des écrits scientifiques et des divers protocoles produits dans le monde². Ces éléments

ont servi de base aux discussions, et les concepts structurant le protocole ont été dégagés **par consensus** entre les parties prenantes.

II. Problématique

Même si le protocole était un document d'abord destiné aux cliniciens du réseau de la santé, il a fuité dans la communauté académique et a attiré l'attention des médias³. Les réponses données, qui se voulaient transparentes et rationnelles à des questions légitimes, n'ont pas satisfait quelques éthiciens qui les ont critiquées promptement⁴. Pour l'essentiel, les critiques qui ont émergé tournent autour de cette idée centrale : **toutes** les vies humaines sont **égales**, il est donc immoral de les réduire à un calcul utilitaire. À tra-

2 ACADÉMIE SUISSE DES SCIENCES MÉDICALES, « Pandémie Covid-19 : triage des traitements de soins intensifs en cas de pénurie des ressources », 2020, <https://www.assm.ch/fr/Ethique/Apercu-des-themes/Medecine-intensive.html>, date de consultation : 30 mai 2020 ; BERLINGER (Nancy), WYNIA (Matthew), POWELL (Tia), HESTER (Micah), MILLIKEN (Aimee), FABI (Rachel) *ET AL.*, "Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (Covid-19). Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice", The Hastings Center, 16 mars 2020, <https://www.thehastingscenter.org/ethicalframeworkcovid19/>, date de consultation : 2 juin 2020 ; NEW YORK STATE TASK FORCE ON LIFE AND THE LAW NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH, "Ventilator Allocation Guidelines", 2015, https://www.health.ny.gov/regulations/task_force/reports_publications/docs/ventilator_guidelines.pdf, date de consultation : 30 mai 2020 ; VERGANO (Marco), BERTOLINI (Guido), GIANNINI (Alberto), GRISTINA (Giuseppe R.), LIVIGNI (Sergio), MISTRALETTI (Giovanni) *ET AL.*, "SIAARTI Recommendations for the Allocation of Intensive Care Treatments in Exceptional, Resource-Limited Circumstances", *Minerva Anestesiologica*, 3 avril 2020, DOI : 10.23736/S0375-9393.20.14619-4 ; résumé RPMO éthique réanimation Covid-19 : « Enjeux éthiques de l'accès aux soins de réanimation et autres soins critiques (SC) en contexte de pandémie Covid-19 », <https://star.org/download/enjeux-ethiques-de-lacces-aux-soins-de-reanimation-et-autres-soins-critiques-sc-en-contexte-de-pandemie-covid-19/?wpdmdl=25401&refresh=5ed2a03d72c341590861885>, date de consultation : 30 mai 2020 ; WHITE (Douglas), "Allocation of Scarce Critical Care Resources During a Public Health Emergency", 21 mars 2020, http://thaddeuspope.com/images/Model_hospital_policy_for_allocation_of_ventilators.pdf, date de consultation : 30 mai 2020 ; BIDDISON (Lee Daugherty), GWON

(Howard S.), SCHOCH-SPANNA (Monica), REGENBERG (Alan C.), JULIANO (Chrissie), FADEN (Ruth R.) *ET AL.*, "Scarce Resource Allocation During Disasters. A Mixed-Method Community Engagement Study", *Chest*, vol. 153, n° 1, 2018, p. 187-195 ; CHRISTIAN (Michael D.), SPRUNG (Charles L.), KING (Mary A.), *et al.*, "Triage : Care of the Critically Ill and Injured During Pandemics and Disasters : *Chest* Consensus Statement", *Chest*, vol. 146, n° 4, suppl., 2014, p. e61S-74S ; EMANUEL (Ezekiel J.), PERSAD (Govind), UP-SHUR (Ross), THOME (Beatriz), PARKER (Michael), GLICKMAN (Aaron), *et al.*, "Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time Covid-19", *The New England Journal of Medicine*, vol. 382, 2020, p. 2049-2055.

3 CHOUINARD (Tommy), « Un plan de triage pour faire de « choix déchirants », *La Presse*, 18 avril 2020, <https://www.lapresse.ca/covid-19/202004/18/01-5269914-un-plan-de-triage-pour-faire-les-choix-dechirants.php>, date de consultation : 2 juin 2020.

4 BOUTROS (Magdaline), « Les critères pour privilégier des patients ne sont pas si neutres », *Le Devoir*, 18 avril 2020, <https://www.ledevoir.com/societe/sante/578669/les-criteres-pour-privilégier-des-patients-ne-sont-pas-si-neutres>, date de consultation : 2 juin 2020 ; COUSINEAU (Marie-Ève), « Des critères de triage jugés discriminatoires pour les personnes ayant un handicap », *Le Devoir*, 21 mai 2020, <https://www.ledevoir.com/societe/sante/579319/des-criteres-discriminatoires-pour-les-handicapes>, date de consultation : 2 juin 2020.

vers cet article, nous avons choisi de répondre au moins en partie à ces critiques.

III. Justification éthique des critères du protocole de triage

Pour comprendre la nature du choix éthique à faire en contexte d'allocation de ressources rares, on peut ramener le problème à son expression la plus simple. Imaginons par exemple que deux patients sont transportés aux soins intensifs. L'un est âgé de 20 ans et est en bonne santé, l'autre a 80 ans et a une santé fragile. Un seul respirateur est disponible. À qui doit-on l'attribuer ? Ordinairement, cette question ne pose pas, car les ressources sont suffisantes, et les deux patients bénéficieraient de l'intervention selon le critère de l'accès universel aux soins. Mais s'il faut vraiment choisir, que fait-on ?

En déclarant simplement « *qu'une vie vaut une vie et que toutes les vies sont égales* », que « *se limiter à la dimension scientifique, c'est réduire le débat à un enjeu comptable* » ou que « *tenter d'évaluer la vie d'une personne contredit les fondements de l'éthique clinique*⁵ », les critiques du protocole ont fait preuve de légèreté. Dans une situation d'urgence, ces paroles désincarnées laisseraient nos deux patients suffoqués dans leur lit et condamneraient les médecins à l'indécision.

Dans une situation où il faut trancher, le raisonnement éthique ne peut pas se limiter à la simple verbalisation de principes généraux qui n'aident pas la prise de décision. L'éthique, ce n'est pas **parler** bien, c'est **agir** bien à partir d'un jugement pratique adéquat. Or, c'est ce que vise le protocole : fournir à l'équipe de triage un outil permettant une décision juste et raisonnable dans un contexte de surcharge où le médecin doit faire ce qu'il

fait le mieux, c'est-à-dire **soigner** sans avoir à s'encombrer d'une méditation philosophique sans issue. Si l'on veut se cantonner dans une posture morale dans laquelle l'**égalité absolue**, au nom de la justice et du respect de la dignité, est le premier et **seul** critère de la décision, alors il faut comprendre que c'est par **choix aléatoire** que se fera l'attribution du respirateur. Autrement dit, selon ce critère, les ressources rares et coûteuses de l'État pourraient être attribuées sur un « coup de dés » à un grand-père en fin de vie au détriment de son petit-fils qui commence la sienne. Cela contenterait probablement quelques critiques, mais il est loin d'être certain que le grand-père lui-même l'accepterait.

Pour orienter correctement la prise de décision, les règles éthiques doivent tenir compte des contraintes matérielles de la situation, de même que des conséquences prévisibles d'une action répétée dans le temps. Dans l'exemple qui nous occupe, que fait-on si nos ressources limitées sont accaparées par les personnes qui en bénéficient le moins ? Pardonnerait-on aux acteurs de la santé de choisir sciemment des principes qui les conduisent à un usage sous-optimal des ressources qui leur sont confiées ? La réponse à ces questions paraît évidente. Dans un contexte où les choix sont déchirants et donc imparfaits, il devient incontournable de penser la juste allocation des ressources à travers des critères d'efficacité clinique. Comme le prévoit le protocole, ces critères, sans occulter l'équité, présupposent que si une ressource est limitée par rapport aux besoins, il vaut mieux la maximiser. Cela signifie que pour être maximisée, une intervention doit être attribuée au patient dont l'état de santé lui permettra d'en profiter le plus. Dans ce genre de choix, même si elle n'est pas laissée sans soins, une personne est « perdante ». Mais le protocole agit selon une logique de « moindre mal », d'après laquelle, en l'absence de

5 BOUTROS (Magdaline), « Les critères pour privilégier des patients ne sont pas si neutres », art. cit.

solution idéale, reste la possibilité de choisir un état **global** où le groupe, pris dans son ensemble, progresse parce que l'état d'au moins l'une des personnes progresse aussi.

Au critère de l'efficacité clinique s'ajoutent deux critères supplémentaires qui interviennent **uniquement** pour trancher en cas d'égalité de pronostic⁶. Le premier critère supplémentaire se fonde sur l'**équité intergénérationnelle**⁷. Selon ce principe, entre deux personnes ayant des pronostics comparables, il peut être envisageable d'attribuer une ressource rare à une personne ayant « un plus grand nombre d'étapes de vie devant elle » (critère dit des « cycles de vie »). Ce critère supplémentaire est certainement moins évident que le critère de l'efficacité clinique et pourrait en effet conduire à une forme d'âgisme. Mais si l'on pose la question « vous ou votre petit-fils ? » au grand-père, nous inclinons à penser que sa sagesse l'incitera très probablement, en reprenant à son compte l'argument de l'équité intergénérationnelle, à laisser le respirateur à son petit-fils.

Si ce premier critère supplémentaire ne permet pas d'établir un ordonnancement clair pour la priorisation des interventions, le protocole prévoit l'attribution par choix aléatoire (second critère supplémentaire)⁸. Face aux problèmes

d'applicabilité, les auteurs du protocole québécois ont décidé d'effectuer des simulations afin de le mettre à l'épreuve. Le protocole de l'Ontario, au Canada, duquel s'est inspiré le protocole québécois, utilise seulement la répartition aléatoire en cas d'impasse. Cela signifie qu'à pronostic égal, s'il est favorisé par le hasard, le grand-père recevrait le respirateur plutôt que son petit-fils. Ce choix est sans doute plus égalitaire, mais vu les conséquences, s'il se répète dans le temps, est-il nécessairement plus éthique ? En outre, est-il conforme à la déontologie professionnelle de laisser le hasard se substituer au jugement clinique ?

IV. Conclusion

Le protocole québécois a été élaboré dans un contexte de grande urgence par un groupe d'experts provenant de tous les secteurs du réseau de la santé. Comme tout document ayant une incidence aussi significative sur la prestation de soins, il est normal d'accueillir la critique, que celle-ci vienne des éthiciens ou d'autres sous-groupes au sein de la population. Cet exercice n'est pas seulement plus démocratique ; il permet aussi de réduire les risques d'erreur. Mais si les auteurs d'un document de cette importance ont le devoir d'obéir à des impératifs de rigueur, il n'est pas non plus exagéré de demander à celles et ceux qui le critiquent de faire preuve de circonspection.

6 WINSOR (Shawn), BENSIMON (Cécile M.), SIBBALD (Robert), *et al.*, "Identifying Prioritization Criteria to Supplement Critical Care Triage Protocols for the Allocation of Ventilators During a Pandemic Influenza", *Healthcare quarterly*, vol. 17, n° 2, 2014, p. 44-51.

7 WILLIAMS (Alan), "Intergenerational Equity: An Exploration of the « Fair Innings » Argument", *Health Economics*, vol. 6, n° 2, 1998, p. 117-132 ; HARRIS (John), *The Value of Life*, London, Routledge and Kegan Paul, 1985.

8 FARMER (Yanick), « La distribution aléatoire des ressources en santé : pour un modèle hybride équilibrant les principes de justice et de maximisation », *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Santé Publique*, vol. 103, n° 2 p. 119-121.