

## Accès aux soins de santé et respect des consignes sanitaires en temps de pandémie : deux notions indépendantes

Emmanuelle Marceau et Marie-Alexia Masella

Volume 5, numéro 1, 2022

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1087212ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1087212ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Programmes de bioéthique, École de santé publique de l'Université de Montréal

ISSN

2561-4665 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Marceau, E. & Masella, M.-A. (2022). Accès aux soins de santé et respect des consignes sanitaires en temps de pandémie : deux notions indépendantes. *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, 5(1), 132–137. <https://doi.org/10.7202/1087212ar>

Résumé de l'article

Aux États-Unis, le bioéthicien Arthur L. Caplan, ainsi que trois collègues ont affirmé dans un texte publié dans le *PennLive Patriot-News*, en mai 2020, que toute personne atteinte de la COVID-19 qui n'aurait pas suivi les consignes de la santé publique concernant le port du masque ou la distanciation sociale ou qui serait responsable d'une éclosion de COVID-19 devrait se porter volontaire pour être soignée en dernier. Pour se faire, ils s'appuient sur le principe du philosophe John Stuart Mill voulant que l'expression de la liberté ne peut pas causer du tort à autrui. Bien que l'on puisse comprendre les arguments évoqués par Caplan et ses collègues, cette position ne peut pas s'appliquer en contexte québécois, et ce, tant pour des motifs philosophiques (éthiques) et de santé publique.



COMMENTAIRE CRITIQUE / CRITICAL COMMENTARY (ÉVALUÉ PAR LES PAIRS / PEER-REVIEWED)

## Accès aux soins de santé et respect des consignes sanitaires en temps de pandémie : deux notions indépendantes

Emmanuelle Marceau<sup>a,b</sup>, Marie-Alexia Masella<sup>c</sup>

### Résumé

Aux États-Unis, le bioéthicien Arthur L. Caplan, ainsi que trois collègues ont affirmé dans un texte publié dans le *PennLive Patriot-News*, en mai 2020, que toute personne atteinte de la COVID-19 qui n'aurait pas suivi les consignes de la santé publique concernant le port du masque ou la distanciation sociale ou qui serait responsable d'une éclosion de COVID-19 devrait se porter volontaire pour être soignée en dernier. Pour se faire, ils s'appuient sur le principe du philosophe John Stuart Mill voulant que l'expression de la liberté ne peut pas causer du tort à autrui. Bien que l'on puisse comprendre les arguments évoqués par Caplan et ses collègues, cette position ne peut pas s'appliquer en contexte québécois, et ce, tant pour des motifs philosophiques (éthiques) et de santé publique.

### Mots-clés

respect des consignes de santé publique, pandémie, COVID-19, triage, accès aux soins

### Abstract

In the United States, bioethicist Arthur L. Caplan, along with three colleagues, stated in a paper published in the *PennLive Patriot-News* in May 2020 that anyone with COVID-19 who has not followed public health guidelines regarding mask use or social distancing, or who is responsible for a COVID-19 outbreak, should volunteer to be treated last. They do this based on the principle of the philosopher John Stuart Mill that the expression of freedom cannot cause harm to others. While one can understand the arguments raised by Caplan and his colleagues, this position cannot be applied in the Quebec context, for philosophical (ethical) and public health reasons.

### Keywords

public health compliance, pandemic, COVID-19, triage, access to care

### Affiliations

<sup>a</sup> Cégep du Vieux Montréal, Montréal, Canada

<sup>b</sup> Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique de l'Université de Montréal, Montréal, Canada

<sup>c</sup> Programmes de bioéthique, École de santé publique de l'Université de Montréal, Montréal, Canada

**Correspondance / Correspondence** : Emmanuelle Marceau, [emarceau@cvm.qc.ca](mailto:emarceau@cvm.qc.ca)

## INTRODUCTION

La pandémie de COVID-19 a soulevé beaucoup d'enjeux éthiques, notamment en santé publique. Certains de ces enjeux, tels que la rareté des ressources de santé, humaines ou matérielles, soulèvent des enjeux fondamentaux d'accès aux soins qui ne sont pas nouveaux (1-3). En effet, dans un contexte de soins de santé limités, il est nécessaire de décider d'une approche permettant de réguler l'attribution des traitements, matériels ou soins médicaux. Différents critères ont été proposés pour réguler cette attribution, parmi lesquels les choix de style de vie des individus. En effet, sachant que plusieurs études de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont mis de l'avant qu'une part importante de la morbidité des pays développés peut être associée à des modes de vie dits malsains (1,3), des auteurs ont proposé que les habitudes de vie des individus puissent conditionner leur accès aux soins.

La pandémie de COVID-19 a donc remis de l'avant l'enjeu éthique lié à l'adoption d'un critère d'accès aux soins basé sur les comportements de vie des individus, dans un système actuellement saturé et débordé par l'afflux massif de malades. Ainsi, dans une volonté de réguler cet afflux, certains bioéthiciens, dont Arthur Caplan (4,5), ont émis la proposition suivante : demander aux personnes ne respectant pas les mesures sanitaires de ne pas solliciter les services de soins en priorité lorsqu'ils sont malades. De nombreuses réactions ont émergé face à cette proposition et nous nous sommes demandées si celle-ci pourrait être acceptable et applicable au Québec. Afin de répondre à cette question, nous présenterons tout d'abord la proposition de ces bioéthiciens, ainsi que les réactions qui s'en sont suivies dans les médias. Nous évoquerons également succinctement le cadre juridique canadien qui affecte directement la mise en application de cette proposition au Québec et nous ferons un retour sur le protocole québécois de triage *Priorisation pour l'accès aux soins intensifs (adultes) en contexte extrême de pandémie* (6), recommandé par un groupe d'experts au Québec, au printemps 2020. Par la suite, nous poserons les arguments théoriques et pratiques sous-jacents à la proposition de Caplan et ses collègues, afin de mieux cerner les enjeux philosophiques qui y sont associés. Finalement, avant de conclure, nous émettrons quelques recommandations sur l'approche à privilégier pour favoriser l'adhérence aux mesures sanitaires, sans utiliser une approche punitive.

Nous tenons à préciser que nous avons conscience que le contexte sanitaire évolue rapidement. Par exemple, au moment d'écrire ces lignes en décembre 2020, aucun vaccin n'était disponible. Tout laisse présager que l'arrivée des vaccins soulèvera de nouveaux enjeux éthiques. L'analyse juridique, philosophique et pratique que nous effectuons sur le cas particulier de la COVID-19 et la proposition de Caplan et ses collègues n'est bien sûr pas spécifique au contexte pandémique actuel. Les arguments, enjeux et risques que nous abordons soulèvent plus fondamentalement le dilemme suivant : comment répondre à des besoins en santé quasi illimités, dans un contexte de ressources limitées? Dit autrement, quels soins prioriser et pour

quels patients? Ainsi, les réflexions et arguments soulevés dans ce commentaire pourront aider, nous l'espérons, à éclairer les débats actuels et ceux à venir.

## PRÉSENTATION DE LA POSITION DE CAPLAN, RÉACTIONS MÉDIATIQUES ET PRINCIPES FONDAMENTAUX DU SYSTÈME DE SOINS CANADIEN

### La proposition de Caplan

Dans un texte publié le 11 mai 2020 (4), et une vidéo rendue disponible le 16 juin 2020 (5), les bioéthiciens américains Arthur Caplan, Dominic Sisti, Moti Gorin et Emily Largent affirment que si une personne souhaite désobéir aux consignes de santé publique, au nom de l'expression de sa liberté, elle devrait du coup accepter d'être soignée en dernier, si elle venait à contracter la COVID-19 et nécessiter des soins. Leur argument, ancré en philosophie morale et politique, se fonde essentiellement sur le principe de non-nuisance (7, p.20, note 6), formulé par John Stuart Mill en 1859, dans son livre *De la liberté* (8). Le principe stipule qu'il est légitime de contraindre une personne contre sa volonté pour une seule et unique raison : empêcher de causer du tort à autrui (*to prevent harm to others*). Ainsi, pour Mill, l'expression de la liberté individuelle est quasi totale, tant et aussi longtemps qu'elle n'affecte pas autrui (8). Parallèlement, pour Mill, l'État ne peut pas contraindre ou punir quelqu'un pour son propre bien, car cette action n'est tout simplement pas légitime. On peut l'inciter à adopter un comportement prudent ou sage, mais pas le forcer à agir.

Dans un propos nuancé, Caplan et ses collègues affirment donc que tous les réfractaires aux mesures actuelles de santé publique afin de stopper la pandémie mondiale de COVID-19 devraient se souvenir que les droits sont accompagnés de responsabilités (4,5). Ainsi, si une personne refuse de porter le masque ou de maintenir une distanciation sociale au nom de l'expression de sa liberté, elle devrait se placer à la fin de file d'attente pour obtenir des soins, si elle contracte la COVID-19 et nécessite des soins.

### Réactions médiatiques

Cette position de Caplan et de ses collègues a fait beaucoup réagir l'opinion publique et les experts. Yann Joly, professeur du Centre de Génomique et politiques de l'Université McGill, soulève tout de même que leur approche mettant de l'avant le fait que les libertés et décisions d'un individu s'accompagnent de responsabilités est intéressante, et parfois un peu oubliée (9). Ceci dit, de nombreux experts du Canada et des États-Unis, dont Joly, s'accordent notamment pour dire qu'il n'est pas concevable de rationner les soins de santé sur la base du comportement des individus, au risque de s'engager sur une pente glissante (9-11).

Ainsi, est-il réellement possible, souhaitable et faisable d'appliquer la proposition émise par Caplan et ses collègues dans un souci de rationnement des soins de santé et d'application du principe de la responsabilité individuelle? À cette question nous répondons par la négative, puisque le principe d'universalité en matière d'accès aux soins prévaut. Cela signifie que tous doivent avoir accès aux soins de santé en cas de besoin, et ce, peu importe les comportements, des personnes. Ce principe se justifie tant en fonction des principes juridiques, philosophiques et de santé publique. Nous nous intéresserons plus particulièrement aux principes philosophiques et de santé publique qui appuient notre réponse, mais nous souhaitons tout de même mentionner que le cadre juridique a ici un rôle également central puisqu'il encadre l'offre et l'accès aux soins.

### Cadre législatif

Le Canada, comme d'autres pays occidentaux (3), a déterminé que l'accès aux soins de santé devait se faire sur une base universelle, c'est-à-dire qu'un résident peut avoir accès aux soins de santé couverts par un régime d'assurance-santé, s'il respecte les modalités administratives préalablement définies et homogènes (12). Le principe d'universalité est inscrit au niveau fédéral, avec quatre autres critères d'accès (la gestion publique des services de santé, l'intégralité, la transférabilité et l'accessibilité), dans la *Loi canadienne sur la santé*, adoptée en 1985 (12). Cette loi-cadre prévoit des principes que les provinces doivent intégrer dans la gestion des soins de santé et encadre donc l'accès aux soins de santé, de telle manière qu'elle va à l'encontre de la proposition de Caplan. Cependant, nous souhaitons tout de même analyser la possibilité de mise en place de cette régulation d'accès aux soins.

### Protocole de triage en cas de sursaturation du système de soin de santé au Québec, en contexte de COVID-19

L'accès universel aux soins de santé est d'ailleurs retenu et déjà mis de l'avant au Québec, dans le contexte actuel de pandémie. En effet, un groupe d'experts formé de bioéthiciens et de professionnels de santé ont déployé des critères de prise de décisions d'allocation des ressources médicales en cas de saturation des soins, en contexte de COVID-19, dans un protocole de triage (6, p.43). Les critères présentés pour définir la priorisation des soins sont essentiellement en lien avec la condition médicale du patient. Plus particulièrement, ils sont liés à l'âge du patient, son état de santé général, son autonomie ou encore son niveau de démence. La prise en compte d'un comportement ou d'une habitude de vie n'apparaît pas comme élément d'analyse de triage pour l'accès aux soins. D'un point de vue médical, de mauvaises habitudes de vie rendent les patients plus à risques d'avoir des formes graves de la COVID-19 (13-15). Ceci dit, à gravité égale et à pronostic égal, deux patients ne seront pas traités différemment selon leurs habitudes de vie qui ont pu conduire à leur état de santé actuel.

Cette position adoptée par le groupe d'experts est appuyée par Bartlett, « selon les bonnes pratiques médicales : vous devez donner la priorité aux patients en fonction de leurs besoins cliniques [...] vous ne devez pas refuser ou retarder un traitement parce que vous pensez que les actions ou le mode de vie d'un patient ont contribué à sa décision. » (2, p.311; *traduction libre*). Cappelen rappelle pour sa part que l'accès à un soin doit se faire selon des critères en lien avec la gravité de la pathologie, les bénéfices espérés du soin et le rapport coût-efficacité de ce soin (16). Ainsi, là encore, les comportements ne font pas partie des critères communément acceptés et utilisés en pratique pour la décision d'accès à des soins donnée par un professionnel de la santé (16), même si bien sûr, nous reconnaissons qu'ils peuvent avoir une influence sur les critères décrits. En bref, le principal critère pour définir l'accès à des soins à un patient repose sur ses besoins médicaux et son profil médical (2).

Pour toutes ces raisons, il apparaît impossible d'envisager la mise en application de la proposition formulée par Caplan et ses collègues, au Canada et au Québec. Afin de mieux discuter de leur proposition, il nous apparaît important de détailler certains arguments évoqués en lien avec la littérature en santé publique et en philosophie.

## FONDEMENTS DE LA POSITION DE CAPLAN : RISQUES ET ENJEUX ÉTHIQUES

### Arguments théoriques sous-jacents

L'un des premiers arguments est présenté par Cappelen. Selon lui, « la répartition des charges et des avantages devrait être liée à la manière dont les différents individus ont contribué à la création de ces charges et avantages » (1, p.476; *traduction libre*). Ainsi, une personne qui, comme le décrit Caplan, n'a pas respecté les mesures sanitaires et qui viendrait à être à l'origine d'un foyer d'éclosion, devrait assumer davantage les conséquences du fardeau pour le système de santé que lui-même a créé ou a aidé à créer.

L'argumentaire de Wynia rejoint également cette conception de la responsabilité individuelle, puisqu'en s'appuyant sur la conception de la liberté par Mill, il indique qu'un individu a le devoir (et donc la responsabilité) de ne pas faire de mal ou de tort à autrui, en ayant recours à sa propre liberté (17). Ainsi, en temps de pandémie liée à la COVID-19, le fait qu'une personne refuse de suivre les mesures sanitaires prescrites, qu'elle mette ainsi potentiellement en danger la vie d'autres personnes, impliquerait, comme le propose Caplan, qu'elle doive dès lors renoncer à l'exercice de sa liberté (17) et assumer les conséquences de son choix. Elle devrait ainsi renoncer à accéder aux soins en priorité en cas de surcharge du système de santé, afin de laisser la priorité de soins aux personnes qu'elle a potentiellement infectée de fait de son non-respect des mesures sanitaires.

Ces arguments théoriques ne sont pas nouveaux et ont déjà été soulevés face à d'autres comportements pouvant mettre à risque la santé des individus (ex. : consommation de tabac, d'alcool, de drogues, manque d'exercice physique, obésité). Elles pourraient d'ailleurs éventuellement s'appliquer à d'autres situations complexes soulevées par la pandémie, comme le fait de refuser de se faire vacciner. Toutefois, comme nous allons maintenant les présenter, il existe plusieurs objections à ces arguments.

### Arguments contre la position de Caplan

#### Arguments théoriques

Selon Cappelen, la première de ces objections se nomme « l'objection humanitariste » (1, p.477; *traduction libre*). Cette objection indique qu'il est obligatoire d'aider toute personne qui se trouve dans le besoin, sans égard à la raison qui l'a conduit à être dans cette situation de besoin (1). Dit autrement, on ne s'intéresse pas à la raison qui a mené un individu à nécessiter de l'aide ; l'obligation porte plutôt sur la nécessité de l'aider. D'autre part, nous pouvons également présenter un deuxième argument nommé « l'objection d'équité » (1, p.477; *traduction libre*). Cette objection défend que les conséquences d'un choix ou d'une habitude de vie par exemple ne dépendent qu'en partie de l'individu. En effet, ce choix est également modulé par le contexte et l'environnement physique, social ou encore politique dans lequel évolue l'individu. Il serait donc injuste et inapproprié de sanctionner des individus qui n'ont pas un contrôle total sur leurs propres comportements. Ce deuxième argument est soutenu par différents auteurs dans la littérature. En effet, il est reconnu que les décisions des individus ne sont pas totalement de leur fait, mais sont aussi influencées par leur environnement direct (1,2,16,19-21). Ainsi, son contrôle (et sa liberté) sont limités (1,2). Parmi les décisions qui peuvent être affectées par ces déterminants, mentionnons celui de respecter les directives de santé publique. Buyx explique à cet effet que « L'accent mis sur le libre choix ignore le fait que le comportement ne relève pas de l'une des deux catégories dichotomiques "librement choisi" et "pas choisi du tout", mais qu'il existe de nombreux degrés de liberté de choix » (19, p.872; *traduction libre*). Dès lors que les individus ne sont pas totalement libres, il paraît difficile de les tenir totalement responsables de leur choix également.

#### Objections pratiques

Ce dernier argument permet de voir que par-delà des considérations théoriques, il demeure qu'en pratique, il y existe plusieurs obstacles à la mise en place sur le terrain de la proposition de Caplan et collègues, au Québec. Tout d'abord, la responsabilité causale ne peut être garantie et prouvée de manière certaine (16,20). En effet, comment être sûrs qu'une personne qui n'a pas respecté les consignes sanitaires et qui s'est retrouvée dans un foyer d'éclosion soit réellement la personne qui ait causé cette éclosion? Si le comportement devient un critère d'accès aux soins, il peut être difficile de le mettre en place du fait que la causalité entre l'irrespect des consignes à un moment donné et l'apparition des symptômes ne soit pas assurée totalement.

Il serait alors injuste et non défendable d'avoir recours à ce critère dans ce cas, d'autant plus que les conséquences pourraient être tragiques, voire mortelles.

Finalement, il faudrait également penser aux enjeux pratiques que pose l'évaluation des comportements passés d'une personne. Le temps et les ressources (humaines et matérielles) nécessaires pour surveiller et documenter tous les manquements au respect des consignes sanitaires, ainsi qu'à leurs conséquences (20) seraient importants. Et qui serait en mesure de mener l'enquête sur les agissements d'un nouveau patient? Une solution, proposée par certains, serait de demander aux professionnels de santé d'effectuer cette enquête, du fait qu'ils sont en première ligne et directement en contact avec les patients, ce qui leur offrirait la possibilité de sonder le passé de chaque patient atteint de la COVID-19 qui a recours à des soins (1). Mais les ressources nécessaires pour mener celle-ci seraient considérables, dans un système déjà lourdement affecté par la pandémie (22). Qui plus est, mener une « enquête » nécessite du temps, élément dont les patients gravement atteints de la COVID-19 ne disposent pas. Enfin, des biais cognitifs ou des préjugés pourraient influencer le jugement des professionnels responsables d'évaluer cette causalité (2). Ainsi, plusieurs auteurs ont évoqué le risque que l'adoption d'une telle proposition puisse soulever : la stigmatisation et la discrimination d'une partie de la population (16,21).

Enfin, le refus de soins à des patients qui n'auraient pas respecté les directives sanitaires pourrait plonger les professionnels de santé dans une détresse morale, comme cela va à l'encontre de l'essence même de leur profession (12). Ce refus pourrait aussi grandement atteindre à la relation de soins entre un patient et son soignant (1,20), créer une crise de confiance et pourrait même être à l'origine de discrimination, découlant de biais personnels et préjugés de certains professionnels (2), tels que mentionnés précédemment.

## COLLABORATION, SENSIBILISATION ET ÉDUCATION

À la lumière de ce qui précède, nous voyons bien en quoi la proposition de Caplan et ses collègues n'est pas viable dans le contexte québécois. Mais que faire alors pour diminuer la résistance croissante face aux consignes de santé publique, sachant que, lorsque nous écrivons ces lignes, 50% des Québécois indiquent ne pas se sentir en mesure de respecter ces consignes encore 6 mois (23)? Nous pensons qu'il faut miser sur la sensibilisation et la collaboration de chaque citoyen, pour amortir les impacts de la pandémie actuelle. Ainsi, dans le cas de la COVID-19, il est nécessaire d'offrir à la population des messages clairs, simples, adaptés aux différentes populations qui composent notre société et non stigmatisant, afin d'éviter la confusion ou d'exposer les individus à une trop grande anxiété qui risquerait de porter atteinte à la volonté de prévention (24,25). L'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ) a par exemple réalisé un document permettant de mettre de l'avant des recommandations quant aux messages qui devraient être communiqués et relégués, tant vis-à-vis du contenu que de la forme (24).

Une autre recommandation qui pourrait être faite est de miser sur la collaboration et le soutien au sein des communautés. Comme le mentionne Van den Broucke, en prenant l'exemple de la pandémie d'Ebola en Afrique, l'implication de la communauté permet d'offrir un espace empreint de confiance et qui favorise la participation de partenaires communautaires à l'adaptation et la dissémination des mesures de santé publique, tout en respectant la sensibilité et les particularités de la communauté (24). Il ajoute également :

Une telle approche permet non seulement d'éviter la stigmatisation et les réactions de peur chez les personnes, les familles et les communautés touchées, qui peuvent entraver les efforts de prévention, mais elle constitue également un puissant levier pour renforcer l'adhésion et mobiliser l'engagement communautaire. (24, p.3; *traduction libre*)

Il est donc important de favoriser non seulement une approche d'éducation et d'information sensible aux particularités des populations, mais il est également important d'impliquer les communautés afin de renforcer l'entraide et le soutien à l'échelle locale, dans un contexte pandémique qui bouscule toutes nos relations sociales.

Finalement, si les approches décrites précédemment ne suffisent pas et si le besoin s'en fait sentir, le législateur peut également intervenir par voie législative. L'État peut forcer l'application de mesures sanitaires en contexte de pandémie (couvre-feu, port du masque, vaccination obligatoire, etc.), dans une volonté de protection de la santé de la population.

## CONCLUSION

En somme, la position de Caplan et ses collègues nous semble loin de la réalité actuelle. L'accès universel aux soins de santé est une valeur affirmée, tant dans le cadre juridique qu'en santé publique au Québec. Dans une perspective plus internationale, nous pensons d'ailleurs qu'une telle approche ne serait pas plus envisageable, car celle-ci ne s'inscrit pas nécessairement dans le cadre juridique des autres pays, ni dans les valeurs démocratiques de protection de la personne ou dans les droits fondamentaux. En France, par exemple, le *Code de la santé publique* défend l'accès égal des personnes aux soins requis par son état de santé (article L1110-1) (25), et ce, sans égard à leur comportement. Comme le mentionnait Cappelen (1), cet accès se fait donc uniquement sur les besoins et non sur les causes l'ayant mené à nécessiter des soins. Pour conclure, il est certes vrai que la résistance actuelle face aux mesures de santé publique au Québec pour ralentir, voire stopper, la progression du virus demeure préoccupante. Nous privilégions toutefois une approche positive, fondée sur la collaboration, la sensibilisation et l'éducation pour une sortie de crise. Au besoin, la voie législative peut aussi pallier les manquements de la part de certains et imposer des mesures sanitaires communes.



**Reçu/Received:** 24/12/2020**Remerciements**

Les auteurs tiennent à remercier le Centre de Recherche en Droit Prospectif (CRDP) de l'Université de Montréal et les FRQS Regroupement stratégique, pour le financement accordé à Mme Marceau dans le cadre de diverses activités en lien avec la thématique « Justice et changements », et qui ont permis d'octroyer une bourse à Mme Marie-Alexia Masella pour sa contribution à la recherche et la rédaction de cet article. De plus, le financement a permis à M. Antoine Varin-Larocque d'effectuer une recherche de la littérature en vue de la rédaction ce commentaire. Les auteurs tiennent à le remercier.

**Conflits d'intérêts**

Aucun à déclarer

**Publié/Published:** 01/03/2022**Acknowledgements**

The authors would like to thank the Centre de Recherche en Droit Prospectif (CRDP) of the Université de Montréal and the FRQS Regroupement stratégique, for the funding granted to Emmanuelle Marceau in the context of various activities related to the theme "Justice and Change", and which made it possible to grant a scholarship to Marie-Alexia Masella for her contribution to the research and the writing of this article. In addition, funding allowed Antoine Varin-Larocque to conduct a literature search for this commentary. The authors wish to thank him for this contribution.

**Conflicts of Interest**

None to declare

**Édition/Editors:** Aliya Affdal

Les éditeurs suivent les recommandations et les procédures décrites dans le [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#) de COPE. Plus précisément, ils travaillent pour s'assurer des plus hautes normes éthiques de la publication, y compris l'identification et la gestion des conflits d'intérêts (pour les éditeurs et pour les auteurs), la juste évaluation des manuscrits et la publication de manuscrits qui répondent aux normes d'excellence de la revue.

The editors follow the recommendations and procedures outlined in the COPE [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#). Specifically, the editors will work to ensure the highest ethical standards of publication, including: the identification and management of conflicts of interest (for editors and for authors), the fair evaluation of manuscripts, and the publication of manuscripts that meet the journal's standards of excellence.

**Évaluation/Peer-Review:** Thomas Tannou & Anonyme

Les recommandations des évaluateurs externes sont prises en considération de façon sérieuse par les éditeurs et les auteurs dans la préparation des manuscrits pour publication. Toutefois, être nommé comme évaluateurs n'indique pas nécessairement l'approbation de ce manuscrit. Les éditeurs de la [Revue canadienne de bioéthique](#) assument la responsabilité entière de l'acceptation finale et de la publication d'un article.

Reviewer evaluations are given serious consideration by the editors and authors in the preparation of manuscripts for publication. Nonetheless, being named as a reviewer does not necessarily denote approval of a manuscript; the editors of [Canadian Journal of Bioethics](#) take full responsibility for final acceptance and publication of an article.

**RÉFÉRENCES**

- Cappelen AW, Norheim OF. [Responsibility in health care: a liberal egalitarian approach](#). *Journal of Medical Ethics*. 2005;31(8):476-80.
- Davis O, Nielsen M. [Lifestyle choice should not influence clinical decisions](#). *Bulletin*. 2017;99(9):309-10.
- Borges AP, Pinho M. [Should lifestyles be a criterion for healthcare rationing? evidence from a Portuguese survey](#). *Primary education*. 2017;17(4):e00399.
- Sisti D, Gorin M, Largent E, Caplan A. [Lockdown protesters have a moral duty to forgo medical care in favor of those who followed the rules](#) | Opinion. *PennLive Patriot-News*. 11 mai 2020.
- Caplan A. [If you refuse to distance, you should bypass care if you get ill](#). *Medscape*. 16 juin 2020.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. [Priorisation pour l'accès aux soins intensifs \(adultes\) en contexte extrême de pandémie](#). 2 novembre 2020.
- Ogien R. *L'éthique aujourd'hui: maximalistes et minimalistes*. Paris: Gallimard; 2017.
- Mill JS. *De la liberté*. 2002<sup>e</sup> éd. Paris: Editions Gallimard; 1859.
- La presse canadienne. [Les anti-masques devraient-ils renoncer à être soignés s'ils sont malades?](#) *Le Droit*. 3 octobre 2020.
- Burling S. [Should coronavirus lock down protesters waive their medical care? Some medical ethicists think so](#). *The Philadelphia Inquirer*. 22 mai 2020.
- Kirkey S. [Ethicists debate whether anti-mask protestors should forfeit COVID-19 medical care](#). *National Post*. 1 décembre 2020.
- Ministère de la justice du Canada. [Loi canadienne sur la santé](#). 1985.
- Tavakol Z, Ghannadi S, Tabesh MR, et al. [Relationship between physical activity, healthy lifestyle and COVID-19 disease severity: a cross-sectional study](#). *J Public Health (Berl)*. 2021;4:1-9
- Cattaruzza MS, Gorini G, Bosetti C, et al. [Covid-19 and the role of smoking: the protocol of the multicentric prospective study COSMO-IT \(COvid19 and SMOKing in ITaly\)](#). *Acta Bio Medica Atenei Parmensis*. 2020;91(3):e2020062.
- Fathi M, Vakili K, Sayehmiri F, et al. [The prognostic value of comorbidity for the severity of COVID-19: A systematic review and meta-analysis study](#). *PLoS ONE*. 2021;16(2):e0246190.
- Cappelen AW, Norheim OF. [Responsibility, fairness and rationing in health care](#). *Health Policy*. 2006;76:312-9.
- Wynia MK. [Ethics and public health emergencies: restrictions on liberty](#). *The American Journal of Bioethics*. 2007;7(2):1-5.
- Feiring E. [Lifestyle, responsibility and justice](#). *Journal of Medical Ethics*. 2008;34(1):33-6.

19. Buyx AM. [Personal responsibility for health as a rationing criterion: why we don't like it and why maybe we should](#). Journal of Medical Ethics. 2008;34(12):871-4.
20. Friesen P. [Personal responsibility within health policy: unethical and ineffective](#). J Med Ethics. 2018;44(1):53-8.
21. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. [La réponse fédérale à la COVID-19 : Observations provisoires](#). Ottawa. 2020.
22. Dubé É, Hamel D, Rochette L, Dionne M, Tessier M, INSPQ. [COVID-19 - Sondages sur les attitudes et comportements des adultes québécois](#). 2020.
23. INSPQ. COVID-19 : Stratégies de communication pour soutenir la promotion et le maintien des comportements désirés dans le contexte de la pandémie. 2020.
24. Van den Broucke S. [Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa](#). Health Promotion International. 2020;35(2): 181-186.
25. [Article L1110-1](#). Code de la santé publique. France. 2002-303 4 mars 2002.