

PÉNURIE D'ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE PENDANT LA PANDÉMIE DE COVID-19

Entre le devoir professionnel de soigner
et celui de se protéger : que choisir?

04/2020

ÉNONCÉ DE POSITION

Table des matières

Sommaire.....	3
Introduction.....	5
Qu'est-ce qu'un équipement de protection individuelle adapté au risque encouru?.....	6
Le soignant est-il obligé d'intervenir lorsqu'il ne dispose pas d'un équipement de protection individuelle adapté?	7
Si le soignant décide d'intervenir malgré tout?.....	8
Références	11

Sommaire

- > Cet énoncé de position concerne les soignants, peu importe le milieu dans lequel ils interviennent.
- > Les instances scientifiques et autres autorités compétentes déterminent, en fonction des données sans cesse actualisées, quels sont les équipements de protection individuelle (EPI) les plus adaptés aux risques encourus selon les soins prodigués. Chaque soignant devrait être dûment informé des mesures reconnues de prévention et de contrôle des infections. Il en va de sa responsabilité professionnelle.
- > Un soignant qui ne peut pas disposer d'un EPI adapté au risque qu'il encourt en donnant des soins peut faire face à un important dilemme éthique : choisir entre son devoir professionnel de soigner et celui de se protéger adéquatement, pour lui-même mais aussi pour tous.

Le soignant est-il obligé d'intervenir lorsqu'il ne dispose pas d'un EPI adapté?

- > En période pandémique, et dans les situations où les EPI se font rares, les soignants ont le devoir de se protéger avant d'agir. Ainsi, le soignant devrait intervenir avec un EPI adapté au risque encouru.
- > Un soignant qui, ne disposant pas de l'EPI adapté, devrait renoncer à prodiguer un soin à un patient pour se protéger, doit en faire part à son supérieur ainsi qu'aux membres de l'équipe interdisciplinaire, voire aux responsables institutionnels ou aux autorités de santé publique concernées.

Tout doit être mis en œuvre pour apporter les correctifs nécessaires afin de minimiser la prise de risque et prodiguer aux patients les soins requis dans les meilleures conditions possibles et dans les meilleurs délais.

Si le soignant décide d'intervenir malgré un EPI sous-optimal?

- > Certaines situations cliniques peuvent être telles que le soignant peut trouver insupportable de ne pas intervenir et pourrait préférer prendre le risque d'être contaminé plutôt que de laisser un patient sans soin.
- > S'il décidait d'intervenir, il devrait pouvoir justifier le risque qu'il aura pris pour lui, d'autres patients, ses collègues, le système de santé et la société.
- > Un soignant qui envisagerait d'intervenir devrait toujours exercer son jugement et peser sa décision en fonction de l'urgence d'intervenir, du risque objectif encouru et d'une possible atténuation de ce risque.

- > Le soignant devrait aussi se demander quelles pourraient être les conséquences de l'intervention si tous les soignants intervenaient sans EPI, ou avec une protection sous-optimale pour le risque encouru.

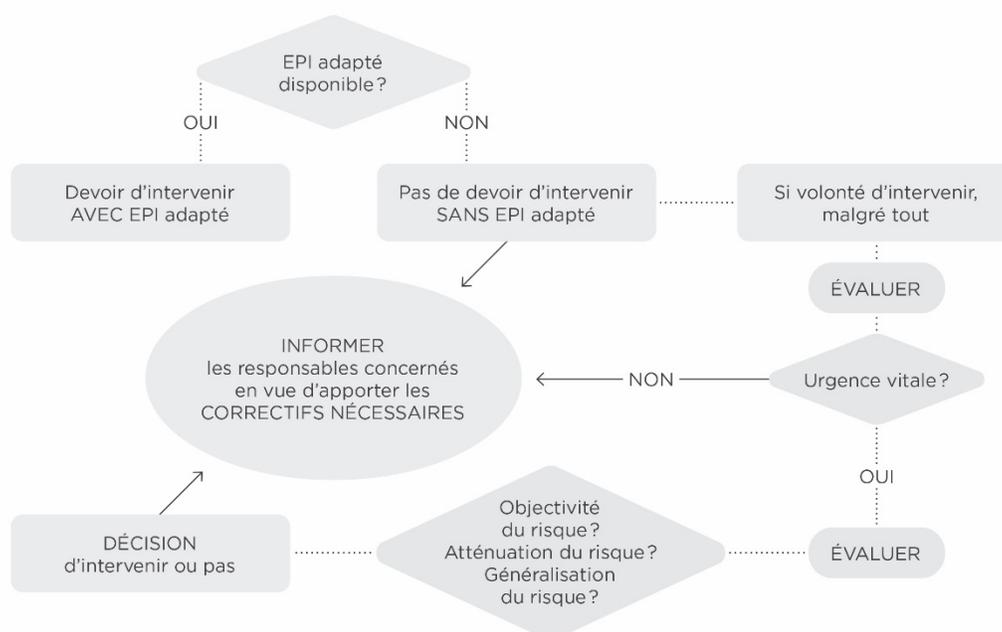
Si le soignant décide de soigner malgré un EPI sous-optimal, quelles sont ses obligations?

- > Le soignant qui doit choisir entre son devoir de soigner et celui de se protéger adéquatement doit agir en professionnel solidaire et responsable, et faire preuve de détermination et de discernement.
- > Il a le devoir d'informer son supérieur, les membres de l'équipe interdisciplinaire, voire les responsables institutionnels concernés ou les autorités de santé publique, de sa décision et du risque qu'il a pris.

Le soignant doit pouvoir compter sur la communication claire et transparente des informations concernant la COVID-19, la justification des décisions de santé publique mises en application, l'allocation juste et équitable des ressources disponibles, dont les EPI adaptés aux soins qu'il est amené à donner. À cet égard, l'institution ou l'employeur a un rôle majeur à jouer. Les soignants travaillant en interdisciplinarité, le partage de l'information est important pour que tous aient les mêmes connaissances.

Le contexte de soins est difficile et génère stress et inquiétude. Au besoin, des mesures de prévention et d'atténuation de la détresse psychologique et des problèmes de santé mentale en contexte pandémique sont à la disposition des soignants. Ils ne devraient pas hésiter à y recourir.

Pénurie d'équipements de protection individuelle (EPI) pendant la COVID-19
Entre le devoir professionnel de soigner et celui de se protéger : que choisir ?



Introduction

Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, la mise en place des mesures limitant la propagation du virus est essentielle, aussi bien à l'intention de l'ensemble de la population qu'à celle de tous les travailleurs qui sont en contact avec d'autres personnes, *a fortiori* s'ils sont susceptibles d'être ou de devenir des vecteurs de contagion.

Cet énoncé de position concerne les soignants, quel que soit le milieu dans lequel ils interviennent.

Alors que le nombre de personnes infectées par le SRAS-CoV-2 ne cesse d'augmenter au Québec, l'approvisionnement du réseau de la santé et des services sociaux en équipements de protection individuelle (EPI) est un enjeu crucial. Les instances scientifiques et autres autorités compétentes déterminent, en fonction des données sans cesse actualisées, quels sont les EPI les plus adaptés aux risques encourus selon les soins prodigués¹. Des mesures sont déjà en place pour réserver l'utilisation des EPI adaptés aux interventions de soins qui les nécessitent².

Les soignants qui ne peuvent pas disposer d'un EPI adapté au risque qu'ils encourent en donnant des soins, peuvent faire face à un important dilemme éthique : choisir entre leur devoir professionnel de soigner et celui de se protéger adéquatement, pour eux-mêmes mais aussi pour tous.

La tension entre leurs convictions morales, leurs obligations légales et déontologiques et leurs devoirs de respecter les mesures de santé publique visant à enrayer la pandémie est mise à l'épreuve. Quel que soit le milieu dans lequel ils exercent : au domicile, en résidence privée pour aînés ou en ressource intermédiaire et de type familial, en centre d'hébergement et de soins de longue durée, en clinique médicale ou à l'hôpital, la conduite à tenir est loin d'être évidente.

Comme en font foi les articles publiés sur le sujet, la question suscite le débat depuis des années, et notamment au cours des dernières épidémies³. Les directives, quand elles existent, ne sont pas toujours cohérentes entre elles. Cela étant dit, les arguments présentés dans les publications sont utiles à la réflexion et sont retenus pour émettre le présent énoncé de position concernant les droits et les responsabilités des soignants pendant la pandémie de COVID-19 et en situation de rationnement des EPI.

¹ Tels l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ).

² INSPQ (2020a).

³ Reid (2005); Ruderman et collab. (2006); AIIC (2008); Bensimon et collab. (2012); AMA (2020); Bean et collab. (2020); BMA (2020); Morgenstern (2020); Provincial COVID-19 Task Force (2020a et 2020b).

Une urgence sanitaire force la recherche d'un nouvel équilibre entre les intérêts individuels des soignants et l'intérêt public, leurs obligations personnelles et leurs obligations professionnelles⁴.

Autrement dit, les soignants doivent assumer les responsabilités qui leur incombent du fait du contrat qui les lie à l'ensemble de la société, de leur obligation⁵ d'assurer les soins nécessaires, même ceux qui leur feraient courir des risques personnels, en vertu d'une solidarité sociale nécessaire. En contrepartie, la société se doit d'assumer les siennes envers les soignants par devoir de réciprocité et de solidarité : elle doit assurer la protection de leur santé (dont un accès prioritaire aux EPI, par exemple) et celle de leurs proches, leur donner l'assurance d'une certaine sécurité s'ils tombent malades dans l'exercice de leur profession, maintenir et adapter la protection légale concernant leur responsabilité civile, etc.⁶ Les patients qui ont besoin de soins doivent participer à l'effort collectif de solidarité et assumer certaines responsabilités⁷ vis-à-vis de leurs proches et des soignants.

En période de pandémie, les lois et les codes professionnels⁸ demeurent en vigueur. En ce qui concerne les codes de déontologie, les ordres s'engagent à continuer de les appliquer avec discernement durant la crise sanitaire en suivant notamment le principe du « plus compétent dans les circonstances⁹ » et en tenant compte du « contexte particulier d'urgence dans lequel [le soignant] aura agi et où l'intérêt collectif était en cause »¹⁰.

Cela étant dit, si un soignant censé intervenir auprès d'un patient susceptible de transmettre le SRAS-CoV-2 ne peut pas disposer de l'EPI adapté au risque encouru, plusieurs questions se posent.

Qu'est-ce qu'un équipement de protection individuelle adapté au risque encouru?

Des soignants pourraient avoir une fausse perception du risque, et le minimiser ou au contraire l'amplifier et le craindre, selon leurs connaissances, leur compréhension ou leur personnalité. Une évaluation objective du risque est essentielle dans le contexte.

⁴ CMQ (2008).

⁵ *Loi sur la sécurité civile, Loi sur la santé publique, Loi sur les services de santé et les services sociaux*, codes de déontologie, etc.

⁶ CMQ (2008).

⁷ Pour exemple : transparence dans la communication de leur état de santé et adhésion aux mesures de prévention de la transmission virale.

⁸ *Code civil du Québec, Charte des droits et libertés de la personne, Code des professions, Loi médicale*, codes de déontologie, *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

⁹ Il est fait référence ici à la réassignation des soignants vers des services en besoin, aux impacts sur la qualité des soins de certaines mesures de protection (EPI, protocoles de soins, etc.).

¹⁰ CMQ (2020).

Chaque soignant devrait savoir autant que possible quel est le risque d'infection encouru et quel est l'EPI le plus adapté selon l'intervention requise. Il doit être dûment informé des mesures reconnues et actualisées de prévention et de contrôle des infections¹¹. Il en va de sa responsabilité professionnelle.

Les connaissances concernant la COVID-19 évoluent très vite. Les comportements exigés des soignants sont reliés aux données actuelles. Ils pourraient changer au cours des jours. Les soignants doivent pouvoir comprendre pourquoi les mesures de protection changent avec le temps, d'une unité à l'autre, selon le soin à prodiguer, afin de mieux y adhérer.

À cet égard, la responsabilité est partagée : d'une part, les patients doivent être transparents concernant leurs symptômes et leur risque d'infection par le SRAS-CoV-2; d'autre part, l'institution de soin ou d'hébergement ou l'employeur doivent informer les soignants régulièrement et le plus objectivement possible de l'état de la situation dans leur institution, des consignes et autres directives, fondées sur les données probantes les plus récentes.

Une communication claire et transparente de l'institution ou de l'employeur, concernant l'allocation des EPI aux soignants selon les risques reliés aux interventions, et la disponibilité des équipements, est tout aussi nécessaire.

Les procédures de soins doivent être optimisées pour concilier ce devoir de protection avec celui de donner les soins les plus appropriés à chacun des patients qui en ont besoin. Ainsi, la pertinence et la manière de procéder à certaines interventions doivent être réévaluées et adaptées en permanence.

Les ordres soulignent le défi que représente cette adaptation continue pour les soins à domicile et en milieu d'hébergement en particulier, compte tenu de la réalité de l'organisation des soins et de la variété des risques qui leur sont inhérents et auxquels doit correspondre une utilisation efficiente des EPI.

Le soignant est-il obligé d'intervenir lorsqu'il ne dispose pas d'un équipement de protection individuelle adapté?

Un soignant n'est obligé, ni par la loi ni par son code de déontologie, de prendre le risque d'une contamination pour intervenir auprès d'un patient susceptible de transmettre le SRAS-CoV-2. Il pourrait même être tenu¹² de ne pas prendre de risque au moment d'intervenir.

En dehors d'une pandémie, les soignants ont tendance à défendre d'abord l'intérêt du patient¹³, et sont amenés régulièrement à prendre des risques¹⁴ pour le faire. La pandémie exige d'eux d'agir parfois différemment. Sans renoncer à défendre l'intérêt de chacun des

¹¹ INSPQ (2020a).

¹² Selon les directives de certains établissements et autres employeurs.

¹³ Conformément à leurs codes de déontologie.

¹⁴ Pour exemple : atteinte à leur intégrité physique (patients agités ou agressifs), risques infectieux (Parvovirus et cytomégalovirus (CMV) chez la travailleuse enceinte, tuberculose, etc.).

patients, les soignants doivent respecter les priorités établies dans une perspective populationnelle, ce qui complique les jugements cliniques qu'ils doivent porter.

En période pandémique, et dans les situations où les EPI se font rares, les soignants ont le devoir de se protéger avant d'agir : d'abord, pour pouvoir rester fonctionnels, ensuite, pour ne pas devenir eux-mêmes des vecteurs de transmission virale. Il s'agit alors de répondre à leurs obligations envers eux-mêmes, leurs proches, mais aussi les autres patients et leurs collègues.

Le soignant devrait intervenir avec un EPI adapté au risque encouru.

Un soignant qui, ne disposant pas de l'EPI adapté, devrait renoncer à prodiguer un soin à un patient pour se protéger, doit en faire part à son supérieur ainsi qu'aux membres de l'équipe interdisciplinaire, voire aux responsables institutionnels ou aux autorités de santé publique concernées¹⁵.

Tout doit alors être mis en œuvre pour apporter les correctifs nécessaires pour minimiser la prise de risque et prodiguer aux patients les soins requis dans les meilleures conditions possibles et dans les meilleurs délais.

Si le soignant décide d'intervenir malgré tout?

Certaines situations cliniques peuvent être telles que le soignant peut trouver insupportable de ne pas intervenir et pourrait préférer prendre le risque d'être contaminé plutôt que de laisser un patient sans soins urgents. Toutes sortes de situations cliniques sont possibles : des soins quotidiens donnés à des personnes atteintes d'un déficit cognitif majeur dans une ressource de type familial; des soins intensifs en pédiatrie; un accouchement à domicile; etc.

S'il décidait d'intervenir malgré tout, il devrait pouvoir justifier, par le bénéfice du soin qu'il aura prodigué à un patient, le risque qu'il aura pris, pour lui, ses collègues ou le système de santé.

La témérité n'est pas de mise dans le contexte d'une pandémie comme celle de la COVID-19, où tout un chacun doit faire preuve de professionnalisme et de solidarité responsable : un soignant risque de faire plus de mal que de bien s'il est infecté, faute de précautions.

Un soignant qui envisagerait d'intervenir malgré tout devrait toujours exercer son jugement et peser sa décision en fonction de l'urgence vitale d'intervenir, du risque objectif encouru et d'une possible atténuation de ce risque.

L'urgence vitale d'intervenir

S'il n'est pas urgent d'agir et que la vie du patient n'est pas en danger, le soignant doit prendre le temps d'aviser son supérieur, les membres de l'équipe interdisciplinaire, voire les

¹⁵ Conformément à l'article 40 du *Code déontologie des médecins*, un médecin qui aurait des motifs de croire que la santé de la population ou d'un groupe d'individus serait menacée devrait en aviser les autorités de santé publique concernées.

responsables institutionnels ou les autorités de santé publique concernées, afin que les correctifs nécessaires soient apportés.

Chaque fois qu'il est possible de le faire, il est requis de prendre le temps de trouver une meilleure solution que la prise d'un risque excessif.

En cas d'urgence vitale, le soignant doit déterminer et soupeser les conséquences possibles d'une intervention immédiate :

- > pour le patient¹⁶ et ses proches;
- > pour le soignant et ses proches, selon leur propre réalité : travailleuse/proche enceinte, personne immunodéprimée ou atteinte d'une maladie chronique¹⁷, etc.;
- > pour la collectivité : collègues de travail et ensemble du système de santé.

Le risque objectif encouru

Le risque évalué devra être soupesé en fonction du bénéfice attendu par le soignant prêt à intervenir sans protection, ou du moins avec une protection sous-optimale.

Une possible atténuation de ce risque

Le soignant doit envisager rapidement comment atténuer le risque. Pour ce faire, il est encouragé à prendre quelques instants au besoin pour discuter brièvement de la situation avec ses pairs, les autres membres de l'équipe interdisciplinaire ou son supérieur, à la recherche d'une solution qui serait raisonnable.

Si tous les soignants prenaient la même décision que lui?

Dans l'évaluation de la prise de risque, le soignant devrait aussi se demander quelles pourraient être les conséquences de l'intervention si tous les soignants intervenaient sans EPI, ou avec une protection sous-optimale relativement au risque encouru :

- > retrait du système de santé, en cas d'isolement;
- > contribution à la pression sur le système de santé, en cas de développement de la COVID-19;
- > nouveaux vecteurs de contamination dans le réseau de la santé et dans la population.

Les enjeux de justice et d'équité sont à prendre en considération : si le soignant sauvait un patient, combien d'autres seraient alors privés de soins?

¹⁶ INSPQ (2020a).

¹⁷ INSPQ (2020b).

Si le soignant prend la décision de soigner malgré un EPI sous-optimal, quelles sont ses obligations?

Si, après avoir exercé son jugement, un soignant a décidé d'intervenir avec une protection sous-optimale, il a le devoir d'informer de la décision et du risque qu'il a pris son supérieur, les membres de l'équipe interdisciplinaire concernés, voire les responsables institutionnels¹⁸ ou les autorités de santé publique.

Le soignant qui doit choisir entre son devoir de soigner et celui de se protéger adéquatement doit agir en professionnel solidaire et responsable, et faire preuve de détermination et de discernement.

Il n'est pas seul. Il fait partie d'une équipe et souvent d'une institution qui l'accompagnent et le soutiennent dans sa prise de décision. Il est indéniable qu'en cette période pandémique, la solidarité est un principe fort, qui se manifeste à tous les niveaux d'intervention. Le contexte de soins est difficile et génère stress et inquiétude. Au besoin, des mesures de prévention et d'atténuation de la détresse psychologique et des problèmes de santé mentale en contexte pandémique sont à la disposition des soignants¹⁹. Ils ne devraient pas hésiter à y recourir.

Avec ses pairs et l'équipe interdisciplinaire, le soignant, pour donner les meilleurs soins possibles en exerçant son jugement, doit pouvoir compter sur la communication claire et transparente des informations concernant la COVID-19, la justification des décisions de santé publique mises en application, l'allocation juste et équitable des ressources disponibles, dont les EPI adaptés aux soins qu'il est amené à donner, *a fortiori* si elles sont rationnées, etc. L'institution ou l'employeur a un rôle majeur à jouer à cet égard. Les soignants travaillant en interdisciplinarité, le partage de l'information est important afin que tous aient les mêmes connaissances.

Les ordres professionnels assurent leur soutien à chacun de leurs membres et travaillent de concert avec le gouvernement et les responsables de la santé publique pour veiller à améliorer l'efficacité des ressources disponibles, et les adapter pour que les meilleurs soins possibles puissent être prodigués à tous ceux qui en ont besoin, qu'ils soient ou non infectés par le SRAS-CoV-2, et quel que soit le milieu.

Noter que cet énoncé se fonde sur les évidences scientifiques disponibles en date dudit énoncé.

¹⁸ Tels que le Bureau de santé de l'établissement, l'employeur et/ou la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) pour ceux qui travaillent dans le secteur privé, etc.

¹⁹ INESSS (2020).

Références

- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (2020). [AMA Code of Medical Ethics: Guidance in a pandemic](#).
- ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA (2008). « [Considérations déontologiques pour les infirmières et infirmiers en cas de pandémie ou d'autres urgences](#) », *Déontologie pratique pour infirmières et infirmiers*, août, 14 p.
- ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE (2020). [Soutenir les membres pendant la pandémie de COVID-19](#).
- BEAN, S., et collab. (2020). [Ethical Framework for the Allocation of Personal Protective Equipment \(during COVID-19\)](#), Health Ethics Alliance, 6 p.
- BENSIMON, C. M., et collab. (2012). « [The duty to care in an influenza pandemic: A qualitative study of Canadian public perspectives](#) », *Social Science & Medicine*, vol. 75, no 12, p. 2425-2430.
- BRITISH MEDICAL ASSOCIATION (2020). [COVID-19 – ethical issues. A guidance note](#), 9 p.
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2020). [Au front contre le virus, les médecins s'adaptent... leur Collège aussi – Éditorial du président](#).
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2008). [Le médecin et les urgences sanitaires – Énoncé de position](#), 21 p.
- INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX (2020). [COVID-19 et la détresse psychologique et la santé mentale du personnel du réseau de la santé et des services sociaux dans le contexte de l'actuelle pandémie](#), 17 p.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2020a). [Prévention et contrôle des infections](#).
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2020b). [COVID-19 : Santé au travail](#).
- MORGENSTERN, J. (2020). « [COVID Ethics: Should clinicians see patients without appropriate PPE?](#) », *First10EM blog*, 25 mars.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2020). [Orientations pour la lutte anti-infectieuse dans les établissements de soins de longue durée dans le contexte de la COVID-19 – Orientations provisoires](#), 21 mars, 6 p.
- PROVINCIAL COVID-19 TASK FORCE (2020a). [Ethics Analysis: What is the Ethical Duty of Health Care Worker to Provide Care During COVID-19 Pandemic?](#), British Columbia - Ministry of Health, 28 mars, 20 p.

PROVINCIAL COVID-19 TASK FORCE (2020b). [COVID-19: Emergency Prioritization in a Pandemic Personal Protective Equipment \(PPE\) Allocation Framework](#), British Columbia - Ministry of Health, 28 mars, 85 p.

QUÉBEC (2020). [Charte des droits et libertés de la personne : RLRQ, c. c-12](#).

QUÉBEC (2020). [Code civil du Québec : RLRQ, c. CCQ-1991](#).

QUÉBEC (2020). [Loi sur la santé publique : RLRQ, c. S-2.2](#).

QUÉBEC (2020). [Loi sur la sécurité civile : RLRQ, c. S-2.3](#).

QUÉBEC (2020). [Loi sur les services de santé et les services sociaux : RLRQ, c. S-4.2](#).

QUÉBEC (2020). [Code de déontologie des infirmières et infirmiers : RLRQ, c. I-8, r. 9](#).

QUÉBEC (2020). [Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires : RLRQ, c. C-26, r. 153.1](#).

QUÉBEC (2020). [Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec : RLRQ, c. C-26, r. 167](#).

QUÉBEC (2020). [Code de déontologie des médecins : RLRQ, c. M-9, r. 17](#).

QUÉBEC (2020). [Code des professions : RLRQ, c. C-26](#).

REID, L. (2005). « [Diminishing returns? Risk and the duty to care in the SARS epidemic](#) », *Bioethics*, vol. 19, no 4, p. 348-361.

RUDERMAN, C. et collab. (2006). [On pandemics and the duty to care: whose duty? who cares?](#), *BMC Med Ethics*, vol. 7, no 5.

Auteurs

Marie-Ève Bouthillier, Ph. D.

Cadre-conseil en éthique
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval
Professeur adjoint de clinique
Université de Montréal

Joël Brodeur, inf.

Directeur
Direction, Développement et soutien professionnel
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Michel Désy, Ph. D.

Secrétaire
Comité d'éthique de santé publique
Conseiller spécialisé en éthique
Institut national de santé publique du Québec

Sandra Di Palma, inh.

Coordonnatrice à l'inspection professionnelle
Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

Carole Grant, inf. aux.

Présidente
Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec

Isabelle Mondou, M.D., M.A.

Conseillère en éthique clinique
Collège des médecins du Québec

Nathalie Orr-Gaucher, M.D., FRCPC, Ph. D.

Pédiatre urgentiste
Professeure agrégée de clinique
CHU Sainte-Justine
Université de Montréal

Élodie Petit, LL.M, M.A, M.B.A.

Conseillère en éthique clinique
Institut de cardiologie de Montréal