

Le triage en services d'urgence en temps de pandémie au Québec : L'outil en tant que stratégie micropolitique d'un agencement biopolitique

Yan Grenier, Loïc Andrien, Coralie Sarrazin, Patrick Fougeyrollas

▶ **To cite this version:**

Yan Grenier, Loïc Andrien, Coralie Sarrazin, Patrick Fougeyrollas. Le triage en services d'urgence en temps de pandémie au Québec : L'outil en tant que stratégie micropolitique d'un agencement biopolitique. Aequitas. Revue de développement humain, handicap et changement social/Journal of human development, disability, and social change, 2021, Pandémie, crise humanitaire, handicap et droits humains, 27 (1). hal-03381561

HAL Id: hal-03381561
https://inshea.hal.science/hal-03381561

Submitted on 17 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Aequitas Revue de développement humain, handicap et changement social, 2021, **(27)**, 1, p. 111-135.
Aequitas Journal of Human Development, Disability, and Social Change

Le triage en services d'urgence en temps de pandémie au Québec : L'outil en tant que stratégie micropolitique d'un agencement biopolitique*

*Emergency triage in pandemic times in Quebec: The tool as a micropolitical strategy for the administration of living human beings**

YAN GRENIER[1], LOÏC ANDRIEN[2], CORALIE SARRAZIN[3] ET PATRICK FOUGEYROLLAS[4] **

[1] Center for Disability Studies de l'Université de New York (NYU)
[2] Institut national supérieur de formation et de recherche pour l'éducation des jeunes handicapés et les enseignements adaptés (INSHEA) et École des hautes études en sciences sociales (EHESS), Programme Handicap et Sociétés
[3] Handicap, Autonomie et Développement de la Participation Sociale (HADéPaS), Université Catholique de Lille
[4] Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH), Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS) et Université Laval

Yan Grenier : anthropologue et politologue du handicap. En 2020, il a défendu sa thèse en anthropologie portant sur l'expérience de déplacement et d'habitation du monde des personnes vivant des situations de handicap dans la ville de Québec. Il est actuellement post-doctorant au Centre de recherches sur le handicap de l'université de New York où il mène des travaux sur la détermination des infrastructures sur les modes d'habiter et d'existence. À travers des approches processuelles, et intéressés aux questions du devenir, ses travaux reposent sur des méthodologies situées et des démarches ontographiques afin d'analyser les conditions collectives de production des individualités. Membre du Collectif international Pandémie, Droits humains et Handicap.

Loïc Andrien : éducateur spécialisé, puis directeur d'établissements médico-sociaux, il a soutenu une thèse en sciences de gestion au Centre de Recherche en Gestion de l'École polytechnique, en 2019. Il co-anime le réseau H2i-Handicap et Innovation Inclusive. Ses travaux portent sur le management des organisations inclusives, sur la façon dont l'action collective rend accessible à tous l'environnement avec lequel elle interagit. Il s'intéresse notamment à la manière dont les outils et techniques influencent la construction du sens de l'action collective, en l'automatisant et en diminuant le recours au débat démocratique. S'intéresser aux outils, c'est aussi s'intéresser à leurs usages et aux logiques sous-jacentes, celles que les acteurs n'ont pas nécessairement élaborées ou conscientisées. Membre du Collectif international Pandémie, Droits humains et Handicap.

Coralie Sarrazin : d'abord psychologue spécialisée en psychopathologie puis docteure en psychoéducation, elle travaille principalement sur l'autodétermination des personnes en situation de handicap. Dans ses travaux, elle privilégie une approche écosystémique, prenant tout autant en compte l'environnement que la personne. Elle utilise l'ethnographie institutionnelle comme méthode de recherche, qui permet de comprendre les mécanismes de régulation sociale souvent invisibles mais ayant des répercussions importantes sur la pratique et dans la vie de tous les jours des professionnels de l'accompagnement. Membre du Collectif international Pandémie, Droits humains et Handicap.

* Auteur correspondant. Adresse courriel : yan.grenier1@gmail.com

** Note des auteurs : Cet article s'inscrit dans un programme de recherche porté par le **Collectif international Pandémie, Droits humains et Handicap,** soutenu par la Fondation Internationale de Recherche Appliquée sur le Handicap (FIRAH) et la Fondation Handicap Malakoff Humanis.

Patrick Fougeyrollas : anthropologue spécialisé dans le champ des études sociales critiques sur le handicap. Fondateur et directeur scientifique du Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH), chercheur au Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS) et professeur associé au département d'anthropologie de l'Université Laval. Engagé depuis 40 ans dans le mouvement québécois et international de défense des droits et de vie autodéterminée des personnes vivant des situations de handicap. Membre du Collectif international Pandémie, Droits humains et Handicap.

Résumé

Au Québec, la crise de la COVID-19 a mis en lumière la mise en place, sans annonce publique, d'un protocole de triage par le gouvernement québécois. Celui-ci a été l'objet de critique en raison de la discrimination qu'il entretenait envers les personnes ayant des incapacités et les aînés dans l'accès aux ressources. L'article cherche à replacer l'outil de triage en tant que machine micropolitique dans un agencement plus large afin de mieux comprendre l'orientation utilitariste de ce dispositif sanitaire de crise. Le choix quant à l'allocation de ressources repose sur un calcul entre le potentiel de survie des personnes et le coût de cet effort afin de préserver le système hospitalier et des discriminations s'installent rapidement au moment du choix. L'article montre, par le biais d'une analyse de la machine triage et de l'agencement duquel il découle, son origine militaire et impériale dans les guerres napoléoniennes, mais aussi que le protocole tend à externaliser et à automatiser des décisions anciennement prises par les médecins. Le propos s'installe dans une considération politique à la fois d'un capacitisme évident par l'infrastructure sanitaire, mais aussi d'un agencement biopolitique qui le produit et le transmet par ses machines.

Mots-clés : COVID-19, triage, capacitisme, handicap, micropolitique, utilitarisme

Abstract

In Quebec, the COVID-19 crisis highlighted the implementation of a triage protocol by the Quebec government without being publicly announced. It has been criticized for its discrimination against people with disabilities and seniors in accessing resources. The article seeks to consider the triage tool as a micropolitics in a larger framework in order to better understand the utilitarian orientation of this sanitary crisis. The choice as to the allocation of resources is based on a calculation between the survival potential of people and the cost of this effort to preserve the hospital system, and discrimination quickly sets in when the choice is made. The article shows, through an analysis of the triage machine and the arrangement from which it derives its military and imperial origin during the Napoleonic wars, but also that the protocol tends to externalize and automate decisions formerly made by doctors. The point is rooted in a political consideration both of an evident ableism by the health infrastructure but also of a biopolitical arrangement that produces it and transmits it through its machines.

Keywords : COVID-19, triage, ableism, disability, micropolitics, utilitarianism

Le triage en services d'urgence en temps de pandémie au Québec : L'outil en tant que stratégie micropolitique d'un agencement biopolitique.

Le principe de toute technologie est de montrer qu'un élément technique reste abstrait, tout à fait indéterminé, tant qu'on ne le rapporte pas à un agencement qu'il suppose. Ce qui est premier par rapport à l'élément technique, c'est la machine : non pas la machine technique qui est elle-même un ensemble d'éléments, mais la machine sociale ou collective, l'agencement machinique qui va déterminer ce qui est élément technique à tel moment, quels en sont l'usage, l'extension, la compréhension..., etc. C'est par l'intermédiaire des agencements que le phylum sélectionne, qualifie et même invente les éléments techniques.

Deleuze, G., & Guattari, F. (1980). *Capitalisme et schizophrénie : Mille plateaux*. Paris : Éditions de minuit. p. 495.

Introduction

La pandémie de COVID-19 a été annoncée comme une menace quant à la capacité des systèmes de santé à l'échelle planétaire et a montré la fragilité des infrastructures sur le plan des capacités de surveillance des maladies infectieuses, de leur financement et des limites matérielles et humaines des services d'urgence (Blouin Genest et coll., 2021; Gaffney et coll., 2020; Husain et coll., 2020; Lee, 2020; Maani & Galea, 2020). Depuis mars 2020, il a été donné de constater l'augmentation du nombre de patients en services d'urgence associée à une raréfaction, à l'épuisement et une rationalisation des ressources dans les centres hospitaliers, dont les équipements de protection, les lits disponibles et les ventilateurs. Du côté du personnel, on remarque une diminution des effectifs au vu des contaminations, un surmenage en raison de l'intensification des efforts déployés du fait de la hausse des hospitalisations et de l'intensification des interventions (Dubois, 2020a, 2020b). Dans le monde hospitalier, cette raréfaction des ressources matérielles et humaines a favorisé l'élaboration et l'enclenchement de nouveaux protocoles de triage dans l'accès aux soins. Pour les personnes ayant des incapacités et les personnes aînées, en raison des catégories contenues dans le protocole du triage, le moment de décision peut faire en sorte que les moyens nécessaires à leur survie soient évacués des options qui leur seront offertes. Les protocoles comportent des catégories et des prescriptions de mesures qui prennent la forme d'une stratégie utilitariste de la santé de crise débouchant sur des sélections discriminatoires.

En temps de pandémie, la question du triage en milieu de soins engage une réflexion politique et éthique sur les outils techniques et les stratégies d'administration des ressources de santé et quant aux conséquences de ces décisions sélectives sur les conditions de traitement, de survie ou d'exclusion des personnes qui ont contracté la COVID-19.

Approche théorique et méthodologie d'enquête

Cet article se penche sur l'élaboration du processus de triage au Québec suite à la première vague de COVID-19 et à sa révision en décembre 2020 intitulé *Triage pour l'accès aux soins intensifs (adultes et pédiatriques) et l'allocation des ressources telles que les respirateurs en situation extrême de pandémie*, de l'effet possible des réarrangements proposés sur l'offre et l'absence de soins, et ce, à l'égard des populations vulnérabilisées par les pratiques de triage, dont les personnes ayant des incapacités. Par-delà la logique comptable, cet article offre une lecture anthropologique et philosophique du triage en temps de pandémie pour en voir les déterminations et les usages et les replacer dans une approche théorique critique du handicap. Dans l'analyse, le triage y est abordé en tant que machine spécifique, bien qu'évolutive, d'un agencement dont il émerge et dans lequel il fonctionne et qui a des effets sur ses strates matérielles, sociaux et sémiotiques (Deleuze & Guattari, 1980). La notion de machine est comprise ici dans le sens donné par Simondon, partiellement hérité de Canguilhem et Leroi-Gourhan, en tant

qu'individu technique qui remplace une fonction préalablement jouée par l'humain : « la machine prend la place de l'homme parce que l'homme accomplissait une fonction de machine, de porteur d'outils » (Simondon, 1989 : 15). L'individu technique qu'est la machine joue le rôle de médiateur ou de seuil dans un dispositif ou un paradigme plus large tandis que l'humain y joue le rôle d'opérateur et de coordinateur. L'humain est, parmi ces « machines qui opèrent avec lui […] ce qui réside dans les machines, c'est de la réalité humaine, du geste humain fixé et cristallisé en structures qui fonctionnent. Ces structures ont besoin d'être soutenues au cours de leur fonctionnement, et la plus grande perfection coïncide avec la plus grande ouverture, avec la plus grande liberté du fonctionnement » (Simondon, 1989 : 12). Dans cette perspective, la machine doit être comprise dans son milieu et selon les dynamiques de codétermination et de coévolution auxquelles elle est soumise et participe. En tant que machine spécifique d'un dispositif sanitaire, le triage rempli des rôles définis ou à venir dans l'administration des ressources selon des impératifs préexistants et influe leur mise en œuvre. À la fois, elle accompagne, remplace et accomplit les tâches humaines dans un effort de régulation et de stabilisation (Simondon, 1989 : 15).

Tout en considérant le caractère biopolitique (Foucault, 1997, 2004) de la situation d'ensemble de la pandémie de COVID-19 et la gouvernementalité associée, l'article examine le lien de détermination entre la machine sociale, qu'est le capitalisme biopolitique, et la machine technique locale, qu'est le triage en temps de crise afin de les dénaturaliser et de les historiciser. Ceci implique donc une lecture des modes opératoires à partir desquels l'outil émerge et technicise des décisions relatives aux manières de « faire-vivre » et de « laisser-mourir ». La visée étant une problématisation de la micropolitique du triage en relation avec les nécessités de la machine sociale et de ses impératifs de gouvernementalité (Foucault, 1994). Considérant que la machine « triage » est un indice de l'agencement (Deleuze & Guattari, 1975 : 86), une série de questions oriente la recherche : quels rôles y joue le triage? Quelles dynamiques préserve-t-il dans l'agencement et par quelle sélection?

Une première revue de littérature générale a été réalisée de manière à définir la notion de triage, pour en montrer les conditions d'émergence en tant que technique de gouvernement et d'en comprendre les applications cliniques. À cette étape, ce sont les conditions de son émergence qui sont explorées, son état actuel et le rationnel utilitariste qui le soutient. Le questionnement bioéthique est exploré dans la littérature afin de montrer l'état de la critique et ses insuffisances. Le protocole et les outils préexistants sont abordés de deux manières : à travers des documents gouvernementaux officiels et techniques pour en montrer l'élaboration et le fonctionnement, ce qui permet de contextualiser le milieu machinique auquel vient se greffer en continuité ce nouveau protocole d'urgence, d'en explorer le contenu. Afin d'établir la ligne de temps et d'identifier les tensions vu l'absence de documentation officielle, nous avons procédé par une revue de presse depuis le début de la pandémie et en explorant les positions et les réactions des groupes de personnes en situation de handicap et de groupes experts face au protocole de triage en temps de crise. Ceci a aussi permis de mettre en contexte la seconde mouture du triage en relation avec les réactions sociales et sa publication attendue.

L'évolution du triage selon les écrits : de la stratégie militaire à la stratégie de gestion des flux en milieu hospitalier en temps normal et de crise

La littérature montre que le triage, dans son sens général, se donne à la fois comme pratique institutionnelle et comme une composante essentielle des systèmes de soin, et qu'il relève d'une logique économique en santé visant à déterminer le niveau de priorité de soins et à allouer adéquatement les ressources selon les besoins des patients. Toutefois, Nakao et al. (2017) et Petrini (2010) ont montré que le triage a vu le jour dans les nécessités militaires des guerres napoléoniennes comme stratégie

d'administration et d'allocation des soins pour une masse de soldats de bas rangs obéissant à une stratégie impliquant des pertes humaines massives. Cette première compréhension, historicisée, montre déjà que le triage a émergé en tant que technique servant la machine militaire de l'époque dans sa rencontre avec le dispositif médical sa rationalisation de l'état du corps et de l'identification du traitement associé. C'est du couplage de deux machines que le triage émerge :

> « In the Battle of Jena in 1806, the French army used the triage system developed by Larrey. The system involved categorization into three grades based on the severity of the wounds irrespective of the soldier's rank: dangerously wounded, less dangerously wounded, and slightly wounded. […] Treatment was thus given from a military perspective – not from the point of view of prioritizing the saving of life, as in modern medicine. » (Nakao et coll., 2017 : 382-383).

L'adoption de cette stratégie dans l'arsenal militaire de conquête réduisait considérablement la mortalité sur le champ de bataille et permettait donc d'évacuer et de préserver les corps de l'armée pour des opérations subséquentes, et ce, afin d'assurer le fonctionnement de la machine impériale. Précisons que dès sa conception, la stratégie se voulait égalitaire dans la mesure où elle portait sur le besoin du corps blessé et non le rang militaire. Demeurant ancré dans le modèle militaire de la guerre et appliqué à l'industrie médicale, l'évolution du triage médical moderne, de sa technique et de son savoir, entretient des relations de causalité récurrentes avec son milieu associé. Celui-ci est donc considéré comme dispositif polymorphe (Marks, 2020) construit et appris, qui se compose de normes et de pratiques qui comportent des différences locales et juridictionnelles (Antommaria et coll., 2020). Sur le terrain, les professionnels de soins évaluent la condition de la personne, le type et le niveau de soins requis en relation avec des systèmes classificatoires et de cotation (Gavidel & Rickli, 2015; Mallett & Woolwich, 1990; Truog, 1992). Pour ce faire, ils utilisent des échelles, qui automatisent l'évaluation et l'organisation des soins à dispenser et qui invisibilisent le processus de prise de décision. Ces outils résultent et servent à la résolution d'un problème technique localisé, mais qui s'inscrit toujours au sein d'un agencement. Dans la santé moderne, le triage constitue un moment d'opérationnalisation tactique de gestion de flux et de population. Dans le quotidien hospitalier, le triage s'applique à plusieurs moments, soit à l'enregistrement du patient, lors de son évaluation par le personnel médical ayant la formation nécessaire, soit à différents moments pendant l'hospitalisation afin de réviser le type de soins à octroyer et leur intensité (Joebges & Biller-Andorno, 2020; Rueda et coll., 2020; Valiani et coll., 2020). Le triage est donc cette technologie normalisée et localisée, répondant initialement à la machine impériale, à la machine industrielle et finalement au capitalisme néo-libéral, qui permet la gestion des flux et l'allocation de ressources en milieu hospitalier.

La couverture du triage hospitalier dans la littérature médicale

Dans la littérature médicale, les auteurs offrent diverses définitions du triage selon ses usages. Iserson et Moskop (2007) proposent une typologie des différents instruments de triage et de leurs caractéristiques. D'autres auteurs ont abordé la diversité de systèmes en jeu (Bazyar et coll., 2019; Jenkins et coll., 2008; Pollaris & Sabbe, 2016) pour évaluer leur qualité dans l'estimation et la planification des ressources. Christian (2019) s'est penché sur les principes orientant l'éthique et la gouverne du tri, et Kennedy at al. (1996) se sont intéressés à décrire ses techniques et ses applications dans la prise de décision, mais bien peu abordent son caractère politique. Depuis mars 2020, la question du triage est revue à la lumière des nouvelles réalités empiriques de la pandémie de COVID-19. On considère le triage comme moyen de crise visant à réduire les contaminations nosocomiales (Wake et coll., 2020), et comme manière de réduire les risques pour les patients devant subir des chirurgies cardiaques ou pour maximiser l'effectivité des soins au lieu de les distribuer (Babidge et coll., 2020; Kirkpatrick et coll., 2020; Shah et coll., 2020).

Giangola et coll. (2020) ont évalué la réallocation de ressources en chirurgie au Jewish hospital de Queens à New York lors de la première vague et ont montré comment le triage de masse transforme les flux à l'intérieur des établissements de soin et comment des chirurgiens peuvent être réalloués à des tâches de soins intensifs, changeant ainsi considérablement la dynamique interne et l'offre de soins. De manière plus générale dans la littérature, on s'intéresse surtout au développement de protocoles de triage dans l'optique de leur mise en place (Antommaria et coll., 2020; Kirkpatrick et coll., 2020; Tolchin et coll., 2020; Valiani et coll., 2020) ou en prévision de se prémunir contre les vagues subséquentes de COVID-19 (Owens, 2020). Encore ici, le triage est abordé comme stratégie immunitaire pour protéger la société et ses infrastructures de la pandémie et les auteurs n'abordent pas plus les micropolitiques des critères de sélection.

Par cette première revue de littérature, on constate que dans l'appareil médical, la pratique du triage a lieu à la fois dans des contextes ordinaires et extraordinaires (Christian, 2019), que chaque application réfère à des procédures spécifiques et qu'elles ont des effets différents. Une explication de ces deux applications nous permet de mieux comprendre l'organisation des flux et les effets du triage dans sa combinaison avec les ressources du milieu hospitalier.

D'une part, la pratique du triage a été institutionnalisée, codifiée et naturalisée dans les protocoles normalisés de gestion de ressources en milieu hospitalier (Mackway-Jones et coll., 2014; Visser & Montejano, 2018). Dans cette acception, le triage procède d'une démarche de priorisation visant à octroyer des services adéquats aux personnes selon leurs besoins. Lors de l'admission d'une personne à l'hôpital, une évaluation est faite de son état : on évalue sa blessure ou sa condition, et on en déduit la priorité de soins. La personne est ainsi dirigée vers les traitements adéquats à travers plusieurs étapes d'évaluation. Le triage s'inscrit par ailleurs à la suite du pronostic et vise à évaluer quel niveau de soins le patient peut supporter. Cette pratique fait appel à la notion de fragilité attribuée par des outils et cherche à évaluer par le biais d'une notation, le risque de mortalité de la personne en soins d'urgence (Gilis et coll., 2020; Joebges & Biller-Andorno, 2020; Kirkpatrick et coll., 2020; Valiani et coll., 2020).

Au quotidien, le tri sert d'outil décisionnel et de pratique pour les professionnels et joue un double rôle d'automatisation : orienter les patients vers les soins adéquats et en exclure ou en déprioriser d'autres en fonction de critères préétablis quant au risque et à la présence de comorbidité (Babidge et coll., 2020; Giangola et coll., 2020; Joebges & Biller-Andorno, 2020; Rueda et coll., 2020; Shah et coll., 2020; Tolchin et coll., 2020; Wake et coll., 2020). C'est dans son passage de la planification calculatrice à la pratique en milieu hospitalier que le triage devient un moment de sélection, de discrimination dans l'accès aux soins dans un contexte de rareté anticipée ou vécue des ressources.

Dans cette première acception, la pratique du tri est propre aux administrations sanitaires modernes et s'inscrit dans les pratiques ordinaires de l'économie de soins qui répondent à des impératifs de gestion.

L'évolution de la machine triage en situation d'urgence et son milieu de référence : le cas du triage en temps de pandémie et sa compréhension en contexte québécois

D'autre part, le triage se fait en situation d'urgence, lors d'un désastre ou d'une crise. Le document québécois intitulé *Triage pour l'accès aux soins intensifs (adultes et pédiatriques) et l'allocation des ressources telles que les respirateurs en situation extrême de pandémie* (Bouthillier, 2020b) offre une définition :

> « Le triage en cas de pandémie est le processus de prise de décision qui non seulement attribue une priorité (rang) aux patients nécessitant des soins, mais qui comprend également l'allocation (rationnement) de ressources limitées afin de faire le plus grand bien pour le plus grand

> nombre de patients. » (Christian, 2019) (cité dans Bouthillier, 2020b : 16).

À la fois orientée sur les plans cliniques, psychologiques et statistiques, la pratique utilitariste de triage s'intensifie et remplit une fonction de sélection des patients qui recevront ou non des soins en fonction des ressources disponibles (Merin et coll., 2011; Moskop & Iserson, 2007; Pepper et coll., 2019; Petrini, 2010). Dans ces contextes extraordinaires, le tri prend le rôle d'un outil d'allocation et s'établit comme un moment supplémentaire de la démarche de rationalisation des ressources en sélectionnant les patients qui recevront ou non des traitements sur la base de facteurs préétablis, toujours selon des échelles. La rationalisation s'intensifie selon les limites des ressources et le nombre de patients à traiter. Dans cette acception, le tri joue le rôle d'un mécanisme de gestion de flux hospitalier dans un contexte exceptionnel qui consiste à prioriser certains patients par rapport à d'autres lors d'un moment de raréfaction de ressources afin de maximiser les bénéfices et diminuer les pertes. Giangola et coll. (2020) montrent que la capacité d'adap-tation du milieu hospitalier en relation avec l'application du triage de crise dépend de son expérience préalable d'événements dont les écrasements d'avions, les explosions de bombes, les fusillades de masse, etc. Dans son aspect micropolitique, le triage demeure une stratégie procédurale de résolution de problème et de rationalisation de ressources complètement naturalisées dans le processus hospitalier, ce qui en obscurcit le caractère politique de la sélection.

Au tout début de la pandémie de COVID-19, la question du triage a rapidement émergé pour les différents gouvernements nationaux et leurs instances de santé publique en tant que réflexion en lien avec l'octroi de lits, de soins et de ventilateurs advenant le cas d'une saturation du système. Bien que les cliniciens aient l'habitude de l'application quotidienne du triage, bien peu ont eu à composer avec son application en situation d'urgence. Pour la population qui doit avoir accès à des soins de santé, le triage d'urgence peut évidemment avoir des conséquences tragiques au niveau individuel et les conséquences collectives sont encore bien mal comprises ou envisagées.

La lecture bioéthique du triage limitée par l'absence d'un questionnement politique ou l'utilitarisme à l'usage de l'agencement biopolitique

Du côté de la bioéthique, les auteurs établissent des liens entre les intentions de la pratique du triage et ses conséquences. Antommaria et coll. (2020) ont défini les principes du triage (justice, transparence, intendance, devoir d'aide, devoir d'éviter les pertes de vie non nécessaires), et ont identifié les critères spécifiques du triage en temps de pandémie (répondre prioritairement aux besoins des personnes qui risquent de mourir, la nécessité d'une évaluation sur la base des bénéfices et du taux de survivabilité, la conservation des ressources en distribuant au minium, une évaluation de l'allocation de ressources sur la base de l'utilité sociale du récipiendaire, de son âge, ou encore la condition de santé des personnes, etc.). Valiani et coll. (2020) appellent à la révision ou l'évitement de certains principes dans une optique de justice distributive. Dans la littérature bioéthique, très peu d'auteurs remettent en question l'utilitarisme[1] sous-jacent des protocoles de triage (Bell, 1981) et la quantification des vulnérabilités par les outils de triage qui évaluent une fragilité qui est fondamentalement liée à l'âge ou à la déficience : « Frailty is a non specific state of increasing risk, which reflects multisystem physiological change. It is highly age-associated » (Rock-wood & Mitnitski, 2007). On interroge toutefois le biais négatif entretenu envers les personnes ayant des incapacités et les personnes âgées dans l'évaluation (Kirkpatrick et coll., 2020) et la discrimination envers les populations marginalisées, dont les groupes racisés et eth-

[1]L'optique utilitariste du triage qui consiste à maximiser les bénéfices de l'usage de ressources raréfiées, et à « sauver le plus grand nombre de personnes » à travers un processus de hiérarchisation, de sélection et d'exclusion, sur la base d'une attribution de la valeur d'une vie, de sa qualité ou d'un score de survie... Toutefois, le succès d'une telle démarche n'est pas garanti, car il dépend de plusieurs éléments contextuels.

niques, et les classes économiques les plus pauvres que les conditions socio-économiques exposent à de plus grands risques (Tolchin et coll., 2020).

À terme et en l'absence de politisation de la question, les auteurs en appellent à plus de transparence, d' « accountability » (responsabilisation), de proportionnalité et de réactivité du système (Owens, 2020), au maintien de considérations éthiques et du principe de justice dans les processus de triage (Marks, 2020; Reid, 2020; Rueda et coll., 2020). On vise l'élaboration de nouvelles orientations bioéthiques pour éviter les prises de décision solitaires des médecins (Medina-Arellano et coll., 2020) et par l'établissement d'équipes d'évaluation bioéthiques (Antommaria et coll., 2020) ou l'adoption de critères qui favorisent ceux qui en ont le plus besoin, mais aussi de saisir l'opportunité pour augmenter considérablement les ressources en santé pour repousser le moment du triage (Tolchin et coll., 2020). Plus largement, Rueda et coll. (2020) évaluent la qualité individuelle de chacune de ces options et d'autres proposent de procéder à une évaluation comparée de politiques de triage de différentes institutions (Antommaria et coll., 2020) ou des principes organisateurs entre pays (Joebges & Biller-Andorno, 2020). D'autres préoccupations éthiques ont été évoquées quant à l'impact du triage sur d'autres catégories de patients, notamment ceux admis en cardiologie et les impacts du délestage ou de la redirection des ressources pour lutter contre la COVID-19 (Kirkpatrick et coll., 2020; Shah et coll., 2020). Pourtant, les modèles de référence dans la gestion de crise, dont le START[2] et sa prétention universelle ou l'index de fragilité n'ont pas tellement été remis en question[3] (Merin et coll., 2011). Shelley Tremain (2017 : viii), philosophe du handicap, remarque que la bioéthique dépolitise et neutralise le handicap et conséquemment la vieillesse pour en faire des désavantages ou des facteurs de risque plutôt que d'en reconnaitre le caractère construit et politique (Tremain, 2017 : 18). Le triage, qui sélectionne prioritairement le corps sain face au corps ayant des incapacités sur la base de son potentiel de survie, intensifie une fracture déjà présente en relation avec le handicap (Ginsburg et coll., 2020) et celle-ci constitue l'angle mort de la bioéthique qui en accepte de facto le caractère utilitariste. Il est possible d'ajouter la critique voulant que la bioéthique, rassure un déterminisme biologique, plutôt que de poser la question de la fragilité ou des différences populationnelles comme phénomène politique et construit par l'agencement. Ce tour d'horizon montre toute la difficulté de considérer le triage comme machine tactique d'une économie politique plus large et surtout de politiser la question en relation avec le handicap lors d'une pandémie où le mode principal tient plutôt de l'urgence de l'action et que du temps long de la réflexion.

Le contexte du protocole de Triage COVID-19 au Québec

Le Québec s'est préparé dès le début de la pandémie en élaborant un protocole afin d'assurer la pérennité du système médical, déjà fragile, par le biais d'un calcul entre les capacités du système, le nombre de cas de COVID-19 devant recevoir des soins d'urgence et des caractéristiques de sélection individualisées. Au Québec, deux moments constituent la série de triage : le triage ordinaire s'effectue au moment de l'admission en service d'urgence (MSSS, 2020a) et le second est directement en

[2]START est l'acronyme de : « Systemic, Therapeutic, Assessment, Resources, and Treatment ».

[3]Pour trouver des critiques et des alternatives à l'évaluation de la qualité de vie comme mesure, il faut se tourner vers des anthropologues et des bioéthiciens du handicap. Voir Ginsburg, F., Mills, M., & Rapp, R. (2020). From Quality of Life to Disability Justice: Imagining a Post-Covid Future. *Somatosphere*. http://somatosphere.net/2020/from-quality-of-life-to-disability-justice.html/#_edn11.
Tremain, S. (2017). *Foucault and feminist philosophy of disability*. University of Michigan Press.
Stramondon, J. (2020). COVID-19 Triage and Disability: What NOT To Do. *bioethics.net*. http://www.bioethics.net/2020/03/covid-19-triage-and-disability-what-not-to-do/

lien avec le diagnostic de COVID-19 (MSSS, 2020c). On a donc à faire à un composite de divers outils, et leurs évaluations, dans le processus du triage. Chaque élément a ses visées et ses effets sur l'offre de soin et sa priorisation.

Le triage ordinaire se fait à partir de l'*Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence* (ETG) (Beveridge et coll., 1999). L'outil établit un lien entre les besoins des patients admis et les délais de la réponse du département d'urgence. Cette échelle est mise en contexte dans chaque milieu hospitalier selon les données locales et a une influence déterminante sur le profil de la clientèle locale, c'est-à-dire le nombre de patients pour chaque niveau de triage sur un territoire donné. La réponse à un profil de clientèle dépend de plusieurs facteurs, dont la disponibilité et l'organisation des ressources matérielles, sociales et de l'information produite, mais aussi l'efficacité de l'organisation, la standardisation des soins ou le degré de congestion de l'établissement (Beveridge et coll., 1999 : 3). L'objectif opérationnel de l'échelle est de « définir le délai souhaitable entre l'arrivée du patient et l'évaluation médicale » (Beveridge et coll., 1999) et se définit par des objectifs de réponse fractile : « La *réponse fractile* » permet de décrire dans quelle proportion un système donné répond à ses objectifs. Dans le contexte de l'échelle de triage, la réponse fractile est définie comme « la proportion de patients qui sont évalués à l'intérieur du délai prescrit pour le niveau de triage qui leur est assigné ». Ceci permet d'identifier les délais idéaux d'évaluation. Il est mentionné que ces « délais idéaux » ne doivent pas se transformer en « normes de soins acceptées ou validées » (Beveridge et coll., 1999 : 4). L'évaluation des délais doit servir à évaluer la capacité du système et à revoir les ressources pour ajuster l'offre afin de corriger ces mêmes délais. Cette réponse fractile est constamment évaluée et bien qu'elle ne doive jamais servir à justifier le niveau de soin offert, les glissements sont possibles. Elle explique aussi pourquoi les soins sont offerts à géométrie variable, en fonction des moyens qui peuvent y être consacrés. Donc, le triage fonctionne dans une écologie de ressources constamment évaluée selon ses capacités de réponse aux besoins qui se présentent. Dans la mesure où les objectifs de délais ne sont pas atteints, le niveau de triage est rehaussé. Comprenons donc que dans un cas de pandémie, les besoins et l'urgence de soins rehaussent largement le niveau de triage faisant en sorte qu'on assiste à un délestage important des cas requérant une réponse moindre. C'est à travers cette évaluation du triage que les ressources sont réaffectées et que l'offre de soin est drastiquement modifiée dans chaque établissement. L'ETG continue donc d'être utilisée en temps de pandémie et a des effets importants sur l'ajustement des services offerts selon le territoire et la saturation de la demande de soins.

La production d'un triage pandémique d'urgence au Québec : une tension entre le dispositif sanitaire et une réaction citoyenne

Au début de la pandémie, c'est le Protocole de surcapacité du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui a fourni des directives quant aux soins de courte durée liées à la COVID-19 en relation avec des projections épidémiologiques.

> « L'objectif […] est de permettre de proposer les bases d'une augmentation de capacité d'accueil pour les unités de soins de courte durée québécoises, la cible étant une augmentation de l'offre de services à 200 % ou 300 % de sa capacité de base. Une des bases philosophiques de cette cible est le maintien de l'offre de services de soins de courte durée dans tous ses volets fondamentaux (MSSS, 2020b). ».

Il était donc question d'inventorier les ressources locales et d'en maximiser les usages, mais aussi d'en ajouter de nouvelles tant sur le plan des fournitures médicales que des ressources humaines, cette augmentation des ressources devant permettre d'éloigner une révision du triage le plus longtemps possible. Ces ressources comprennent la présence d'un

personnel suffisant et stable, le niveau de financement, la qualité des infrastructures, le nombre de lits disponibles, la quantité de matériel de protection et de respirateurs disponibles dans le cas spécifique de la COVID-19. C'est au moment de débordement ou de surcapacité que ce protocole vient influer sur les ressources disponibles. Le temps passé aux urgences et soins intensifs pour les patients atteints de la COVID-19 augmente drastiquement l'utilisation de ressources et le temps d'occupation d'un lit, ce qui augmente considérablement le taux d'occupation. Bien entendu, ceci varie selon les régions et les vagues de la pandémie.

En prévision de situations de saturation même en cas de « crise », le MSSS s'est doté d'un protocole de triage pour gérer la pandémie de COVID-19. Suivant la déclaration de l'état d'urgence sanitaire le 14 mars 2020, plus d'une quarantaine d'experts, bioéthiciens, médecins et avocats ont été réunis pour élaborer ce qui deviendra la première version du protocole[4]. Le document a été remis le 1er avril aux établissements en prévision d'une crise imminente de saturation des soins d'urgence. En outre, le protocole devait automatiser la prise de décision en fonction de critères préétablis et ainsi éviter aux professionnels de faire des choix déchirants. Comme le font remarquer Ravitsky et Williams-Jones (2020), le protocole n'a toutefois été, ni débattu, ni rendu public au moment de sa création et le gouvernement a été critiqué quant au manque de transparence et d'accessibilité de ses positions, rendues publiques par les médias. Celui-ci n'a pas fait l'objet de débat et encore moins de construction commune avec les populations qui auront à le subir.

C'est à travers une couverture médiatique que le protocole a été connu de la population. Paru le 26 mars dans *Le Devoir*[5], un premier article expliquait la formation du comité, mais détaillait très peu le contenu à venir du protocole. On y retrouvait les grandes orientations utilitaristes, dont la volonté de sauver le plus grand nombre de vies, la priorisation des professionnels de la santé vu leur utilité dans la lutte contre le virus et l'évaluation de la vie post-ventilation des personnes aînées. Malgré le sérieux d'une telle situation, les autorités ont refusé d'informer une population directement concernée des décisions et des conséquences possibles de la stratégie du dispositif.

La Société québécoise de la déficience intellectuelle (SQDI) a documenté l'historique des démarches subséquentes de l'organisation envers le MSSS[6]. Malgré les demandes de la SQDI dirigée vers le MSSS en avril et le Collège des médecins en mai 2020 d'obtenir un exemplaire du protocole et de le rendre public, celles-ci sont demeurées sans réponse. Le 24 avril, une demande a formellement été faite à la Direction des services en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique du MSSS afin de recevoir le protocole. Le service de communication du ministère a refusé prétextant que celui-ci était réservé aux professionnels de la santé. Ce n'est que plus tard en mai que la SQDI recevait une réponse d'une direction interne du MSSS : « Ce protocole n'est pas un document public pour l'instant, nous ne le diffusons pas et nous n'y voyons pas la pertinence », nous invitant à nous « adresser à la commission d'accès à l'information »[7].

D'autres démarches politiques ont été faites vis-à-vis du cabinet du MSSS, et ce, sans succès[8,9]. Ceci témoigne de l'absence de volonté

[4] Tommy Chouinard, « Un plan pour faire des « choix déchirants » », *La Presse*, 18 avril 2020. https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-04-18/un-plan-de-triage-pour-faire-les-choix-dechirants

[5] Marie-Eve Cousineau, « Qui sera soigné si le matériel médical est insuffisant? » *Le Devoir*, 26 mars 2020. https://www.ledevoir.com/societe/sante/575765/un-grave-dilemme.

[6] Triage.Quebec. https://triage.quebec/a-propos/

[7] Ibid

[8] Pour l'ensemble des démarches, voir Triage Quebec, « Nos démarches jusqu'à maintenant ». https://triage.quebec/a-propos/

du gouvernement de rendre publique sa stratégie de lutte face à la pandémie qui passe nécessairement par le sacrifice d'une partie de la population considérée comme coûteuse sur le plan des ressources. La SQDI a obtenu une version d'un protocole par le biais de sources confidentielles[10]. Suivant la réception du protocole, le constat a été établi que les critères d'exclusion auraient un impact disproportionné sur les personnes ayant des incapacités et les personnes âgées. Ce protocole, élaboré sur la base de celui de l'Ontario contient des critères d'exclusion qui se montrent discriminatoires envers les personnes ayant des incapacités ou des comorbidités, ou les personnes âgées (premier protocole, p. 8).

Des groupes de la société civile ont contesté ces deux documents dans les deux provinces et la Commission des droits de la personne ontarienne s'est chargée du dossier. Au Québec, le gouvernement a refusé pendant des mois de diffuser les critères d'exclusion figurant aux annexes B et C du Protocole et qui servent d'outils décisionnels (Bouthillier, 2020a). Toutefois, ceux-ci ont été rendus disponibles, ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion, suite aux démarches du milieu associatif.

Le document du MSSS exclut systématiquement des catégories de personnes ayant des incapacités sur la base d'une évaluation clinique de leurs chances de survie à partir de bio marqueurs[11]. Dans un article de *La Presse*, Jocelyn Downie et Cal Dewolf, de la Schulich School of Law de l'Université Dalhousie, ont évoqué le capacitisme, le racisme et le classisme « subtil et insidieux » du protocole, qui renforcent des stéréotypes et la discrimination envers des populations surplus[12] :

> « Les critères d'éligibilité au stade de triage le plus extrême excluent les patients qui ont une déficience cognitive sévère due à une maladie progressive ou une incapacité fonctionnelle évaluée en fonction du score de fragilité clinique.
>
> Le problème est que bien que ces critères soient corrélés à une espérance de vie réduite, ils ne sont pas nécessairement corrélés avec les taux de mortalité à court terme visés par le protocole. Une espérance de vie réduite ou une perception d'une qualité de vie sont des critères de triage très inappropriés et discriminatoires.
>
> […] Lorsque deux patients sont « à égalité » (présentent le même risque de mortalité à court terme), le protocole du Québec ne passe pas immédiatement à la loterie aléatoire. Il accorde la préférence aux patients qui ont le plus grand nombre d'années de vie restantes et la deuxième préférence aux travailleurs de la santé et des services sociaux. Ces bris d'égalité sont plus qu'arbitraires, ils sont discriminatoires. »

Les associations se sont prononcées en lien avec les chartes des droits en vigueur dans le respect de l'accès au droit à l'égalité et de la non-discrimination à l'égard des personnes ayant des incapacités[13]. Lorsque questionnée à l'Assemblée nationale par l'opposition, la ministre de la Santé McCann de la Coalition Avenir Québec a expliqué que le Québec ne rencontrait pas une saturation de ses soins de santé, car la première vague « a été bien gérée », que le protocole devait être compris dans son « contexte »[14], que celui-ci n'était pas

[9] Le protocole a plus tard été rendu public sur le site du Collège des médecins, mais deux annexes, dans lesquelles se trouvaient les outils de décision, n'ont pas été rendues publiques.

[10] Triage.quebec. https://triage.quebec/a-propos/

[11] Ibid.

[12] Pour une explication de l'utilisation du concept de population surplus en relation au handicap, voir Di Stefano, E. (2015). Disability and Latin American Cultural Studies: A Critique of Corporeal Difference, Identity and Social Exclusion. *Canadian Journal of Disability Studies, 4*(2), 49-76.

[13] Leah Hendry, « Quebec's COVID-19 triage protocol is discriminatory, disability advocates say », *CBC*, 18 juin, 2020. https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/disability-advocates-on-quebec-covid-19-triage-protocol-1.5616925

[14] Patrice Bergeron, « L'opposition condamne un protocole qui sacrifierait des personnes handica-

en application et qu'il a été demandé par les intervenants cliniques[15]. Un autre article du *Devoir*[16] rapporte les paroles de Marie-Ève Bouthillier, membre exécutif du Bureau de l'éthique clinique à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et qui a présidé le comité : « Le protocole va demeurer théorique, mais il fallait le faire. Il fallait être responsable. ». Malgré cette affirmation, le protocole n'a pas été préparé pour n'exister que théoriquement. Les mesures de gestion des flux à l'interne, mais aussi le succès des mesures sanitaires externes ont évité la saturation en soins intensifs. L'absence de saturation ne signifie toutefois pas la fin de ce protocole et son application demeure toujours possible.

La révision cosmétique des critères d'un protocole dont les orientations demeurent inchangées

À la suite de la réaction et de la pression des groupes, le protocole a été révisé au cours de l'été 2017[17]. La charge a principalement été menée par la Société québécoise de la déficience intellectuelle. À cet effet, un site web Triage.quebec[18] a été mis sur pied afin de sensibiliser la population et de la tenir au courant des démarches. D'autres groupes nationaux comme la Confédération des organismes

Résumé des demandes des groupes (COPHAN)[19]

- Que les critères d'exclusion qui réfèrent à des déficiences spécifiques soient retirés;
- Que les instruments de mesure (tels le score de fragilité clinique, le SMAF ou le ECOG) portant sur l'autonomie fonctionnelle ne puissent être utilisés pour exclure un patient des soins intensifs, sauf pour les personnes de 65 ans et plus, ou de 50 ans si la pandémie s'aggrave;
- L'évacuation des préjugés discriminatoires qui portent sur la valeur d'une personne ayant des incapacités par l'ajout de garanties à plusieurs endroits dans le protocole;
- Que des accommodements soient offerts aux personnes ayant des incapacités avant et suivant les soins critiques afin qu'elles puissent bénéficier de chances égales de comprendre et de recevoir des soins, notamment la présence d'un accompagnement pour les personnes ayant une déficience intellectuelle;
- Que les personnes ayant des incapacités et leurs représentants participent à la révision du protocole;
- Que le MSSS fasse preuve de transparence sur son protocole de triage au Québec pour maintenir la confiance publique;
- Que le critère de priorisation qui tient compte de la survie à moyen et long terme soit retiré afin d'éviter les impacts disproportionnés sur les personnes ayant des incapacités.

pées. 3 juin 2020. https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-06-03/l-opposition-condamne-un-protocole-qui-sacrifierait-des-personnes-handicapees

[15]Jennifer Maccarone – Députée de Westmount-Saint-Louis – 3 juin 2020 – Intervention en Chambre. https://www.facebook.com/MaccaroneWSL/posts/1081895575522218

[16] Marie-Eve Cousineau, « Qui aura droit à un lit ou à un respirateur s'il en manque durant la pandémie? », 18 avril 2020. https://www.ledevoir.com/societe/577289/des-balises-en-cas-de-scenario-catastrophe

[17] Société québécoise de la déficience intellectuelle, « Un protocole de triage plus respectueux de la dignité et des droits des personnes ayant une déficience intellectuelle », 5 novembre 2020. https://www.sqdi.ca/fr/actualites/un-protocole-de-triage-plus-respectueux-de-la-dignite-et-des-droits-des-personnes-ayant-une-deficience-intellectuelle/

[18] Triage.Québec. https://triage.quebec/a-propos/

[19] Voir aussi Tableau 1 - Annexe 1 : « Postulats du Protocole de novembre 2020 » pour un comparatif entre les demandes des groupes et les modifications apportées au protocole par le MSSS.

de personnes handicapées du Québec y sont allés de recommandations du même ordre que celles de la SQDI.

Toutes ces critiques ont forcé le gouvernement à revoir son plan. La nouvelle version du protocole a été envoyée aux professionnels de la santé au cours de la troisième semaine d'octobre 2020, tout juste avant la seconde vague prévue. Celui-ci a tenu compte des recommandations des groupes de défense des droits. Certaines sections ont été revues sans toutefois remettre en question les fondements utilitaristes du triage dans une économie néolibéralisée, où dans un contexte de rareté produite des ressources, on y décide de manière mécanique qui recevra ou non des soins. En raison de son caractère public, la seconde version contient un volume de justifications plus importantes et est beaucoup plus étayée sur le plan de ses orientations. On assiste à un effort de forme de la part des bioéthiciens et des cliniciens pour rendre acceptable un protocole réaménagé bien que le choix des nouveaux termes obscurcisse les orientations dans une recherche d'acceptabilité sociale, les mécanismes et les conséquences demeurent (Voir Bouthillier, 2020b : 3).

Dans la nouvelle version, l'utilisation des divers outils demeure, sont le SOFA[20], MODS[21], APACHE[22], le score de fragilité clinique, l'indice d'état général ECOG[23]. L'échelle de Reisberg a été ajoutée dans cette écologie d'outils d'évaluation. L'élément lié à la présence d'une déficience cognitive sévère et à « une incapacité totale d'effectuer les activités de la vie quotidienne et domestique de manière indépendante en raison d'une déficience cognitive progressive qui aura un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI » a été supprimé comme demandé par les groupes. Nonobstant, les critères d'exclusion que l'on retrouve dans le protocole sont les suivants :

- La survie à court terme des patients;
- La présence de comorbidités qui peut influencer le taux de survie;

TABLEAU : LES VARIATIONS LINGUISTIQUES ENTRE LES DEUX VERSIONS DU PROTOCOLE DE TRIAGE QUÉBÉCOIS

Titre de la première version (mars 2020)	**Titre de la deuxième version (novembre 2020)**
Triage pour l'accès aux soins intensifs (adultes) et l'allocation des ressources telles que les respirateurs en situation extrême de pandémie	Priorisation pour l'accès aux soins intensifs adultes en situation extrême de pandémie
Termes utilisés dans la première version (mars 2020)	**Termes utilisés dans la deuxième version (novembre 2020)**
Triage	Priorisation
Critères d'inclusion	Indication clinique de soins intensifs
Critères d'exclusion	Diagnostics et parameters cliniques
Critères supplémentaires de triage	Règles de décision en cas d'égalité

[20] SOFA est l'acronyme de : « Sequential organ failure assessment score"

[21] MODS est l'acronyme de : "Multiple Organ Dysfunction Score"

[22] APACHE est l'acronyme de : « Acute Physiology And Chronic Health Evaluation »

[23] ECOG est l'acronyme de : « Eastern Cooperative Oncology Group »

- L'espérance de vie à moyen et long terme des patients (ancien protocole 8).

On y retrouve aussi la liste d'exclusions de l'admission en soins intensifs. Pour être admis, l'usager ne doit répondre à aucun des critères mentionnés. Pour chacun, il existe une gradation selon l'étape de triage qui influe sur la décision.

Liste des exclusions (Annexe C du protocole) (Bouthillier, 2020b)

- Traumatisme grave avec une mortalité prévue sur la base du score TRISS[24]
- Brûlures graves selon des paramètres d'âge, de risque et de gravité
- Un arrêt cardiaque
- La présence d'une maladie maligne métastatique
- Événement ou état neurologique irréversible avec un risque de décès ou de réponse négative
- Une défaillance d'un organe en phase terminale (critères selon l'organe)
- Une insuffisance cardiaque ou pulmonaire
- Toute personne ayant un score de fragilité clinique ≥ 6 à ≥ 7 en raison d'une condition ou atteinte progressive sous-jacente (la version précédente débutait à ≥ 4)
- Les personnes sous ventilation mécanique de plus de 21 jours
- La présence d'une maladie neuromusculaire irréversible avancée et modérée
- Jugement clinique d'une mortalité ou d'une réponse défavorable aux soins.

Dans le protocole, des postulats orientent les choix faits par les milieux de soin dans l'allocation des services, des technologies et des lits[25]. Cette nouvelle version, tout en maintenant la pratique du triage, comporte des mentions explicatives quant au retrait du contenu discriminatoire, et explique que les patients exclus recevront des soins palliatifs et qu'un soutien sera offert aux proches. Or, il est dit que les postulats visent expressément à minimiser la « souffrance morale chez les soignants en raison des choix déchirants auxquels ils seront confrontés quotidiennement en période de crise sociale ». Le lecteur se trouve donc en droit de se demander à qui profite le plus le protocole : au personnel soignant ou aux personnes qui se voient privées de soins? Cette diminution de la souffrance passe par une dépersonnalisation de la décision et donc une déresponsabilisation morale de l'institution de soins et de son personnel.

C'est le protocole qui dicte la décision et qui alloue les ressources. Comme on l'a vu précédemment, on y remplace le jugement du personnel soignant par celui du protocole qui machinise le moment décisionnel pour le favoriser et le faciliter, « libérant » ainsi le temps, l'esprit et la moralité du personnel soignant en le protégeant (Bouthillier, 2020b).

Afin d'assurer l'acceptabilité sociale des choix, l'activation du nouveau protocole devra répondre à cinq principes directeurs qui s'accordent avec le contenu de la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec; la « théorie et pratique de la bioéthique »; la « Recherche sur le triage et la planification des pandémies »; mais aussi sur les « Réactions des parties prenantes (tant internes qu'externes) » (Bouthillier, 2020b : 2).

Les cinq principes directeurs du protocole[26]

- Une maximisation des bénéfices
- La proportionnalité
- La transparence et la confiance
- L'efficacité et la durabilité
- L'équité

Toutefois, malgré l'absence d'une identification de catégories explicites dans le nouveau protocole, il demeure que le triage risque d'avoir un effet d'exclusion similaire sur le plan des populations.

[24] TRISS est l'acronyme de : « Trauma Injury Severity Score »
[25] Voir annexe 1
[26] Voir annexe 2 : Principes directeurs du protocole

Sur le plan opérationnel, le déclenchement du triage pour l'accès aux soins intensifs en contexte de pandémie dépend de conditions hiérarchiques, mais aussi d'une augmentation observée et quantifiée de la charge du système. En effet, c'est le MSSS qui est responsable du déclenchement en « fonction de la saturation du système, du plan de contingence, des niveaux d'alerte et de la situation locale ». La surcharge devient prévisible « lorsque la capacité de base des soins intensifs risque d'être dépassée de 50 à 100 % du fait du nombre de demandes d'admission en soins intensifs et du nombre de lits occupés ». La préparation des établissements à la mise en place du protocole de triage se fait au seuil de 150 %. C'est à ce moment que les ressources humaines sont réaffectées et que les activités sont délestées afin de pouvoir répondre à la surcharge. Enfin, c'est avec l'accord de la direction de la santé publique que le triage est engagé lorsque le niveau de saturation des soins intensifs atteint les 200 %. Comme machine de gestion de flux, le triage maintient les capacités des infrastructures hospitalières, il externalise et automatise la tâche décisionnelle et coordonne des éléments des différentes strates dans l'agencement biopolitique au Québec.

Discussion

Suivant cette description de l'outil de triage comme stratégie de gestion des flux au sein d'un agencement composé d'éléments physiques, sociaux et discursifs, nous remarquons, comme beaucoup d'autres, les tendances lourdes du protocole de triage comme moment stratégique de l'agencement biopolitique et capitaliste dans la gestion de la crise :

> « Mais derrière ces critères cliniques se cachent des critères socio-économiques […] Les personnes désavantagées pendant leurs vies en raison de la pauvreté, de circonstances de vie, parce qu'elles n'ont pas eu accès aux ressources, parce qu'elles sont nées avec une maladie ou un handicap, toutes ces personnes auront moins de chances de survie, une moins bonne espérance de vie et elles auront besoin d'un traitement plus poussé » (Vardit Ravitsky)[27].

Malgré leur prétention à la neutralité, les critères reproduisent et naturalisent des catégories populationnelles historiquement et culturellement valorisées du corps jeune sans incapacité et économiquement viable, et dévalorisent des catégories de personnes sur la base de l'âge, de la déficience, de l'incapacité, de la maladie, de la race ou de la classe économique. Les critères prennent la forme d'un justificatif sacrificiel de vies normativement déclassées. Les objectifs collectifs prennent la forme de probabilités de survie, dans un calcul économique entre mortalité et ressources qui passe par le dispositif, mais qui en fait, est l'œuvre de bureaucrates, d'experts et de spécialistes qui mettent en œuvre un programme.

Le triage, qui lie des éléments décisionnels et techniques à diverses échelles à l'intérieur d'une économie de soins et qui, de par son système de cotation, assure sa rationalisation, instaure sur le terrain une forme de compétition entre les corps « malades et devant être traités » pour l'accès à des ressources raréfiées. Tout comme le triage militaire, le triage en temps de pandémie se pose comme stratégie micropolitique de subjectivation qui soutient une macropolitique en sélectionnant les corps productifs ayant le plus grand potentiel de survie à moindre coût. La pratique bioéthique participe à l'émergence de ces outils qui rendent possibles le gouvernement des comportements, la reconfiguration des systèmes hospitaliers et la redirection des flux afin de remplir cette nouvelle fonction déterminée par la machine biopolitique capitaliste.

C'est à travers une série d'ordres utilitaristes de la part du gouvernement québécois, qui priorise le sauvetage d'un système de soin qu'il a lui-même fragilisé, que la situation est

[27]Magdaline Boutros, « Les critères pour privilégier des patients ne sont pas si neutres », *Le Devoir*, 11 mai 2020. https://www.ledevoir.com/societe/sante/578669/les-criteres-pour-privilegier-des-patients-ne-sont-pas-si-neutres

administrée : « il faut sauver le plus grand

nombre », « il faut faire des choix » devant la menace de la COVID-19 et de ses impacts sur la société. Mais on ne fait pas n'importe quels choix, ces choix s'inscrivent dans une logique d'ensemble et sont déterminés par celle-ci. Dans la première version du protocole, le réflexe premier du dispositif sanitaire a été d'écarter des soins vitaux les populations sur la base de la présence de déficiences neurologiques ou cognitives. Cette sélection qui vise à faire l'économie des ressources écarte des populations spécifiquement choisies en raison de leur utilité perçue dans l'agencement. On dévalorise ces vies jusqu'à les rendre sacrifiables pour sauvegarder le fonctionnement des dispositifs. Le protocole trouve ses effets dans sa relation avec son milieu d'émergence, soit les autres machines déjà présentes en assurant leur protection, en orientant et en rationalisant les flux matériels et sociaux, humains et non-humains, stabilisant « le fonctionnement » de l'agencement général « sans ajouter une structure nouvelle » (Simondon, 1989 : 30).

La logique du triage, son horreur procédurale et sa tendance à l'exclusion et au sacrifice des plus vulnérables et des « improductifs » sont déjà inscrites dans la machine, il ne fallait qu'une crise pour les traduire dans le protocole sanitaire. Il est possible de supposer que ce réflexe fasse partie d'un inconscient collectif qui s'est exprimé lors de l'élaboration des critères d'exclusion par l'équipe de bioéthique et que celle-ci a « machinisé » cette tendance dans le protocole. Certains parleraient ici de l'expression d'un capacitisme (Campbell, 2009, 2012; Goodley, 2014; Grenier & Fougeyrollas, 2020; Parent, 2017) dans toute sa violence à peine voilée et très peu contestée de la part du public général. Ce sont les demandes répétées et la lutte des groupes de personnes ayant des incapacités qui ont permis de rendre public un outil dissimulé, de réduire l'impact du triage sur leurs membres, et ce, du moins sur papier.

Comme nous le rappelle Simondon : « L'homme, interprète des machines, est aussi celui qui, à partir de ses schèmes, a fondé les formes rigides qui permettent à la machine de fonctionner. La machine est un geste humain déposé, fixé, devenu stéréotypie et pouvoir de recommencement » (Simondon, 1989 : 138). Soyons clairs, l'automatisme du triage est une production sociopolitique qui ne relève pas de la nature de l'outil dans lequel on externalise des fonctions, mais des affordances planifiées des instruments qui posent des solutions en éloignant le personnel des choix, en libérant l'esprit et la conscience de la décision. Les ressources sont redirigées de manière automatique par le protocole afin de soutenir des objectifs de réduction de perte de ressources sur des patients pour qui les chances de survie sont perçues comme plus faibles. La gestion de la crise se fait à travers des évaluations statistiques de risque et de caractéristiques diagnostiques pour maintenir l'efficacité et la rapidité du traitement hospitalier, et ce, afin de libérer les ressources du patient recevant son congé pour ensuite les diriger vers le prochain patient. Les questionnements éthiques émergent rapidement de cette administration industrielle et mécanique des soins, car le tri exclut de facto les patients qui ralentiraient la machine hospitalière. Le dispositif de triage, ayant spécifiquement émergé dans la crise de la COVID-19 et en relation avec une économie politique située, s'insère dans une série d'antécédents historiques et machiniques, en ce qui concerne la sélection de qui recevra ou non des soins selon des paramètres et des protocoles machinisés (Leroi-Gourhan, 1964 : 206; Simondon, 1989; 2014 : 79). Comme au moment de son émergence sur le champ de bataille de la campagne impériale, le triage en temps de pandémie sert à protéger et à maintenir les infrastructures sanitaires et les processus de production en sélectionnant qui recevra des soins ou non perpétuant et intensifiant ainsi un capacitisme thanato-politique en temps de pandémie. À l'issue de la crise, prendrons-nous le temps et consacrerons-nous les efforts nécessaires pour questionner collectivement et démocratiquement avec les personnes directement concernées, l'orientation de l'administration sanitaire et plus largement celle de la machine biopolitique?

ANNEXE 1 : POSTULATS DU PROTOCOLE DE NOVEMBRE 2020

- Toutes les mesures possibles doivent d'abord être mises en place pour éviter de déclencher le présent protocole (utilisation du COOLSI - Centre d'optimisation, occupation des lits de soins intensifs).
- Demeure essentiel en amont l'établissement de niveaux de soins ou d'interventions médicales (NIM), appropriés à la condition clinique de chaque patient.
- Des indications, diagnostics et paramètres cliniques transparents et standards sont clairement identifiés pour prioriser l'accès des patients aux lits et ressources de soins intensifs. Face à des égalités sur le plan clinique, des règles de décision permettent de résoudre les impasses.
- Le choix des patients qui seront priorisés pour l'accès aux lits et ressources de soins intensifs est fait par une équipe de priorisation qui n'est pas en contact avec les patients; cette équipe est détachée des personnes visées et a la responsabilité de faire les choix les plus objectifs possibles.
- Les choix de priorisation ne doivent en aucun cas, être basés sur des motifs discriminatoires tels qu'énoncés à l'article 10 de la Charte des droits et libertés de la personne du Québec. Ces motifs sont : la race, la couleur, le sexe, l'identité ou l'expression de genre, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap. Les choix ne doivent pas non plus reposer sur la « valeur sociale » d'un individu ou sur un jugement quant à la qualité de vie.
- En raison du contexte exceptionnel de la situation, et dans une obligation d'efficacité et de rapidité d'exécution, la hiérarchie décisionnelle est primordiale.
- Le protocole de priorisation s'applique à tous les patients adultes, peu importe l'âge et la pathologie : il n'est pas exclusif à l'infection à la source de la pandémie.
- Tous les patients seront soignés. Chaque vie humaine est valorisée et chaque être humain mérite le respect, les soins et la compassion. Toutefois, cela ne signifie pas que tous les patients recevront ou devraient recevoir des soins intensifs. Ceux qui ne recevront pas de soins intensifs ne seront pas abandonnés ; ils continueront à recevoir d'autres soins, les plus appropriés à leur état, et possibles dans le contexte.
- Il existe un protocole de priorisation distinct pour la pédiatrie et la néonatologie.
- La pandémie commande une gestion des lits et ressources de soins intensifs dans une perspective nationale, et vise les patients adultes considérés globalement.

Source : Bouthillier, M.-E. (2020). *Triage pour l'accès aux soins intensifs (adultes et pédiatriques) et l'allocation des ressources telles que les respirateurs en situation extrême de pandémie*. Québec : Gouvernement du Québec.

ANNEXE 2 : **PRINCIPES DIRECTEURS DU PROTOCOLE**

1. Maximisation des bénéfices : Viser à tirer le maximum d'avantages pour une communauté en allouant les ressources en priorité à ceux qui en tirent le plus grand bénéfice, dans le but de minimiser la mortalité.

2. Proportionnalité : Le nombre de personnes et l'ampleur des impacts négatifs encourus par ces personnes par le système de priorisation ne doivent pas dépasser ce qui serait nécessaire pour répondre à l'augmentation de la demande. Même si une seule personne subit des impacts négatifs, l'ampleur de ces impacts pour cette personne doit toujours respecter ce principe éthique de proportionnalité. En d'autres termes, la réponse ne devrait pas affecter négativement plus de personnes que celles qui auraient été affectées si l'approche « premier arrivé, premier servi » avait été utilisée. Les systèmes de priorisation ont nécessairement un effet sur les personnes appartenant à des groupes vulnérables, la proportionnalité est donc un principe permettant de garder une vigie afin de minimiser cet effet (Thompson et coll, 2006).

3. Transparence et confiance : Les critères doivent être largement disponibles, clairement documentés et assortis de procédures garantissant la responsabilité, comme un second avis médical et la confirmation par des membres non-médecins, au sein de l'équipe de priorisation. Dans la mesure du possible, les patients et les familles doivent être informés de l'étape de priorisation du patient avant la prise de décision et être impliqués de manière proactive dans la planification des soins. Cette forme de priorisation étant nouvelle, elle doit être appliquée de manière cohérente pour garantir la confiance et impliquer des cycles rapides d'amélioration de la qualité pour s'assurer qu'elle s'aligne sur les nouvelles données et les meilleures pratiques.

4. Efficacité et durabilité : Les diagnostics et paramètres cliniques doivent être suffisamment simples pour être évalués au chevet du patient, compte tenu de la nécessité de mobiliser rapidement les ressources de soins intensifs et de bénéficier d'un environnement dynamique. Tout scénario de priorisation entraînera un stress extrême et une surcharge tant cognitive qu'émotionnelle pour les soignants au chevet des patients, peu habitués à ce processus de décision ou à ce volume de patients gravement malades. Le système de priorisation devrait protéger les soignants contre les préjudices moraux en systématisant une prise de décision éthique et en confiant les choix les plus difficiles à un groupe d'experts tiers (l'équipe de priorisation) indépendants des soins actifs. Cela réduira le risque d'épuisement professionnel et favorisera la durabilité d'une pratique cohérente.

5. Équité : La priorisation des ressources limitées en matière de soins de santé ne doit pas être accordée à une personne sur la base de privilèges socio-économiques ou d'un rang politique. Des critères pertinents sur le plan clinique doivent être utilisés en premier lieu pour l'allocation des ressources. Les critères doivent être suffisamment objectifs pour pouvoir être appliqués équitablement à une grande variété de patients, par une grande variété de prestataires, dans une grande variété de situations (Berlinger 2020, Emanuel et coll. 2020). La priorisation exige un équilibre délicat entre le jugement du clinicien (qui peut être biaisé et faillible) et les paramètres cliniques objectifs (qui exigent également du jugement, mais qui peuvent manquer de nuance à l'égard des subtilités cliniques). Dans le cas où les considérations cliniques ne peuvent être utilisées pour classer un patient par ordre de priorité par rapport à un autre, des règles de décision (cycle de vie, personnel soignant et ensuite de sélection aléatoire) sont utilisées en dernier recours.

Source : Bouthillier, M.-E. (2020). *Triage pour l'accès aux soins intensifs (adultes et pédiatriques) et l'allocation des ressources telles que les respirateurs en situation extrême de pandémie.*Québec : Gouvernement du Québec.

TABLEAU 1 : IMPACT DES REPRÉSENTATIONS DE LA SOCIÉTÉ
PROTOCOLE DE TRIAGE POUR LES SOINS INTENSIFS EN CONTEXTE DE PANDÉMIE AU QUÉBEC (ADULTES)

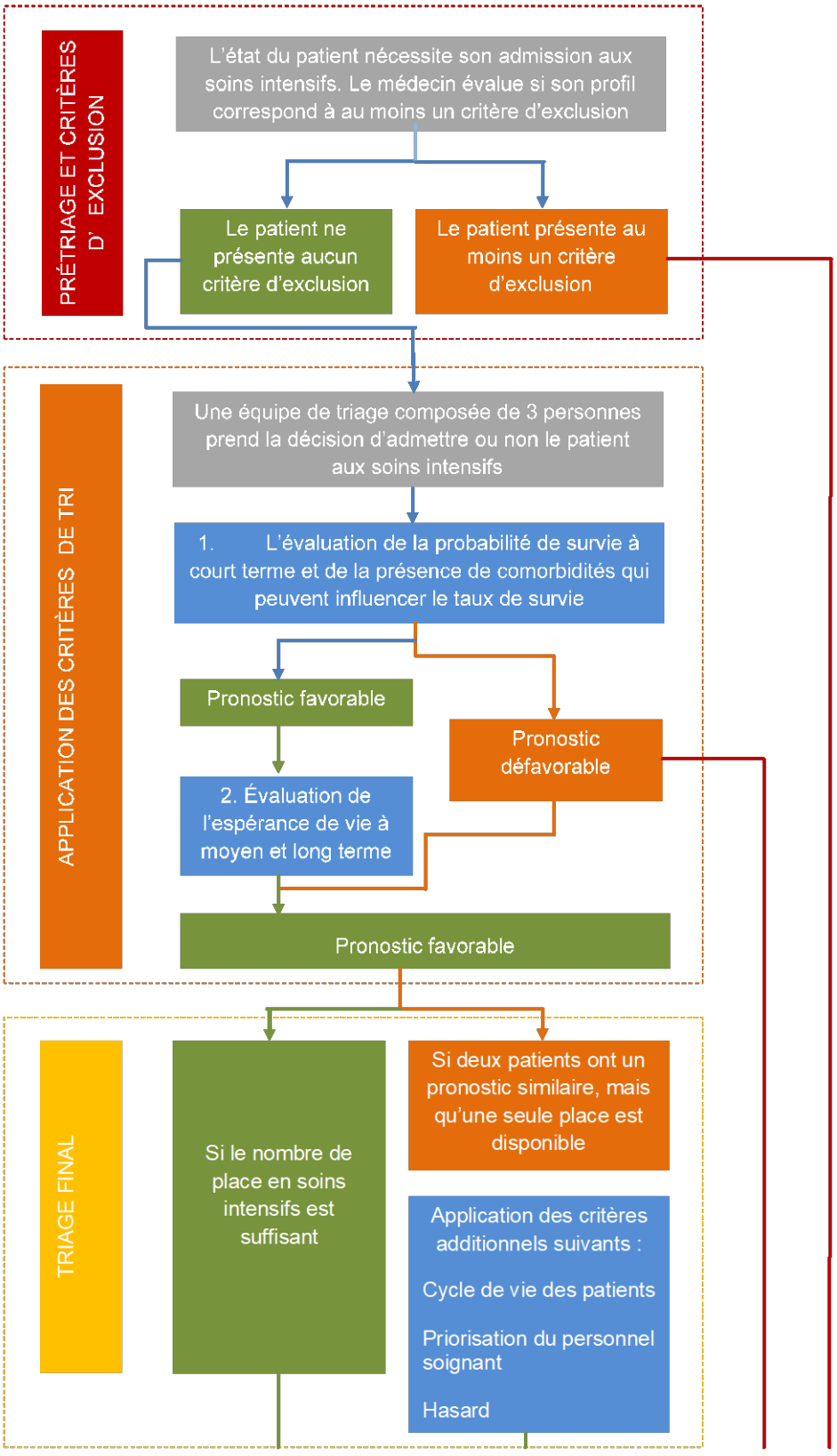
Recommandations de la Société	Changements apportés au Protocole	Bilan de la Société
Que les critères d'exclusion faisant référence à des handicaps spécifiques (y compris la déficience cognitive) soient retirés du Protocole	Retiré du Protocole	Objectif atteint
Que des instruments de mesure portant sur l'autonomie fonctionnelle (tel que le score de fragilité clinique) ne puissent être utilisés pour exclure un patient des soins intensifs	Le score de fragilité sera utilisé uniquement pour les patients âgés de plus de 65 ans (50 ans si la pandémie s'aggrave) et ayant une condition progressive	Objectif partiellement atteint
Que le Protocole contienne les garanties nécessaires pour que le jugement clinique lors du processus de triage ne puisse inclure implicitement des préjugés discriminatoires portant sur la valeur de la vie d'une personne handicapée	Des garanties ont été ajoutées à plusieurs endroits dans le Protocole, y compris dans le formulaire de triage à compléter par le médecin Celles-ci prévoient explicitement que les choix de priorisation ne doivent en aucun cas être basés sur le handicap ou reposer sur un jugement concernant la faible qualité de vie ou l'utilité sociale	Objectif atteint
Que le Protocole prévoit que les accommodements nécessaires au handicap seront mis en place pendant et après les soins critiques, de sorte que les personnes handicapées aient des chances égales de recevoir, de comprendre et de bénéficier de ces soins	Le Protocole contient dorénavant une mention explicite à l'effet que les personnes ayant une déficience intellectuelle devront bénéficier d'un accompagnement lors de leur admission à l'hôpital, lors du processus de triage et pour chacune des décisions qui pourraient être prises à leur égard	Objectif atteint Toutefois, des représentations additionnelles seront nécessaires auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux pour s'assurer que cet accompagnement répond adéquatement aux besoins des personnes ayant une déficience intellectuelle, et ce, tout au long de leur hospitalisation
Que les personnes handicapées et leurs représentants puissent participer à la révision du Protocole		Objectif atteint

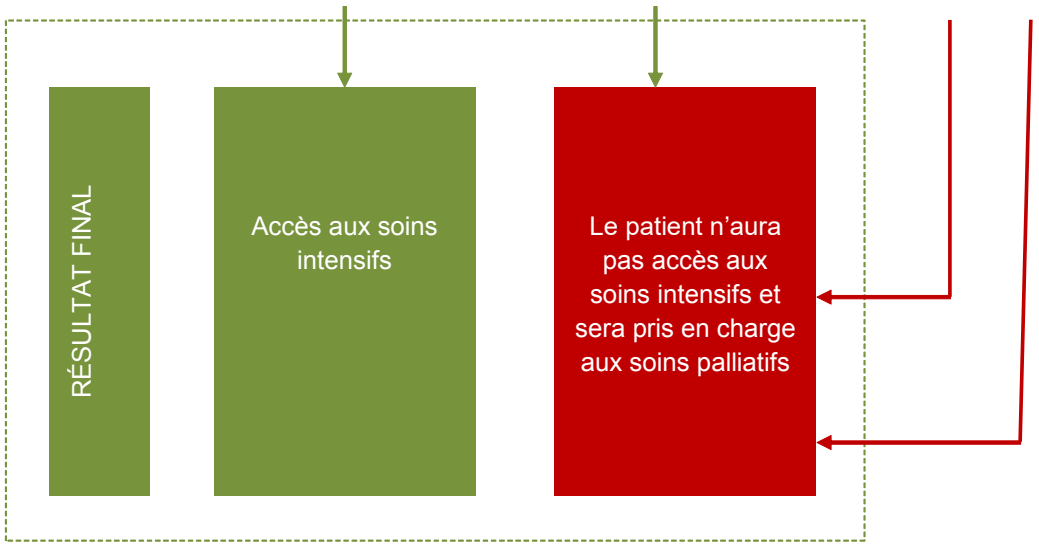
Suite…

Recommandations de la Société	Changements apportés au Protocole	Bilan de la Société
Que le ministère de la Santé et des Services sociaux fasse preuve de davantage de transparence sur le processus de triage pour l'accès aux soins intensifs mis en place au Québec, et ce, dans le but de préserver la confiance du public		Objectif atteint On nous a assuré que le Protocole révisé serait rendu public. À suivre…
Que le critère de priorisation tenant compte de la survie à moyen et long terme soit retiré du Protocole, afin d'éviter l'impact disproportionné pour les personnes handicapées ayant fréquemment une espérance de vie moindre	Retiré du Protocole Seules les chances de survie à court terme seront considérées lors du processus de triage	Objectif atteint

Source : https://www.sqdi.ca/wp-content/uploads/2020/11/Grille-dimpact_Protocole-de-triage.pdf

TABLEAU 2 : LE TRIAGE EN SCHÉMA





Source : https://triage.quebec/protocole-dacces-aux-soins-intensifs-au-quebec-covid-19/le-protocole-explique-simple ment/

Références

ANTOMMARIA, A. H. M., GIBB, T. S., MCGUIRE, A. L., WOLPE, P. R., WYNIA, M. K., APPLEWHITE, M. K., . . . EBERL, J. T. (2020). Ventilator Triage Policies During the COVID-19 Pandemic at U.S. Hospitals Associated With Members of the Association of Bioethics Program Directors. *Annals of Internal Medicine, 173*(3), 188-194.

BABIDGE, W. J., TIVEY, D. R., KOVOOR, J. G., WEIDENBACH, K., COLLINSON, T. G., HEWETT, P. J., . . . MADDERN, G. J. (2020). Surgery triage during the COVID-19 pandemic. *ANZ journal of surgery, 90*(9), 1558-1565.

BAZYAR, J., FARROKHI, M., & KHANKEH, H. (2019). Triage Systems in Mass Casualty Incidents and Disasters: A Review Study with A Worldwide Approach. *Open access Macedonian journal of medical sciences, 7*(3), 482-494.

BELL, N. K. (1981). Triage in medical practices: an unacceptable model? *Social science & medicine. Part F, Medical & social ethics, 15F*(4), 151-156.

BEVERIDGE, R., CLARKE, B., JANES, L., SAVAGE, N., THOMPSON, J., DODD, G., . . . VADEBONCOEUR, A. (1999). *L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les départements d'urgence Guide d'implantation* (Vol. 1). Quebec : Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ).

BLOUIN GENEST, G., BURLONE, N., CHAMPAGNE, E., EASTIN, C., & OGARANKO, C. (2021). Translating COVID-19 emergency plans into policy: A comparative analysis of three Canadian provinces. *Policy Design and Practice, 4*(1), 115-132.

BOUTHILLIER, M.-E. (2020a). *Annexe B : Formulaire triage des soins intensifs pour les adults en situation de pandémie*. Québec: Gouvernement du Québec.

BOUTHILLIER, M.-E. (2020b). *Triage pour l'accès aux soins intensifs (adultes et pédiatriques) et l'allocation des ressources telles que les respirateurs en situation extrême de pandémie* Québec: Gouvernement du Québec.

CAMPBELL, F. K. (2009). *Contours of ableism: The production of disability and abledness*. Baginstoke, UK: Palgrave Macmillan.

CAMPBELL, F. K. (2012). Stalking Ableism: Using Disability to Expose 'Abled'Narcissism. *Disability and Social Theory: New Developments and Directions*, 212.

CHRISTIAN, M. D. (2019). Triage. *Critical care clinics, 35*(4), 575-589.

DELEUZE, G., & GUATTARI, F. (1975). *Kafka. Pour une littérature mineure*. Paris : Éditions de Minuit.

DELEUZE, G., & GUATTARI, F. (1980). *Capitalisme et schizophrénie : Mille plateaux*. Paris : Éditions de minuit.

DUBOIS, C.-A. (2020a). COVID-19 et main-d'œuvre en santé. Déminer le terrain et lever les verrous institutionnels. *CIRANO Burgundy Reports, 2020rb-05*.

DUBOIS, C.-A. (2020b). COVID-19 et main-d'œuvre en santé: des politiques de rupture pour briser le cycle de reproduction des fragilités actuelles. *PERSPECTIVES, 2020*, 37.

FOUCAULT, M. (1994). La Gouvernementalité, cours du Collège de France, 1977-1978 : Sécurité, territoire et population, 4ème leçon, 1er février 1978. Dans M. Foucault (Ed.), *Dits et écrits III, 1954-1988*. Paris : Gallimard.

FOUCAULT, M. (1997). *« Il faut défendre la Société » : cours au Collège de France (1975-1976)*. Paris : Seuil/Gallimard.

FOUCAULT, M. (2004). *Naissance de la biopolitique : cours au Collège de France (1978-1979)*. Paris : Gallimard : Seuil.

GAFFNEY, A., HIMMELSTEIN, D. U., & WOOLHANDLER, S. (2020). COVID-19 and US Health Financing: Perils and Possibilities. *International Journal of Health Services, 50*(4), 396-407.

GAVIDEL, S. Z., & RICKLI, J. L. (2015). Triage as a core sorting strategy in extreme core arrival scenarios. *Journal of Remanufacturing, 5*(1), 1-13.

GIANGOLA, M., SISKIND, S., FALIKS, B., DELA CRUZ, R., LEE, A., SHEBES, M., . . . PATEL, V. (2020). Applying triage principles of mass casualty events to the SARS-CoV-2 pandemic: From the perspective of the acute care surgeons at Long Island Jewish Medical Center in the COVID epicenter of the United States. *Surgery, 168*(3), 408-410.

GILIS, M., CHAGROT, N., BRUNEL, A., TANNOU, T., CHIROUZE, C., & BOUILLER, K. (2020). Infection à SARS-CoV-2 de la personne âgée : le score de fragilité est un facteur pronostique. *Médecine et Maladies Infectieuses, 50*(6), S84.

GINSBURG, F., MILLS, M., & RAPP, R. (2020). From Quality of Life to Disability Justice: Imagining a Post-Covid Future. *Somatosphere*. http://somatosphere.net/2020/from-quality-of-life-to-disability-justice.html/#_edn11.

GOODLEY, D. (2014). *Dis/ability Studies: Theorising Disablism and Ableism* : Routledge.

GRENIER, Y., & FOUGEYROLLAS, P. (2020). Capacitisme. *Anthropen.org*. https://www.anthropen.org/voir/Capacitisme?r=capacitisme.

HUSAIN, Z., DAS, A. K., & GHOSH, S. (2020). Did the National lockdown lock COVID-19 down in India, and reduce pressure on health infrastructure? *medRxiv*, 2020.2005.2027.20115329.

ISERSON, K. V., & MOSKOP, J. C. (2007). Triage in medicine, part I: concept, history, and types. *Annals of emergency medicine, 49*(3), 275-281.

JENKINS, J. L., MCCARTHY, M. L., SAUER, L. M., GREEN, G. B., STUART, S., THOMAS, T. L., & HSU, E. B. (2008). Mass-casualty triage: time for an evidence-based approach. *Prehosp Disaster Med, 23*(1), 3-8.

JOEBGES, S., & BILLER-ANDORNO, N. (2020). Ethics guidelines on COVID-19 triage—an emerging international consensus. *Critical Care, 24*(1), 201.

KENNEDY, K., AGHABABIAN, R. V., GANS, L., & LEWIS, C. P. (1996). Triage: techniques and applications in decision making. *Ann Emerg Med, 28*(2), 136-144.

KIRKPATRICK, J. N., HULL, S. C., FEDSON, S., MULLEN, B., & GOODLIN, S. J. (2020). Scarce-Resource Allocation and Patient Triage During the COVID-19 Pandemic: JACC Review Topic of the Week. *Journal of the American College of Cardiology, 76*(1), 85-92.

LEE, A. (2020). Wuhan novel coronavirus (COVID-19): why global control is challenging? *Public health, 179*, A1-A2.

LEROI-GOURHAN, A. (1964). *Le Geste et la Parole : Technique et langage* (Vol. 1). Paris : Albin Michel.

MAANI, N., & GALEA, S. (2020). COVID-19 and Underinvestment in the Public Health Infrastructure of the United States. *The Milbank Quarterly, 98*(2), 250-259.

MACKWAY-JONES, K., MARSDEN, J., WINDLE, J., HARRIS, N., MANCHESTER TRIAGE, G., & ADVANCED LIFE SUPPORT, G. (2014). *Emergency triage* (Third edition. ed.)

MALLETT, J., & WOOLWICH, C. (1990). Triage in accident and emergency departments. *Journal of Advanced Nursing, 15*(12), 1443-1451.

MARKS, J. H. (2020). COVID-19, Pandemic Triage, and the Polymorphism of Justice. *The American journal of bioethics : AJOB, 20*(7), 103-106.

MEDINA-ARELLANO, M. D. J., PALACIOS-GONZÁLEZ, C., & SANTOS-PRECIADO, J. I. (2020). [Bioethics guide on scarce medical resource allocation in Mexico]. *Salud publica de Mexico, 62*(5), 607-609.

MERIN, O., MISKIN, I. N., LIN, G., WISER, I., & KREISS, Y. (2011). Triage in mass-casualty events: the Haitian experience. *Prehospital and disaster medicine, 26*(5), 386-390.

MOSKOP, J. C., & ISERSON, K. V. (2007). Triage in medicine, part II: Underlying values and principles. *Annals of emergency medicine, 49*(3), 282-287.

MSSS. (2020a). *Outil décisionnel pour l'infirmière au triage de l'urgence Partie 1* : Gouvernement du Québec.

MSSS. (2020b). *Protocole de surcapacité, Lignes directrices, soins courte durée SARS-CoV-2 (COVID-19)*. Quebec : Gouvernement du Québec.

MSSS. (2020c). *Saisie des raisons de visite et diagnostics associés à la COVID-19 dans le SIGDU (Tableau)*.

NAKAO, H., UKAI, I., & KOTANI, J. (2017). A review of the history of the origin of triage from a disaster medicine perspective. *Acute medicine & surgery, 4*(4), 379-384.

OWENS, B. (2020). Should triage guidelines be revisited ahead of a second wave of COVID-19? *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne, 192*(25), E690-E691.

PARENT, L. (2017). Ableism/disablism, on dit ça comment en français? *2017, 6*(2), 30.

PEPPER, M., ARCHER, F., & MOLONEY, J. (2019). Triage in Complex, Coordinated Terrorist Attacks. *Prehospital and disaster medicine, 34*(4), 442-448.

PETRINI, C. (2010). Triage in public health emergencies: ethical issues. *Internal and emergency medicine, 5*(2), 137-144.

POLLARIS, G., & SABBE, M. (2016). Reverse triage: more than just another method. *Eur J Emerg Med, 23*(4), 240-247.

RAVITSKY, V., & WILLIAMS-JONES, B. (2020). Pandemic triage protocols lack consultation and transparency. *Policy Options*.

REID, L. (2020). Triage of critical care resources in COVID-19: a stronger role for justice. *Journal of medical ethics, 46*(8), 526-530.

ROCKWOOD, K., & MITNITSKI, A. (2007). Frailty in relation to the accumulation of deficits. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 62*(7), 722-727.

RUEDA, J., HANNIKAINEN, I. R., HORTAL-CARMONA, J., & RODRIGUEZ-ARIAS, D. (2020). Examining Public Trust in Categorical versus Comprehensive Triage Criteria. *The American journal of bioethics : AJOB, 20*(7), 106-109.

SHAH, P. B., WELT, F. G. P., MAHMUD, E., PHILLIPS, A., KLEIMAN, N. S., YOUNG, M. N., . . . ANWARUDDIN, S. (2020). Triage considerations for patients referred for structural heart disease intervention during the COVID-19 pandemic: An ACC/SCAI position statement. *Catheterization and cardiovascular interventions : official journal of the Society for Cardiac Angiography & Interventions, 96*(3), 659-663.

SIMONDON, G. (1989). *Du mode d'existence des objets techniques*. Paris : Aubier.

SIMONDON, G. (2014). *Sur la technique (1953-1983)* : Presses universitaires de France Paris.

TOLCHIN, B., LATHAM, S. R., BRUCE, L., FERRANTE, L. E., KRASCHEL, K., JUBANYIK, K., . . . MERCURIO, M. R. (2020). Developing a Triage Protocol for the COVID-19 Pandemic: Allocating Scarce Medical Resources in a Public Health Emergency. *The Journal of clinical ethics, 31*(4), 303-317.

TREMAIN, S. (2017). *Foucault and feminist philosophy of disability* : University of Michigan Press.

TRUOG, R. D. (1992). Triage in the ICU. *Hastings Center Report, 22*(3), 13-17.

VALIANI, S., TERRETT, L., GEBHARDT, C., PROKOPCHUK-GAUK, O., & ISINGER, M. (2020). Development of a framework for critical care resource allocation for the COVID-19 pandemic in Saskatchewan. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne, 192*(37), E1067-E1073.

VISSER, L. S., & MONTEJANO, A. S. (2018). *Fast Facts for the Triage Nurse: An Orientation and Care Guide* : Springer Publishing Company.

WAKE, R. M., MORGAN, M., CHOI, J., & WINN, S. (2020). Reducing nosocomial transmission of COVID-19: implementation of a COVID-19 triage system. *Clinical medicine (London, England), 20*(5), e141-e145.