



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

**Systeme de priorisation pour l'accès
à une chirurgie en situation de pandémie**

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section Publications

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépot légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

Bibliothèque et Archives Canada, 2021

ISBN : 978-2-550-88614-3 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2021

Dernière mise à jour : 20 avril 2020

Document déposé pour adoption au

Sous-comité clinique COVID-19 – Blocs opératoires
Présidé par le Dr Serge Legault

Auteurs principaux

M. Michel Lorange, Ph. D., M. Sc.
Éthicien clinique et organisationnel
Centre d'éthique
CISSS de Laval

Mme Marie-Ève Bouthillier, Ph. D.
Éthicienne
Cadre-conseil en éthique
Centre d'éthique
CISSS de Laval
Professeure adjointe de clinique
Bureau de l'éthique clinique
Faculté de médecine, Université de Montréal

Coordination

Mme Marie-Ève Bouthillier, Ph. D.
Éthicienne
Cadre-conseil en éthique
Centre d'éthique
CISSS de Laval
Professeur adjoint de clinique
Bureau de l'éthique clinique
Faculté de médecine, Université de Montréal

Dr Serge Legault
Chirurgien
CISSS de Laval
Président
Association québécoise de chirurgie
Président du sous-comité clinique COVID-19 – Blocs opératoires
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Collaborateurs à la rédaction

Isabelle Ganache, Ph. D.
Directrice
Bureau – Méthodologies et éthique
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Dre Isabelle Germain
Radio-oncologue
Cogestionnaire médicale du programme de cancérologie
CHU de Québec
Membre du Comité national de radio-oncologie

Dr Serge Legault
Chirurgien
CISSS de Laval
Président
Association québécoise de chirurgie
Président du sous-comité clinique COVID-19 – Blocs opératoires
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Dr Patrick Montpetit
Chirurgien
CISSS de Laval

Geneviève Plamondon, M. Sc.
Professionnelle scientifique
Bureau – Méthodologies et éthique
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Dre Catherine Prady
Oncologue médicale
CISSS de la Montérégie-Centre
Cogestionnaire médicale du Réseau cancer Montérégie
Membre du comité national de cancérologie mammaire
Professeure adjointe, Université de Sherbrooke

Lucie Wade
Éthicienne clinique et organisationnelle
Centre d'éthique appliqué
Centre universitaire de santé McGill
Membre affiliée, Unité d'éthique biomédicale
Université McGill

Revue de littérature

Geneviève Plamondon, M. Sc.
Professionnelle scientifique
Bureau – Méthodologies et éthique
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Personnes et groupes consultés

Dr Joseph Dahine
Intensiviste
Directeur médical
Direction qualité, évaluation, performance et éthique
CISSS de Laval

Vincent Dumez, M. Sc.
Codirecteur
Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public
Direction collaboration et partenariat patient
Faculté de médecine
Centre de recherche du CHUM
Université de Montréal

Avec la collaboration de cinq patients-partenaires

Dr Roger Grégoire
Chirurgien colorectal
CHU de Québec

Dr Jean Latreille, MDCM, FRCPC
Directeur national du programme québécois de cancérologie
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Dre Élise Thibault
Chirurgienne vasculaire
Chef du département de chirurgie du CISSS de la Montérégie-Centre
Présidente
Association de chirurgie vasculaire et endovasculaire du Québec

Dr Philippe Walsh
Urologue
CISSS de la Montérégie-Centre

Relecture externe du document

Isabel Gauthier

Sommaire exécutif

Le système de priorisation pour l'accès à une chirurgie en situation de pandémie vise à soutenir l'orientation de chaque patient dans un contexte exceptionnel. Les principes qui guident l'orientation sont la maximisation des bénéfices, la proportionnalité, la non-malfaisance, l'équité, la réciprocité, l'agilité ainsi que la protection des intervenants et de la population.

Le système est divisé en quatre étapes séquentielles, soit 1) la détermination de la capacité du bloc opératoire, 2) le prétriage des patients, 3) le triage, et 4) la détermination du programme opératoire et des suites à donner à tous les patients, qu'ils aient accès ou non à la chirurgie. Chacune de ces étapes d'orientation des patients est soutenue par des critères cliniques. La complexité est très grande pour déterminer les cas les plus prioritaires qui peuvent être opérés avec les ressources disponibles du moment, en considérant toutes les spécialités chirurgicales et la condition de chaque patient. Les critères cliniques doivent guider les cliniciens dans ces choix, et leur jugement clinique demeure la seule façon d'embrasser cette complexité. Les rôles et responsabilités décrits spécifiquement à l'étape de prétriage (section 6.2) ainsi que la détermination du programme opératoire et de ses mécanismes (section 6.4) visent à soutenir ce travail, réalisé dans un contexte exceptionnel, et porté par un groupe de personnes dans chaque organisation.

Une nécessité transcende ce système, soit la communication en continu entre le chirurgien et le patient. L'évolution clinique de chaque patient peut être anticipée, mais ne peut être prédite, et chaque patient doit être informé s'il aura bientôt sa chirurgie ou non. Ce suivi en continu offre aussi l'occasion de répondre aux questions et préoccupations du patient ou de ses proches, et de le rassurer. Cette communication en continu favorise le développement d'une relation de partenariat patient-soignant dans laquelle chacun tente de comprendre et de rejoindre l'autre. Cette communication doit se faire dans les deux sens, soit que le chirurgien garde contact avec le patient, et que ce dernier puisse rejoindre le chirurgien au besoin. De plus, chaque patient doit avoir accès à des soins, quels qu'ils soient, selon ce qui est disponible et possible à chaque moment.

Dans le contexte actuel de la pandémie de COVID-19, alors que l'accès aux services cliniques spécialisés et à la chirurgie est grandement réduit, les conséquences de cette réduction se feront ressentir longtemps après le retour à la normale dans plusieurs autres secteurs d'activité clinique. Les auteurs et les collaborateurs à la rédaction sont d'avis que le système de priorisation de l'accès à une chirurgie en situation de pandémie ne fera sens qu'en appliquant les recommandations suivantes :

- Appliquer dès maintenant ce système de priorisation par décret ministériel et uniformément à travers le Québec; vu les retards accumulés, ce système de priorisation sera utilisé pendant une longue période alors que les autres secteurs d'activité clinique seront quant à eux revenus à la normale;
- Par solidarité avec l'ensemble de la population, équilibrer dès maintenant (sur une base interétablissement, intrarégionale et interrégionale) l'allocation des ressources de l'ensemble du réseau (humaines, matérielles, équipements de protection individuelle, médicaments); dans une perspective de maximisation des bénéfices et d'équité, l'équilibrage des ressources vise à ce que les patients ayant une condition clinique requérant des soins spécialisés critiques (COVID-19 ou non) y aient accès en évitant de ne prioriser que les résultats et les impacts sur les patients mesurables à court terme;
 - Par exemple, conserver des lits de soins intensifs non utilisés en cas d'augmentation de la demande de patients COVID-19 et en ne restreignant pas l'accès aux soins intensifs résulte en des retards d'accès à la chirurgie; les patients sous respirateurs sont aussi de grands consommateurs d'anesthésiants,

restreignant beaucoup l'accès à la chirurgie; à cet effet, la communication en continu et la concertation dynamique entre les intensivistes et les chirurgiens sont nécessaires pour discuter des besoins des patients et trouver l'équilibre entre les ressources allouées à la chirurgie et aux soins intensifs;

- Autre exemple, la situation ponctuelle dans chaque installation peut faire que des patients ont un retard significatif d'accès à la chirurgie avec des impacts importants sur leur espérance de survie à long terme avec une morbidité accrue, tandis que dans un autre établissement, des patients beaucoup moins à risque auront accès à une chirurgie;
- Planifier le plus tôt possible le retour à la normale en chirurgie afin d'arrêter de cumuler des retards dans l'accès à la chirurgie qui auront des conséquences à long terme sur ces patients;
- Planifier le plus tôt possible un accroissement temporaire de la production en chirurgie pour tenter de rattraper le retard en considérant les limites humaines pour ne pas épuiser les chirurgiens, anesthésistes, infirmières, inhalothérapeutes, ainsi que tout le personnel de soutien.

Table des matières

1. Introduction	1
2. Buts et objectifs	2
3. Méthodologie	3
4. Application du système de priorisation	4
5. Discussion clinique en continu et niveau d'intervention médicale (NIM)	5
6. Système de priorisation pour l'accès à une chirurgie	7
6.1 Déterminer la capacité de production du bloc opératoire	8
6.2 Prétriage	9
6.3 Triage	12
6.4 Déterminer un programme opératoire	16
6.5 Retour à la normale	18
7. Soutien psychosocial et moral à offrir en contexte de pandémie	18
7.1 Soutien moral et psychosocial aux intervenants, aux professionnels et au personnel lié au plan de pandémie	18
7.2 Soutien psychosocial aux usagers et aux familles lié au plan de pandémie	19
8. Conclusion et recommandations	20
9. Références	22
Annexes	23
Annexe A : Littérature grise et sites Web consultés	23
Annexe B : Classification ASA	24
Annexe C : Exemple de diagramme de Gantt	25

1. Introduction

Dans le cadre de la préparation et de la réponse à la pandémie de COVID-19, les établissements du Québec ont été invités à adopter une approche planifiée pour répondre aux besoins cliniques. Les circonstances actuelles exigent que notre système de santé agisse de manière responsable et équitable face à la gestion des ressources disponibles. L'objectif est de fournir des soins optimaux à l'ensemble des Québécois en identifiant et en préservant les programmes ou services prioritaires, et en surveillant l'utilisation et la distribution efficaces des ressources de santé. Lorsque les ressources sont réduites ou manquantes (équipements de protection, analgésiques, sédatifs, etc.) et que le volume de chirurgies est réduit, la distribution de ces ressources doit se faire selon un processus équitable guidé par des principes éthiques. Il y aura des délais d'accès à la chirurgie et des choix à faire entre plusieurs patients et des types de chirurgies. Le présent document vise à soutenir la prise de décision avec l'objectif de maximiser les bénéfices et de réduire les risques.

Plusieurs éléments sont à considérer dans un contexte de réduction de la capacité opératoire en temps de pandémie :

- Les enjeux de disponibilité de ressources (humaines, matérielles, soins intensifs (SI), lits, équipements de protection individuelle (EPI), médicaments, etc.) et la possibilité de partager ou pas les équipements et les professionnels entre établissements et régions dans le but de traiter le plus grand nombre de personnes et d'assurer l'équité d'accès à l'ensemble de la population.
- Les divers risques pour les patients face à la pénurie de ressources :
 - L'accès en temps opportun ou l'absence d'accès : par exemple, ne pas être opéré, ne pas l'être en temps opportun (délai raisonnable), ne pas avoir accès à un lit de soins intensifs si nécessaire.
 - Le risque nosocomial : par exemple, contracter la COVID-19 en milieu hospitalier.
- La nécessité de considérer **l'ensemble des besoins de la population**, c'est-à-dire des patients atteints de toute condition clinique (COVID-19 ou non), et les risques pour leur santé ou leur survie. Les chirurgies touchent des groupes de patients pour lesquels l'impact du retard d'une chirurgie, tout comme le non-accès aux SI, ne se fera pas sentir à court terme. À long terme toutefois, il est possible que l'attente d'une chirurgie résulte en une progression de stade, en une espérance de survie à long terme réduite et en une morbidité accrue, causant alors une demande supplémentaire sur le système de santé.
- La difficulté de comparer entre elles des conditions cliniques différentes nécessitant des traitements chirurgicaux à intensité variable et consommant des ressources inégales.
- Le défi d'établir des pronostics et l'incertitude qui en découle.
- Le non-respect des consignes de délestage et leur application à géométrie variable, ce qui engendre de l'iniquité et des décisions arbitraires de priorisation. Il en résulte le besoin d'une orientation nationale respectée par tous les établissements et adaptée à la situation de chaque région afin d'éviter de pénaliser inutilement certaines personnes qui pourraient se voir désavantager.

Un système de priorisation des chirurgies cohérent et applicable à tous vise une allocation des ressources équitable et garantit que les personnes, dans des conditions similaires, reçoivent un traitement approprié.

Le système de priorisation de l'accès à la chirurgie est proposé en considérant l'incapacité de prévoir, à ce jour, quand et comment les activités normales pourront reprendre. La mise en place le plus rapidement possible d'une transition planifiée est nécessaire pour soigner les patients en attente de soins spécialisés, dont la chirurgie. Plus les délais s'allongent, plus ces patients

risquent des conséquences graves liées au retard d'accès à la chirurgie. Les conséquences possibles sont :

- Menace à la survie immédiate du patient si la chirurgie n'est pas effectuée;
- Menace d'une dysfonction permanente d'un membre ou d'un organe;
- Néoplasie rapidement évolutive;
- Risque de progression de la maladie (réduction de la possibilité de guérison, intervention plus importante plus tard, traitement plus morbide, risque d'inopérabilité);
- Risque d'aggravation vers des symptômes plus sévères, de consommer plus d'analgésiques ou de développer de la douleur chronique dû au retard de traitement.

2. Buts et objectifs

L'objectif général d'un système de priorisation des chirurgies en temps de pandémie est de minimiser la mortalité et la morbidité pour l'ensemble d'une population, par opposition au risque de mortalité et de morbidité individuel, et de veiller à ce que les décisions de priorisation soient guidées par des valeurs éthiques et soient empreintes d'une légitimité procédurale.

Ce système de priorisation a été élaboré pour une application spécifique à une situation de pandémie, qui entraîne une diminution importante de la capacité opératoire malgré une constance dans les besoins de la population en termes de chirurgie.

Remarque : Ce système de priorisation s'applique à tous les patients évalués pour chirurgie, quel que soit le domaine de leur maladie (cancérologie, cardiologie, orthopédie, etc.) et peu importe leur exposition ou leurs facteurs de risque liés à la COVID-19.

Ce protocole est basé sur les prémisses suivantes :

- Pendant une pandémie, la disponibilité des prestataires de soins de santé pourrait être réduite en raison de maladies personnelles, d'absentéisme et de responsabilités familiales. Une pénurie de prestataires de soins de santé entraînera une diminution des services habituels.
- Tous les patients, quel que soit leur état clinique, et qu'ils soient atteints de la COVID-19 ou non, méritent d'avoir accès aux soins requis, y compris aux traitements médicaux appropriés pour maximiser les résultats, et à un soutien pour le confort et la gestion des symptômes.
- Tous les efforts seront faits pour soutenir une communication claire et transparente aux patients et à leurs proches ainsi qu'aux décideurs en matière de chirurgie sur leur statut de triage, et pour aligner les plans de soins sur les souhaits et les valeurs connus des patients.

Principes directeurs guidant les décisions de priorisation

Les décisions pour répondre aux besoins cliniques des patients en contexte de pandémie doivent être guidées par des principes. Ces principes sont tous importants, et leur présentation ci-après ne résume pas d'une hiérarchie selon une importance relative. Pris ensemble, ils visent un équilibre dans les discussions et les choix qui résulteront du système de priorisation. Ces principes sont :

- Maximisation des bénéfices : viser à tirer le maximum d'avantages pour une communauté en allouant les ressources de préférence à ceux qui en tirent le plus grand bénéfice supplémentaire.
- Équité : des critères pertinents sur le plan clinique doivent être utilisés en premier lieu pour l'allocation des ressources. Ils 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). Un système de priorisation exige un équilibre délicat entre le jugement du clinicien (qui peut être biaisé et

faillible) et les systèmes de notation (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 pas être utilisées pour classer un patient par ordre de priorité par rapport à un autre, des critères supplémentaires de priorisation sont alors utilisés en dernier recours.

- Proportionnalité : le nombre de personnes qui sont affectées négativement par le système de priorisation en surplus de celles qui l'auraient été pour s'ajuster à la baisse de disponibilité des ressources. En d'autres termes, la réponse ne devrait pas affecter négativement plus de personnes que celles qui auraient été affectées si nous avions utilisé une approche « premier arrivé, premier servi ». Les systèmes de priorisation ont nécessairement un effet disproportionné sur les personnes appartenant à des groupes vulnérables. La proportionnalité est donc le meilleur moyen de minimiser cet effet.
- Non-malfaisance : les décisions doivent s'efforcer de limiter les préjudices dans la mesure du possible. La réduction ou l'annulation des activités qui ont moins de conséquences sur la morbidité ou mortalité si elles sont retardées trop longtemps doit être privilégiée par rapport à celles qui ont des conséquences plus importantes sur la morbidité ou mortalité si elles sont retardées trop longtemps. Il faut pour cela tenir compte des avantages et des inconvénients à plus ou moins long terme pour les patients et les populations de patients, des traitements alternatifs qui pourraient réduire le risque de ne pas avoir accès en temps opportun à une chirurgie, ainsi que des solutions de rechange disponibles pour soulager la douleur et la souffrance. La communication constante entre le chirurgien et son patient est importante pour réduire le stress de ce dernier.
- Réciprocité : certains patients et populations de patients vulnérables seront particulièrement visés en raison des efforts de notre système de santé pour préserver la capacité de traiter le plus grand nombre en contexte de pandémie de COVID-19. Par réciprocité, notre système de santé a l'obligation de veiller à ce que toutes les personnes concernées par ces décisions continuent de faire l'objet d'un suivi de santé, reçoivent des soins appropriés et puissent être réévaluées pour un accès éventuel à des chirurgies si elles en ont besoin.
- Protection des intervenants et de la population : dans un contexte de pandémie, lorsque la population est à risque pour sa santé et que le fonctionnement de la société est altéré, les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux sont centraux dans la capacité de soutenir les personnes malades, atteintes de la COVID-19 ou de toute autre affection.
- Agilité : dans un contexte nouveau, avec des conditions qui évoluent continuellement et où l'apprentissage se fait au quotidien, tous doivent démontrer la capacité de s'adapter à ces changements, d'adapter les processus et de gérer stratégiquement les choix, les risques et les ressources. Les personnes et l'organisation doivent démontrer une ouverture à modifier leurs comportements à la suite d'une information nouvelle, d'une situation ou d'un environnement qui évolue afin de travailler de façon plus efficace et efficiente dans le but de rejoindre un maximum de patients.

Création du système de priorisation de l'accès à une chirurgie en situation de pandémie

Le système de priorisation de l'accès à une chirurgie en situation de pandémie est proposé afin que l'orientation de chaque patient soit transparente (communiquée à chaque patient et à la communauté), cohérente et équitable (que tous les patients soient traités de la même manière), inclusive (tenant compte des points de vue des parties prenantes), responsable (que chaque personne impliquée puisse justifier ses décisions), et que le système engendre un sentiment de confiance.

3. Méthodologie

Revue de littérature

Une revue de la littérature scientifique et grise a été effectuée afin de soutenir la réalisation des travaux menant à l'élaboration du protocole.

Repérage des publications

Un repérage de la littérature a été effectué le 7 avril 2020 en ciblant les publications de langues française ou anglaise publiées en 2010 ou après. Une littérature restreinte était anticipée, et le repérage a ainsi ciblé d'autres contextes apparentés pour lesquels une priorisation des chirurgies était également possible. La base de données MEDLINE a été consultée, ainsi que Google et Google Scholar, en utilisant des mots clés incluant notamment : *pandemic; epidemic; outbreak; crisis; emergency; warfare and armed conflicts; disasters; prioritization of surgeries; prioritization of care; triage; triage protocol; criteria*.

Sélection des publications, extraction des données et synthèse

Cette recension a permis d'identifier 719 articles scientifiques, et la lecture des titres et des résumés a mené à la sélection de 33 articles. Une recherche de la littérature grise a également été effectuée sur les sites Web des organisations nationales et internationales d'intérêt (ministères de la santé, agences de santé publique, agences d'évaluation, sociétés savantes, etc.). La liste se trouve à l'annexe A. L'extraction des données et la synthèse de l'information ont été effectuées par une personne.

Élaboration du protocole

Un comité d'experts a été formé à la demande du MSSS afin de proposer une stratégie de priorisation des chirurgies dans le contexte de la pandémie actuelle, et celui-ci s'est rencontré à six reprises. La revue de littérature a servi de base aux discussions, et les concepts constituant le protocole ont été dégagés par consensus.

Processus de participation

Outre les auteurs, sept personnes ont participé à la définition des processus décisionnels proposés et ont validé le système de priorisation. Ces personnes sont des chirurgiens, une radio-oncologue, une hémato-oncologue, et plusieurs ont des responsabilités au MSSS ou dans des associations professionnelles. Cinq autres personnes ont révisé le document, provenant aussi des milieux cliniques et ayant des responsabilités au MSSS ou dans des associations professionnelles. Enfin, le document a été révisé et commenté par cinq patients-partenaires.

4. Application du système de priorisation

Deux éléments importants sont à définir préalablement à l'élaboration de tout système de priorisation pour l'accès à une chirurgie en situation de pandémie, soit 1) les types de chirurgies visés par le système, et 2) les ressources allouées à la chirurgie au regard de tous les besoins et de l'accès aux ressources professionnelles et matérielles en contexte de rareté.

Un système de classification des chirurgies aide à déterminer la priorisation des patients. Il permet également de favoriser des définitions communes. Le système présenté ici est basé sur une classification développée en Ontario¹. Il est à noter qu'un système de priorisation applicable à tout type de chirurgie est actuellement en développement au Québec. Ce système est :

¹ Cancer Care Ontario, « Target Wait Times for Cancer Surgery in Ontario », avril 2006. <https://www.cancercareontario.ca/en/content/target-wait-times-cancer-surgery-ontario>.

Code de priorité clinique	Cibles d'accès, de la décision d'opérer à la date réelle d'opération
A	≤ 24 heures
B	≤ 14 jours
C	≤ 28 jours
D	≤ 90 jours
E	≤ 6 mois

Il est à noter que ce qui n'est pas une priorité élevée maintenant peut le devenir dans un avenir rapproché, obligeant les chirurgiens à établir un monitoring continu de leurs patients qui voient leur chirurgie reportée (voir le chapitre 6). La fréquence des suivis est déterminée par la condition de chaque patient.

Le présent système de priorisation vise à discerner, quand les ressources sont restreintes, la priorité relative de chaque patient en attente d'une chirurgie.

5. Discussion clinique en continu et niveau d'intervention médicale (NIM)²

Dans le contexte de la pandémie, la communication continue avec le patient affecté par le report de sa chirurgie revêt une importance encore plus grande qu'à l'habitude. Le présent chapitre rappelle les éléments jugés les plus importants dans les circonstances.

La communication continue entre le patient, les médecins, les soignants et les intervenants

En temps normal, comme en contexte de pandémie, il est important que le patient et ses proches demeurent informés en continu de l'évolution de leur condition, des interventions qui leur sont proposées selon leur condition, et que la discussion demeure ouverte. Même si la capacité d'adaptation aux volontés de chaque patient peut se trouver très limitée en contexte de pandémie, la transparence dans la communication est toujours centrale afin de conserver le lien de confiance entre le patient, ses proches et les soignants, et les intervenants dans une relation de partenariat, de même qu'avec l'ensemble du réseau. Cette pratique vise à réduire les effets psychologiques négatifs sur les patients et leurs proches liés au contexte de pandémie.

Un certain nombre de pistes de communications³ peuvent être envisagées. Elles doivent chercher à :

- Réduire les effets psychologiques négatifs et les comportements contre-productifs liés à l'isolement en prenant en compte les besoins et les pratiques de socialisation du patient, qui doivent être sécuritaires;
- Augmenter l'efficacité clinique des interventions, notamment en impliquant le patient dans les interventions;

² <https://www.inesss.qc.ca/publications/consulter-une-publication/publication/les-niveaux-dintervention-medicale-niveaux-de-soins.html>.

³ Extrait de « Continuer à soutenir le partenariat patient dans le cadre de la crise sanitaire du COVID-19 au CHUM », Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public et Centre hospitalier universitaire de Montréal, 27 mars 2020.

- Contribuer au bien-être des soignants en humanisant certaines des tâches des intervenants et soignants, et en optimisant leurs impacts;
- Améliorer les soins offerts aux patients en allégeant la charge de travail des intervenants et soignants, et en diminuant les risques de contamination.

Discussion avec le patient et/ou ses proches du niveau d'intervention médicale (NIM)

Même en contexte de pandémie, la discussion avec le patient sur ses volontés demeure primordiale. Cette discussion doit, comme en temps normal, se faire pour arrimer les volontés du patient (et de ses proches ou de son représentant légal quand le patient n'a plus la capacité de décider pour lui-même) en utilisant le jugement clinique du médecin qui offrira ce qui est médicalement requis selon la condition clinique du patient. Cette discussion tient toujours compte des ressources du réseau de la santé et des services sociaux disponibles et accessibles au moment de la discussion.

Les volontés des patients, l'obligation d'intervention et le consentement

Le NIM est indicatif. Il ne dispense pas le médecin de l'exercice de son jugement professionnel et du respect des normes cliniques. Chaque soin qu'il juge requis et qu'il propose nécessite l'obtention du consentement du patient ou de son représentant, s'il est inapte à consentir aux soins. Un soin qui ne serait pas indiqué médicalement ne devrait pas être prodigué.

Les NIM ne sont pas l'offre d'un soin en particulier. Si aucun soin n'est proposé, aucun consentement n'est requis. L'abstention ou la non-initiation d'un traitement ne requiert pas en principe de consentement. Elle doit certes se justifier au regard de certains critères davantage cliniques, mais ne requiert pas l'aval du patient ou de sa famille.

Sur le processus décisionnel entre le patient et le médecin, à la recherche du soin le plus approprié pour ce patient, à un moment de sa vie et de l'évolution de sa maladie :

www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2008-10-01-fr-pour-des-soins-appropries-au-debut-tout-au-long-et-en-fin-de-vie.pdf

Sur le consentement, les NIM, les DMA et les autres outils d'expression des volontés concernant les soins :

www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2018-09-11-fr-medecin-consentement-aux-soins.pdf

Suivi en continu avec le patient

Dans le contexte de la pandémie où la priorité chirurgicale est perturbée par le manque de ressources humaines et matérielles, une communication en continu avec les patients est essentielle. La communication en continu entre le chirurgien et le patient est cruciale parce que l'évolution clinique de chaque patient peut être anticipée mais ne peut être prédite, et que chaque patient doit être informé s'il aura bientôt sa chirurgie ou non. Les patients doivent aussi obtenir l'information pertinente concernant leur condition de santé et les risques associés au report de leur chirurgie ou d'attraper la COVID-19 en se présentant à l'hôpital. Ils doivent aussi comprendre les bénéfices et les risques associés à l'offre d'un traitement alternatif, le cas échéant. Une vigilance accrue et faite sur une base régulière est indispensable dans les circonstances afin de ne pas échapper un cas qui deviendrait urgent, où un patient n'aurait pas osé signaler l'aggravation de sa condition. D'où l'importance que la communication se fasse dans les deux sens, soit que le chirurgien garde contact avec le patient, et que ce dernier puisse rejoindre le

chirurgien au besoin. Chaque chirurgien est responsable de la communication continue avec ses patients et d'être joignable.

Ce suivi en continu offre aussi l'occasion de répondre aux questions et préoccupations du patient ou de ses proches, et de le rassurer. Cette communication en continu favorise le développement d'une relation de partenariat patient-soignant dans laquelle chacun tente de comprendre et de rejoindre l'autre. De plus, chaque patient doit avoir accès à des soins appropriés selon ce qui est disponible et possible à chaque moment.

Quelle que soit la condition clinique d'un patient en attente d'une chirurgie, un NIM⁴ doit toujours être établi avant une chirurgie. De plus, le NIM doit être réévalué avec le patient ou ses proches lorsque la condition clinique du patient change afin que les interventions demeurent toujours celles qui sont appropriées dans les circonstances après discussion avec le patient. La question de la réanimation cardiorespiratoire (RCR) doit aussi être évaluée dans le contexte de la condition actuelle du patient.

6. Système de priorisation pour l'accès à une chirurgie

Le système de priorisation pour l'accès à une chirurgie en contexte de pandémie est découpé en 4 grandes étapes avant le retour à la normale, comme résumé dans le tableau suivant :

Étape	Système de priorisation	Principes
Capacité de production (section 6.1)		
1	Objectif : Déterminer le maximum de ressources qui peuvent être à l'œuvre en chirurgie en respectant les directives ministérielles et la situation régionale et nationale liée à la COVID-19	Maximisation des bénéfices pour la population Protection du personnel
Prétriage (section 6.2)		
2	Objectif : Ne prioriser, à l'étape suivante, que les patients qui devraient avoir une chirurgie en contexte de pandémie et orienter les autres patients vers les soins appropriés tout en les réévaluant régulièrement	Efficiences Proportionnalité Non-malfaisance Équité
Triage (section 6.3)		
3	Objectif : Dans le contexte où les ressources chirurgicales sont réduites, prioriser les patients (toutes spécialités confondues) devant être opérés selon des critères cliniques : <ul style="list-style-type: none"> • Les plus à risque pour leur survie • Les patients approchant le plus de la date maximale de chirurgie ou l'ayant dépassée le plus • Requérant le moins de temps opératoire et de ressources possible • Ayant le plus de chances de récupérer rapidement Ces critères deviennent moins restrictifs quand les ressources du bloc opératoire augmentent	Maximisation des bénéfices Équité
Programme opératoire (section 6.4)		
4	Objectif : Construire le programme du bloc opératoire en joignant la capacité quotidienne du bloc opératoire avec la liste	Maximisation des bénéfices Efficiences

4

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/Formulaire_NiveauSoins_RCR.pdf

Objectif A : Prolonger la vie par tous les soins nécessaires

Objectif B : Prolonger la vie par des soins limités

Objectif C : Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie

Objectif D : Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie

Étape	Système de priorisation	Principes
	priorisée de patients (toutes spécialités confondues) pour déterminer quelles salles seront ouvertes et les patients opérés	Proportionnalité Non-malfaisance Équité
Retour à la normale (section 6.5)		
5	Au retour à la normale, poursuivre l'application de ce système de priorisation, en incluant 10 % des cas moins prioritaires dans le programme opératoire, jusqu'à ce que la liste d'attente soit similaire à celle d'avant la pandémie	Efficiace Proportionnalité Non-malfaisance Équité

Les sections suivantes présentent un processus pour chacune de ces étapes.

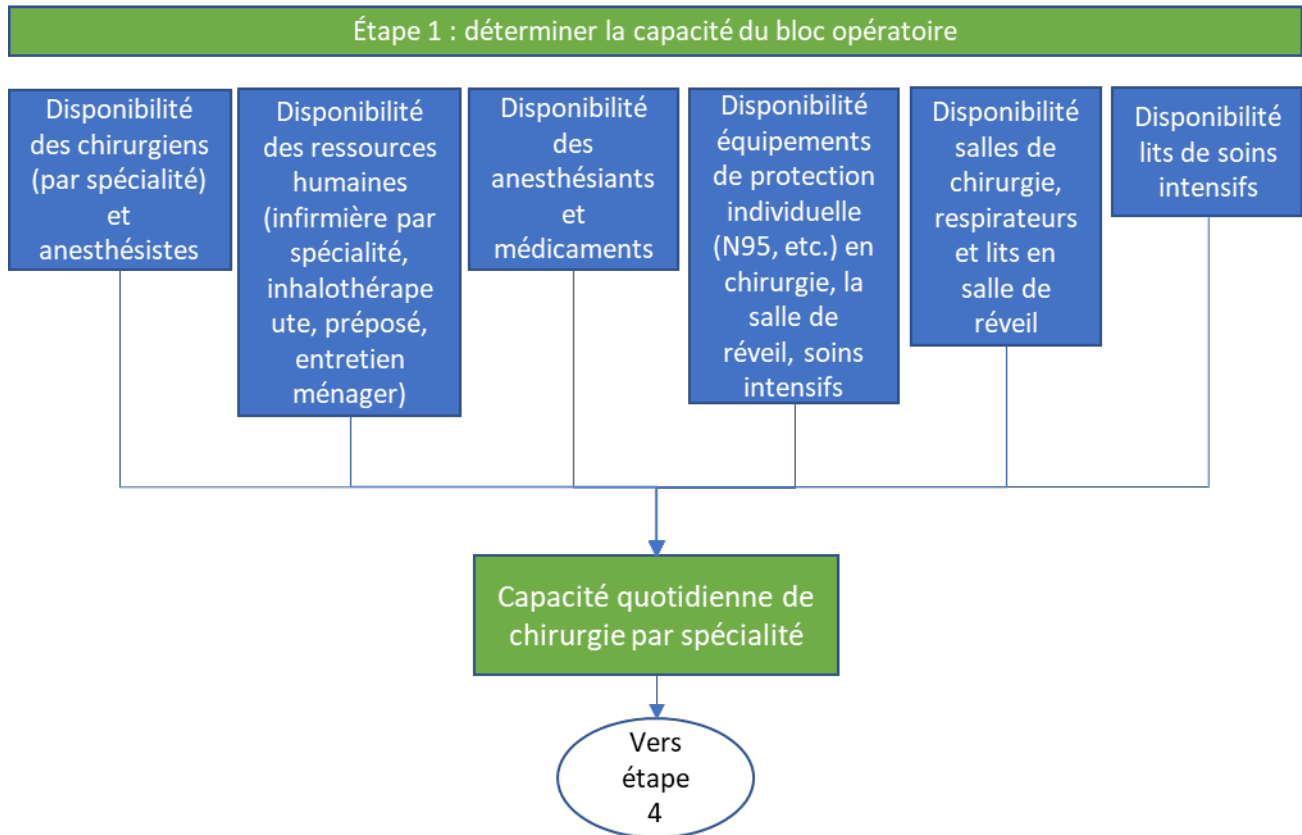
6.1 Déterminer la capacité de production du bloc opératoire

L'objectif de cette étape est de déterminer pour chaque jour le maximum de ressources qui peuvent être mises en œuvre en chirurgie en respectant les directives ministérielles et la situation régionale et nationale liée à la COVID-19.

La capacité quotidienne du bloc est établie en fonction des ressources humaines et matérielles spécifiques au bloc. Il est entendu qu'un programme chirurgical doit normalement être déterminé quelques jours à l'avance afin d'avertir les patients et de les préparer adéquatement. Dans un contexte de pandémie, les principes de maximisation des bénéfices et d'efficace demandent de réaliser le maximum d'interventions avec les ressources disponibles. Les conséquences négatives sont que le programme opératoire peut être déterminé en laissant beaucoup moins de temps de préparation aux patients, et qu'il doit être modifié à la dernière minute suite à des contraintes imprévues de ressources. Les patients subiront ces conséquences négatives qui seront une source supplémentaire de stress si leur chirurgie est à nouveau annulée. Ces risques de conséquences négatives pour les patients peuvent être acceptables au regard du bénéfice de tenter de traiter le plus grand nombre avec les ressources disponibles. Les conséquences négatives peuvent être limitées par une communication transparente telle que présentée précédemment.

Il est aussi à considérer qu'un travail d'optimisation des ressources humaines et matérielles disponibles au bloc opératoire est nécessaire en continu. De même, la communication en continu et la concertation dynamique entre les intensivistes et les chirurgiens est nécessaire pour discuter des besoins des patients et trouver l'équilibre entre les ressources allouées à la chirurgie et aux soins intensifs.

L'utilisation de la salle d'opération réservée aux urgences doit aussi être questionnée. Une telle salle est nécessaire pour sauver la vie de patients quand le temps de réaction est de moins d'une heure, que ce soit pour une césarienne ou pour toute autre condition clinique d'urgence. Par contre, il faut déterminer l'équilibre entre le bénéfice de réaliser de courtes interventions dans cette salle et le risque qu'elle ne soit pas disponible en temps si une urgence advient.



La détermination de la capacité du bloc opératoire doit se faire en considérant les ressources disponibles et en les optimisant. Ces ressources sont le matériel, les équipements de protection individuelle, les médicaments et l'accès aux ressources d'établissements voisins ou d'autres régions qui pourraient être moins affectés par la pandémie. Tout en considérant le risque de transférer un patient d'une région affectée vers une région moins touchée, il est important de considérer l'équilibre entre les conséquences pour les patients de ne pas avoir accès à la chirurgie et le risque de propagation du virus. Dans ce contexte, le transfert de ressources matérielles d'une région à l'autre est plus facilement réalisable. Le transfert de ressources humaines est aussi une possibilité à considérer afin de maintenir une équité d'accès aux soins pour l'ensemble de la population.

La capacité quotidienne de chirurgie par spécialité sert par la suite à déterminer le programme opératoire (étape 4) après avoir réalisé les étapes de prétriage et de triage des patients.

Rôles et responsabilités

La gestionnaire du bloc opératoire, de concert avec le directeur des services professionnels et du chef du département de chirurgie, a la responsabilité de déterminer cette capacité quotidienne du bloc opératoire.

6.2 Prétriage

L'objectif du prétriage est de ne prioriser, à l'étape suivante, que les patients qui devraient avoir une chirurgie en contexte de pandémie et orienter les autres patients vers d'autres soins plus appropriés dans les circonstances tout en les réévaluant régulièrement.

La séquence du prétriage, durant la phase de pandémie et lors du retour aux activités normales, est :

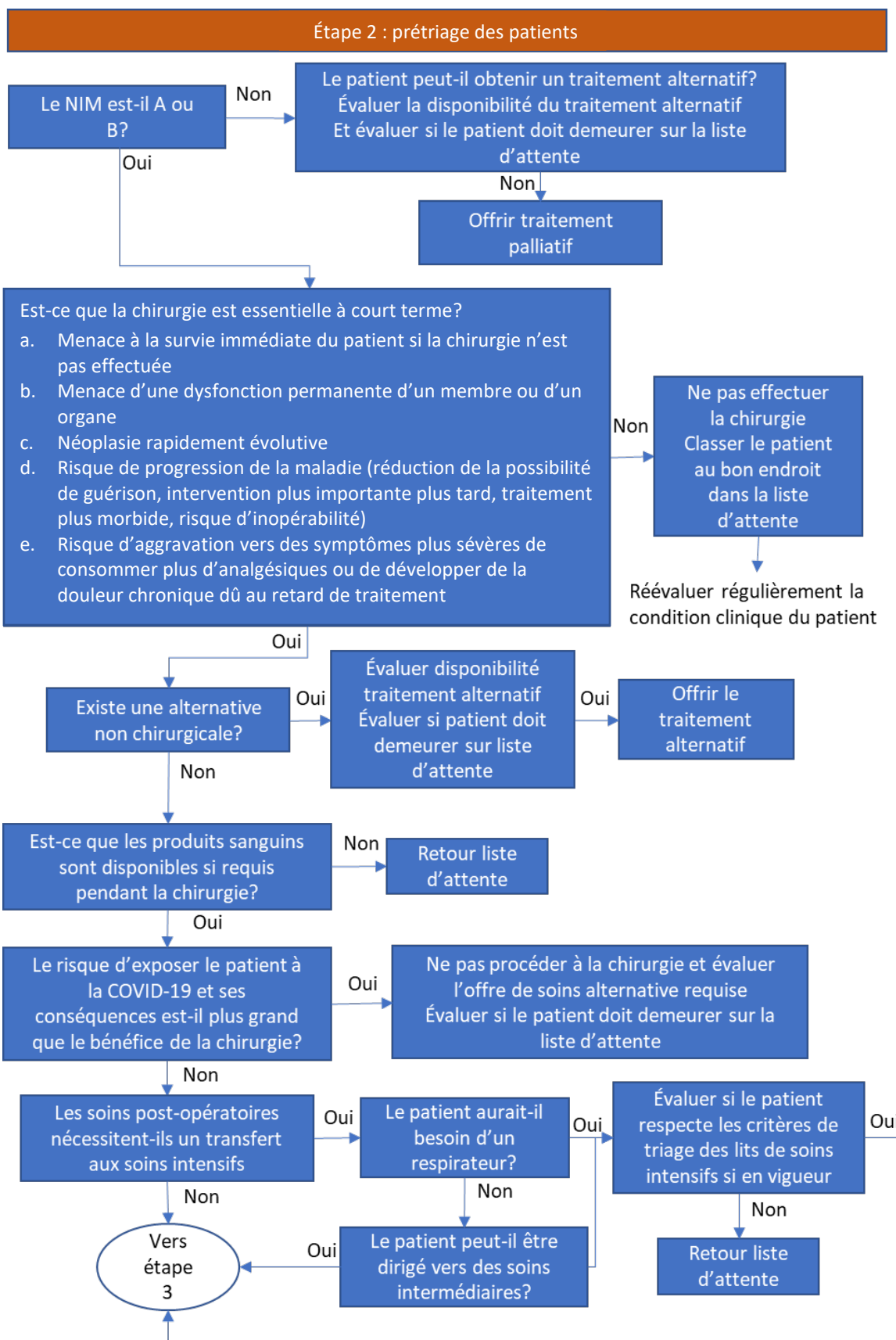
- Selon le principe de maximisation des bénéfices pour la population, offrir une chirurgie aux patients dont le NIM est A ou B⁵;
- Selon le même principe, en plus des chirurgies urgentes, offrir une chirurgie aux patients dont la condition clinique tombe dans les catégories A (< 24 h), B (< 14 j) et C (< 28 j);
- Offrir une chirurgie quand :
 - Aucun autre traitement alternatif n'est possible ou disponible;
 - Le risque d'exposer le patient à la COVID-19 et ses conséquences est plus faible que le bénéfice de la chirurgie;
 - Un lit de soins intensifs est disponible s'il est possible que le patient en requière un et que, si le protocole de triage des soins intensifs est en vigueur, ce patient respecte les critères de triage pour l'accès aux lits de soins intensifs appliqués au moment de la chirurgie;
 - L'accès aux produits sanguins est possible si requis.

Pour les choix faits dans cette séquence, il est important de s'assurer que chaque patient :

- Reçoit des soins appropriés dans les circonstances;
- Est suivi régulièrement, au moins par téléphone, par le chirurgien afin de pouvoir rassurer le patient et répondre à ses questions, de même que pour déterminer si sa condition clinique se maintient ou s'aggrave; l'intervalle entre chacun de ces appels doit être déterminé pour chaque patient selon sa condition;
- Dans le même sens, le moyen de joindre le chirurgien doit être précisé, et ce dernier doit être joignable afin que le patient puisse l'aviser si sa condition clinique change et s'il a des inquiétudes.

5

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/Formulaire_NiveaudeSoins_RCR.pdf.



Rôles et responsabilités

Plusieurs personnes sont impliquées dans cette étape de prétriage et ont des responsabilités qui s'appliquent séquentiellement.

Chaque chirurgien avec la collaboration de ses collègues médecins spécialistes

Le prétriage est, dans un premier temps, la responsabilité du chirurgien avec la collaboration de ses collègues médecins spécialistes. Le premier point à déterminer est le NIM du patient. Si cette discussion n'a pas eu lieu, le chirurgien doit l'entreprendre. Le NIM doit aussi être réévalué avec le patient et ses proches si le chirurgien considère que le NIM ne semble pas correspondre à la condition clinique du patient.

Dans un second temps, le chirurgien, avec la collaboration de ses collègues médecins spécialistes, doit colliger les informations cliniques nécessaires pour répondre aux questions du processus décisionnel du prétriage et du triage. Chaque chirurgien doit pouvoir justifier⁶ les raisons qui le guident dans la priorisation de ses patients en attente.

Tout au long de cette évaluation, il est primordial de maintenir un lien étroit avec chaque patient et ses proches vu le contexte extraordinaire.

Chaque chirurgien, en concertation avec ses collègues médecins spécialistes, doit établir la priorisation de ses patients et évaluer si un traitement alternatif est disponible, le risque que présente une chirurgie en contexte de pandémie pour chaque patient, et la capacité de réaliser cette chirurgie dans les conditions du moment (accès à un lit de soins intensifs ou intermédiaires, aux produits sanguins envisagés, et à tout matériel et équipement requis). Dans le cas des patients ayant un cancer, chaque cas complexe devrait être discuté au Comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC)⁷ afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique en tenant compte des risques et des bénéfices. Les chirurgiens peuvent aussi se référer aux « Recommandations par siège tumoral pour la priorisation des patients en contexte de pandémie de COVID-19 »⁸ produites en collaboration avec l'INESSS.

Chef de service d'une spécialité chirurgicale

Un des rôles du chef de service de chaque spécialité chirurgicale est de soutenir les chirurgiens à travers ces évaluations et décisions prises en contexte de pandémie, sachant que celles-ci interpellent les valeurs de chaque clinicien.

Il est de la responsabilité du chef de service d'établir, au préalable à l'étape de prétriage et avec ses collègues et médecins spécialistes, l'offre de services alternative à offrir dans les cas où un patient ne se verrait pas offrir la chirurgie dans le contexte de pandémie. La détermination de cette offre est importante afin qu'elle soit accessible rapidement et que ces services soient déjà arrimés avant de les proposer aux patients.

6.3 Triage

La priorisation des patients qui auront accès à une chirurgie est un processus dynamique et continu qui s'adapte aux changements dans le réseau et à la capacité du moment. La condition de chaque patient pouvant changer, et la disponibilité des ressources nécessaires à la chirurgie pouvant varier dans le temps, il est nécessaire d'établir un programme opératoire assez à l'avance

⁶ Une approche éthique ne se limite pas à choisir comment faire pour bien faire, il faut aussi pouvoir justifier le choix fait.

⁷ <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/>.

⁸ *Ibid.*

pour avertir les patients et préparer les ressources, mais également agile pour s'ajuster rapidement aux conditions qui peuvent fluctuer à tout moment.

La priorisation des patients se fait en deux temps réalisés séquentiellement, soit :

- Par spécialité chirurgicale;
- Toutes spécialités confondues en créant une seule liste à partir des listes par spécialité.

Critères cliniques

L'étape de prétriage retient les patients pour qui la chirurgie est essentielle à court terme en respectant les critères cliniques suivants :

- a. Menace à la survie immédiate du patient si la chirurgie n'est pas effectuée;
- b. Menace d'une dysfonction permanente d'un membre ou d'un organe;
- c. Néoplasie rapidement évolutive;
- d. Risque de progression de la maladie (réduction de la possibilité de guérison, intervention plus importante plus tard, traitement plus morbide, risque d'inopérabilité);
- e. Risque d'aggravation vers des symptômes plus sévères de consommer plus d'analgésiques ou de développer de la douleur chronique dû au retard de traitement.

L'étape de triage vise à choisir les patients qui auront leur chirurgie parmi un grand nombre de cas prioritaires retenus au prétriage et pour qui un traitement alternatif équivalent ou ayant des résultats similaires n'est pas une solution possible ou ne peut que faire gagner un peu de temps.

Après s'être assuré que la liste des patients à la fin du prétriage considère la capacité des autres services cliniques dans l'offre globale de soins (p. ex., radiothérapie, réadaptation, etc.), le triage se base sur les critères suivants :

- Les plus à risque pour leur survie;
- Approchant le plus de la date maximale de chirurgie ou l'ayant dépassée le plus;
- Requérant le moins de temps opératoire et de ressources possibles :
 - Lorsque les ressources chirurgicales sont plus restreintes, et en vue de maximiser les bénéfices pour le plus grand nombre, les cas requérant le moins de temps opératoire et de ressources sont d'abord priorités sans négliger les cas les plus à risque et requérant plus de temps et de ressources; quand les ressources chirurgicales deviennent plus disponibles, ce critère devient plus ouvert dans la priorisation des patients, ce qui permet l'équité;
- Ayant le plus de chances de récupérer rapidement :
 - Lorsque les ressources chirurgicales sont les plus restreintes, les patients ayant plus de chances de récupérer rapidement sont priorités (classification ASA⁹ basse); quand les ressources chirurgicales deviennent plus disponibles, les cas priorités sont ceux qui ont de bonnes chances de récupérer (classification ASA basse à moyenne).

L'évaluation des critères cliniques, dont l'évaluation des dates acceptables et maximales de chirurgie pour chaque spécialité, doit se baser sur des données probantes et sur l'avis de sociétés savantes.

Jugement clinique pour appliquer les critères et diagramme de Gantt

Ces critères plus restrictifs sont appliqués quand les ressources nécessaires à la chirurgie sont les plus réduites. Ces critères deviennent plus ouverts au fur et à mesure que les ressources redeviennent disponibles, et ce, jusqu'au retour à la normale.

⁹ Classification détaillée à l'annexe B.

Un diagramme de Gantt (exemple à l'annexe C) est un outil permettant de présenter simplement et de visualiser facilement l'ensemble des données afin de prioriser les patients (par spécialité d'abord et toutes spécialités confondues par la suite). Chacun des critères est à évaluer, et la décision est laissée au jugement clinique du ou des chirurgiens (voir les rôles et les responsabilités ci-bas).

Lorsque les ressources en chirurgie sont plus restreintes, les choix se basent sur le principe de maximisation des bénéfices pour la population. Plus les ressources allouées à la chirurgie augmenteront, plus les choix se baseront sur des critères cliniques plus larges, et plus il deviendra important de considérer progressivement le retour à la normale et de soigner les plus malades dans un souci d'équité.

Critères supplémentaires

Lorsque des patients présentent des conditions cliniques similaires, il peut être nécessaire d'appliquer des critères de priorisation secondaires. Ces critères répondent à différents raisonnements éthiques. À chance de survie égale, on peut suivre une logique basée sur les principes suivants :

- **Le cycle de vie** : Ce critère permet de favoriser le traitement de personnes présentant un plus grand nombre d'étapes de vie devant elles. Ce critère permet de considérer à la fois l'âge et l'espérance de vie (Biddison, 2018). Le critère du cycle de vie est d'un intérêt particulier dans le contexte de pandémie. Il permet de prioriser les personnes présentant un plus grand nombre d'années de vie devant elles avec leur condition clinique actuelle dans le cas où l'âge ne serait pas déterminant pour la survie. Ce principe ne favorise pas les plus jeunes par rapport aux plus vieux en termes absolus, mais, entre deux personnes ayant un même pronostic clinique, il donne plutôt priorité à la personne qui se trouve à un stade de vie moins avancé ou qui présente moins de risques de mortalité dans le contexte pandémique.
- **Le hasard** : Lorsque tous les autres critères de priorisation ne permettent pas de déterminer qu'une personne peut être favorisée sur une autre, le principe de justice nous recommande d'appliquer la randomisation. Cette approche permet de respecter l'égalité des chances entre individus (Winsor *et al.*, 2015; Farmer, 2012).

Dans ce contexte, l'âge du patient est inscrit dans le diagramme de Gantt. Ce critère sert d'abord à des fins cliniques, l'âge du patient étant un facteur prédictif de sa capacité de récupérer rapidement. De plus, si le critère supplémentaire de cycle de vie était utilisé, l'âge du patient deviendrait un facteur à considérer pour l'établir.

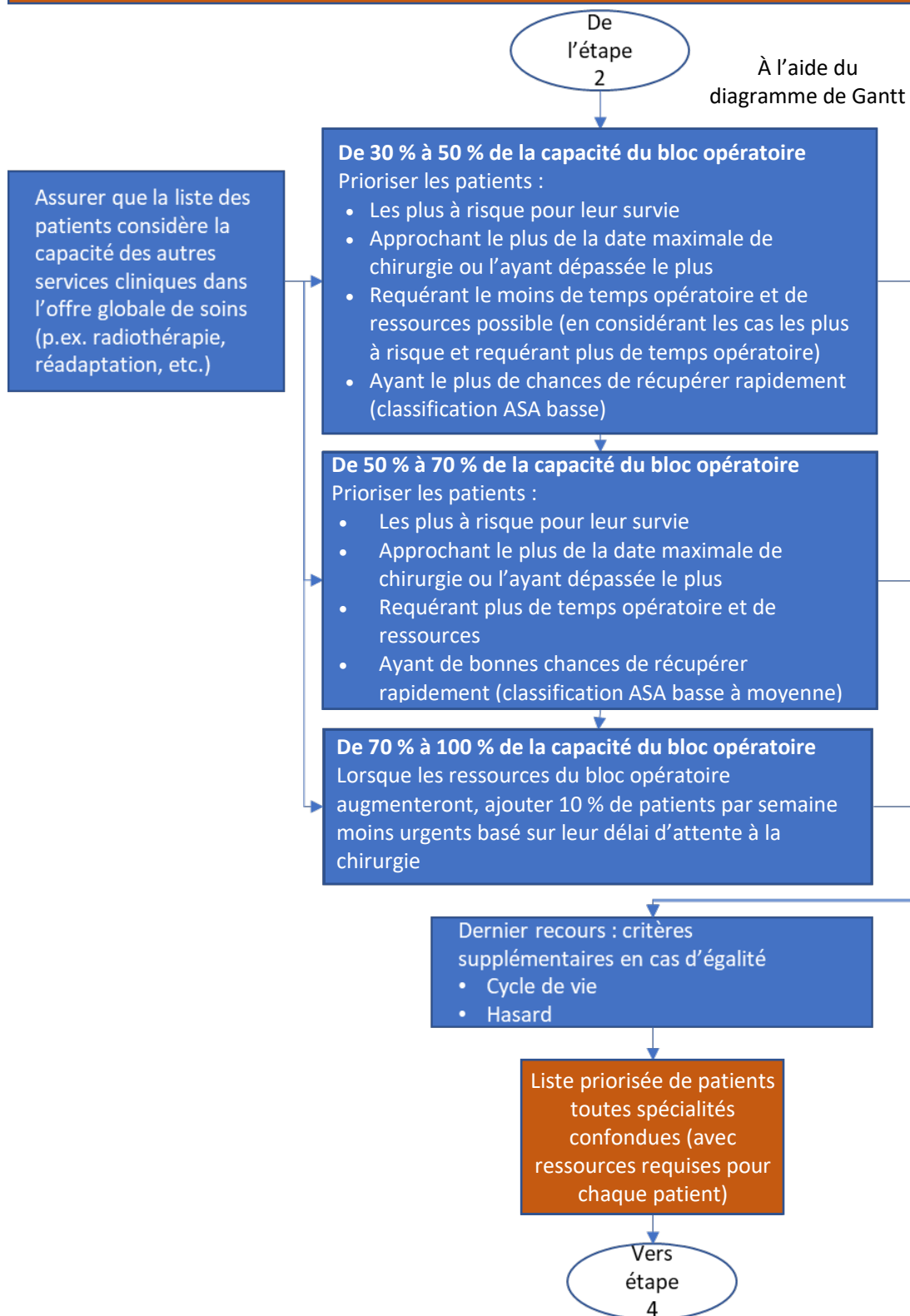
Rôles et responsabilités

Pour la priorisation des patients par spécialité et globalement, de même que pour établir le programme opératoire, les rôles et responsabilités sont les mêmes et décrits à la section 6.4.

Étape 3 : triage des patients - prioriser les patients en attente de chirurgie

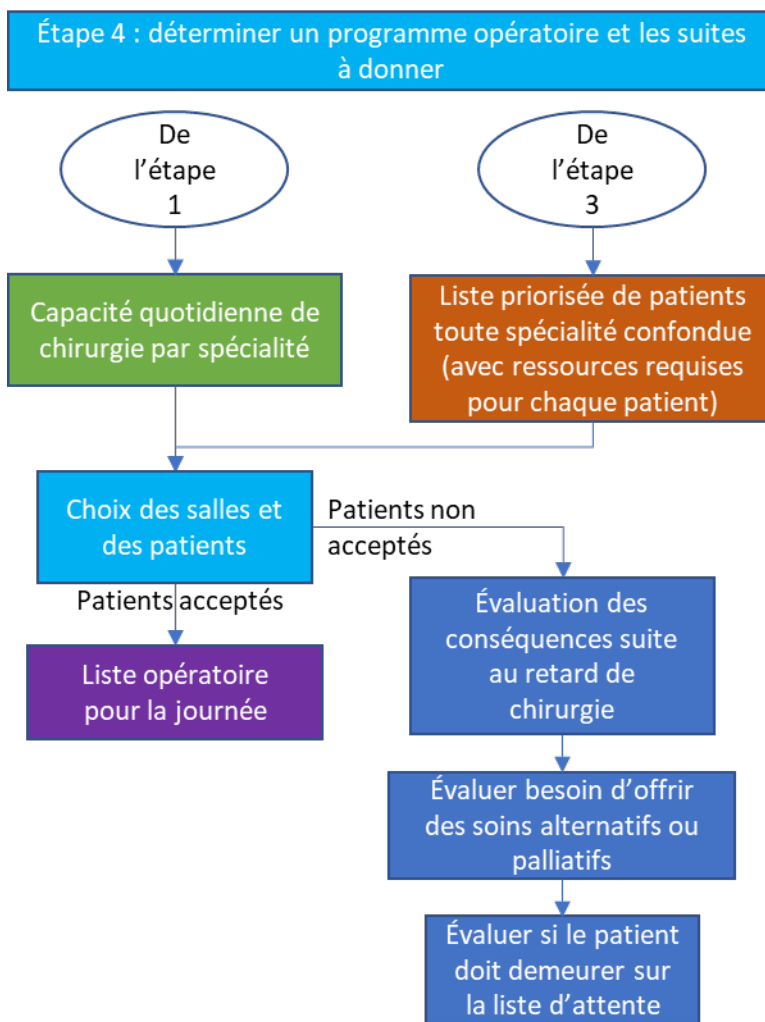
Le triage se fait en deux étapes en utilisant le même processus décisionnel :

- Par spécialité
- Toutes spécialités confondues



6.4 Déterminer un programme opératoire

Le programme opératoire est construit pour chaque jour en joignant la capacité quotidienne de chirurgie par spécialité et la liste priorisée de patients (toutes spécialités confondues) tout en considérant les ressources requises pour chaque patient. Le jugement clinique est utilisé pour faire des choix éclairés à cette étape et rendre efficaces les ressources investies en chirurgie chaque jour.



À cette étape, nombre de patients ne seront pas sélectionnés et continueront d'attendre leur chirurgie, fort probablement avec une inquiétude et un stress grandissant avec le temps. Pour chacune de ces personnes, le maintien d'un lien est important pour évaluer avec elles les conséquences tant cliniques qu'émotionnelles du retard qui se cumule. C'est la responsabilité de chaque chirurgien d'avoir un contact régulier avec chaque patient.

Rôles et responsabilités

Chaque chirurgien avec la collaboration de ses collègues médecins spécialistes

Chaque chirurgien ayant établi la liste des cas prioritaires de sa liste d'attente, le triage par spécialité chirurgicale doit être déterminé par les chirurgiens de cette spécialité pour constituer la liste de patients à opérer pour cette spécialité. Le consensus entre chirurgiens de cette spécialité

est visé à cette étape et chacun doit pouvoir justifier les choix qu'il propose. L'évaluation des critères cliniques, dont l'évaluation des dates acceptables et maximales de chirurgie pour chaque spécialité, doit se baser sur des données probantes, sur l'avis de sociétés savantes, et sur les recommandations du programme de cancérologie du MSSS¹⁰. Dans le cas des patients oncologiques, la priorisation peut se baser sur les recommandations du Comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique en tenant compte des risques et des bénéfices.

De même que lors du prétriage, quelle que soit la priorité accordée à un patient, il est primordial de maintenir un lien étroit avec chaque patient et ses proches tout au long du processus d'orientation dans ce contexte extraordinaire. C'est la responsabilité de chaque chirurgien (voir *Suivi en continu avec le patient* au chapitre 5 pour plus de détails).

Chef de service d'une spécialité chirurgicale et arbitrage

Le rôle du chef de service de chaque spécialité chirurgicale est de soutenir les chirurgiens à travers ces évaluations et décisions prises en contexte de pandémie et qui interpellent les valeurs de chacun. En privilégiant le consensus, il peut avoir à arbitrer la priorité accordée à un patient quand les collègues n'arrivent pas à un consensus. Cet arbitrage se fait d'abord en tentant de concilier les points de vue en se basant sur les critères cliniques et en les justifiant. Si une solution ne peut ainsi être trouvée ou que plusieurs patients présentent des conditions semblables, les critères supplémentaires, soit le cycle de vie et le hasard, sont utilisés pour déterminer le choix final. Pour soutenir l'équipe de chirurgiens pour faire ces choix difficiles, la participation d'une ou d'un éthicien, ou d'une personne ne provenant pas du bloc opératoire et ayant des compétences en matière de raisonnement éthique peut soutenir le processus décisionnel et la justification des décisions.

L'offre de services alternative, dont l'identification préalable incombe au chef de service et aux chirurgiens de chaque spécialité (section 6.2), peut avoir à être offerte aux patients qui ne se voient pas offrir une chirurgie. L'équipe de chirurgiens d'une spécialité, de concert avec leurs collègues médecins spécialistes, doit s'assurer que tout patient a accès à des soins.

Comité de surveillance des activités chirurgicales

Selon la directive du MSSS¹¹, chaque établissement a mis en place un comité de surveillance des activités chirurgicales. Ce comité doit être décisionnel sur la production d'un programme opératoire restreint en cohérence avec les autres directives et il doit se rencontrer de façon quotidienne. La composition du comité doit, au minimum, comprendre les personnes suivantes et se rapporter à la Direction des services professionnels de l'établissement :

- Un chirurgien;
- Un anesthésiologiste;
- Un gestionnaire du bloc opératoire;
- Un obstétricien-gynécologue;
- Un gestionnaire de la planification chirurgicale;
- Un coordonnateur médical du bloc, si applicable.

¹⁰ <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/>.

¹¹ Bloc opératoire, recommandations du 23 mars 2020. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/bloc-operatoire/>.

La participation d'une ou d'un éthicien, ou d'une personne ne provenant pas du bloc opératoire et ayant des compétences en matière de raisonnement éthique, peut soutenir le processus décisionnel.

Le présent système d'orientation de l'accès à la chirurgie identifie à ce comité la responsabilité de créer la liste opératoire, pour chaque jour, en jumelant les listes opératoires de chaque spécialité selon les critères de triage. En cas d'égalité, les critères supplémentaires peuvent être utilisés, soit le cycle de vie et le hasard.

Ce comité a aussi la responsabilité de planifier un retour à la normale le plus rapidement possible quand les ressources seront rendues plus disponibles et d'établir un plan de l'établissement pour traiter les patients qui ont vu l'accès à leur chirurgie retardé.

Participation des ressources en éthique clinique

Les chirurgiens, le chef de chaque service chirurgical ou le comité de surveillance des activités chirurgicales peuvent faire appel au comité d'éthique clinique ou à toute autre instance en éthique de leur établissement. L'éthicien (si présent) et les personnes-ressources en éthique peuvent soutenir la prise de décision dans des situations où les choix et décisions sont difficiles, voire impossibles, à prendre.

Planification du congé du patient

Après la chirurgie, le patient retournera dans son milieu de vie. Afin d'assurer l'efficacité de ce congé en contexte de pandémie, il doit être planifié en misant d'abord sur la capacité d'autosoins du patient et de son entourage. Un programme d'éducation thérapeutique a en ce sens des bénéfices importants en minimisant le recours aux professionnels de la santé débordés dans les circonstances, et réduisant d'autant le risque de propagation du virus. De plus, un suivi du patient par télémédecine est efficace et minimise les risques pour tous.

6.5 Retour à la normale

Le retour vers la normale dans les activités cliniques sera décidé par le MSSS. La priorisation présentée ici tient compte de ces ajustements. Il est raisonnable de penser que le retour à la normale se fera sur une période dépassant largement la diminution du nombre de nouveaux cas atteints de la COVID-19. En effet, les retards accumulés en chirurgie seront importants et les conséquences sur les patients qui n'auront pas eu encore accès à leur chirurgie risquent d'avoir un impact sur le niveau de complexité de la chirurgie à effectuer et sur leur survie à long terme. Dans cette perspective, il est important de planifier la transition bien avant la fin de la pandémie afin de minimiser les conséquences négatives sur ces personnes.

7. Soutien psychosocial et moral à offrir en contexte de pandémie¹²

Le contexte extrême de pandémie crée des situations dans lesquelles les intervenants, mais aussi les usagers et leurs proches, seront confrontés à des situations imprévues, hors de leur contrôle, et sortant de ce qui est normalement attendu. Parce que ces situations peuvent causer un stress allant jusqu'à la détresse morale, un soutien doit être organisé au préalable.

7.1 Soutien moral et psychosocial aux intervenants, aux professionnels et au personnel lié au plan de pandémie

De telles expériences cliniques et l'application de tels processus décisionnels complexes, déchirants et répétés sont à proprement parler des événements à potentiel traumatique (EPT) pour les intervenants et soignants. Il est primordial que ceux-ci soient soutenus et qu'ils reçoivent

¹² Adapté de « Protocole de triage pour l'accès aux soins intensifs (adultes et pédiatriques) et l'allocation des ressources telles que les respirateurs en situation extrême de pandémie », MSSS, avril 2020.

un soutien adéquat au regard de leurs réactions psychologiques possibles à court, moyen et long terme.

Dans un premier temps, il importe que les équipes puissent recevoir du soutien en cours de processus décisionnel en contexte de pandémie. Dans le but de permettre aux équipes de demeurer concentrées sur leurs tâches, de permettre de ventiler les peurs, les préoccupations ou même la colère qui légitimement naissent d'une situation aussi extrême, de l'aide adéquate doit leur être offerte en continu. Des professionnels (éthiciens cliniques, travailleurs sociaux ou psychologues) habilités et formés au *débriefing* et à la gestion de situations de crise doivent être assignés en soutien à l'équipe de triage et aux professionnels et au personnel.

En seconde instance, le potentiel véritablement traumatique d'une situation ne se concrétise qu'après cette situation. Lors de la situation, de nombreux mécanismes de défense adéquats sont déployés par les humains déjà bien outillés pour les situations de crise. À la suite de l'événement, parfois des heures, des jours ou des semaines après, l'insupportable apparaît. Ces équipes en porteront les traces, la médecine « de guerre » vient avec des coûts personnels. Des techniques de *débriefing* spécifiques au milieu doivent être appliquées auprès des équipes par des professionnels habilités à le faire.

Deux moyens sont à mettre en place pour offrir le soutien moral et psychosocial aux intervenants, aux professionnels et au personnel.

1. Impliquer les services de consultation en éthique clinique et le Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS soutenant les demandes d'aide médicale à mourir) de l'établissement;
2. Impliquer des équipes psychosociales en soutien, que ce soit en CLSC ou à l'hôpital.

Les moyens proposés sont importants, car les EPT peuvent amener des troubles psychologiques spécifiques comme les troubles de stress aigus, les troubles anxieux, la dépression majeure ou les troubles de stress post-traumatique. Ces derniers doivent être traités rapidement afin d'éviter toute chronicisation. Un accès rapide à des soins psychologiques ou psychiatriques appropriés doit être mis en place.

7.2 Soutien psychosocial aux usagers et aux familles lié au plan de pandémie

Le contexte de la pandémie crée la crainte de contracter la COVID-19 en se rendant à l'hôpital, et il est possible que le patient voie sa chirurgie retardée (sans même savoir quand elle pourrait avoir lieu) ou qu'un traitement alternatif lui soit offert. Ces sources d'inquiétude et de stress s'ajoutent à celle que sa condition clinique s'aggrave avec le temps. Un patient peut même se voir offrir un traitement palliatif. Ces inquiétudes et les sentiments négatifs qui peuvent en découler touchent aussi les proches dans ce contexte non souhaitable en temps normal.

Suggestions de stratégie d'accompagnement des patients et des proches

Le premier niveau de soutien en attente de la chirurgie est offert par le chirurgien, tel que décrit dans le présent document. Il contacte régulièrement le patient et il est joignable si ce dernier a des questions ou des inquiétudes.

Le second niveau d'intervention est la référence vers les services psychosociaux de première ligne qui devront répondre dans un délai raisonnable à ce type de demande de consultation.

Le troisième niveau est la mise en place de mesures pour alléger la souffrance et le fardeau des proches lorsque le patient est hospitalisé pour sa chirurgie, soit :

1. Des mises à jour quotidiennes aux proches. Donner régulièrement par téléphone et/ou par courriel de l'information sur l'état de santé de l'utilisateur, physique et psychologique, son lieu d'hospitalisation s'il est déplacé, les types de soins administrés, etc. Ce moyen de communication pourra aussi servir aux intervenants qui devraient contacter les proches

pour des informations particulières. Dans tous les cas, trouver les moyens nécessaires pour ne jamais laisser les proches dans l'ignorance d'une situation critique.

2. Un soutien psychologique aux proches. Mettre en place un numéro de téléphone pour le soutien psychosocial des proches avec des professionnels formés en la matière (pendant l'épisode de soins, mais aussi après l'annonce éventuelle d'un décès le cas échéant). La possibilité de discuter avec un intervenant spirituel devrait aussi être offerte lorsqu'en établissement. Dans tous les cas, trouver les moyens nécessaires pour accompagner les proches dans leur détresse psychologique.
3. Une capacité de communication avec le patient. Fournir au patient un accès Internet vidéo portable (téléphone intelligent, tablette, etc.) pour qu'il puisse voir ses proches, ou minimalement lui donner accès à un téléphone s'il n'a pas de téléphone cellulaire (fréquent chez les personnes âgées). Et si la mort est imminente, il faut favoriser la présence d'un proche en assurant sa sécurité ou minimalement donner la possibilité d'une dernière vidéo ou discussion par téléphone dans une atmosphère sereine. Dans tous les cas, trouver les moyens nécessaires pour ne jamais laisser une personne (enfant ou adulte) mourir seule.
4. Une page Web dynamique d'informations spécifiques à la situation. Offrir un support informationnel Web à l'intention des proches pour leur communiquer des informations valides relatives aux types de soins prodigués, à l'état des services, aux procédures et protocoles en place, au développement général de la situation, aux messages de réconfort, aux liens vers des services connexes pouvant aller du commissaire aux plaintes à des services de soutien complémentaires pertinents, etc.

Dans tous les cas, trouver les moyens nécessaires pour que les proches aient accès en tout temps à de l'information pertinente sur les services cliniques offerts.

8. Conclusion et recommandations

Le système de priorisation pour l'accès à une chirurgie en situation de pandémie vise à soutenir l'orientation de chaque patient dans un contexte exceptionnel. Les principes qui guident l'orientation sont la maximisation des bénéfices, la proportionnalité, la non-malfaisance, l'équité, la réciprocité, l'agilité ainsi que la protection des intervenants et de la population.

Le système est divisé en quatre étapes séquentielles, soit 1) la détermination de la capacité du bloc opératoire, 2) le prétriage des patients, 3) le triage, et 4) la détermination du programme opératoire et des suites à donner à tous les patients, qu'ils aient accès ou non à la chirurgie. Chacune de ces étapes d'orientation des patients est soutenue par des critères cliniques. La complexité est très grande pour déterminer les cas les plus prioritaires qui peuvent être opérés avec les ressources disponibles du moment, en considérant toutes les spécialités chirurgicales et la condition de chaque patient. Les critères cliniques doivent guider les cliniciens dans ces choix, et leur jugement clinique demeure la seule façon d'embrasser cette complexité. Les rôles et responsabilités décrits spécifiquement à l'étape de prétriage (section 6.2) ainsi que la détermination du programme opératoire et de ses mécanismes (section 6.4) visent à soutenir ce travail, réalisé dans un contexte exceptionnel, et porté par un groupe de personnes dans chaque organisation.

Une nécessité transcende ce système, soit la communication en continu entre le chirurgien et le patient. L'évolution clinique de chaque patient peut être anticipée, mais ne peut être prédite, et chaque patient doit être informé s'il aura bientôt sa chirurgie ou non. Ce suivi en continu offre aussi l'occasion de répondre aux questions et aux préoccupations du patient ou de ses proches, et de le rassurer. Cette communication en continu favorise le développement d'une relation de partenariat patient-soignant dans laquelle chacun tente de comprendre et de rejoindre l'autre.

Cette communication doit se faire dans les deux sens, soit que le chirurgien garde contact avec le patient, et que ce dernier puisse rejoindre le chirurgien au besoin. De plus, chaque patient doit avoir accès à des soins, quels qu'ils soient, selon ce qui est disponible et possible à chaque moment.

Dans le contexte actuel de la pandémie de COVID-19, alors que l'accès aux services cliniques spécialisés et à la chirurgie est grandement réduit, les conséquences de cette réduction se feront ressentir longtemps après le retour à la normale dans plusieurs autres secteurs d'activité clinique. Les auteurs et les collaborateurs à la rédaction sont d'avis que le système de priorisation de l'accès à une chirurgie en situation de pandémie ne fera sens qu'en appliquant les recommandations suivantes :

- Appliquer dès maintenant ce système de priorisation par décret ministériel et uniformément à travers le Québec; vu les retards accumulés, ce système de priorisation sera utilisé pendant une longue période alors que les autres secteurs d'activité clinique seront quant à eux revenus à la normale;
- Par solidarité avec l'ensemble de la population, équilibrer dès maintenant (sur une base interétablissement, intrarégionale et interrégionale) l'allocation des ressources de l'ensemble du réseau (humaines, matérielles, équipements de protection individuelle, médicaments); dans une perspective de maximisation des bénéfices et d'équité, l'équilibrage des ressources vise à ce que les patients ayant une condition clinique requérant des soins spécialisés critiques (COVID-19 ou non) y aient accès en évitant de ne prioriser que les résultats et les impacts sur les patients mesurables à court terme;
 - Par exemple, conserver des lits de soins intensifs non utilisés en cas d'augmentation de la demande de patients COVID-19 et en ne restreignant pas l'accès aux soins intensifs résulte en des retards d'accès à la chirurgie; les patients sous respirateurs sont aussi de grands consommateurs d'anesthésiants, restreignant beaucoup l'accès à la chirurgie; à cet effet, la communication en continu et la concertation dynamique entre les intensivistes et les chirurgiens sont nécessaires pour discuter des besoins des patients et trouver l'équilibre entre les ressources allouées à la chirurgie et aux soins intensifs;
 - Autre exemple, la situation ponctuelle dans chaque installation peut faire que des patients ont un retard significatif d'accès à la chirurgie avec des impacts importants sur leur espérance de survie à long terme avec une morbidité accrue, tandis que dans un autre établissement des patients beaucoup moins à risque auront accès à une chirurgie;
- Planifier le plus tôt possible le retour à la normale en chirurgie afin d'arrêter de cumuler des retards dans l'accès à la chirurgie qui auront des conséquences à long terme sur ces patients;
- Planifier le plus tôt possible un accroissement temporaire de la production en chirurgie pour tenter de rattraper le retard en considérant les limites humaines pour ne pas épuiser les chirurgiens, anesthésistes, infirmières, inhalothérapeutes, ainsi que tout le personnel de soutien.

10. Références

Assistance Secretary for Preparedness and response- Tracie. Mass Casualty Trauma Triage: Paradigms and Pitfalls. U.S Department of Health & Human Services, 2019. Disponible à : <https://asprtracie.hhs.gov/technical-resources/resource/7082/mass-casualty-trauma-triage-paradigms-and-pitfalls>.

Berlinger, N., Wynia, M., Powell, T., Hester, M., Milliken, A., Fabi, R., et coll. Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19. Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice. Hasting Center, March 16, 2020.

Biddison, L.D., Gwon, H.S., Schoch-Spana, M., Regenber, A.S.C., Juliano, C., Faden, R.R. *et al.* Scarce Resource Allocation During Disasters. A Mixed-Method Community Engagement Study. CHEST 2018; 153(1): 187-195.

Emanuel, E.J., Persad, G., Upshur, R., Thome, B., Parker, M., Glickman, A., et coll. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time Covid-19. N Engl J Med, 2020.

Ohio Department of Health. Essential Versus Non-Essential Surgeries COVID-19 Checklist. 2020. Disponible à : <https://coronavirus.ohio.gov/wps/portal/gov/covid-19/checklists/english-checklists/essential-versus-non-essential-surgeries-covid-19-checklist> (consulté le 7 avril).

Stahel, P.F. « How to risk-stratify elective surgery during the COVID-19 pandemic? », Patient Safety in Surgery, 14: 8, 2020. <https://doi.org/10.1186/s13037-020-00235-9>.

Winsor, S., Bensimon, C.M., Sibbald, R., *et al.* Identifying prioritization criteria to supplement critical care triage protocols for the allocation of ventilators during a pandemic influenza. Healthcare Q. 2014, 17(2): 44-51.

Annexes

Annexe A : Littérature grise et sites Web consultés

Littérature grise

Canada

- Santé Canada (<https://www.canada.ca/fr/sante-canada.html>)
- Agence de la santé publique du Canada (<https://www.canada.ca/fr/sante-publique.html>)
- Sites Web des ministères provinciaux de la santé

Australie

- Australian Government – Department of Health (<https://www.health.gov.au/>)

États-Unis

- Agency for Healthcare Research and Quality (<https://www.ahrq.gov/>)
- American College of Surgeons (<https://www.facs.org/>)
- Centres for Disease Control and Prevention – CDC (<https://www.cdc.gov/>)
- Centres for Medicare and Medicaid Services – CMS (<https://www.cms.gov/>)
- U.S. Department of Health & Human Services Healthcare Emergency Preparedness Information Gateway (<https://asprtracie.hhs.gov/>)

France

- Haute autorité de santé – HAS (<https://www.has-sante.fr/portail/>)
- Haut Conseil de la santé publique (<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/Accueil>)
- Ministère des Solidarités et de la Santé (<https://solidarites-sante.gouv.fr/>)

Grande-Bretagne

- National Institute for Health and Care Excellence – NICE (<https://www.nice.org.uk/>)
- National Health Services England – NHS ENGLAND (<https://www.england.nhs.uk/>)

Nouvelle-Zélande

- New Zealand Ministry of Health (<https://www.health.govt.nz/>)

Autres

- Journal of Medical Ethics, blog (<http://blogs.bmj.com/medical-ethics/>)
- International Severe Acute Respiratory and Emerging Infection Consortium – ISARIC (<https://isaric.tghn.org/>)
- Nuffield Council on Bioethics (<https://www.nuffieldbioethics.org/>)
- The Hastings Center (<https://www.thehastingscenter.org/>)

Annexe B : Classification ASA¹³

Classification ASA	Définition	Exemples chez l'adulte, incluant, mais ne se limitant pas à :
ASA I	Un patient normal et en bonne santé	En santé, non-fumeur, pas ou peu de consommation d'alcool
ASA II	Un patient atteint d'une maladie systémique légère	Maladies légères seulement, sans limitations fonctionnelles importantes. Exemples : fumeur actuel, buveur d'alcool social, grossesse, obésité (30 < IMC < 40), DM/HTN bien contrôlé, maladie pulmonaire légère
ASA III	Un patient atteint d'une maladie systémique grave	Limitations fonctionnelles importantes; une ou plusieurs maladies modérées à graves. Exemples : DM ou HTN mal contrôlé, BPCO, obésité morbide (IMC ≥ 40), hépatite active, dépendance ou abus d'alcool, stimulateur cardiaque implanté, réduction modérée de la fraction d'éjection, IRT soumis à une dialyse régulière, PCA du nourrisson prématuré < 60 semaines, antécédents (> 3 mois) d'IM, AVC, IAT ou CAD/stents
ASA IV	Un patient atteint d'une maladie systémique grave qui constitue une menace constante pour la vie	Exemples (non limitatifs) : infarctus récent (< 3 mois), AVC, IAT, ou CAD/stents, ischémie cardiaque en cours ou dysfonctionnement valvulaire grave, réduction importante de la fraction d'éjection, septicémie, CIVD, DRA ou DSE ne faisant pas l'objet d'une dialyse régulière
ASA V	Un patient moribond qui ne devrait pas survivre sans l'opération	Exemples : rupture d'anévrisme abdominal/thoracique, traumatisme massif, hémorragie intracrânienne avec effet de masse, intestin ischémique en cas de pathologie cardiaque importante ou de dysfonctionnement de plusieurs organes/systèmes
ASA VI	Un patient déclaré en état de mort cérébrale dont les organes sont prélevés à des fins de don	

¹³ Traduit de <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system>.



msss.gouv.qc.ca



20-210-398W