

Cadre de réflexion sur les enjeux éthiques liés à la pandémie de COVID-19



AUTEURS

Michel Désy, Ph. D., conseiller scientifique spécialisé

Julie St-Pierre Ph. D., conseillère scientifique spécialisée
Institut national de santé publique du Québec

Bruno Leclerc Ph. D., président, Comité d'éthique de santé publique
Professeur retraité, Département des lettres et humanités
Université du Québec à Rimouski

Marie-Ève Couture-Ménard, LL. B., LL. M., D.C.L., professeure agrégée
Faculté de droit, Université de Sherbrooke

Dominic Cliche, M.A., conseiller en éthique, Commission de l'éthique en science et en technologie
Jocelyn Maclure, D. Phil., président, Commission de l'éthique en science et en technologie
Professeur titulaire, Faculté de philosophie, Université Laval

Comité d'éthique de santé publique
Commission de l'éthique en science et en technologie

COLLABORATION

Félix Lebrun-Paré, M. Sc., conseiller scientifique
Institut national de santé publique du Québec

RÉVISION

Liette Lemay, réviseuse linguistique agréée

CONCEPTION GRAPHIQUE DES PAGES COUVERTURES

Valérie Beaulieu

MISE EN PAGE

Isabelle Gignac
Institut national de santé publique du Québec

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 2^e trimestre 2020
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-86430-1 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2020)

Table des matières

Introduction	2
Les valeurs phares	3
Les enjeux éthiques liés à la pandémie de la COVID-19	6
Distanciation, isolement et quarantaine.....	6
Vigie sanitaire et surveillance.....	8
Communication à la population.....	8
Allocation des ressources et accès aux services de santé	10
Conclusion	12
Références	13

Introduction

Devant la crise historique de la COVID-19, le Comité d'éthique de santé publique (CESP) et la Commission de l'éthique en science et en technologie (CEST) jugent pertinent de produire une déclaration commune portant sur certaines dimensions éthiques de la situation inédite de pandémie que nous vivons. L'objectif en est d'établir et de définir les principales valeurs phares qui émergent dans le contexte actuel, et d'explorer la manière dont elles s'articulent dans les choix difficiles qui doivent être faits¹. Ce faisant, le CESP et la CEST espèrent contribuer à la clarification des argumentaires proprement éthiques invoqués en appui aux décisions en santé publique et participer à la réflexion citoyenne sur les conséquences de la pandémie². Ce texte n'a pas pour objectif d'offrir des lignes directrices sur les décisions à prendre lorsque des dilemmes éthiques se présentent, mais simplement d'en éclairer les contours.

¹ Les valeurs et les enjeux ne sont pas présentés dans leur ordre d'importance.

² En 2006, le CESP s'est prononcé sur le *Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza — Mission santé*, élaboré par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans la foulée de l'épisode du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-COV-1) de 2003. L'examen effectué par le CESP portait entre autres sur les valeurs phares qui devaient guider l'action du MSSS en temps de pandémie. Un exercice similaire est repris ici pour outiller les décideurs publics face à la pandémie de la COVID-19. À noter toutefois que cet exercice ne vise pas à proposer de lignes directrices à propos des enjeux éthiques qui se posent notamment en contexte clinique.

Les valeurs phares

Même si plusieurs valeurs sont sollicitées dans une situation de pandémie, certaines nous apparaissent incontournables pour guider la réflexion éthique. Elles sont présentées sous la forme de définitions brèves, sans prétention à l'exhaustivité. Ces valeurs entrent souvent en tension les unes avec les autres, et le défi éthique principal consiste alors à arbitrer les conflits de valeurs, qui ne peuvent pas être résolus a priori pour l'ensemble des situations. L'analyse éthique s'applique à ce moment à faire l'arbitrage entre ces valeurs, à trouver des points d'équilibre justifiables au regard de chaque situation concrète considérée.

Ces valeurs sont :

- ▲ La bienfaisance
- ▲ La prudence
- ▲ La justice
- ▲ La responsabilité
- ▲ La non-malfaisance
- ▲ La solidarité
- ▲ La confiance
- ▲ La transparence
- ▲ Le respect de la confidentialité
- ▲ La proportionnalité
- ▲ La liberté

La **bienfaisance** traduit la volonté d'agir pour le bien d'autrui, en l'occurrence pour sa santé et son bien-être. Cette valeur se situe au fondement même des actions de santé publique et de leur justification. En contexte de pandémie, la bienfaisance s'actualise dans la prévention des infections, le traitement des personnes atteintes ainsi que la protection des intervenants du réseau de soins. Elle se traduit ainsi concrètement par la mise en place de mesures comme la distanciation physique, la mise en isolement de certaines personnes, la fermeture d'établissements et la distribution de matériel de protection. Enfin, la réalisation de la bienfaisance vise la recherche de la santé et du bien-être de la population par l'utilisation des meilleures pratiques et données disponibles.

La **prudence** renvoie à l'idée qu'il faut se prémunir contre de potentielles conséquences négatives d'événements ou d'actions en cours ou à venir. En gestion du risque, la prudence s'applique dans des situations d'incertitude scientifique, où il n'est pas possible d'asseoir les actions de santé publique sur des données probantes qui atteignent les standards scientifiques habituels. Dans le cas qui nous concerne, la prudence nous invite à adopter des mesures même si, à ce stade, certaines données pourraient encore nous échapper. Plusieurs données concernant la COVID-19 demeurent encore incomplètes ou sont dérivées des connaissances des épisodes du SRAS ou du syndrome respiratoire du Moyen-Orient. Or, ce manque relatif de connaissances à propos de la COVID-19 ne doit pas nous empêcher d'agir.

La **justice** est généralement comprise comme l'égalité de toutes les personnes, chacune ayant un droit d'accès équivalent aux services sociaux et de santé, par exemple. La justice réfère également à l'équité selon laquelle les biens fondamentaux doivent être distribués de manière différenciée parmi la population : les personnes ayant de plus grands besoins devraient recevoir une offre de ressources et de services adaptée à leur situation particulière. Dans le contexte actuel de la pandémie, les enjeux d'équité sont notamment incarnés dans le traitement des situations de vulnérabilité à la COVID-19 et des personnes qu'elles concernent, notamment les personnes âgées ou encore en situation d'itinérance, pour ne nommer que celles-ci. Certaines iniquités socioéconomiques peuvent également être exacerbées en temps de crise, notamment

en ce qui a trait aux conséquences des mesures de distanciation imposées et à l'exposition de certaines catégories de personnes qui œuvrent dans des services jugés essentiels.

La **responsabilité** réfère à l'idée selon laquelle les personnes qui bénéficient d'une capacité d'autonomie doivent agir en accord avec les valeurs considérées comme les plus importantes selon le contexte et les rôles occupés par celles-ci, en tenant compte des conséquences de leurs actions (ou de leur inaction). Dans le cas de la pandémie, l'exercice de la responsabilité invite les membres de la population à respecter les règles et à adopter les comportements promus par les autorités en place, lesquelles assument le difficile rôle de pondérer leurs actions en fonction de l'intérêt général. La lutte à la pandémie place aussi des responsabilités particulières sur les épaules des employés du domaine de la santé et des autres services jugés essentiels.

La **non-malfaisance** fait référence à l'idée que nous devrions, autant que possible, ne pas causer indûment de torts à autrui. En santé publique, cette valeur se rapporte souvent à la réduction des conséquences négatives des actions déployées pour améliorer la santé de la population. Appliquée à la pandémie de la COVID-19, la valeur de non-malfaisance exige de prendre en compte les conséquences négatives évidentes des mesures de distanciation ou d'isolement, lesquelles peuvent causer de l'anxiété ou être propices à l'augmentation de la violence familiale, par exemple.

La **solidarité** s'appuie sur le fait que le bien-être de chacun est intimement lié à celui des autres et que nous avons tous un rôle à jouer pour favoriser la cohésion sociale et le bien commun. Ainsi, les actions altruistes sont justifiées même si elles ne comportent pas de bénéfice immédiat évident pour la personne qui les pose. En contexte de pandémie, la solidarité peut servir d'assise à des actions visant à protéger les personnes susceptibles d'être plus vulnérables face à la COVID-19 (ex. : aux prises avec une maladie chronique), comme le respect des consignes à l'effet d'éviter d'entrer inutilement en contact avec ces dernières afin de ne pas les exposer au risque. De même, la solidarité peut s'exprimer à travers des actions civiques pour soutenir les personnes socioéconomiquement affectées par les mesures sanitaires mises en place, comme le bénévolat auprès des banques alimentaires.

La **confiance** représente le socle sur lequel reposent les relations entre les personnes, mais également entre les individus et les organisations, comme entre les citoyens et les instances gouvernementales. La confiance en la science et, plus spécifiquement, dans l'expertise des autorités de santé publique est aussi importante pendant la crise sanitaire, la population devant être disposée à prendre au sérieux le discours des autorités et à modifier ses habitudes en conséquence. L'évolution rapide de la crise de la COVID-19 et des mesures mises en place pose un défi pour les décideurs soucieux de maintenir la confiance de toutes les parties prenantes, dont la population. En ces temps troubles, la confiance envers les institutions peut être renforcée ou mise à mal. Dès lors, l'explicitation des mesures prises au jour le jour, mais surtout leur justification, auront une incidence sur la confiance et l'adhésion aux mesures préventives. À ce compte, la transparence permet de renforcer la confiance.

La valeur de **transparence** porte plus spécifiquement sur l'information et sa communication. Elle exige que l'information transmise au public concerné soit disponible en temps opportun, facilement compréhensible et utile. La transparence n'exige donc pas que toute l'information possédée par les décideurs soit transmise : la diffusion doit être calibrée en vue de permettre aux destinataires d'en faire un usage averti.

Le **respect de la confidentialité** est également en jeu. Elle concerne la protection des renseignements personnels ou identificatoires. Dans le cas des personnes atteintes de la COVID-19, la possible divulgation d'informations identificatoires pourrait avoir des conséquences très importantes pour elles-mêmes et leurs proches, dont la possibilité d'être stigmatisées, par exemple, sur la base de leur origine ethnoculturelle ou géographique. Dans le contexte actuel, l'utilisation des données de géolocalisation pourrait également avoir des effets pervers.

La **proportionnalité** des moyens par rapport aux fins poursuivies est essentielle dans l'évaluation des mesures de santé publique. Les différents risques ou inconvénients possibles d'une mesure de santé publique ne devraient pas être hors de proportion par rapport à l'ampleur du problème qu'elle participe à résoudre ou par rapport aux bénéfices attendus. Plus particulièrement, il s'agit d'éviter que des préjudices importants soient occasionnés pour résoudre un problème bénin (ce qui n'est manifestement pas le cas dans le contexte de la COVID-19), mais, d'autre part, de permettre que des moyens extraordinaires soient pris pour résoudre un problème d'envergure lorsque de grands bénéfices pour la santé et le bien-être sont attendus.

La **liberté** figure évidemment parmi les éléments en jeu. Elle consiste en l'expression de la capacité des personnes à prendre des décisions et à agir pour elles-mêmes à l'abri d'influences indues, d'où les différentes libertés reconnues par les chartes. Des mesures sanitaires contraignantes, telles que l'isolement, représentent des accrocs considérables à la liberté de mouvement des personnes. Ainsi, la valeur de la liberté se trouvera nécessairement au centre des arbitrages concernant l'adoption de mesures requérant des sacrifices de la part des personnes visées.

Les enjeux éthiques liés à la pandémie de la COVID-19

Les enjeux éthiques auxquels nous confronte la pandémie ont trait aux mesures préventives mises en place pour contrer la propagation du virus, à la vigie sanitaire, à la communication à la population, de même qu'à l'allocation des ressources et à l'accès aux services requis. Chacun de ces enjeux met en tension l'une ou l'autre des valeurs phares qui ont été ciblées. Ces tensions peuvent être atténuées par divers moyens qui nécessitent qu'un arbitrage soit fait entre les valeurs en jeu afin d'en arriver à des solutions acceptables d'un point de vue éthique.

Distanciation, isolement et quarantaine

La distanciation, l'isolement et la quarantaine sont des mesures qui font partie des plus anciens outils de santé publique. La distanciation se traduit par une série d'actions qui visent essentiellement à minimiser les contacts physiques entre les personnes. Elle prend la forme par exemple de la fermeture des écoles, de commerces, de lieux de travail et ainsi de suite. L'isolement est une mesure appliquée entre autres aux personnes que l'on sait atteintes ou qui présentent des symptômes : elles doivent demeurer dans des lieux prédéterminés où l'on sait qu'elles n'entreprendront pas de contact avec autrui. La quarantaine, quant à elle, concerne des individus ou des populations sur des territoires géographiques délimités. Elle s'applique entre autres aux personnes asymptomatiques dans les cas où elles répondent à certains critères, comme celles, par exemple, qui reviennent de voyage.

Le contexte actuel déborde d'exemples de mesures restreignant la liberté des personnes. Notamment, le gouvernement québécois a décrété, le 12 mars 2020, l'isolement obligatoire de tous les employés de la fonction publique et du personnel de la santé, de l'éducation et des services de garde, qui revenaient de l'étranger. Puis, le 25 mars 2020, le gouvernement fédéral a décrété l'isolement obligatoire pour toute personne entrant au Canada. Ces mesures s'appliquent à toute personne présentant ou non des symptômes, peu importe qu'elle soit ou non atteinte de la COVID-19.

De telles mesures sont parmi les plus coercitives de toutes les actions à la portée des autorités de santé publique pour lui permettre de limiter la propagation des maladies transmissibles. Leur caractère justifiable tient à la **bienfaisance** attendue et à la **prudence** adoptée par les autorités de santé publique. Or, leur application, surtout dans une démocratie libérale comme la nôtre, est à contrebalancer avec les **libertés** et les droits fondamentaux.

*Il s'agit alors d'appliquer la **proportionnalité** : plus l'on croit que la pandémie a le potentiel d'être sévère, plus des mesures coercitives ou ayant des répercussions sociales et économiques importantes seront justifiables, étant entendu qu'elles présentent une efficacité reconnue.*

Des facteurs comme l'absence d'immunité pour le virus, sa période d'incubation parfois longue, le fait que certaines personnes soient asymptomatiques tout en étant contagieuses, l'absence de vaccin ou de traitement, ainsi que son indice de contagion très élevé, font que la bienfaisance attendue est significative. Or, le délai entre cette attente et l'imposition de mesures coercitives est un enjeu. Plusieurs personnes pourraient douter des mesures si leur effet ne se faisait sentir qu'après plusieurs mois. Ceci renforce d'autant plus l'importance de maintenir la confiance de la population dans les autorités par la justification publique des mesures. Par contre, la proportionnalité nous invite à réviser ces mesures dès lors que leur bienfaisance attendue est réduite.

D'autre part, la bienfaisance peut entrer en tension avec la valeur de **justice**. En effet, les mesures contraignantes sont appliquées par exemple de façon plus sévère auprès des personnes âgées qui habitent en résidence. Ce faisant, la justification de ces mesures pourrait être difficile, dans les cas où les bienfaits qui en découlent seraient mal expliqués ou mal compris. Il pourrait en résulter des comportements contre-productifs visant à s'opposer à ces entorses faites à la liberté et à dénoncer la discrimination qu'elles imposent à l'égard des personnes concernées.

La bienfaisance entre également en tension avec la **non-malfaisance**. Les mesures coercitives prises pour endiguer la pandémie ont un impact significatif, non seulement sur l'activité économique, mais aussi sur une foule de facteurs de santé psychosociale qui y sont en partie liés. En ce qui a trait aux répercussions économiques, les tensions entre ces valeurs peuvent difficilement être conciliées. Bon nombre d'emplois ne peuvent être occupés par des travailleurs devant respecter les mesures d'isolement. Du point de vue de l'éthique, donc, il est important que les effets négatifs sur l'emploi soient atténués par diverses mesures économiques dans les meilleurs délais, et que nous gardions à l'esprit leur effet différé.

En ce qui a trait aux effets psychosociaux, leur portée exacte devra certainement être mesurée rapidement pendant la crise et dans la période subséquente. L'une des façons de réduire les tensions entre les valeurs en présence serait de mobiliser des équipes de santé publique spécialisées dans ce domaine. Il serait également important de rendre accessibles les services d'aide psychologique à ceux et celles qui en ont besoin. Il en va de même pour les services aux personnes dites vulnérables qui sont perturbés ou fragilisés, notamment ceux qui sont assumés par les groupes communautaires.

Vigie sanitaire et surveillance

La vigie sanitaire fait référence à la protection de la population face au virus. La vigie s'opère à travers la collecte, l'analyse et l'interprétation des données sur les personnes infectées à travers les pouvoirs étendus d'enquête et d'intervention qu'elle possède dans des contextes comme celui-ci. La santé publique joue un rôle central dans le suivi étroit et l'isolement des personnes sous enquête, ainsi que dans la recherche des contacts et la surveillance active de la population.

Les données récoltées par les enquêtes menées auprès des personnes atteintes sont extrêmement précieuses et sensibles, puisqu'elles sont nominales et qu'elles concernent non seulement les cas concernés, mais aussi leurs proches et les lieux qu'elles ont fréquentés.

Ces activités de santé publique, encore ici justifiées par la bienfaisance, soulèvent évidemment des enjeux quant au **respect de la confidentialité**. Par exemple, la disponibilité des données à l'échelle régionale ou de quartier peut aider à contenir la propagation, mais permet la réidentification des personnes dans les régions ou quartiers où le nombre de cas est limité et où la population est moindre. Le risque de stigmatisation étant très important dans ces cas, le souci de **non-malfaisance** nous invite alors veiller à ce que les personnes atteintes ne puissent être identifiées et qu'elles ne subissent pas de préjudices. L'équilibre entre ces valeurs doit éclairer nos choix en matière de moyens technologiques et législatifs : il s'agit de protéger les données personnelles, tout en demeurant efficaces dans l'objectif de contribuer à la **bienfaisance**, soit à la santé de la population. Une surveillance étroite des changements qui surviennent sur le plan de l'épidémiologie, mais aussi sur le plan de l'acceptabilité sociale des mesures préventives, est souhaitable afin que nous demeurions vigilants et que nous adaptions la communication à la population, dans une perspective de réduction des tensions entre les valeurs en présence.

Communication à la population

La communication entre les autorités (politiques et sanitaires) qui prennent les décisions et la population s'avère d'une importance cruciale dans l'atteinte de l'objectif d'endiguer la transmission de la COVID-19.

*Le succès de la communication publique repose sur l'établissement d'un lien de **confiance** basé sur la **transparence**.*

Les mesures de prévention et de protection (distanciation, isolement, quarantaine) mises en place par les autorités doivent notamment être communiquées de manière transparente pour susciter l'adhésion du plus grand nombre. Il a été démontré qu'en contexte de pandémie, les actions de santé publique doivent être extrêmement bien articulées pour ne pas mettre en péril la confiance de la population en son gouvernement et en la science, cette dernière constituant un des fondements des politiques publiques. Une juste articulation invoquera les données probantes disponibles à l'appui des décisions, sans masquer les zones d'incertitude et sans escamoter l'exercice du jugement qui préside aux choix sanitaires et politiques, et qui engage la responsabilité des acteurs. En contrepartie, si les autorités manquaient de transparence, et que les mesures mises en place étaient fortement anxiogènes, la confiance envers celles-ci serait conséquemment entachée.

Par ailleurs, la communication à la population, dans ce contexte, peut devenir une occasion de mieux définir et de renforcer la **solidarité**, notamment par la promotion de comportements altruistes et d'actions à caractère humanitaire. L'interaction peut même s'avérer un espace éducatif de renforcement de la **responsabilité** individuelle et collective. Si la diffusion des moyens concrets pour se protéger contre le virus ou encore de la façon d'agir lorsqu'on est en isolement est essentielle, la prise de conscience du rôle capital joué par la population dans l'éradication du virus l'est encore plus. La participation de la population au déploiement des mesures de santé publique et aux mesures de mitigation doit également être recherchée, notamment par la consultation et la mobilisation des associations citoyennes, des leaders communautaires et des instances municipales. Plusieurs outils de communications tels que les réseaux sociaux peuvent s'avérer utiles pour éveiller la solidarité malgré l'isolement. Dans la crise actuelle au Québec, l'innovation et la créativité ont été encouragées. Par conséquent, les initiatives bénévoles, les dons et les messages d'espoir se multiplient (ex. : #ÇaVaBienAller) et sont repris et salués par les décideurs. Il faut cependant retenir que si l'équilibre entre motivation et réconfort est primordial dans la communication à la population, il sera difficile à maintenir à long terme ; si la crise dure longtemps, il faudra sans doute redoubler de vigilance pour ne pas le rompre.

L'interaction avec la population se réalise autour de l'articulation entre la confiance, la solidarité et la responsabilité. Toutefois, l'actualisation de ces trois valeurs impose également le respect d'autres valeurs qui pourraient venir faire accroc à l'une ou l'autre d'entre elles. Ainsi, comme évoqué à la section précédente, le **respect de la confidentialité** des données personnelles doit continuer autant que possible à être maintenu malgré la volonté de transparence. De plus, dans un souci de **non-malfaisance**, les informations de nature incertaine, potentiellement anxiogènes, pourraient être divulguées seulement si leur diffusion ne risque pas de causer plus de tort que de bien. Toujours dans cette optique de ne pas nuire indûment, les messages ciblant les personnes vulnérables ou définissant les populations à risque devraient être conçus avec une attention particulière quant au risque de stigmatisation qu'ils peuvent comporter.

La tension entre les valeurs mentionnées peut être mitigée par le recours à la notion de « be alert, not alarmed »³, qui suppose une approche empathique, mais claire, demandant à la population de se protéger et de faire preuve de prudence sans induire des mouvements de panique ni alimenter le scepticisme. L'objectif est de constituer une source d'information fiable, crédible et rassurante qui permette aux citoyens de faire des choix individuels cohérents avec les recommandations des experts.

³ « Soyons vigilants, sans paniquer ».

Allocation des ressources et accès aux services de santé

Les pandémies exercent une pression considérable sur les systèmes de santé, forçant les décideurs à établir des priorités dans l'allocation des soins de santé et des ressources disponibles tant sur les plans individuel (ex. : triage des patients), organisationnel (ex. : priorisation de services) que populationnel (ex. : populations vulnérables). Les enjeux liés à l'équité dans l'organisation et la planification des services sont particulièrement importants dans le contexte actuel. L'incidence de la COVID-19 sur les services est potentiellement énorme, entre autres en ce qui concerne l'accès aux lits de soins intensifs, aux respirateurs artificiels, à l'équipement de protection et, éventuellement, aux remèdes et aux vaccins. Il est tout aussi capital, même en temps de crise, que des niveaux de services considérés comme vitaux soient autant que possible maintenus, notamment en ce qui a trait à l'accès aux soins intensifs.

Plus généralement, une réflexion sur les dimensions éthiques des services qui devront être temporairement mis de côté devrait être effectuée et reprise au fur et à mesure de l'évolution de la situation.

À cet égard, par exemple, la décision de reporter ou d'annuler des chirurgies électives – soit des chirurgies considérées comme non urgentes ou semi-urgentes – devrait être appliquée avec prudence, compte tenu du type de chirurgie et des conséquences médicales du délai, mais aussi de l'effet psychologique qui s'ajoute à l'anxiété générée par la pandémie elle-même. En effet, le fait de limiter au minimum les opérations semi-urgentes, notamment en oncologie, peut entraîner de l'anxiété et un risque accru de problèmes pour certains patients. Les valeurs à appliquer sont, de façon générale, la **bienfaisance** attendue par le type d'intervention concernée et l'**équité** dans l'accès aux services. Les arbitrages entre ces valeurs sont notoirement difficiles, puisqu'ils font habituellement intervenir une catégorisation des personnes - en fonction de leur âge et des notions de potentiel de vie en santé, par exemple.

Le cas du triage des patients atteints de la COVID-19 quant à l'allocation des ressources, notamment des ventilateurs médicaux en cas de détresse respiratoire, est susceptible de comporter des dilemmes éthiques particulièrement difficiles à résoudre. Le nombre limité de ventilateurs invite l'élaboration d'un cadre éthique permettant d'établir la priorité dans l'allocation des ressources lorsqu'elles viennent à manquer. Bien que nécessaire, l'imposition d'un cadre éthique pour le triage des patients laisse tout de même place à certaines situations où les choix qui sont faits sont moralement difficiles à soutenir.

On peut aussi comprendre la **justice** et l'**équité** en matière d'accès aux soins et aux services en santé comme des outils épidémiologiques. En plus de servir à lutter efficacement contre la transmission de virus, la distribution équitable des ressources peut également combattre les inégalités liées au statut social ou à l'âge, par exemple. La promotion de la justice sociale peut donc améliorer la **bienfaisance** attendue des mesures de santé publique proposées, en visant à réduire les inégalités sociales de santé.

Enfin, la pression exercée sur le système de santé invite à la **prudence** quant à la gestion du personnel mobilisé pour répondre à l'épidémie : il ne faut pas épuiser les acteurs essentiels du système. Les médecins, les infirmières, les travailleurs sociaux et le personnel hospitalier sont des acteurs de premier plan dont il faut assurer la protection de manière particulièrement étroite. Certaines obligations professionnelles peuvent entrer en tension avec des situations personnelles (ex. : travailleuses enceintes ou cohabitant avec une personne particulièrement à risque). Devant les incertitudes, notamment quant au mode précis de transmission, la prudence peut être avisée, mais cela n'est évidemment pas sans répercussion sur la capacité du système à faire face à l'épidémie. Des lignes directrices claires devraient être émises quant à l'exclusion de certaines personnes des tâches les plus à risque, afin d'éviter de mettre ces dernières (ou leurs familles) en situation de risque élevé et de générer de l'anxiété. Qui plus est, des efforts devraient être consentis pour renforcer la protection de tous ceux et celles qui œuvrent en première ligne auprès des personnes atteintes.

Conclusion

En proposant cet examen synthétique des enjeux éthiques de la pandémie de la COVID-19, le CESP et la CEST espèrent jeter un éclairage utile sur les arbitrages auxquels sont confrontés les décideurs, et contribuer à la nécessaire réflexion sur le sens des actions menées tant par les acteurs de la santé publique que par l'ensemble des citoyennes et des citoyens. En proposant ce texte dès maintenant, nous voulons contribuer en temps réel, au cœur même de l'action.

Cela dit, il y aura un « après » à la pandémie, un temps du retour critique, notamment en termes de bénéfices et de torts pour la population, pour certains de ses sous-groupes, pour les personnes réelles, ainsi que pour l'organisation des services. Et c'est précisément parce qu'il faudra revisiter rétrospectivement les arbitrages de valeurs réalisés dans l'urgence de la pandémie, que le CESP et la CEST souhaitent être associés de près au nécessaire processus d'évaluation qui sera tenu. Un processus auquel les citoyennes et les citoyens devraient également être conviés, à titre de principale « partie prenante » aux difficiles expériences d'action collective que constituent les pandémies.

Références

- Berlinger, N. *et al.* (2020). Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19. *The Hastings Center*. Mars 2020.
- Briggs, C., et M. Nichter. (2009). Biocommunicability and the Biopolitics of Pandemic Threats. *Medical Anthropology* 28 (3): 189–198.
- CCNE (2020). Enjeux éthiques face à une pandémie.
- CESP (2006). Avis sur le Volet santé publique du Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé. Québec.
- Davis, M., Flowers, P. et Stephenson, N. (2013). We Had to Do What We Thought Was Right at the Time: Retrospective Discourse on the 2009 H1N1 Pandemic in the UK. *Sociology of Health & Illness* 36 (3): 369–382.
- Emanuel, E.J. *et al.* (2020). Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *The New England Journal of Medicine*.
- Filiatrault, F., Désy, M. et Leclerc, B. (2015). Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique. INSPQ, Québec.
- Gostin, L.O., Bayer, R. & Fairchild, A.L. (2003). Ethical and Legal Challenges Posed by Severe Acute Respiratory Syndrome: Implications for the Control of Severe Infectious Disease Threats. *JAMA*. 2003;290(24):3229-3237.
- Hick, J.L. *et al.* (2020) Duty to Plan: Health Care, Crisis Standards of Care, and Novel Coronavirus SARS-CoV-2. *National Academy of Medicine*.
- MSSS. (2006). *Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza — Mission santé*. Gouvernement du Québec.
- Nading, A. et Lowe, L. (2018). Social Justice as Epidemic Control: Two Latin American Case Studies, *Medical Anthropology* 37 (6): 458-471.
- OMS (2009). Considérations éthiques dans l'élaboration des mesures de santé publique face à une pandémie de grippe. Genève.
- Rosenbaum, L. (2020). Facing Covid-19 in Italy — Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line. *The New England Journal of Medicine*.
- Thompson, A. *et al.* (2006) Pandemic influenza preparedness: an ethical framework to guide decision-making. *BMC Medical Ethics* 2006, 7:12.
- Truog, R.D., Mitchell, C. & Daley, G.Q. (2020). The Toughest Triage — Allocating Ventilators in a Pandemic. *The New England Journal of Medicine*.
- University of Toronto, Joint Center for Bioethics (2005). Stand on Guard for Thee. Ethical considerations in preparedness planning for pandemic influenza. University of Toronto.
- Upshur, R. (2003). The Ethics of Quarantine. *Virtual Mentor*. 5 (11).

WHO (2016). *Guidance for Managing Ethical Issues in Infectious Disease Outbreaks*. Genève.

Rosenbaum, L. (2020). Facing Covid-19 in Italy — Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line. *The New England Journal of Medicine*.

Thompson, A. *et al.* (2006) Pandemic influenza preparedness: an ethical framework to guide decision-making. *BMC Medical Ethics* 2006, 7:12.

Truog, R.D., Mitchell, C. & Daley, G.Q. (2020). The Toughest Triage — Allocating Ventilators in a Pandemic. *The New England Journal of Medicine*.

University of Toronto, Joint Center for Bioethics (2005). Stand on Guard for Thee. Ethical considerations in preparedness planning for pandemic influenza. University of Toronto.

Upshur, R. (2003). The Ethics of Quarantine. *Virtual Mentor*. 5 (11).

WHO (2016). *Guidance for Managing Ethical Issues in Infectious Disease Outbreaks*. Genève.

