

Les principes d'équité et d'utilité dans l'allocation des ressources limitées en situation de pandémie

Résumé

La pandémie de COVID-19 remet à l'honneur la question éthique de l'allocation des ressources limitées, en termes d'accès à des soins intensifs et à des respirateurs. Se pose la question éthique suivante : sur quels principes éthiques se baser pour effectuer le triage des patients qui auront accès aux ressources quand elles sont insuffisantes pour répondre aux besoins de tous? Pour en débattre, deux références historiques de triage sont d'abord présentées ; l'une s'appuie sur un principe égalitaire de réponse aux besoins individuels, l'autre sur un principe d'utilité sociale. Après avoir défini les conditions d'équité en tant qu'égalité procédurale et réponse adéquate aux besoins, deux types de protocoles sont étudiés en mettant l'accent sur les critères d'équité ou d'utilité qu'ils préconisent. Les types de protocoles sont ensuite comparés en présentant leurs forces et leurs limites dans la réponse qu'ils apportent aux besoins populationnels et individuels. Notre analyse met en évidence la difficile conciliation entre les objectifs populationnels et les objectifs cliniques en situation de pandémie.

Mots clés : ressources limitées, soins intensifs, respirateurs, utilité, équité, pandémie, COVID-19

Principles of equity and utility in allocating limited resources in pandemics

Abstract

The COVID-19 Pandemic brings back the ethical issue of allocating limited resources in intensive cares and ventilators. The question is: On which ethical principles should be based the triage decisions regarding who will have access to these resources when they are not sufficient to meet everyone's needs? To discuss this issue, two historical triage referees are brought forward, one based on an egalitarian principle of response to individual needs, the other on a principle of social utility. After having defined the conditions of equity as procedural equality and adequate response to need, two types of protocol are analyzed, focussing on the equity and utility criteria they advocate. These protocols are then compared on their strengths and limitations in their responses to populational and individual needs. This study highlights the difficult conciliation between populational and clinical objectives in a situation of pandemic.

Key words: limited resources, intensive cares, ventilators, utility, equity, COVID-19, pandemic

Les principes d'équité et d'utilité dans l'allocation des ressources limitées en situation de pandémie¹

Par J. Saint-Arnaud, Ph.D.², G. Mullins, LL.B., DESS (droit de la santé), M.B.A.³, et L. Ringuette, B.Sc.⁴

La pandémie de Covid-19 remet à l'honneur la question éthique de l'allocation des ressources limitées, en termes d'accès à des soins intensifs et des respirateurs. Ce contexte pose des questions éthiques importantes puisque des personnes ne survivront pas parce qu'elles n'auront pas eu accès à ces ressources, malgré le fait qu'elles répondent aux critères habituels d'inclusion pour l'accès à ces services. La question éthique est celle-ci : sur quels principes éthiques se baser pour déterminer auprès de qui intervenir en priorité quand les ressources sont insuffisantes pour répondre aux besoins de tous? Faut-il privilégier l'équité dans l'accès aux soins, ce qui s'applique en pratique clinique en temps normal ou au contraire utiliser l'utilité, c'est-à-dire le plus grand bien pour le plus grand nombre, ce qui relève généralement du domaine de la santé publique?

Pour traiter de la question, deux références historiques de triage s'appuyant l'une sur un principe égalitaire de réponse aux besoins, l'autre sur un principe d'utilité sociale sont présentées. Après avoir défini les conditions d'équité en tant qu'égalité procédurale et réponse adéquate aux besoins, deux types de protocoles sont étudiés en mettant en évidence leurs critères qui se rattachent à l'équité ou à l'utilité. Puis, nous comparons les types de protocoles entre eux pour mettre en évidence leur apport et leurs limites dans leurs réponses

¹ Merci à Marjolaine Frenette, infirmière clinicienne détentrice d'une maîtrise en bioéthique, pour ses commentaires judicieux.

² Jocelyne Saint-Arnaud détient un doctorat en philosophie avec spécialisation en éthique appliquée. Elle est professeure honoraire et professeure associée au Département de médecine sociale et préventive de l'École de santé publique de l'Université de Montréal. Elle est aussi chercheure régulière au Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ) et chercheure associée au Centre de recherche en éthique (CRÉ).

³ Gary Mullins est avocat-conseil en droit de la santé et en gestion des organisations. Il détient un baccalauréat en lettres légales, un diplôme d'études supérieures en droit de la santé et une maîtrise en administration des affaires pour cadres en exercice.

⁴ Louise Ringuette est microbiologiste. Elle détient une maîtrise en microbiologie et elle a travaillé de nombreuses années au Laboratoire de santé publique du Québec. Elle est actuellement étudiante au doctorat en bioéthique à l'École de santé publique de l'Université de Montréal. Membre étudiante du Laboratoire de transformation numérique en santé (Lab TNS), du Centre de recherche en droit prospectif (CRDP), du Centre de recherche en santé publique (CRESP) et du Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ). Elle est aussi boursière des Fonds de recherche du Québec-Société et Culture (2018-2022)

aux besoins populationnels et individuels. Enfin, notre étude met en évidence la difficile conciliation entre les objectifs populationnels et cliniques en situation de pandémie.

1- Quelques références historiques concernant le triage

De longue date, les médecins se sont préoccupés des critères à utiliser pour déterminer le choix des personnes qui auront accès aux soins et aux traitements dans le cas des blessés de guerre ou des victimes de cataclysmes, d'actes de terrorisme ou de pandémies. On a souvent comparé le contexte des pandémies à celui du champ de bataille et on a associé d'emblée le triage à une approche utilitariste : les blessés qui ont priorité dans les soins étant ceux qui sont le moins atteints et qui pourraient retourner sur le champ de bataille, une fois guéris. Ça n'a pas été l'approche du Dr Jean Dominique de Larrey, chirurgien en chef des armées de Napoléon, qui a proposé une révolution dans les façons de faire de l'Ancien Régime en traitant en premier ceux qui sont les plus atteints, au lieu de donner priorité à ceux qui sont de plus haut rang [1][2]. Ce faisant, il applique les idéaux égalitaires de la Révolution française. Cette façon de faire correspond au triage effectué de nos jours dans les urgences et les unités de soins intensifs des hôpitaux. Elle diffère à la fois de l'allocation en fonction du premier trouvé, premier traité, ce qui correspond à la liste d'attente en milieu hospitalier, ou à l'allocation au moyen de l'âge et du rang, qui sont des critères sociaux, par rapport au critère médical qui consiste à donner priorité au plus atteint, celui dont le besoin est plus grand, au sens où, sans traitement, la mort s'ensuit.

En situation de limite des ressources, ce sont souvent des critères d'ordre utilitariste qui priment, l'utilitarisme visant au plus grand bien pour le plus grand nombre en favorisant ceux qui sont les plus utiles à la société. Dès la création de la technique de dialyse rénale, au début des années 1960, se pose la question des critères du choix des candidats à la dialyse au Seattle Artificial Kidney Center. À l'époque, ce centre ne dispose que de neuf appareils et l'évaluation des candidats s'exerce en deux temps :

- 1) évaluation médicale : sont exclues les personnes atteintes de diabète, d'hypertension, de maladie de l'artère pulmonaire et de maladies cérébro-vasculaires; ce comité élimine d'emblée les personnes de moins de 18 ans et de plus de 45 ans;
- 2) évaluation psychosociale et économique sur la base de l'âge, du genre, de l'état matrimonial, du nombre de personnes à charge, du revenu, de la formation, de l'emploi et des réalisations passées.[3]

La première évaluation est effectuée par des néphrologues, la deuxième par un comité formé des membres du public (une femme au foyer, un homme d'affaires, un représentant des travailleurs) un avocat et deux médecins qui ne sont pas néphrologues. Ils opèrent leur sélection en privilégiant les plus utiles à la société, le père de famille a priorité sur le célibataire, le travailleur sur le chômeur ou le criminel, le résident de l'État de Washington sur celui qui vient d'un autre état. Les critiques ont fusé de toutes parts, notamment parce que consciemment ou inconsciemment, les membres de ce comité ont choisi des personnes qui leur ressemblent [4][5]. Quoi qu'il en soit, seuls les mieux nantis ont accès au traitement

de dialyse à cette époque, puisqu'il en coûte 10 000\$ par année pour avoir accès au traitement⁵.

Les critiques les plus sévères envers ce que Shana Alexander a nommé le God Committee [6] sont venues de la part de philosophes et d'éthiciens partisans de l'égalité dans la répartition des ressources en santé à l'encontre des approches utilitaristes, qui favorisent le plus grand bien pour le plus grand nombre, au lieu de mettre l'accent sur les droits et les besoins individuels. Du point de vue utilitariste, l'action où la règle morale est celle qui apporte le plus de bénéfices et les moindres torts à toutes les personnes qui en seront affectées. Il s'agit là d'une théorie morale qui se base sur les conséquences de l'action ou de la règle. Si l'action ou la règle visée apporte plus de bénéfices que de torts au plus grand nombre de personnes, voire à la population en général en période de pandémie, elle est moralement bonne.

Les calculs utilitaristes ne sont pas absents des analyses éthiques proposant des protocoles de triage. Ainsi, Emanuel et ses collègues [7][8] présentent une version utilitariste du triage dont s'inspirent des protocoles actuels pour le triage dans la pandémie de COVID-19. Ils interprètent le principe utilitariste dans le sens de sauver le plus de vies en maximisant le nombre d'années à vivre [7]. Cette interprétation est contraire au principe d'éthique biomédicale de bienfaisance qui indique de traiter en premier les plus malades, c'est-à-dire ceux qui sont plus à risque de mourir, indépendamment de considérations sociales ou démographiques, principe que le Dr Larrey avait appliqué au triage des blessés de guerre et qui est appliqué en temps normal dans les urgences et dans l'accès à des soins intensifs. En période de pandémie, il serait légitime de maximiser le nombre de patients « qui survivront au traitement avec une raisonnable⁶ expectative de vie et de maximiser les améliorations en termes de durée de vie, en tant que but second » [7, p.4]; ce dernier critère ne s'applique qu'en cas d'un pronostic de survie équivalent chez des patients. Dans cette optique, c'est le cycle de vie qui est utilisé comme critère de triage. Ce principe se base 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 » [8, p. 854-855]. L'explication apportée est plutôt présentée comme un droit individuel égalitaire de vivre sa vie, mais en fait, cette pratique consiste à favoriser les 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. S'ajoute à cela un critère basé traditionnellement sur le mérite⁷, puisqu'à pronostic équivalent, ces lignes directrices proposent de traiter les soignants avant les autres, pour la raison qu'ils sont nécessaires au traitement des personnes infectées, un critère basé sur la valeur instrumentale de la personne [7, p. 5]. Ces critères sont de type utilitariste parce qu'ils favorisent ceux qui sont les plus utiles à la société.

2- Les théories utilitaristes et égalitaires de la justice

⁵ Le traitement de la dialyse est un programme défrayé par l'État américain depuis 1973.

⁶ L'interprétation du terme raisonnable n'est pas précisée.

⁷ Basée sur le mérite, cette pratique récompense ceux qui ont donné en termes de service ou d'exploit.

Pour les théories utilitaristes [9] [10], les droits et les besoins individuels ne comptent dans la balance que s'ils coïncident avec l'intérêt général, ce qui, dans le cadre de ces théories, correspond à la somme des intérêts particuliers. Appliquée au domaine de la répartition des ressources en matière de santé, l'approche utilitariste s'intéresse à la probabilité de survie des personnes qui pourront bénéficier des ressources limitées. Autrement dit ce n'est pas le besoin, tel qu'évalué par le médecin qui compte, mais plutôt le pronostic de survie et le nombre d'années à vivre, tels qu'évalués à partir de statistiques. De ce point de vue, ce sont généralement les plus jeunes et les moins atteints qui ont le meilleur pronostic, ce serait donc à eux qu'on donnerait priorité dans la répartition des ressources limitées. S'il est justifié éthiquement d'appliquer le principe d'utilité dans le domaine de la santé publique à cause de ses visées populationnelles, il est non éthique d'appliquer ce principe dans l'évaluation clinique des besoins individuels.

Préconiser de répondre aux besoins des plus atteints en priorité, plutôt que de donner priorité à ceux qui sont les plus utiles à la société, implique une évaluation médicale de la santé de l'individu, ce que ne permet pas de faire un choix effectué en fonction de l'âge, du rang, ou de tout autre critère social, dont le critère d'utilité. En fait, l'équité en termes égalitaires se définit selon deux conditions :

- a) l'application d'une même règle pour tous ceux qui se qualifient et
- b) une réponse adéquate aux besoins.

Le besoin est le critère de justice distributive égalitaire dans le domaine de la santé; il réunit un large consensus en éthique appliquée [11-16].

3- Équité et utilité dans des protocoles de triage et lignes directrices pour l'allocation des ressources en soins intensifs et respirateurs

Pour illustrer les critères d'équité et d'utilité dans les protocoles en usage en Amérique du Nord, nous nous référons à deux types de protocoles ou de lignes directrices : le *Ventilator Allocation Guidelines* de l'État de New York[17] et le *Clinical Triage Protocol for Major Surge in Covid Pandemic* [18] de l'Ontario dont s'est inspiré le protocole québécois. Disons d'emblée que ces protocoles instaurent l'utilisation de règles communes pour les hôpitaux et centres qui les appliquent, ce qui impose des conditions égalitaires d'accès aux services et par là-même des conditions d'impartialité. Cette égalité procédurale s'exprime dans différentes mesures qui sont communes à ces protocoles et lignes directrices.

3.1- L'application des mêmes règles comme condition d'impartialité

Quand un même protocole s'applique dans tous les établissements d'une région, voire d'un pays, il s'agit d'une condition primordiale d'égalité de traitement pour les personnes qui vivent sur le territoire en cause. Si chacun des établissements avait son propre protocole, il n'y aurait pas d'égalité de traitement pour les personnes habitant sur un territoire. Plus le groupe auquel s'applique le protocole est grand, plus il est égalitaire pour l'ensemble des personnes qui nécessitent un traitement. On peut parler ici d'égalité devant la règle, par analogie à l'égalité devant la loi [20]. Au Québec, par exemple, le Ministère de la Santé et

des Services sociaux imposera si nécessaire le protocole intitulé : *Priorisation pour l'accès aux soins intensifs (adultes) en contexte extrême de pandémie* [19] au niveau régional, ce qui établit une condition nécessaire à l'égalité de traitement pour les personnes qui auraient besoin de soins intensifs dans une même région⁸. Cependant, ce protocole autorise les établissements à utiliser différents outils⁹, ce qui introduit un facteur d'inégalité dans l'accès aux soins intensifs.

De plus, que ce soit un comité qui mette en application les règles du triage assure une impartialité que n'auraient pas nécessairement les cliniciens et les soignants. De nombreuses études montrent en effet qu'il existe de grandes variations dans les décisions d'accès à des soins intensifs par les médecins [21-25], notamment parce qu'il est impossible de déterminer un pronostic avec précision et certitude, compte tenu du fait qu'il est basé sur l'évaluation des conséquences futures, qui ne sont pas toutes connues ni prévisibles. C'est plutôt l'essai d'un traitement qui en démontre l'efficacité clinique.

Une autre mesure procédurale égalitaire consiste en l'utilisation d'un outil d'évaluation intégré au protocole. Les lignes directrices de l'État de New York [17] utilisent le *Sequential Organ Failure Assessment (SOFA)*, et le protocole ontarien [18] utilise *The Trauma and Injury Severity Score (TRISS)*.

Par leur existence même, les protocoles imposent des mesures égalitaires dans l'accès aux soins en période de limites de ressources. Ceci est encore plus clair quand un protocole est imposé à tous les hôpitaux par décret gouvernemental, dans un contexte de ressources insuffisantes¹⁰, en termes de lits de soins intensifs et de respirateurs. Contrairement à des lignes directrices qui sont plutôt un guide pour les centres à la recherche d'indications pour résoudre les problèmes créés par la limite des ressources, le décret impose l'application du protocole. On peut dire que les protocoles répondent aux exigences d'égalité devant la règle qui constitue la première condition d'équité. Ce n'est cependant pas une condition suffisante pour favoriser l'équité dans l'allocation des ressources et favoriser l'accès à des traitements pour ceux qui le nécessitent. La deuxième condition à remplir pour qu'il y ait équité consiste à répondre adéquatement aux besoins, ce qui concerne l'égalité dans la règle [20].

3.2- Les protocoles et la réponse aux besoins

Le critère de justice distributive le plus égalitaire dans le domaine de la santé, en comparaison avec des critères basés sur l'utilité ou le mérite¹¹, c'est le traitement effectué en fonction du besoin. Le besoin diffère du désir ou des volontés des personnes en cause;

⁸ La première version parue en mars 2020 avait pour titre : *Triage pour l'accès aux soins intensifs (adultes et pédiatriques) et l'allocation des ressources telles que les respirateurs en situation extrême de pandémie*

⁹ L'outil présenté dans le détail en Annexe C correspond généralement au TRISS (voir note 11), mais une note autorise les outils validés et utilisés dans chacun des établissements comme le SOFA, le MODS ou l'Apache.

¹⁰ Au Québec, l'entrée en opération du protocole de priorisation s'exerce quand il y a surcharge de 150 à 200%.

¹¹ Quand on propose de traiter les soignants en priorité en cas d'égalité dans l'évaluation de la survie, cette mesure peut être justifiée de manière utilitariste (retourner au travail le plus rapidement possible) ou de manière à tenir compte de leur mérite d'avoir fait face à un contexte de travail difficile.

il doit être évalué par un professionnel de la santé, un médecin dans le cas qui nous occupe. Ainsi, c'est la compétence médicale qui sert à établir le diagnostic et à juger de la pertinence d'avoir recours à des soins intensifs et à des respirateurs. Les critères d'inclusion pour l'accès aux services dans le cas de la COVID-19 sont la détresse ou la défaillance respiratoire sévère et grave, et l'hypotension (pour plus de détails [18, p. 3]). Cette évaluation applique les principes éthiques de bienfaisance, de *caring* et de justice en termes d'équité. En contexte hospitalier équitable, tous ceux qui répondent aux critères d'inclusion peuvent avoir accès aux ressources, en fonction de leurs besoins et les critères médicaux sont des facteurs égalitaires puisqu'ils sont les mêmes pour tous ceux qui se qualifient. Un protocole qui fait plus de place à l'expertise médicale clinique est une meilleure réponse aux besoins que l'intervention d'un comité qui n'aurait pas accès directement aux patients.

Le *Ventilator Allocation Guidelines* [17]

Le protocole de triage exposé dans les Lignes directrices de l'État de New York ([Ventilator Allocation Guidelines](#))¹² propose un triage en trois temps en privilégiant ceux dont la vie pourra vraisemblablement être préservée par l'utilisation des soins intensifs et des respirateurs. Dans le but de sauver plus de vies, la première étape de triage identifie les patients qui pourront survivre aux traitements de soins intensifs et à l'utilisation du respirateur. Sont éliminés ceux qui ne survivraient pas, même avec des soins intensifs et l'utilisation d'un respirateur, et indépendamment de leur atteinte aigüe; on élimine aussi ceux qui n'ont pas besoin des soins intensifs et du respirateur pour survivre. Cette première sélection évite l'acharnement thérapeutique sur des personnes qui décéderont de toute façon, quels que soient les moyens employés et sur des personnes qui pourront s'en remettre sans l'utilisation des techniques de maintien des fonctions vitales. C'est la condition de santé évaluée par un médecin qui détermine l'accès ou non à des soins intensifs et à des respirateurs à partir d'une évaluation de la survie à court terme sur la base de critères médicaux.

La deuxième étape de sélection évalue le risque de mortalité à l'aide du *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA). Cet outil d'examen du risque repose sur l'examen clinique du fonctionnement de six organes et systèmes essentiels : les poumons, le foie, le cerveau, les reins, la coagulation et la pression sanguine. Pour chacun de ces organes ou systèmes, sont indiqués quatre niveaux d'atteintes pour un total de 24. Si aucun organe ou système n'est atteint de manière irrémédiable, le score est de 0, par rapport à tous les organes gravement atteints avec un score de 24. Le classement gradué correspond à des couleurs. Le rouge indique un traitement prioritaire, le jaune un niveau intermédiaire et le bleu un plus bas niveau. Le vert indique que la personne n'a pas besoin du respirateur pour survivre. Des évaluations subséquentes peuvent entraîner un changement dans l'évaluation de la priorité d'accès à une technique de ventilation. C'est l'officier de triage qui donne accès au traitement en utilisant le score SOFA et l'évaluation médicale effectuée à l'étape 1. Le score SOFA indique non seulement le nombre d'organes atteints, mais aussi la gravité de l'atteinte et l'ampleur de l'amélioration ou de la détérioration, tout en apportant un indicateur de survie. S'il arrive que plusieurs personnes se qualifient également sur le plan

¹² https://www.health.ny.gov/regulations/task_force/reports_publications/docs/ventilator_guidelines.pdf

clinique pour avoir accès aux soins intensifs et aux respirateurs, un processus de randomisation est utilisé.

La troisième étape consiste en une évaluation de l'efficacité de la technique de ventilation au regard de l'amélioration ou non de l'état de la personne qui a pu avoir accès à des soins intensifs. Cette évaluation s'effectue après 48 et 120 heures d'utilisation de la technique de ventilation avec le SOFA. Comparée à l'évaluation initiale, elle sera déterminante dans la décision de continuer ou de cesser l'utilisation du respirateur. Des évaluations doivent être effectuées régulièrement parce que ceux dont l'état ne s'améliore pas en temps réel devront laisser leur place à des personnes en attente du traitement.

L'assignation ou le retrait d'un lit de soins intensifs est fait par l'officier ou le comité de triage, mais l'évaluation clinique est effectuée par le médecin traitant à toutes les étapes du triage. C'est lui qui évalue le pronostic de survie. De plus, le score SOFA est calculé à partir de facteurs cliniques issus des évidences médicales disponibles, et non sur des critères subjectifs comme la qualité de vie [17, p. 57] ou sur des statistiques de survie selon le type d'atteintes. De plus, les décisions de triage tiennent compte à toutes les étapes de la condition de santé des patients et sont basées sur des données et des indicateurs cliniques qui déterminent le degré de sévérité et le nombre d'organes et de systèmes atteints, de même que les améliorations ou détériorations de la santé de chacun avec l'utilisation du respirateur [17, p. 63].

Le Trauma and Injury Severity Score

Le protocole de l'Ontario dont s'est inspiré le protocole québécois utilise *The Trauma and Injury Severity Score* (TRISS) qui a été développé pour évaluer la probabilité de survie après un traumatisme physique sévère ou une blessure avec objet contondant. Il combine l'âge, des caractéristiques physiologiques et anatomiques. À partir d'une banque de données tirée de l'étude américaine nommée American College of Surgeons Major Trauma Outcome Study, l'Ontario a développé ses propres coefficients¹³ au moyen d'une analyse de régression effectuée sur les données de douze centres ontariens spécialisés dans le traitement des traumatismes sur une période de trois ans. Ces coefficients permettent de comparer la performance des centres entre eux et sont utilisés dans les programmes d'amélioration de la qualité [26]. Selon Kilgo, Meredith, Turner et Osler [27], dans un article publié en 2006, le TRISS n'est pas employé pour prendre des décisions cliniques, mais a de larges applications dans le domaine des assurances et dans des études qui requièrent des évaluations du risque.

En période de pandémie, quand les ressources sont limitées, le TRISS est utilisé dans des protocoles pour évaluer la probabilité de survie des individus. La survie y est estimée sur la base de quatre éléments : sévérité de la blessure anatomique, réserve physiologique, facteurs intrinsèques au patient et qualité des soins. La prédiction repose sur la sévérité de la blessure mesurée par le Injury Severity Score (ISS), la réserve physiologique inclut des signes vitaux comme la fréquence respiratoire, la pression artérielle systolique et l'échelle

¹³ Selon les régions, les façons de pratiquer, le temps d'intervention et autres variables influent sur les résultats des interventions. C'est pourquoi les coefficients ont été ajustés en fonction des statistiques ontariennes concernant la survie des personnes ayant subi un traumatisme induit par des blessures.

de Glasgow qui mesure la profondeur du coma à partir de composantes motrice, verbale et oculaire. Ces trois composantes sont incluses dans le Revised Coma Score (RCS). Enfin, l'âge, le genre et les co-morbidités influent sur les prédictions de survie, mais leur contribution respective demeure inconnue [27]. Dans la pratique, l'âge sert de repère pour les caractéristiques qui sont propres au patient [27, p. 1003]. Le TRISS combine ces trois éléments (ISS, RCS et âge) dans un seul score. Il est utilisé de routine pour calculer la probabilité de survie des victimes d'un traumatisme.

Après que le médecin traitant ait évalué l'état de santé des personnes qui répondent aux critères d'inclusion, c'est un comité qui est chargé d'appliquer les critères d'exclusion au moyen de 13 indicateurs : 1) traumatisme grave avec une prédiction de mortalité à > 80%; 2) brûlures graves sur 40% du corps chez des personnes de > 60 ans; 3) arrêt cardiaque; 4) déficience cognitive sévère; 5) maladie dégénérative à un stade avancé et irréversible ; 6) cancer métastatique; 7) déficience immunologique avancée et irréversible; 8) événement neurologique grave et irréversible avec risque de décès > 80%; 9) défaillance organique terminale; 10) personne ayant un indice de fragilité ≥ 7 à cause d'une atteinte progressive; 11) chirurgie palliative électorale ; 12) personne sous ventilation mécanique depuis 14 jours et plus; 13) jugement clinique indiquant un risque de décès à plus de 80% à cause d'une maladie critique ou dans un futur proche indépendamment de la maladie critique [18]. Le protocole québécois reprend généralement les mêmes indicateurs à quelques exceptions près¹⁴ en les nommant diagnostics et paramètres cliniques au lieu de critères d'exclusion. En Ontario comme au Québec, les personnes qui répondent positivement à un seul de ces critères n'ont pas accès à des soins intensifs.

Le triage s'exerce selon trois niveaux. Le premier niveau vise à éliminer toute personne qui a 80% ou plus de chances de décès selon le TRISS. Les critères se resserrent aux deuxième et troisième niveaux; il est alors question d'une prédiction de décès à > 50% et > 30% respectivement. Quoique le protocole québécois contienne des mises en garde contre l'utilisation de l'âge en tant que critère social, le TRISS qui est repris à l'Annexe C et qui sert d'exemple mentionne l'âge comme critère d'exclusion dans le cas des brûlures graves chez des personnes de 60 ans. De plus, l'âge est lié au score de fragilité ≥ 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.

En cas d'égalité dans le calcul des indicateurs de survie, le protocole ontarien, utilise une randomisation, alors que le protocole québécois, utilise d'abord le cycle de vie, ensuite la priorité aux soignants et finalement la randomisation pour choisir parmi les candidats qui ont un score égal. Les niveaux du triage ne sont pas nécessairement à mettre en place de façon consécutive et le choix du niveau s'effectue en fonction de la courbe d'éclosion du virus.

¹⁴Le critère 7 de déficience immunologique avancée et irréversible a été retiré du Protocole québécois. Un délai de 21 jours au lieu de 14 jours est accordé à celui ou celle qui est sous ventilation mécanique et qui a un score ProVent de 4-5. Les personnes en attente d'un don d'organes ne sont pas exclues, contrairement aux personnes qui sont sous oxygène de façon permanente à domicile.

4- Comparaison des protocoles de triage

Les deux types de protocoles ont des ressemblances. Chacun d'eux a comme objectifs de sauver plus de vies, ce qui en soi est un critère utilitariste. Les protocoles québécois et ontarien favorisent une approche de santé publique en utilisant entre autres des données issues d'analyses statistiques pour évaluer la durée de survie au moyen du TRISS. Le médecin traitant est moins impliqué dans le protocole ontarien qui incite toutefois à l'évaluation clinique en supplément de l'utilisation du TRISS. Cet outil est utilisé par un comité de triage indépendant des cliniciens, intensivistes et infirmières spécialisées qui oeuvrent au chevet. Le protocole québécois, dans sa première version, insiste sur l'importance de préserver les intervenants directs du fardeau imposé par les choix difficiles et les libère de leur responsabilité éthique et légale en cette matière. Dans la deuxième version, c'est toutefois le médecin traitant qui informe le patient ou ses proches des décisions du Comité de priorisation. En situation normale, le comité ne serait que consultatif et non décisionnel, le médecin conserverait sa pleine autonomie, plutôt que d'être simple porteur de la décision du comité. Peu importe le protocole utilisé¹⁵, le médecin ne peut être écarté légalement et déontologiquement de son autonomie décisionnelle par un simple document administratif. Tout protocole qui nierait l'autonomie décisionnelle d'un médecin devrait faire l'objet d'un décret gouvernemental spécifique.

Le protocole québécois adopte une approche utilitariste dans le choix des candidats qui ont des indicateurs de survie similaires en ayant recours au cycle de vie qui favorise les plus jeunes. De plus, on y fait référence nommément à la valeur instrumentale des soignants qui auront priorité en cas de scores égaux pour les candidats aux soins intensifs et aux respirateurs « pour assurer que les soins et services essentiels continuent à être fournis » [19, p. 22]. Quant à la randomisation qui est utilisée en dernier recours dans les protocoles ontarien et québécois, il s'agit d'un processus procédural égalitaire, mais non équitable au sens où il fait fi des besoins individuels. Le malchanceux n'aura pas accès aux ressources assurant sa survie. Comparativement au protocole new-yorkais qui inclut une évaluation de l'efficacité technique en temps réel après 2 et 5 jours, durant la troisième étape du processus de triage, les protocoles ontarien et québécois imposent respectivement une limite de 14 et 21 jours pour cette évaluation, à toutes les étapes, faute de quoi le patient obtient son congé de l'unité des soins intensifs.

Les deux types de protocoles ont leurs limites. Comme on peut le considérer, le score proposé par le TRISS se base sur des statistiques et les statistiques ne concernent que des moyennes calculées à partir de décisions et d'interventions médicales en contexte ontarien qui peuvent différer des pratiques en contexte québécois. Ce score ne reflète pas l'état de santé de chacun des individus en attente de traitement. Rien ne nous dit où se trouve l'individu en cause par rapport à la moyenne. Seule l'évaluation clinique effectuée par un médecin compétent, à partir de ses connaissances et de son expérience, pourra évaluer un pronostic qui comporte aussi une part d'incertitude, mais qui a le mérite de concerner l'individu qui nécessite un accès aux soins et non une courbe ou une moyenne. Un article de Gabbe et ses collègues [28] critique sévèrement le TRISS, arguant que s'il fait bien la différence entre ceux qui survivent et ceux qui ne survivent pas, il manifeste une pauvre

¹⁵ Que ce soit le TRISS, tel que défini à l'Annexe C, le SOFA ou tout autre protocole.

fiabilité prédictive, notamment dans les cas de traumatismes sévères, des patients plus âgés et de ceux qui sont atteints de graves blessures à la tête. Les auteurs reprochent aussi à l'outil ne de pas considérer la large part d'incertitude dans la prédiction de survie individuelle effectuée à partir d'une prédiction établie pour un groupe et de ne pas tenir compte des co-morbidités dans l'évaluation de la survie. En fait, dans le TRISS, l'âge est utilisé pour témoigner des caractéristiques propres à chacun [27 p. 1003], en tenant pour acquis que les personnes âgées sont plus atteintes de co-morbidités, ce qui correspond à une réalité populationnelle qui ne se confirme pas nécessairement au niveau clinique. Les compilations de la santé publique sont de bons indicateurs populationnels, mais elles ont leurs limites quand elles sont appliquées au triage de ressources limitées dans le domaine de la santé.

Quant au SOFA inclus dans les Lignes directrices de l'État de New York, on reconnaît que c'est un outil simple à utiliser qui contient peu de variables et tests de laboratoire et dont le score est facile à compiler par simple addition [17, p. 57]. Ajoutons qu'il apporte une évaluation clinique cohérente pour l'allocation des respirateurs. On lui reproche cependant de ne pas être assez sensible aux différences entre des candidats qui ont le même statut [29, p. 45]¹⁶, par exemple ceux qui ont un code rouge ou ceux qui ont un score SOFA ≤ 7 sur une possibilité de 24. Plus le chiffre est élevé, indiquant un plus grand nombre d'organes et de systèmes atteints, moins la personne se qualifie pour avoir accès aux soins intensifs et à un respirateur. On peut dire, sans crainte d'erreurs, que le protocole présenté dans les Lignes directrices de l'État de New York, est plus centré sur le patient et en ce sens, ajoute une perspective équitable en termes de réponses aux besoins dans une structure utilitariste. Cependant, le SOFA base son évaluation sur la survie à court terme. Or des personnes pourraient éventuellement améliorer leur condition à moyen ou long terme, mais elles n'auront pas accès aux traitements qui leur auraient permis de survivre. Celles qui ont un score élevé et qui ne se qualifieront pas pour le traitement ou encore celles chez qui le traitement sera cessé, parce que l'essai du traitement ne démontre pas son efficacité, feront face à une mort prochaine, et des soins palliatifs qui sont plus appropriés à leurs besoins leur seront dispensés.

Les protocoles étudiés insistent sur l'importance de consulter le patient (ou ses proches en cas d'inaptitude) pour connaître ses volontés de fin de vie. Mais il est peu question dans les protocoles canadiens étudiés des obligations éthiques et légales à respecter les volontés d'une personne qui refuserait l'utilisation du respirateur dans des directives anticipées comme les Directives médicales anticipées (DMA) au Québec, ou qui aurait manifesté autrement ses volontés de fin de vie, dans un mandat ou un Durable Power of Attorney en Ontario, par exemple. S'il y a une obligation légale au Québec pour les médecins de consulter le Registre des DMA, il est possible que dans une situation d'urgence le temps manque; il pourrait s'agir de l'une des tâches du comité de triage de consulter les DMA. Quoi qu'il en soit, la prescription d'un Niveau d'intervention médicale (NIM) devrait être faite le plus tôt possible dans l'épisode de soin et être respectée par le comité de triage. L'urgence ne justifierait pas l'absence de consultation du patient ou de ses proches en cas d'inaptitude, si le temps le permet, avant de procéder à l'utilisation de techniques qui

¹⁶ <https://www.researchgate.net/publication/265391656>

imposent un fardeau à la personne en cause, durant le traitement et par la suite dans le cadre d'une réadaptation.

Le but de cet article était d'examiner les protocoles de triage en fonction de leurs critères égalitaires ou utilitaristes. D'autres enjeux éthiques en situation de pandémie n'ont pas été traités comme les soins palliatifs en tant que réponses adéquates aux besoins des personnes qui n'auront pas accès aux mesures de survie, les coûts pour les systèmes de santé, le nombre de soignants limité en situation de pandémie, etc. Ce que cette étude met en évidence, c'est la difficulté de respecter les principes d'éthique de la santé, notamment la bienfaisance et l'équité dans l'application des protocoles de triage. On a pu constater que d'appliquer des protocoles instaure une égalité dans l'accès aux services, mais pour que l'allocation des ressources soit équitable, il faut de surcroît répondre aux besoins, ce qui s'oppose à l'utilisation de critères sociaux, comme celui d'utilité. Cependant, en période de pandémie, il faut faire des concessions éthiques pour atteindre les objectifs de la santé publique : sauver plus de vies. Il est plus équitable de considérer non seulement les besoins populationnels, mais aussi les besoins individuels. Les protocoles qui arrivent à concilier les deux sont les plus éthiques dans les circonstances.

Références

- [1] Baker R. Strosberg. M. Triage and Equality : An historical reassessment of utilitarian analyses of triage. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 1992; 2 (2) ; 103-123.
- [2] de Larrey D.J. *Campaigns do Russia, Germany, and France*, trad. par J.C. Mercer, Philadelphia: Carey & Lea; 1982.
- [3] McCormick T.R. Ethical Issues in caring for patients with renal failure. *American Nephrology Nurses' Association (ANNA) Journal* 1993; 20 (5); 549-555.
- [4] Fox R., Swazey J. *The courage to fail: A social view of organ transplant and dialysis*. Chicago: Chicago University Press; 1978.
- [5] Fox R., Swazey J. Leaving the field. *Hastings Center Report* 1992; 22 (5) : 9-15.
- [6] Alexander S. They decide who lives who dies. *Life Magazine* 1962; 53: 102-125.
- [7] Emanuel EJ, Persad G, Upshur R. et al (2020). Fair allocation of scarce medical resources in the Time of Covid-19, *New England Journal of Medicine*, téléchargé le 7 avril 2020 à partir du site nejm.org;
- [8] Emanuel EJ, Wertheimer A. Who should get influenza vaccine when not all can? *Science* 2006; 312 (5775); 854-855.
- [9] Hume D. *An enquiry concerning the principles of morals*, Oxford: Oxford University Press, 1957 [1777].
- [10] Mill JS. *Utilitarianism*, New York: Bobs-Merrill, 1971, [1863].
- [11] Saint-Arnaud J. *L'éthique de la santé. Pour une éthique intégrée dans les pratiques infirmières*, 2^e Éd. Montréal : Chenelière Éducation; 2019 ; 400p
- [12] Saint-Arnaud J. *Repères éthiques pour les professions de la santé*, Montréal : Liber; 2019 ; 130 p.
- [13] Meghani SH, Gallagher RM. Disparity vs inequity: Toward reconceptualization of pain treatment disparities. *Pain Medicine* 2008; 9 (5); 613-23.

- [14] Daniels N. Is there a right to health care and, if so, what does it encompass ? In : Contemporary Issues in Bioethics, T.L. Beauchamp & L. Waters (eds), Belmont (CA): Thompson Wadsworth, 2003; 46-52.
- [15] Veatch RM. Justice the basic social contract, and health care, In : Contemporary Issues in Bioethics, T.L. Beauchamp & L. Waters (eds), Belmont (CA): Thompson Wadsworth, 2003: 53-58.
- [16] Elster J. Éthique des choix médicaux, dans *Éthique des choix médicaux*, sous la dir. de J. Elster et N. Herpin, Paris: Actes Sud; 1992 : 11-61.
- [17] New York State Task Force on Life and the Law. New York State Department of Health. Ventilator Allocation Guideline 2015. 272 p.
- [18] Ontario Health. Clinical triage protocol for major surge in Covid Pandemic 2020. 19 p.
- [19] Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, Priorisation pour l'accès aux soins intensifs (adultes) en contexte extrême de pandémie, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques, 2020, 37 p.
- [20] Perelman Ch. De la justice, dans Justice et raison, Bruxelles : Éditions de l'Université de Bruxelles; 1972 : 8-80.
- [21] Dahine J. Le triage et le transfert de patients aux soins intensifs : Une revue systématique des critères de sélections, Mémoire de maîtrise, École de santé publique : Université de Montréal; 2018, 82 p.
- [22] Boumendil A, Angus DC, Guitonneau AL, Menn AM, Ginsburg C., Takun K. et al. Variability of intensive care admission decisions for the very elderly, Plos One 2012; 7 (4): e34387.
- [23] Meadow W, Pohlman A, Frain L, Ren Y., Kress JP, Teuteberg W et al. Power and limitations of daily prognostications of death in the medical intensive care unit. Critical Care Medicine 2011; 39 (3): 474-479.
- [24] Frick S, Uehlinger DE, Zuercher Zenklusen RM, Medical futility: Predicting outcome of intensive care unit patient by nurses and doctors. A prospective comparative study. Critical Care Medicine 2003; 31 (2): 456-461.
- [25] Brannen AL, Godfrey LI, Goetter WE. Prediction of outcome from critical illness. A comparison of clinical judgement with a prediction rule. Archives of Internal Medicine 1989; 149 (5): 1083-1086.
- [26] Lane PL, Doig G. DVM, Mikrogianakis A, Charyk ST, Stefanits T. An Evaluation of Ontario Trauma Outcomes and the Development of Regional Norms for Trauma and Injury Severity Score (TRISS) Analysis. The Journal of Trauma: Injury, Infection and Critical Care 1996; 43: 731-734.
- [27] Kilgo PD, Meredith JW, Osler TM, Incorporating recent advances to make the TRISS approach universally available. The Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care 2006 ; 60: 1002-1009.
- [28] Gabbe SJ, Cameron PA, Wolfe R. Academic Emergency Medicine 2004; 11 (2): 181-186.
- [29] Winsor S, Bensimon SM, Sibald RW, Shaul RZ et al. Identifying prioritization criteria to supplement critical care triage protocols for the allocation of ventilators during a pandemic influenza, Healthcare Quarterly 2014: 17 (2): 44-51.

Auteurs

Saint-Arnaud Jocelyne, École de santé publique, Université de Montréal, C.P. 6128, Montréal, Qc, Canada, H3C 3J7

Adresse de correspondance : jocelyne.st-arnaud@umontreal.ca

Mullins Gary, Avocat-conseil en droit de la santé et en gestion des organisations, 150 Hector, Rosemère, Qc, Canada, J7A 4P6

Ringuette Louise, École de santé publique, Université de Montréal, C.P. 6128, Montréal, Qc, Canada, H3C 3J7.

Les auteurs ne sont pas en situation de conflits d'intérêts