

# **Avis concernant le délestage, le protocole national de triage et l'équité dans l'accès aux soins en période de pandémie**

## **Réponse à une demande du Conseil de protection des malades**

**15 février 2021**

Par Jocelyne Saint-Arnaud, Ph.D. (phi)

Chercheure et auteure de plusieurs ouvrages en éthique de la santé

Consultante en éthique de la santé

Dans une situation exceptionnelle de pandémie, se pose la question de l'équité dans l'accès à des services de santé. L'équité se définit par une égalité d'accès aux soins, sans discrimination, et par une réponse adéquate aux besoins de chacun<sup>1</sup> en temps opportun. Notre système de santé étatisé favorise une égalité d'accès aux soins. Mais, il est clair que, depuis des années, les budgets alloués à la santé se sont avérés insuffisants pour répondre aux besoins. On en a fait une affaire de gestion : « faire plus avec moins » a été le leitmotiv imposé par le gouvernement québécois, responsable de la gestion des soins de santé, alors que les paiements des transferts fédéraux sont passés d'environ 50% des coûts entre 1966 à 1977<sup>2</sup>, à 44% des coûts en 1977-78<sup>3</sup>, à 34 % en 1994, et à 23 % aujourd'hui. Cette baisse des paiements de transferts, associée entre autres aux objectifs financiers du gouvernement du Québec en vue du déficit zéro, s'est répercutée sur les soins. Les budgets sont allés en priorité aux hôpitaux, avec pour conséquence des budgets

---

<sup>1</sup> De nombreux auteurs en éthique de la santé reconnaissent la pertinence de baser l'allocation des ressources en santé sur le critère du besoin : Saint-Arnaud J. (2019). Repères éthiques pour les professions de la santé. Montréal : Liber, p. 97-104 ; Meghani S.H. et Gallagher R.M. (2008). Disparity vs Inequity : Toward reconceptualization of pain treatment disparities. *Pain Medicine*, 9 (5), p. 613-623; Daniels N., (2003). Is there a right to health care and, if so, what does it encompass? Dans *Contemporary Issues in Bioethics*, T.L. Beauchamp et L. Walters (eds), Belmont (CA): Thomson Wadsworth, p. 46-52; Veatch R.M., (2003). Justice, the basic social contract, and health care, dans *Contemporary Issues in Bioethics*, T.L. Beauchamp et L. Walters (eds), Belmont (CA): Thomson Wadsworth, p.53-58; Saint-Arnaud J. (1997). Les droits des malades à un traitement en usage et l'accessibilité aux soins en situation de rareté. *Ethica*, 9 (2), p. 68-69; Elster J. (1992) Éthique des choix médicaux, dans *Éthique des choix médicaux*, sous la dir. de J. Elster et N. Herpin, Paris: Actes Sud, p. 11-61.

<sup>2</sup> Clavet M., Côté R., et Duperré T. (2003). L'évolution du financement des dépenses québécoises en services de santé, dans *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*, sous la dir. de V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin et G. Bélanger, Québec : Les Presses de l'Université Laval, p. 375-411.

<sup>3</sup> Maioni A. (1999). Les normes centrales et les politiques de santé, dans *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation*, sous la dir. de C. Bégin, P. Bergevin, P. Gerlier-Forest et V. Lemieux. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, p. 53-76.

nettement insuffisants pour les CLSC, responsables des soins à domicile, et les CHSLD dédiés aux soins des personnes âgées.

Les CHSLD sont les parents pauvres du système de santé québécois, avec très peu d'infirmières sur place, particulièrement durant la nuit, et l'absence de dirigeant sur place depuis la réforme Barette, ce qui a nui à la bonne gestion de la crise pandémique. Ajoutons à cela, les intervenants qui se déplacent d'un établissement à un autre, emportant avec eux le virus et favorisant la contagion. L'hécatombe qui a eu lieu en CHSLD, est le résultat d'un système centré sur les soins hospitaliers. Notre système de santé n'était pas prêt à faire face à une pandémie. La santé publique a vu ses budgets diminuer de 30% durant les dernières années. La santé publique n'étant pas une priorité, il n'est pas surprenant que les gouvernements, tant fédéral que provinciaux, n'aient pas tiré des leçons de l'épidémie de SRAS, qui a sévi à Toronto en 2003, pour se préparer à une éventuelle pandémie et appliquer le principe de précaution.

Dans les lignes qui suivent, nous examinons les conséquences éthiques du délestage sur la santé des personnes en attente de traitement. Puis, nous présentons le *Protocole national de priorisation pour l'accès aux soins intensifs (adultes) en contexte extrême de pandémie*, et particulièrement les enjeux éthiques et juridiques liés à l'âge dans les diagnostics et critères cliniques, ainsi que dans l'utilisation du cycle de vie, comme critère de priorisation. La priorisation effectuée par un comité qui n'a pas de lien clinique avec les patients a suscité notre attention, car elle pose la question de savoir si au nom de l'impartialité, il est justifié de dégager les médecins traitants, urgentistes ou intensivistes, de leur responsabilité légale et déontologique en matière de prescription de traitements. Enfin, dans tout ce processus, il ne faut pas enfreindre le principe du respect de l'autonomie qui impose la consultation des patients et des proches concernant les soins à venir et surtout de tenir compte des volontés que les patients auraient pu émettre concernant les soins de fin de vie, tout en tenant compte du niveau d'intervention médicale (NIM) prescrit qui est le fruit d'un consensus entre le patient apte, ou ses proches s'il est inapte, et le médecin traitant.

## 1-Enjeux éthiques du délestage

À cause de la pandémie, un délestage a été pratiqué dans les hôpitaux pour répondre à la surcharge attendue par l'arrivée des patients atteints de la COVID. Le délestage en milieu hospitalier implique pour les médecins de signer le congé pour des patients dont l'état de santé n'est pas menacé de s'aggraver, ceux par exemple qui attendent une place en CHSLD ou qui, n'ayant pas de médecins de famille<sup>4</sup>, n'ont pas d'autres accès aux soins

---

<sup>4</sup> Le 11 septembre 2020, Isabelle Porter signe un article dans le journal *Le Devoir* qui a pour titre : 100 000 Québécois de plus sur la liste d'attente pour un médecin de famille. Les gens qui attendent depuis plus de 12 mois sont au nombre de 319 948 en mars 2020.

que de se présenter aux urgences. Le délestage fait en sorte de reporter des interventions jugées non urgentes, ce qui a comme résultat d’allonger les listes d’attente, notamment pour des chirurgies dites électives. Cependant, quand les listes d’attente s’allongent, il devient difficile, voire impossible, de donner une réponse adéquate aux besoins et en temps opportun<sup>5</sup>. Si des délais trop longs imposent des séquelles graves aux personnes en attente de soins, notre système de santé n’est pas équitable.

### 1.1-Les listes d’attente en chirurgie

En février 2013, 100,000 personnes étaient inscrites sur une liste d’attente en chirurgie, dont le quart depuis plus de six mois<sup>6</sup>. En début janvier 2021, notamment à cause de la pandémie, le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) estimait à 139,519 le nombre de personnes inscrites sur les listes d’attente en chirurgie, dont 14,618 en attente depuis plus d’un an, une augmentation d’environ 10,000 personnes depuis mars 2020<sup>7</sup>. Cela signifie-t-il que les cas doivent devenir urgents pour avoir accès à des soins ? La solution pour avoir un service en temps opportun consiste à s’adresser au privé, ce qui n’est possible que pour ceux qui en ont les moyens, instaurant ainsi un système à deux vitesses, ce qui n’est pas équitable pour les plus démunis. De prioriser les personnes qui manifestent un problème de santé urgent à traiter est parfaitement équitable, parce que, de cette façon, on répond à leurs besoins rapidement compte tenu de la menace de séquelles graves et même de décès qui pèse sur leur santé et sur leur vie. Mais de repousser de plusieurs mois des interventions non urgentes ne répond pas de manière adéquate aux besoins de ceux qui sont en attente de soins, entraîne des douleurs inutiles et, dans certains cas, génère des séquelles graves qui pourront difficilement être corrigées adéquatement par la suite.

## 2-L’accès à des soins intensifs et à des respirateurs

### 2.1-Procédure

Quand la surcharge du réseau atteint 150 à 200% de sa capacité, le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) impose un protocole d’accès à des soins intensifs dans toutes les régions du Québec<sup>8</sup>. Ce protocole s’applique à toute personne nécessitant des

---

<sup>5</sup> Saint-Arnaud J. (2016). La justice sociale et les limites des ressources en santé, dans *Les enjeux éthiques de la limite des ressources en santé*, sous la dir. de J. Saint-Arnaud, B. Godard et J.C. Bélisle-Pipon, Montréal : Les Presses de l’Université de Montréal, p. 17-32.

<sup>6</sup> Daoust-Boisvert A. (2013). L’attente en chirurgie est toujours aussi généralisée, *Le Devoir*, 13 février.

<sup>7</sup> En mars 2020, le nombre de personnes qui étaient inscrites sur une liste d’attente de chirurgie était de 4 643. Ces données sont disponibles sur le site du MSSS et ont été récupérées le 9 février 2021. <https://g74web.pub.msss.rtss.qc.ca/SommaireAttente.asp>

<sup>8</sup> Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2020), *Protocole national de priorisation pour l’accès aux soins intensifs (adultes) en contexte extrême de pandémie*, Direction

soins intensifs, qu'elle soit atteinte de la COVID ou d'un autre problème de santé. D'utiliser un même protocole pour tous ceux qui requièrent l'usage d'un respirateur est une mesure qui favorise l'égalité d'accès aux soins.

Après que le médecin traitant, intensiviste ou urgentiste, ait évalué l'état de santé des personnes qui répondent aux critères d'accès à des soins intensifs (insuffisance respiratoire, hypotension), il utilise un protocole d'évaluation pour repérer les personnes qui ne survivraient pas à leur atteinte ou qui n'y survivraient que sur une courte période de temps. Le Protocole se présente en trois étapes. Dans la première étape, les personnes qui sont exclues sont celles dont le pronostic de mortalité est évalué à 80% dans l'année qui suit. Si la surcharge est toujours trop grande, la deuxième étape élimine les personnes qui ont un pronostic de mortalité de 50% et la troisième étape élimine les personnes qui ont un pronostic de mortalité de 30% dans l'année qui suit. Ce pourcentage se base sur des scores reconnus et validés selon le type d'atteintes et en y ajoutant pour les étapes 2 et 3 des critères d'exclusion supplémentaires; par exemple à l'étape 2 s'ajoute comme critère d'exclusion le cas du cancer métastatique en traitement actif avec plus de 50% de risque de décès sur un an.

#### 2.12-Les diagnostics et critères cliniques

Le protocole énumère neuf diagnostics et critères cliniques qui sont utilisés comme critère d'exclusion: 1) traumatisme grave avec une mortalité prévue de plus de 80%, calculé à partir du score TRISS; 2) brûlures graves incluant deux des paramètres suivants : personne de plus de 60 ans, 40 % de la surface corporelle totale affectée et brûlure d'inhalation avec insuffisance respiratoire hypoxémique 3) arrêt cardiaque; 4) cancer métastatique; 5) maladie neurologique grave; 6) défaillance organique terminale concernant le cœur, le poumon et le foie; 7) chirurgie palliative élective; 8) personne qui a bénéficié des soins intensifs pendant 21 jours en utilisant un score ProVent qui tient compte de l'âge, du décompte plaquettaire, du besoin d'hémodialyse et de vasopresseurs; 9) personne de 65 ans et plus, qui a une atteinte progressive et un score de fragilité clinique égal ou supérieur à 7. <sup>9</sup>

La présence d'un seul de ces critères engendre un refus d'accès à des soins intensifs ou dans le cas du critère 8, l'arrêt des soins intensifs. Par la suite, en cas d'égalité clinique, ce sont les critères suivants qui sont utilisés : d'abord le cycle de vie, puis la priorité aux soignants et enfin, la randomisation sont progressivement utilisés, si nécessaire.

---

générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques, mise à jour 2 novembre, 63 p. sur le site du MSSS

[https://publication.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/dgaumip-007\\_protocole.pdf/](https://publication.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/dgaumip-007_protocole.pdf/)

<sup>9</sup> Annexe C du *Protocole national de priorisation pour l'accès aux soins intensifs (adultes) en contexte extrême de pandémie*.

## 2.13-Le comité de priorisation

Après l'évaluation clinique<sup>10</sup> par le médecin traitant et confirmé par un autre médecin, le rapport est envoyé à un comité qui est composé d'un médecin urgentologue ou intensiviste, un médecin de l'établissement, et une personne ayant une expérience en éthique, en clinique ou en administration. Les membres du comité n'ont aucun contact clinique ou autres avec le patient, au moment de prendre la décision. Les formulaires qu'ils reçoivent sont anonymisés, au sens où le nom du patient n'y est pas mentionné. Ces deux mesures (absence de contact clinique et anonymisation) favorisent l'impartialité de la part des membres du comité. Les formulaires incluent cependant l'âge de la personne et s'il s'agit d'un soignant qui a été en contact avec la COVID; ces informations permettent, pour la première, d'appliquer le critère du cycle de vie et, pour la deuxième, de tenir compte du contexte d'apparition de la maladie quand il s'agit d'un soignant qui est en attente de soins intensifs. C'est le comité qui, en considérant toutes les informations incluses dans le rapport médical, décide qui aura accès ou non à des soins intensifs ou qui en sera exclu après 21 jours. C'est cependant le médecin traitant qui est chargé d'indiquer la décision du comité au patient.

## 3-Le critère de l'âge

### 3.1-Le critère de l'âge inclus dans les diagnostics et critères cliniques

Le critère de l'âge est présent dans plusieurs des neuf diagnostics ou critères cliniques. Le score TRISS (Trauma and Injury Severity Score) a pour but d'évaluer le taux de survie des personnes atteintes de blessures graves et traumatiques. Il tient compte de l'âge, de la profondeur du coma (Glasgow), de la pression sanguine systolique, de la fréquence respiratoire, et de la sévérité de la blessure. L'âge entre dans les calculs pour les personnes de 55 ans et plus.<sup>11</sup> Quand le diagnostic est lié à des brûlures graves, l'âge de 60 ans et plus peut être un critère d'exclusion avec un des deux critères suivants: 40 % de la surface corporelle ou brûlures d'inhalation qui entraînent une insuffisance respiratoire hypoxémique. Enfin, l'âge est lié au score de fragilité  $\geq 7$ , car l'échelle ne s'applique qu'aux personnes âgées de 65 ans et plus, à la première étape, et aux personnes âgées de 50 ans et plus, à la deuxième étape. Dans ces échelles médicales, l'âge est lié à une condition de santé gravement atteinte. De ce fait, il n'est pas utilisé en tant que simple critère social.

---

<sup>10</sup> C'est l'annexe C qui énumère les critères cités et une note à la fin de cette annexe mentionne : « Le jugement clinique peut être soutenu par un outil d'évaluation de la sévérité et de la morbidité reconnu et utilisé dans l'établissement (SOFA, MODS, Apache)

<sup>11</sup> How does the trauma injury severity score (TRISS) calculator work, [https://www.thecalculator.co/health/Trauma-injury-SeverityScore-\(TRISS\)-Calculator-1022.html](https://www.thecalculator.co/health/Trauma-injury-SeverityScore-(TRISS)-Calculator-1022.html)

### 3.2- Le critère de l'âge associé au score de fragilité clinique

Des explications supplémentaires sont requises pour expliquer comment le critère de l'âge est associé à un score 7 de l'échelle de fragilité de Rockwood. Le score 7 s'applique à des personnes décrites comme « sévèrement fragiles, totalement dépendantes pour les soins personnels, quelle que soit la cause (physique ou cognitive). Malgré tout, elles semblent stables et n'ont pas un risque élevé de décéder (dans les prochains six mois) ». Pourtant le protocole mentionne qu'il s'agit d'une atteinte progressive, sans plus de précision sur le type d'atteinte. On précise cependant que les scores 1 à 7 de cette échelle correspondent aux scores d'évaluation de la démence. Le stade 7 de démence concerne un déficit cognitif très grave<sup>12</sup>.

À première vue, le critère clinique lié à la fragilité pose problème, car on mentionne que les personnes qui sont rendues à ce stade sont stables et qu'elles n'ont pas un risque élevé de décès dans les six mois; il semblerait donc inéquitable de leur refuser l'entrée à l'unité des soins intensifs. Clarifions les choses, l'échelle de fragilité de Rockwood a été conçue pour évaluer le degré de fragilité ou de vulnérabilité des personnes âgées, c'est-à-dire leurs risques de mourir d'une part, et d'entrer en institution, d'autre part<sup>13</sup>. Elle réunit, dans une même évaluation, la co-morbidité, les troubles cognitifs et de l'incapacité physique et elle requiert l'application du jugement clinique. Dans l'échelle initiale, validée et publiée en 2005, le score 7 est le dernier et il correspond aux personnes qui sont complètement dépendantes des autres pour leurs activités de la vie quotidienne ou qui sont en phase terminale de maladie. L'échelle a été révisée en 2008 et depuis, elle affiche 9 scores plutôt que 7. Habituellement l'échelle de fragilité sert à établir le pronostic, le but et le plan des soins pour des personnes en perte d'autonomie. Elle n'est pas habituellement utilisée pour allouer des ressources limitées en temps de pandémie, ce qui explique la mention à l'effet que le score 7 s'applique à des personnes dont l'état de santé semble stable et qui n'ont pas un risque élevé de décéder dans les six mois suivants.

Un article récent de Rockwood et Theou<sup>14</sup> est éclairant sur la définition de ce qu'est la fragilité et comment l'échelle de fragilité clinique peut être utilisée en contexte d'allocation de ressources limitées. La fragilité y est décrite comme un état de risque qui

---

<sup>12</sup> L'indice 7 réfère à l'échelle de Reisberg pour l'évaluation de la démence. Il décrit le comportement de la personne atteinte de la façon suivante : « Utilise un vocabulaire très restreint qui se réduira bientôt à quelques mots seulement, perd sa capacité de marcher et de s'asseoir et a besoin d'aide pour manger ». Les 7 étapes sont décrites dans l'Annexe du Protocole. Reisberg B., Ferris S.H., De Leon M.J., et Crook T. (1982). Modified form Global Deterioration Scale, *American Journal of Psychiatry*, 139, p. 1136-1139.

<sup>13</sup> Rockwood K., Song X., Macknight C., Bergman H., Hogan D.B., McDowell I., et Mitnitski A. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Canadian Medical Association Journal*, 175 (5), p. 489-495.

<sup>14</sup> Rockwood K. et Theou O. (2020). Using the clinical frailty scale in allocation scarce health care resources, *Canadian Geriatrics Journal*, 23 (3), p. 210-215.

croît avec l'âge. En contexte de pandémie, établir un pronostic pour des personnes âgées requiert des informations sur le degré de fragilité et sur la sévérité de l'atteinte aigüe et critique. Une étude effectuée dans la région de Seattle<sup>15</sup> montre que le risque de décès des personnes de 65 ans et plus atteintes de la COVID est de 50% après 28 jours. L'utilisation de l'échelle de fragilité peut être utilisée pour connaître qui sont les personnes âgées atteintes de la COVID qui pourront survivre à la fois à leur maladie et aux traitements de soins intensifs. Dans leurs lignes directrices servant au triage, le Royaume Uni<sup>16</sup> refuse l'accès à des soins intensifs à des personnes âgées qui ont un score 5 de fragilité et la Suisse<sup>17</sup> exclut, celles qui ont un score de 6, jugeant qu'elles ne survivraient pas à leur maladie et aux traitements. En fixant à 7, le critère d'exclusion à des soins intensifs pour les personnes de 65 ans et plus, le protocole québécois est plus généreux que les protocoles du Royaume Uni et de la Suisse. De ce point de vue, on ne peut considérer ce critère clinique comme étant discriminatoire parce que, même si des personnes étaient exclues que par ce seul critère, elles n'y survivraient vraisemblablement pas.

### 3.3-Le cycle de vie

Le cycle de vie peut être utilisé par le comité de triage comme critère d'accès aux soins intensifs pour ceux qui ne sont pas éliminés à l'étape d'évaluation clinique, qui présentent un pronostic similaire et qui sont trop nombreux pour le nombre de lits disponibles. Ce critère s'appuie sur l'idée que « chaque personne devrait avoir une chance de vivre toutes les étapes de la vie...être un enfant, un jeune adulte, et d'avoir une carrière et une famille et devenir vieux, et de jouir d'un large éventail d'opportunités durant chacune de ces étapes »<sup>18</sup>. L'explication apportée en faveur de l'utilisation de ce critère dans ce protocole fait référence à une « équité intergénérationnelle » présentée comme un droit individuel égalitaire de vivre sa vie. En fait, cette pratique consiste à donner priorité aux plus jeunes aux dépens des plus vieux; c'est l'âge qui est utilisé comme critère social d'exclusion, et donc comme critère discriminatoire, au sens des Chartes canadienne et québécoise des droits ou de la Déclaration universelle des droits de l'Homme. Les auteurs s'en défendent en argumentant qu'il ne s'agit pas de discrimination, parce que ce critère

---

<sup>15</sup> À l'appui de cette statistique, les auteurs citent : Bhatraju P.K., Ghassemich B.J., Biram et al (2020). Covid-19 in critically ill patients in the Seattle region-case series, *New England Journal of Medicine*, en ligne en prépublication le 30 mars:NEJMoa2004500.

<sup>16</sup> National Institute for Health dans Care Excellence. COVID-19 rapid guidelines: critical care in adults (update 27 March 2020). London, UK:NICE; 2020.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng159/resources/critical-care-admission-algorithm-pdf-8708948893>

<sup>17</sup> The Swiss Society of Emergency and Rescue Medicine. COVID-19: Prehospital triage and care under resource capacity in the hospital sector. V2.0-EN/ 06.04.2020. Geneva, Switzerland: SSERM;2020. [https://www.sgnor.ch/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/Algo\\_Covid\\_enV2c.pdf](https://www.sgnor.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/Algo_Covid_enV2c.pdf)

<sup>18</sup> Emanuel E.J. et Wertheimer A. (2006). Who should get influenza vaccine when not all can? *Science*, 312 (5775), p. 854-855.

intervient après une première étape de sélection basée sur l'évaluation clinique. Cependant, quelle que soit l'interprétation qu'on en donne, l'âge qui n'est pas lié à une condition de santé, est un critère social discriminatoire qui, même en situation de pandémie, ne se justifie pas aux yeux des lois, ni de l'éthique médicale, pas plus que les autres critères qui s'appliqueraient par la suite : priorité aux soignants (critère basé sur le mérite) et randomisation (critère basé sur le hasard). L'utilisation du critère social de l'âge ne saurait se justifier éthiquement parce qu'il n'est pas équitable : il n'est pas basé sur le besoin et il est discriminatoire envers les personnes plus âgées qui ont des conditions de santé similaires à celles des jeunes privilégiés.

#### 4-Priorisation : une décision du comité de triage

C'est le comité de triage qui fera le choix de ceux qui pourront entrer à l'unité des soins intensifs et en être exclus après 21 jours. Or légalement le médecin traitant ne peut être déchargé de sa responsabilité professionnelle et déontologique en matière de diagnostics et prescriptions de traitements. Si le MSSS maintient sa politique de dégager le médecin traitant de toute responsabilité légale et déontologique quant à une prescription de soins intensifs ou plutôt à une prescription de soins palliatifs et de confort, un décret ministériel ou un acte législatif de l'Assemblée nationale devra être émis. Il est évident que certains patients ne survivraient pas à des traitements de soins intensifs en raison de la gravité de leurs atteintes; les y contraindre équivaldrait à pratiquer de l'acharnement thérapeutique. Les médecins traitants sont les mieux placés, par leur compétence, leur expérience et l'évaluation clinique de l'état de santé d'une personne pour juger de la pertinence d'utiliser ou non les soins intensifs.

#### 5- Respect de l'autonomie

Dans toute cette crise pandémique, il ne faut pas oublier le respect de l'autonomie, fondement du principe éthique et légal du consentement libre et éclairé. Les personnes qui sont aptes à prendre des décisions de soins pour elles-mêmes devront être consultées pour tout type de traitement. Il est à remarquer que le consentement ou le refus de soins s'appliquent aux traitements et aux soins jugés pertinents au regard de leur condition de santé, telle qu'évaluée par une équipe de soins. Un patient ou une famille qui réclamerait des soins jugés inadéquats par le personnel médical, ne serait pas acceptable éthiquement ou légalement, parce qu'il exigerait du médecin d'aller à l'encontre de son code de déontologie<sup>19</sup>. Sauf urgence, les patients doivent être consultés quant aux traitements à mettre en place. En cas d'inaptitude, c'est d'abord le représentant légal, s'il en est, qui doit être consulté et ensuite, ce sont les proches qui doivent l'être. La pandémie peut rendre difficile la consultation des proches, il sera d'autant plus important de consulter tout document dans lequel le patient aura pu faire connaître ses volontés.

---

<sup>19</sup> Ménard J.-P. (2012). Quelques considérations sur l'acharnement thérapeutique. *L'Actualité médicale*, 7 novembre, p. 37-38.

Certaines personnes qui pourraient être éligibles à un traitement de soins intensifs pourraient avoir rempli des Directives médicales anticipées (DMA) dans lesquelles elles auraient refusé d'être réanimées ou d'être placées sous respirateur, si elles étaient devenues inaptes, en fin de vie, en coma végétatif persistant ou à un stade avancé d'une maladie dégénérative. En fait, en refusant ces traitements qui les auraient maintenues en vie, elles sont dans leurs droits au sens légal et au sens éthique du terme. Par exemple, une personne atteinte de démence Alzheimer pourrait avoir rempli un formulaire de DMA, alors qu'elle était apte à prendre des décisions de soins pour elle-même; ainsi, elle ferait connaître ses volontés concernant la réanimation et l'utilisation d'un respirateur, avant de devenir inapte ou d'arriver au stade 7 d'une démence, par exemple. Ce document doit donc être respecté par tout médecin ou comité qui prendrait la décision de priorisation. Autre possibilité, des personnes peuvent avoir signé un testament biologique dans lequel elles refuseraient la réanimation et l'usage du respirateur. Enfin, il y aurait une obligation de consulter le mandataire des personnes dont le mandat aurait été homologué, ce qui impliquerait que ces personnes seraient devenues inaptes et donc incapables de prendre des décisions de soins pour elles-mêmes. Quand le temps le permet la consultation des proches est préférable dans tous les cas, où la personne n'est pas en mesure de participer elle-même à la décision. Tout ce qui est énuméré ici doit être tenu en compte, sauf si l'urgence d'intervenir rend la consultation impossible.

Ce qui importe, qu'on soit en période de pandémie ou non, c'est que toute personne fasse connaître ses volontés de fin de vie. De plus, quand c'est possible, une discussion sur les niveaux de soins avec le médecin traitant est très utile. Le protocole québécois impose aux médecins, qui font l'évaluation clinique des patients, de vérifier si un Niveau d'intervention médicale (NIM) figure au dossier et de l'inscrire au formulaire d'évaluation. Si un NIM a été discuté avec le patient, un représentant légal ou un proche et qu'il ait été signé par le médecin traitant, il sera respecté sans problème, s'il indique un niveau 3 ou 4, ce qui exclut le recours à des soins intensifs. Le niveau 2 pourrait limiter certaines interventions, dont la réanimation ou l'usage d'un respirateur, alors que le niveau 1 indiquerait plutôt de tout faire pour maintenir les fonctions vitales<sup>20</sup>. Une étude rétrospective des dossiers dans trois centres hospitaliers au Québec a montré que les NIM prescrits sont respectés dans une proportion de 98,7%<sup>21</sup>. Reste à voir quelle importance sera accordée aux NIM de niveaux 1 et 2 dans le contexte du Protocole de priorisation.

---

<sup>20</sup> Tous ceux qui n'ont pas de NIM inscrit au dossier sont considérés de niveau 1, c'est-à-dire qu'on fera tout pour les garder en vie; cependant, il arrive que des discussions portant sur un NIM n'ait pas eu lieu malgré le fait que la santé se soit dégradée.

<sup>21</sup> Frenette M., Saint-Arnaud J. (2016). Les échelles de niveaux de soins en centre hospitalier : enjeux et perspectives. *Revue canadienne sur le vieillissement*, 35 (1), p. 70-78; Frenette M., Saint-Arnaud J. et Serri K. (2017). Levels of care : How they are used in Quebec hospitals. *Journal of Bioethical Inquiry*, 14 (2), p. 229-239.

Enfin, pour respecter l'autonomie de chacun, il serait souhaitable que les données du MSSS, de même que les protocoles mis en place en vue d'effectuer une priorisation des malades, que ce soit dans l'accès à des soins intensifs, à des chirurgies ou à d'autres types de traitements spécialisés, soient ouverts à la consultation et accessibles à tous ceux qui le souhaitent. En plus de respecter le principe éthique d'autonomie, l'accès à l'information est à la base de la démocratie et de la participation citoyenne aux grands débats de société. Sans une information basée sur les faits, les politiques publiques sont à la merci de ce que peuvent en dire les adeptes du populisme sur les réseaux sociaux.

## Conclusion

Si on considère que l'équité dans l'accès aux soins implique une égalité d'accès aux soins, sans discrimination, et une réponse adéquate aux besoins de chacun en temps opportun, le délestage est tout à fait inéquitable sous deux aspects : non seulement il ne répond pas aux besoins en temps opportun, mais en plus, il augmente les souffrances des personnes en attente qui n'ont pas les moyens d'accéder aux services de santé dispensés en clinique privée. Faire du délestage pour éviter d'appliquer le Protocole de priorisation n'est pas une décision qui favorise l'équité dans les soins de santé.

En contexte de pandémie, il est clair que l'objectif de la santé publique, qui est de sauver le plus de vies possibles, a priorité sur les objectifs cliniques de répondre adéquatement aux besoins individuels. Un outil comme le Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) serait mieux adapté pour répondre aux besoins de chacun puisqu'il fait une place plus grande à l'examen clinique des organes et systèmes de chacun des patients; c'est l'outil qui a été privilégié dans le Protocole de l'État de New York. Cependant, le Protocole ontarien<sup>22</sup>, dont s'est largement inspiré le Protocole québécois, considère que le SOFA ne permettrait pas une priorisation suffisante, particulièrement à l'étape 3 du processus.

Dans un protocole utilitariste comme ceux de l'Ontario et du Québec, ce qui prime c'est de sauver le plus de vies possibles. On élimine donc tout patient dont les chances de décès sont plus de 80% dans une première étape, de 50% et 30% respectivement, dans les étapes subséquentes. Plus on est contraint de resserrer les critères d'accès, faute de ressources matérielles (lits et équipements) et de ressources humaines (personnel soignant), moins on répond équitablement aux besoins des personnes en tant qu'individus. De plus, les statistiques représentent des moyennes et elles ne peuvent s'appliquer à un individu spécifique en pratique clinique. Par exemple, si selon la moyenne de survie, un individu de 65 ans et plus avec un score de fragilité de 7 ne survivrait pas à un traitement de soins intensifs, cela ne signifie pas qu'un individu spécifique n'y survivrait pas. La même réflexion peut être faite pour tout score qui

---

<sup>22</sup> Ontario Health, *Clinical Triage Protocol for major surge in COVID pandemic*, March 28, 2020, 19 p. disponible sur le site : med.uottawa.ca

provient des statistiques. En ce sens, quand le Protocole québécois s'appliquera, il est clair que des individus qui auraient pu être sauvés seront condamnés à mourir. Certains d'entre eux seraient décédés de toute façon, mais d'autres auraient probablement pu s'en sortir, de là à penser qu'ils retrouveraient une bonne qualité de vie par la suite, c'est difficile, voire impossible, à prédire avec exactitude.

Concernant le critère de l'âge comme critère d'exclusion, nous considérons que si l'âge est lié à une condition de santé, il n'est pas simplement utilisé comme critère social et donc, il n'est pas discriminatoire de ce point de vue. Par contre, le cycle de vie, comme critère d'exclusion des plus vieux par rapport aux plus jeunes, est clairement un critère social qui n'a pas sa place dans une réponse adéquate aux besoins et de ce point de vue il est clairement discriminatoire et inéquitable.

Dans une approche utilitariste, les droits des patients en tant qu'individus n'ont pas priorité sur les objectifs de santé collective, ce qui est le cas en temps de pandémie. Les droits du patient sont toutefois respectés quand ils coïncident avec l'intérêt commun. C'est pourquoi le refus de traitement dans tout type de directives anticipées devra être respecté. De plus, le Niveau d'intervention médicale prescrit sera considéré par les médecins responsables de l'évaluation et par le comité évaluateur, puisqu'il figure en tête du formulaire d'évaluation. On sait que les personnes pour qui un NIM de 3 ou 4 est inscrit au dossier n'auront pas accès aux soins intensifs et se verront offrir des soins palliatifs et de confort. Éthiquement, de tenir compte des NIM de niveaux 1 et 2 devrait avoir priorité sur des critères comme le cycle de vie, les soignants qui ont été en contact avec la COVID et la randomisation. La raison est simple : le niveau d'intervention médicale (NIM) répond mieux aux besoins des patients, quels qu'ils soient, pour établir une priorité, à un deuxième niveau, que les trois critères (cycle de vie, priorité aux soignants et randomisation) mentionnés dans le Protocole. Les soignants n'en seraient pas pénalisés, puisque l'absence de NIM inscrit au dossier correspond à un niveau 1 d'intervention et tout doit être fait pour les sauver. C'est pratique serait plus équitable parce qu'elle répondrait mieux aux besoins des patients, qu'ils soient des soignants ou non.