

PRIORISATION POUR L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS (ADULTES) EN CONTEXTE EXTRÊME DE PANDÉMIE

Pour D^{re} Lucie Opatrny, sous-ministre adjointe
Direction générale des affaires universitaires,
médicales, infirmières et pharmaceutiques

Rédaction du protocole (mars 2020)

Coordination :

Marie-Ève Bouthillier (responsable) Bureau de l'éthique clinique (UdeM) et CISSS de Laval

Rédaction :

Marie-Ève Bouthillier (responsable) Bureau de l'éthique clinique (UdeM) et CISSS de Laval

Michel Lorange, éthicien clinique et organisationnel, CISSS de Laval

Marie Claude Laflamme, adjointe à la directrice, Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, CISSS de Laval

Jean-Simon Fortin, conseiller en éthique, CISSS de Laval

Processus de consultation :

Outre les auteurs, 41 personnes ont participé à la conception du protocole et à sa révision. Le processus de consultation et le nom des personnes impliquées sont présentés à l'annexe A.

Source :

En mars 2020, le protocole a été traduit et adapté du *Hamilton Health Science Critical Care Triage*.

Pour le processus de consultation de la première version et la liste des experts consultés

Voir annexe A

Mise à jour du protocole – automne 2020

Comité responsable de la mise à jour :

Marie-Eve Bouthillier (responsable) Bureau de l'éthique clinique (UdeM) et CISSS de Laval

Dr Joseph Dahine, intensiviste, CISSS de Laval

Dre Isabelle Mondou, conseillère en éthique clinique, Collège des médecins du Québec

Vincent Dumez, co-directeur, co-directeur exécutif, Centre d'Excellence sur le Partenariat avec les Patients et le Public (CEPPP)

Dre Marie-Pier Boucher, urgentologue, CISSS de Chaudière-Appalaches

Clara Dallaire, étudiante au doctorat en éthique clinique, stagiaire

Pour les objectifs, la démarche, et la liste des experts, personnes, organismes et associations consultés

Voir annexes D et E

Mise à jour du protocole – automne 2021

Comité responsable de la mise à jour :

Marie-Eve Bouthillier (responsable) Bureau de l'éthique clinique (UdeM) et CISSS de Laval et Co-présidente du comité ministériel de priorisation

Michel Lorange, éthicien clinique et organisationnel, CISSS de Laval

Diane Poirier, Présidente du Comité ministériel des soins critiques Covid-19, Présidente du comité ministériel de priorisation, responsable du COOLSI au MSSS et DGA coordination réseau

Iosif Onofrei, adjoint et conseillé à la direction de la DGACR, DCM 514-450

Pour le contexte et l'objectif

Voir annexe F

Priorisation pour l'accès aux soins intensifs (adultes) en contexte extrême de pandémie

Table des matières

Contexte, but et postulats.....	3
Logique globale de priorisation.....	4
1. Introduction.....	5
2. Objectifs	7
3. Outil d'évaluation.....	9
4. Politique	9
4.1 Processus de priorisation pour l'accès aux soins intensifs pour les adultes par l'établissement .	9
Priorisation par l'établissement pour l'accès aux soins intensifs en contexte extrême de pandémie	10
Prépriorisation.....	10
Étape 1 de priorisation	11
Étape 2 de priorisation	13
Étape 3 de priorisation	15
Règles de décision pour résoudre une impasse dans la priorisation	16
Processus de randomisation	18
Aux étapes 1 et 2, priorisation des patients lors d'un afflux local	21
Retour à l'étape 2 et 1 et arrêt de la priorisation	21
Surveillance continue des ressources	21
4.2 Aperçu des processus d'évaluation avant l'admission aux soins intensifs (adultes)	22
5. Procédure de priorisation pour l'accès aux soins intensifs.....	24
5.1 Objectif et structure de l'équipe de priorisation.....	24
5.2 Qualifications des équipes de priorisation	25
5.3 Rôle des médecins de soins intensifs dans les unités de soins intensifs.....	25
5.4 Rôles du président au sein de l'équipe de priorisation	26
5.5 Rôles du deuxième médecin et du non-médecin dans l'équipe de priorisation.....	26
5.6 Rôle des médecins consultants	27
5.7 Prise de décision de l'équipe de priorisation	27
5.9 Communication des décisions de l'équipe de priorisation	28
5.10 Soutien moral et psychosocial aux professionnels et au personnel lié au plan de pandémie.....	29
5.11 Soutien psychosocial aux patients et proches lié au plan de pandémie.....	29
5.12 Examen de la qualité	31

6.	Documentation.....	31
6.1	Documentation de l'état de priorisation du patient	31
7.	Définitions et liste d'acronymes.....	32
8.	Plan provincial de contingence	33
9.	Références.....	33
10.	Annexes	36
	Annexe A : Processus détaillé de consultation printemps 2020	36
	Annexe B : L'éthique de l'allocation des ressources en contexte de pénurie.....	39
	Annexe C : FORMULAIRE D'ÉVALUATION POUR L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS ADULTES EN SITUATION EXTRÊME DE PANDÉMIE (FORMULAIRE EN COURS DE NORMALISATION).....	42
	Annexe D : MISE À JOUR DU PROTOCOLE DE TRIAGE POUR L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS ADULTES EN CAS EXTRÊME DE PANDÉMIE – Été-Automne 2020 Comité éthique COVID-19	49
	Annexe E : MISE À JOUR DU PROTOCOLE DE TRIAGE POUR L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS ADULTES EN CAS EXTRÊME DE PANDÉMIE –Automne 2021	53
	Annexe F : Liste détaillée des soignants à prioriser en contexte de pandémie	54

Contexte, but et postulats

En contexte extrême de pandémie, la pénurie de ressources peut rendre très difficile la prise de décision clinique. Un protocole de priorisation pour l'accès aux soins intensifs en contexte extrême de pandémie a pour but d'allouer les ressources :

- En maximisant les bénéfiques, **c'est-à-dire réduire la mortalité et sauver le plus de vies possible**;
- En étant juste et **équitable** (standardiser à l'échelle du Québec et éviter toute discrimination);
- En se fondant sur les meilleures données disponibles sur les plans scientifiques et éthiques.

Postulats sur lesquels s'appuie le protocole

- Toutes les mesures possibles doivent d'abord être mises en place pour éviter de déclencher le présent protocole (interpeler la coordination réseau et utilisation du COOLSI - Centre d'optimisation, occupation des lits de soins intensifs);
- L'établissement de niveaux de soins¹ ou d'interventions médicales (NIM), appropriés à la condition clinique de chaque patient, demeure essentiel en amont;

¹ Institut national d'excellence en santé et en services sociaux -INESSS (2016). Les niveaux de soins. Normes et standards de qualité, repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Guide_NiveaudeSoin.pdf

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

Logique globale de priorisation

Dans la perspective de traiter le plus de personnes possible avec les ressources disponibles, la logique de priorisation est d'abord basée sur l'optimisation, par les équipes traitantes et l'établissement, de l'ensemble des ressources cliniques disponibles. La priorisation se fait dans l'ordre suivant :

1. Aux étapes 1 et 2, admettre tous les patients qui ne présentent pas de critère défavorable de l'étape en vigueur²; utiliser les règles de décisions en cas d'égalité clinique à l'étape 3 seulement sauf dans l'éventualité où un établissement a un afflux local de patients

² Abandon du concept des priorités P1 à P4 des versions précédentes du guide. L'utilisation des P1 à P4 dans la gestion quotidienne des admissions et des congés potentiels par un établissement risque de générer une iniquité procédurale. Par exemple à l'étape 1, des patients P2 à P4 pourraient se voir forcer un congé quand ils ne présentent pas de critère défavorable de l'étape 1 (présentant un risque de mortalité de 80 %). L'utilisation locale des P2 à P4 pour les congés équivaut à ne pas respecter les critères de l'étape 1.

dépassant ses capacités, que des transferts ne sont pas possibles et qu'un changement d'étape n'est pas envisagé à très court terme (voir section 2.7);

2. Si le nombre de lits de SI est insuffisant pour répondre à la demande, donner congé aux patients qui présentent :
 - Un (1) diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape en vigueur; OU
 - Aucune amélioration après 21 jours; OU
 - Une détérioration substantielle (avec chances de réversibilité faibles ou nulles) de leur état clinique;
3. Si le nombre de lits de SI est encore insuffisant pour répondre à la demande, donner congé des SI aux patients qui se stabilisent et pourraient recevoir des soins comparables sur d'autres unités de soins (par exemple, soins intermédiaires, unités de surveillance accrue ou autres unités de soins) pour libérer des lits de SI;
4. Si le nombre de lits de SI est encore insuffisant, identifier les patients qui sont stables et demander de les transférer vers un autre établissement qui a la capacité par la coordination réseau;
5. Si les demandes d'accès à un lit de SI excèdent la disponibilité de lits, le Comité exécutif de priorisation du MSSS envisagera un changement d'étape; ce changement d'étape permettra de libérer des lits et/ou rendra des transferts possibles;
 - Le changement d'étape pourrait mener à un ou plusieurs congés des SI; ces congés se préparent par l'établissement, mais ne se réalisent que lorsqu'un lit est requis pour admettre un patient priorisé (voir sections 2.1 et 2.5);
6. Si un changement d'étape n'est pas envisagé, la **priorisation** des patients doit se faire localement (voir section 2.5) selon l'étape en cours;
7. Dans le cas où un lit de SI est disponible et que tous les patients requérant l'accès aux SI sont admis localement, le lit pourra être utilisé pour un transfert interétablissement (à convenir avec la coordination réseau).

1. Introduction

Une pandémie est une épidémie présente sur une large zone géographique internationale. Elle touche une part particulièrement importante de la population mondiale. Les conséquences d'une pandémie non maîtrisée peuvent être très importantes sur les citoyens et le fonctionnement de la société. La pandémie risque d'augmenter considérablement les demandes d'accès aux soins intensifs et aux ventilateurs. Dans ce cadre, si les lits et ressources de soins intensifs destinés aux patients adultes venaient à être insuffisants, l'allocation de ces lits et ressources suit une logique différente. Les intérêts individuels, les obligations professionnelles et le bien commun entrent en tension³. L'objectif d'une priorisation en situation extrême de pandémie est de minimiser la mortalité de la manière la plus juste possible. Toutefois, cette perspective peut se décliner de plusieurs manières. Il importe alors d'être vigilant afin de ne pas nuire et de protéger les

³ Extrait de Dahine, J. « Le triage et le transfert de patients aux soins intensifs : une revue systématique de critères de sélection », UdM, décembre 2018, page 2, repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/23917>

populations vulnérables dans un contexte de crise mondiale, en mettant en place les mécanismes nécessaires.

En contexte extrême de pandémie, la pénurie de ressources peut rendre très difficile la prise de décision clinique. Au moment où un processus de priorisation doit être mis en place, c'est que le système est saturé et le manque de ressources est bel et bien réel. Cette situation peut causer une souffrance morale chez les soignants en raison des choix déchirants auxquels ils pourraient être confrontés. Afin de faciliter une prise de décision difficile, mais nécessaire, les postulats guident le présent protocole :

- Toutes les mesures possibles doivent d'abord être mises en place pour éviter de déclencher le présent protocole : **en optimisant les ressources en place**, en augmentant la capacité (surcapacité) des installations désignées, par des transferts interétablissements d'une même région et des transferts interrégions réalisés par la coordination réseau du MSSS à l'aide du COOLSI;
- L'application de ce protocole de priorisation en situation d'exception ne diminue en rien l'obligation d'avoir des discussions sur les niveaux ⁴ ou d'interventions médicales (NIM), appropriées à la condition de chaque patient en amont et de façon continue avec ce dernier et ses proches;
- Des indications, diagnostics et paramètres cliniques sont clairement identifiés pour prioriser l'accès des patients aux lits et ressources de soins intensifs. Ils doivent être similaires d'un établissement à l'autre (transparents et standards). Les diagnostics et paramètres cliniques requis pour l'accès aux soins intensifs deviennent de plus en plus contraignants au fur et à mesure de l'aggravation de la pénurie de ressources. Face à des égalités sur le plan clinique, des règles de décision permettent de résoudre les impasses;
- Le choix des patients qui seront priorisés pour l'accès aux lits et ressources de soins intensifs est fait par une équipe de priorisation qui n'est pas en contact avec les patients; cette équipe est détachée des personnes visées et a comme responsabilité de faire des choix les plus objectifs possibles;
- Les choix de priorisation **ne doivent en aucun cas**, être basés sur des motifs discriminatoires tels qu'énoncés à l'article 10 de la *Charte des droits et libertés de la personne du Québec*. Ces motifs sont : la race, la couleur, le sexe, l'identité ou l'expression de genre, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap. Les choix de priorisation **ne doivent jamais** reposer sur la « valeur sociale » d'un individu ou sur un jugement concernant la qualité de vie;
- Le protocole de priorisation s'applique à tous les patients adultes, peu importe l'âge et la pathologie : il n'est pas exclusif à l'infection à la source de la pandémie;
- Un protocole de priorisation pour l'accès aux soins intensifs ne vise pas à décider qui recevra ou non des soins. Tous les patients seront soignés. Chaque vie humaine est

⁴ Institut national d'excellence en santé et en services sociaux -INESSS (2016). Les niveaux de soins. Normes et standards de qualité, repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Guide_NiveaudeSoin.pdf

valorisée et chaque être humain mérite le respect, les soins et la compassion. Toutefois, cela ne signifie pas que tous les patients recevront ou devraient recevoir des soins intensifs. Ceux qui ne recevront pas de soins intensifs ne seront pas abandonnés, ils continueront à recevoir d'autres soins, les plus appropriés à leur état, et possibles dans le contexte;

- Il existe un protocole de priorisation distinct pour la pédiatrie et la néonatalogie;
- La pandémie commande une gestion des lits et ressources de soins intensifs dans une perspective nationale, et vise les patients adultes considérés globalement;
- En raison du contexte exceptionnel de la situation et dans une obligation d'efficacité et de rapidité d'exécution, la hiérarchie décisionnelle est primordiale et implique les niveaux local et national.

De façon responsable, transparente et courageuse, chaque établissement décide donc de se préparer à cette éventualité en s'appropriant ce protocole de priorisation, basé sur les meilleures données disponibles et convenu nationalement tel que décrit dans le processus de mise à jour décrit à l'annexe D.

Considérant que, malgré le protocole, une détresse morale et psychologique peut être vécue par plusieurs lors d'une pandémie, il est primordial pour l'établissement de mettre en place un soutien psychosocial et éthique accessible pour toutes les personnes travaillant dans l'établissement, de même qu'aux patients et à leurs familles.

Le présent protocole détaille le fonctionnement et les processus de priorisation dans la perspective de l'établissement. Le fonctionnement et les processus de coordination nationale sont décrits dans le *Guide de priorisation et de coordination pour l'accès aux soins intensifs (adultes) en situation extrême de pandémie* (version 11 juin 2021).

2. Objectifs

L'objectif général d'un système de priorisation est de minimiser la mortalité et la morbidité pour l'ensemble d'une population, et non plus seulement pour chaque individu indépendamment du reste de la population, et de veiller à ce que ces décisions soient justes et équitables, en s'assurant qu'elles respectent les valeurs éthiques tant substantives que procédurales.

Ce protocole a été élaboré pour une application spécifique à une situation extrême de pandémie au SRAS-CoV-2 (COVID-19), qui risque d'entraîner une augmentation importante des besoins en soins intensifs, sans que des ressources suffisantes pour répondre à la demande soient disponibles.

Remarque : ce protocole s'applique à tous les patients évalués pour recevoir des soins intensifs ou recevant des soins intensifs, quelle que soit l'étiologie de leur maladie.

Ce protocole est basé sur les hypothèses suivantes :

- Pendant une pandémie, la disponibilité des soignants pourrait être réduite en raison de maladies personnelles, d'absentéisme et de responsabilités familiales. Une pénurie de soignants entraînera une diminution des services habituels;
- Tous les patients, quel que soit leur statut de priorisation ou leur état clinique, ont le droit d'avoir accès aux soins, y compris aux traitements médicaux appropriés pour maximiser les résultats, ainsi qu'à un soutien pour le confort et la gestion des symptômes;

- Tous les efforts seront faits pour maintenir une communication efficace, claire et transparente avec les patients et leurs proches, notamment sur le statut de priorisation, afin que les soins appropriés puissent être le plus en cohérence possible avec les souhaits et les valeurs connus des patients.

L'annexe B présente les valeurs éthiques pertinentes pour répondre à la pandémie.

Principes directeurs du présent protocole

1. Maximisation des bénéfices : viser à tirer le maximum d'avantages pour une communauté en allouant les ressources en priorité à ceux qui en tirent le plus grand bénéfice, dans le but de minimiser la mortalité.
2. Proportionnalité : le nombre de **personnes impactées par le système de priorisation** et l'ampleur des impacts négatifs encourus par ces personnes ne doivent pas dépasser ce qui serait nécessaire pour répondre à l'augmentation de la demande. Même si une seule personne subit des impacts négatifs, l'ampleur de ces impacts pour cette personne doit toujours respecter ce principe éthique de proportionnalité. En d'autres termes, la réponse ne devrait pas affecter négativement plus de personnes que celles qui auraient été affectées si l'approche « premier arrivé, premier servi » avait été utilisée. De plus, les systèmes de priorisation ont nécessairement un effet sur les personnes appartenant à des groupes vulnérables, la proportionnalité est donc un principe permettant de garder une vigie afin de minimiser cet effet (Thompson et coll, 2006).
3. Transparence et confiance : les critères doivent être largement disponibles, clairement documentés et assortis de procédures garantissant la responsabilité, comme un second avis médical et la confirmation par des membres non-médecins, au sein de l'équipe de priorisation. Dans la mesure du possible, les patients et les familles doivent être informés de l'étape de priorisation du patient avant la prise de décision et être impliqués de manière proactive dans la planification des soins. Cette forme de priorisation étant nouvelle, elle doit être appliquée de manière cohérente pour garantir la confiance et impliquer des cycles rapides d'amélioration de la qualité pour s'assurer qu'elle s'aligne sur les nouvelles données et les meilleures pratiques.
4. Efficacité et durabilité : les diagnostics et paramètres cliniques doivent être suffisamment simples pour être évalués au chevet du patient, compte tenu de la nécessité de mobiliser rapidement les ressources de soins intensifs et de bénéficier d'un environnement dynamique. Tout scénario de priorisation entraînera un stress extrême et une surcharge tant cognitive qu'émotionnelle pour les soignants au chevet des patients, peu habitués à ce processus de décision ou à ce volume de patients gravement malades. Le système de priorisation devrait protéger les soignants contre les préjudices moraux en systématisant une prise de décision éthique et en confiant les choix les plus difficiles à un groupe d'experts tiers (l'équipe de priorisation) indépendants des soins actifs. Cela réduira le risque d'épuisement professionnel et favorisera la durabilité d'une pratique cohérente.
5. Équité : la priorisation des ressources limitées en matière de soins de santé ne doit pas être accordée à une personne sur la base de privilèges socio-économiques ou d'un rang politique. Des critères pertinents sur le plan clinique doivent être utilisés en premier lieu pour l'allocation des ressources. Les critères doivent être suffisamment objectifs pour pouvoir être appliqués équitablement à une grande variété de patients, par une grande variété de prestataires, dans une grande variété de situations (Berlinger 2020,

Emanuel et coll. 2020). La priorisation exige un équilibre délicat entre le jugement du clinicien (qui peut être biaisé et faillible) et les paramètres cliniques objectifs (qui exigent également du jugement, mais qui peuvent manquer de nuance à l'égard des subtilités cliniques). Dans le cas où les considérations cliniques ne peuvent être utilisées pour classer un patient par ordre de priorité par rapport à un autre, des règles de décision (cycle de vie, personnel soignant et ensuite de sélection aléatoire) sont utilisées en dernier recours.

Ce processus d'allocation des ressources pour les soins intensifs en cas de pandémie est aligné sur les ressources et les normes suivantes :

- *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec;
- Théorie et pratique de la bioéthique;
- Recherche sur le triage et la planification des pandémies;
- Réactions des parties prenantes (tant internes qu'externes).

3. Outil d'évaluation

Annexe C : *Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs adultes en situation extrême de pandémie*

4. Politique

4.1 Processus de priorisation pour l'accès aux soins intensifs pour les adultes par l'établissement

Le processus de priorisation par l'établissement pour les adultes est décrit dans la présente section. Le processus est basé sur un ensemble d'indications, de diagnostics et de paramètres cliniques décrit dans le formulaire d'évaluation à l'annexe C. Lors d'égalité sur le plan clinique des règles de décision de dernier recours sont proposées : cycle de vie, personnels soignants exposés à la COVID-19 et randomisation.

Étapes de la réponse à une pandémie :

La réponse à une augmentation de la demande de ressources en soins intensifs devrait se faire de manière progressive et coordonnée. Le MSSS déterminera le statut de la pandémie à travers la province et coordonnera la réponse avec les responsables et les organisations de santé publique locales. La réponse se déroulera selon les étapes suivantes.

Approche de la priorisation

Le lancement d'un processus de priorisation pour l'accès aux soins intensifs devrait être le résultat d'une décision bien coordonnée et planifiée, prise au niveau **national en fonction de la réalité de chaque établissement et de chaque région**. Chaque établissement connaît le nombre précis de patients gravement malades et mécaniquement ventilés qu'il peut accueillir avec ses ressources (y compris les consommables), son personnel et ses espaces. Le moment et l'ampleur de l'augmentation de la demande sont susceptibles de varier selon les établissements et les régions. Lorsqu'un site s'approche de sa capacité maximale, **il cherche d'abord à maximiser l'efficacité dans l'utilisation des lits de soins intensifs pour retarder l'application du protocole**. Il revoit l'organisation du travail, voit au délestage d'activités et de ressources et à la réaffectation **médicale et professionnelle (revue des tâches) et il prévoit des unités de soins intermédiaires ou**

de surveillance accrue pour augmenter la surcapacité en soins critiques. Si cela ne suffit pas, la coordination réseau du MSSS tente de transférer les patients vers une installation offrant les services appropriés et la capacité pour répondre à la demande. Cette coordination, par la coordination réseau du MSSS, se fait avec la collaboration du COOLSI. Lorsque tous les hôpitaux d'une région sont proches de leur capacité maximale, des transferts interrégions sont alors faits (prévus au plan de contingence). Le MSSS avise les installations du réseau d'une saturation lorsque toutes les installations ne sont plus en mesure d'admettre un patient dans une unité de soins intensifs ou de soins avancés (intermédiaires ou de surcapacité). Dans ces circonstances, un changement d'étape de priorisation sera envisagé par le Comité exécutif de priorisation du MSSS⁵.

Priorisation par l'établissement pour l'accès aux soins intensifs en contexte extrême de pandémie

Le déclenchement d'une priorisation pour l'accès aux soins intensifs en contexte extrême de pandémie est annoncé par le MSSS en fonction de la saturation du système, du plan de contingence, des niveaux d'alerte et de la situation locale.

Prériorisation

Lorsque le réseau atteint son point de saturation (toutes les installations sont saturées et en surcapacité à 150 % et les transferts interétablissements sont difficiles, le DSP, suivant les indications du Comité exécutif de priorisation du MSSS :

- Informe les acteurs concernés afin qu'ils se préparent à mettre en œuvre la priorisation pour l'accès aux soins intensifs en situation extrême de pandémie; le seuil de déclenchement peut varier selon les ressources humaines disponibles localement;
- Revoit la réaffectation des ressources humaines;
- S'assure de délester des activités pour répondre autant que possible à la surcharge.

De plus, le DSP s'assure :

- A. Que tous les patients **qui reçoivent des soins intensifs** soient évalués en regard des diagnostics et paramètres cliniques (*Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs* - Annexe C);
- B. Que tous les patients **en attente d'admission aux soins intensifs** soient évalués en regard des indications, diagnostics et paramètres cliniques (*Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs* - Annexe C);
- C. De mobiliser l'équipe de priorisation afin qu'elle se prépare à intervenir lors du déclenchement de l'étape 1 de priorisation.

Lorsque le nombre de patients en attente d'admission dépasse la capacité des SI et que des transferts vers d'autres établissements ne sont plus possibles, il faut considérer, avec l'accord du DSP, de demander au Comité exécutif de priorisation du MSSS d'initier l'étape 1 de priorisation.

⁵ Le Comité exécutif de priorisation du MSSS sera constitué des DGA de la DGACR, de la DGAUMIP (volet hospitalier et urgences), d'éthiciens, et d'intensivistes dont au moins un provient de la pédiatrie.

Étape 1 de priorisation

Une fois le changement d'étape décrété, la priorisation s'amorce. Tous les patients déjà admis ou en attente d'admission doivent être évalués en fonction des diagnostics et paramètres cliniques par le médecin traitant, et une validation additionnelle doit être réalisée par un deuxième médecin en utilisant le *Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs adultes en situation extrême* de pandémie que l'on retrouve à l'annexe C.

Les indications cliniques de soins intensifs permettent d'identifier les patients qui peuvent bénéficier d'une admission en soins intensifs. Les indications cliniques portent principalement sur l'insuffisance respiratoire et le choc, car c'est la capacité à fournir un respirateur et un soutien hémodynamique qui différenciera l'unité de soins intensifs des autres secteurs de soins aigus.

Les diagnostics et paramètres cliniques permettent d'établir une pronostication à court terme des patients lors d'un séjour aux soins intensifs. Ils indiquent la probabilité de survivre à une maladie aiguë et le risque d'un sevrage ventilatoire prolongé.

Ces diagnostics et paramètres cliniques ne sont pas exhaustifs : ils reflètent des preuves connues ou des indicateurs de pronostic basés sur l'expérience clinique et les données probantes actuelles. Le jugement clinique doit compléter ces paramètres cliniques, car certaines affections non répertoriées peuvent également influencer sur le pronostic ou le risque de sevrage ventilatoire prolongé.

Si un patient a besoin de soins intensifs (réponds aux indications cliniques), le médecin traitant acheminera le formulaire dûment rempli et contre-vérifié par un deuxième médecin à l'équipe de priorisation pour une évaluation plus approfondie de la priorisation à établir.

Les diagnostics et paramètres cliniques appliqués permettent d'établir une **pronostication à court terme** des patients aux soins intensifs par la présence de comorbidité(s) pouvant influencer le taux de survie (Douglas 2020; Biddison 2018). La priorisation repose d'abord et avant tout sur les diagnostics et paramètres cliniques.

L'étape 1 de priorisation donne la priorité aux patients dont le taux de mortalité estimé à court terme est inférieur à 80 % ou ceux qui n'ont pas un risque élevé de séjour prolongé aux soins intensifs. Seule l'équipe de priorisation détermine les priorités d'admission et de congé des soins intensifs. La priorisation se base sur les indications, diagnostics et paramètres cliniques identifiés dans le *Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs* - Annexe C. Seuls les patients nécessitant des soins intensifs et ayant été priorisés par l'équipe de priorisation sont admis aux soins intensifs. Les patients qui ne sont pas priorisés pour recevoir des SI ou qui ont congé des soins intensifs reçoivent alors d'autres soins appropriés à leur état selon la capacité de l'établissement.

- A. Donner congé des soins intensifs aux patients stables qui n'en nécessitent plus et aux patients qui présentent :
- Au moins un diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 1 (*Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs* - Annexe C)
- OU**
- Aucune amélioration clinique après 21 jours de ventilation (risque de chronicisation);
- OU**
- Détérioration clinique substantielle malgré les soins intensifs prodigués, selon le jugement clinique global.

Ne donner congé que lorsqu'un lit est requis.

L'évaluation clinique avant le congé des soins intensifs répond à la préoccupation éthique concernant l'acceptabilité d'une cessation des soins intensifs, en particulier si un patient n'a pas continué à se détériorer pendant qu'il recevait ces soins (Lee Daugherty Biddison, 2018). De plus, pour certains patients qui répondent favorablement aux soins intensifs, un investissement important de ressources a été réalisé en vue de leur rétablissement. Ils devraient pouvoir poursuivre leur traitement (essai thérapeutique), à moins qu'ils ne présentent une détérioration clinique substantielle. La durée de l'essai thérapeutique est de 21 jours maximum pour la COVID-19, tant que les soins demeurent appropriés sur le plan clinique. Ce délai prévu pour un essai thérapeutique permet de ne pas défavoriser indûment une personne dont les soins continuent d'être bénéfiques et proportionnés.

Tous les patients qui respectent les critères de l'étape en vigueur doivent être admis aux SI. Il ne faut pas retirer un patient des SI pour en admettre un autre ayant les mêmes pronostics et mêmes risques de sevrage ventilatoire prolongé. Les patients qui reçoivent déjà des soins gardent leur place tant et aussi longtemps qu'ils n'ont pas 1 diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape en vigueur (1, 2 ou 3) OU aucune amélioration après 21 jours OU qui présentent une détérioration substantielle (avec chances de réversibilité faibles ou nulles) de leur état clinique.

- B. Admettre ou garder aux soins intensifs QUE les patients qui n'ont aucun diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 1 (*Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs* - Annexe C).
- C. Orienter les patients qui ne sont pas priorisés pour l'admission aux SI vers d'autres soins appropriés à leur état **selon la capacité de l'établissement**.

Les diagnostics et paramètres cliniques défavorables sont d'abord utilisés dans le processus de décision afin que les choix des patients (pour les congés et les admissions) soient faits par l'équipe de priorisation sur la base des données du formulaire. Quand les diagnostics et paramètres cliniques décrits dans le formulaire ne peuvent permettre de choisir quel patient sera admis ou quel patient aura congé, l'équipe de priorisation consulte le/les médecins traitants pour identifier quel ou quels patients a/ont les meilleures chances de survie.

Le patient (ou son représentant légal) doit être informé, si possible, de la décision de cesser les SI et de son transfert vers des lits de soins appropriés à son état **selon la capacité de l'établissement**.

L'équipe de priorisation doit communiquer au DSP le nombre de patients pour qui les soins intensifs sont cessés à l'étape 1 de priorisation, afin d'aider à la planification.

Concernant les *Formulaires d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs adultes en situation extrême de pandémie (annexe C)*, si un patient a un critère défavorable, il doit être coché pour les étapes subséquentes. Un patient qui présenterait un critère défavorable de l'étape 1 a donc $\geq 80\%$ de risque de mortalité et présente par le fait même $\geq 50\%$ de risque de mortalité, donc le même critère de l'étape 2 doit être coché, de même que celui de l'étape 3. Cette cohérence est nécessaire afin d'évaluer le nombre de lits qui pourraient potentiellement se libérer à chaque changement d'étape du processus. Cette capacité de libération de lits lors d'un changement

d'étape est une information cruciale tant pour le DSP localement que pour le Comité exécutif de priorisation du MSSS au niveau national.

Dans le cadre de l'étape 1 de priorisation, le DSP, en collaboration avec le chef médical des soins intensifs, doit continuer à coordonner le transfert des patients afin d'optimiser l'utilisation de toutes les ressources de soins intensifs avant de signaler au Comité exécutif de priorisation du MSSS le dépassement des capacités de l'établissement.

Lorsque le nombre de patients en attente qui ne présentent pas de diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape en vigueur dépasse la capacité des SI et que des transferts vers d'autres établissements ne sont plus possibles, il faut considérer, avec l'accord du DSP, de demander au Comité exécutif de priorisation du MSSS de changer d'étape.

À chaque fois qu'un ou plusieurs nouveaux patients demandent à être admis aux SI :

- Voir d'abord si un ou plusieurs congés peuvent être donnés selon les critères décrits ci-haut (1 diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape en vigueur OU aucune amélioration après 21 jours OU qui présentent une détérioration substantielle, avec chances de réversibilité faibles ou nulles de leur état clinique);
 - S'il y a égalité des critères de l'étape en vigueur entre plusieurs patients recevant des soins intensifs :
 - Donner priorité à la poursuite des SI à ceux qui ont le meilleur pronostic clinique et un moindre risque de sevrage ventilatoire prolongé;
- Si un ou des congés ne sont pas possibles :
 - Voir si des patients aux SI s'améliorent et pourraient se voir offrir des soins comparables sur d'autres unités de soins (par exemple, soins intermédiaires, surveillance accrue ou autres unités de soins);
 - Voir, avec la coordination réseau et le COOLSI, la possibilité de transférer des patients vers un autre établissement (patients admis et stables);
 - Si ce n'est pas possible, voir avec le DSP en lien avec le Comité exécutif de priorisation du MSSS, si l'on doit changer d'étape pour ne pas avoir de patient respectant les critères de l'étape en vigueur en attente sauf si l'on croit pouvoir admettre bientôt ces patients.
 - Si toutes ces options ne sont pas possibles et que des patients sont à égalité clinique, utilisez les règles de décision pour donner congé. Appliquez ces règles seulement dans ces circonstances, il s'agit d'un ultime recours.

Étape 2 de priorisation

Cette étape priorise les patients dont le taux de mortalité estimé à court terme est inférieur à 50 % ou ceux qui n'ont pas un risque élevé de sevrage ventilatoire prolongé aux soins intensifs. Seule l'équipe de priorisation détermine les priorités d'admission et de congé des soins intensifs. La priorisation se base sur les indications, diagnostics et paramètres cliniques identifiés dans le *Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs* - Annexe C. Seuls les patients nécessitant des soins intensifs et ayant été priorisés par l'équipe de priorisation sont admis aux soins intensifs. Les patients qui ne sont pas priorisés pour recevoir des SI reçoivent alors d'autres soins appropriés à leur état selon la capacité de l'établissement.

A. Donner congé des soins intensifs aux patients qui présentent :

- Au moins un diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 2 (*Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs* - Annexe C)

OU

- Aucune amélioration clinique après 21 jours de ventilation (risque de chronicisation);
OU
- Détérioration clinique substantielle malgré les soins intensifs prodigués, selon le jugement clinique global.

Ne donner congé que lorsqu'un lit est requis.

B. Admettre ou garder aux soins intensifs QUE les patients qui n'ont aucun diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 2 (*Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs* - Annexe C).

C. Orienter les patients qui ne sont pas priorisés pour l'admission aux SI vers d'autres unités avec des soins appropriés à leur état selon la capacité de l'établissement.

Les diagnostics et paramètres cliniques défavorables sont d'abord utilisés dans le processus de décision afin que les choix des patients (pour les congés et les admissions) soient faits par l'équipe de priorisation sur la base des données du formulaire. Quand les diagnostics et paramètres cliniques décrits dans le formulaire ne peuvent permettre de choisir quel patient sera admis ou quel patient aura congé, l'équipe de priorisation consulte le/les médecins traitants pour identifier quel ou quels patients a/ont les meilleures chances de survie.

Le patient (ou son représentant légal) doit être informé, si possible, de la décision de cesser les SI et de son transfert vers une autre unité pour recevoir des soins appropriés à son état selon la capacité de l'établissement.

L'équipe de priorisation doit communiquer au DSP le nombre de patients pour qui les soins intensifs sont cessés à l'étape 2 de priorisation, afin d'aider à la planification.

Les hôpitaux doivent ensuite se préparer à un scénario de priorisation de l'étape 3, comme pour les étapes précédentes. La transition vers l'étape 3 de priorisation s'effectue lorsque le nombre de patients en attente dépasse la capacité des SI, et que des transferts vers d'autres établissements ne sont plus possibles, il faut considérer, après discussion avec le DSP et son accord de demander au Comité exécutif de priorisation du MSSS de passer à l'étape 3 de priorisation.

À chaque fois qu'un ou plusieurs nouveaux patients doivent être à être admis aux SI :

- Voir d'abord si un ou plusieurs congés peuvent être donnés selon les étapes décrites ci-haut (1 diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape en vigueur OU aucune amélioration après 21 jours OU qui présentent une détérioration substantielle, avec chances de réversibilité faibles ou nulles, de leur état clinique);
 - S'il y a égalité des critères de l'étape en vigueur entre plusieurs patients recevant des soins intensifs :
 - Donner priorité à la poursuite des SI à ceux qui ont le meilleur pronostic clinique et un moindre risque de sevrage ventilatoire prolongé;
- Si un ou des congés ne sont pas possibles :
 - Voir si des patients aux SI s'améliorent et pourraient se voir offrir des soins comparables sur d'autres unités de soins (par exemple, soins intermédiaires, unités de surveillance accrue ou autres unités de soins);
 - Voir, avec la coordination réseau et le COOLSI, la possibilité de transférer des patients vers un autre établissement (patients admis et stables);

- Si ce n'est pas possible, voir avec le DSP en lien avec le Comité exécutif de priorisation du MSSS, si l'on doit changer d'étape pour ne pas avoir de patients respectant les critères de l'étape en vigueur en attente sauf, si l'on croit pouvoir admettre bientôt ces patients.
- Si toutes ces options ne sont pas possibles, et que des patients sont à égalité clinique, utilisez les règles de décision pour donner congé. Appliquez ces règles seulement dans ces circonstances, il s'agit d'un ultime recours.

Étape 3 de priorisation

Cette étape 3 priorise les patients dont le taux de mortalité estimé est inférieur à 30 % ou ceux qui n'ont pas un risque de séjour prolongé aux soins intensifs. Seule l'équipe de priorisation détermine les priorités d'admission et de congé des soins intensifs. La priorisation se base sur les indications, diagnostics et paramètres cliniques identifiés dans le *Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs - Annexe C*. Seuls les patients nécessitant des soins intensifs et ayant été priorisés par l'équipe de priorisation sont admis ou demeurent aux soins intensifs. Les patients qui ne sont pas priorisés pour recevoir des SI reçoivent alors d'autres soins appropriés à leur état selon la capacité de l'établissement.

- A. Donner congé des soins intensifs aux patients qui présentent :
- Au moins un diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 3 (*Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs - Annexe C*);
- OU**
- Aucune amélioration clinique après 21 jours de ventilation (risque de chronicisation);
- OU**
- Détérioration clinique substantielle malgré les soins intensifs prodigués, selon le jugement clinique global.
- B. Admettre ou garder aux soins intensifs QUE les patients qui n'ont aucun diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 3 (*Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs - Annexe C*).
- C. S'il n'y a pas assez de lits disponibles aux soins intensifs pour tous les patients, donner la priorité à ceux qui, parmi eux, ont le meilleur pronostic clinique et un moindre risque de sevrage ventilatoire prolongé.
- D. À pronostics ou risques de sevrage ventilatoire prolongé égaux, parmi les patients recevant des SI et ceux en attente d'admission, appliquer les règles de décision : le cycle de vie en premier, membre du personnel soignant ensuite et, en dernier, randomisation pour déterminer l'ordre de congé et d'admission aux SI, si nécessaire. Ne donner congé que lorsqu'un lit est requis.
- E. Orienter les patients qui ne sont pas priorisés pour l'admission aux SI vers d'autres soins appropriés à leur état selon la capacité de l'établissement.

Les diagnostics et paramètres cliniques défavorables sont d'abord utilisés dans le processus de décision afin que les choix des patients (pour les congés et les admissions) soient faits par l'équipe de priorisation sur la base des données du formulaire. Quand les diagnostics et paramètres cliniques décrits dans le formulaire ne peuvent permettre de choisir quel patient sera admis ou

quel patient aura congé, l'équipe de priorisation consulte le/les médecins traitants pour identifier quel ou quels patients a/ont les meilleures chances de survie.

Le patient (ou son représentant légal) doit être informé de la décision de changer l'orientation des soins, si possible, le patient sera transféré vers des lits de soins non intensifs, comprenant les mesures palliatives appropriées selon l'évolution.

L'équipe de priorisation doit communiquer au DSP le nombre de patients pour qui les soins intensifs sont cessés à l'étape 3 de priorisation, afin d'aider à la planification.

À chaque fois qu'un ou plusieurs nouveaux patients demandent à être admis aux SI :

- Voir d'abord si un ou plusieurs congés peuvent être donnés selon les étapes décrites ci-haut (1 diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape en vigueur OU aucune amélioration après 21 jours OU qui présentent une détérioration substantielle, avec chances de réversibilité faibles ou nulles, de leur état clinique);
 - S'il y a égalité des critères de l'étape en vigueur entre plusieurs patients recevant des soins intensifs :
 - Donner priorité à la poursuite des SI à ceux qui ont le meilleur pronostic clinique et un moindre risque de sevrage ventilatoire prolongé;
- Si un ou des congés ne sont pas possibles :
 - Voir si des patients aux SI s'améliorent et pourraient se voir offrir des soins comparables sur d'autres unités de soins (par exemple, soins intermédiaires, unités de surveillance accrue ou autres unités de soins);
 - Voir, avec la coordination réseau du MSSS et le COOLSI, la possibilité de transférer des patients vers un autre établissement (patients admis et stables);
 - Si ce n'est pas possible, voir avec le DSP en lien avec le Comité exécutif de priorisation du MSSS, si l'on doit changer d'étape pour ne pas avoir de patients respectant les critères de l'étape en vigueur en attente sauf si l'on croit pouvoir admettre bientôt ces patients.
 - Si toutes ces options ne sont pas possibles, et que des patients sont à égalité clinique, utilisez les règles de décision pour donner congé. Appliquez ces règles seulement dans ces circonstances, il s'agit d'un ultime recours.

Règles de décision pour résoudre une impasse dans la priorisation

À l'étape 3, **seulement** lorsque l'établissement reçoit un nombre important de demandes d'admission aux SI et :

- Ne peut donner congé à suffisamment de patients admis pour répondre au besoin en lits, ceux-ci ne présentant aucun critère clinique menant à un congé;
- Aucun patient actuellement admis aux SI n'est assez stable :
 - Pour recevoir d'autres formes de traitement hors des SI; ou
 - Pour être transféré vers un autre établissement.
- Dans ces circonstances seulement, l'équipe de priorisation doit prioriser localement tous les patients EN ATTENTE et DÉJÀ ADMIS en retenant les patients ayant un meilleur pronostic clinique et en offrant temporairement d'autres formes de traitement aux patients non admis ou qui recevraient un congé des SI. Ainsi, lorsque des patients démontrent un pronostic similaire, il peut être nécessaire d'appliquer les règles de décision en cas d'égalité clinique prévue pour résoudre l'impasse. Ces règles répondent à différents raisonnements éthiques. *Le Guide de priorisation et de coordination pour l'accès aux soins intensifs (adulte) en*

situation extrême de pandémie (version 11 juin 2021) donne les orientations précises pour leur application par les équipes de priorisation. À chance de survie égale, on peut suivre une logique basée sur les principes suivants, dans l'ordre :

- **Le cycle de vie** : cette règle de décision met de l'avant « l'équité intergénérationnelle » en priorisant les personnes présentant un moins grand nombre d'étapes de vie devant elles (William, 1997). Ainsi, selon l'équité intergénérationnelle, il serait juste de donner priorité aux personnes qui se trouvent à un stade de vie moins avancé pour leur permettre d'avoir la même chance. Ce principe ne favorise pas les plus jeunes par rapport aux plus vieux en terme absolu, 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. Il faut rappeler que cette règle n'est pas applicable à toutes les situations. Il se peut que l'écart d'âge (une génération par exemple) ne soit pas suffisant. Ainsi, si la règle de décision du cycle de vie n'est pas applicable dans la situation, par exemple, s'il faut trancher entre deux patients ayant par exemple 65 ans et 55 ans, il faut appliquer la prochaine règle (personnel soignant) et si l'impasse est non résolue, il faut procéder à une randomisation. La règle du cycle de vie s'applique à l'ensemble de la population et devrait précéder les autres règles de décision en cas d'égalité clinique.
- **Le personnel soignant** : cette règle permet de favoriser le traitement du personnel de la santé et des services sociaux qui donnent des soins et qui ont des contacts physiques étroits auprès des usagers. En période de pandémie, les travailleurs de la santé qui font face à des risques accrus d'infection⁶ devraient être priorités en cas d'égalité clinique. Cet argumentaire est basé sur le principe de réciprocité ou de quid pro quo qui implique que dans une relation entre parties, un geste posé en faveur de l'un appelle une contrepartie, un retour. Il s'agit d'une forme de donnant-donnant (Bailey et coll., 2011; Emmanuel et coll., 2020; Comité sur l'immunisation du Québec, 2020)⁷. Puisque cette règle de décision est difficile à opérationnaliser, l'équipe de priorisation devra juger de son application à l'aide de la liste suivante présentée à l'annexe F.
- **La randomisation** : lorsque toutes les autres règles de décision ne permettent pas de prioriser, l'équipe de priorisation procède par randomisation. Cette approche de la justice permet une égalité des chances entre individus (Winsor & al 2015; Farmer 2012). La justification de la randomisation est la suivante :
 - Réduit la charge de la prise de décision en ne la confiant pas à une seule personne (comme le président de l'équipe de priorisation), ce qui peut entraîner un préjudice moral et un épuisement professionnel après des cas répétés;
 - Réduit le risque médico-légal pour un individu (comme le président) et pour l'organisation dans les situations d'incertitude;
 - Reconnaît l'incertitude réelle qu'une telle situation présente, plutôt que de se rabattre sur des certitudes exagérées ou erronées;

⁶ INSPQ, Enquête épidémiologique sur les travailleurs de la santé atteints par la COVID-19 au printemps 2020 Direction des risques biologiques et de la santé au travail 25 septembre 2020, repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3061_enquete_epidemiologique_travailleurs_sante_covid_19.pdf

⁷ Avis préliminaire sur les groupes prioritaires pour la vaccination contre la COVID-19 au Québec AVIS DU COMITÉ SUR L'IMMUNISATION DU QUÉBEC Direction des risques biologiques et de la santé au travail, novembre 2020, INSPQ, repéré à <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3085-groupes-prioritaires-vaccination-covid19.pdf>

- Soutient l'équilibre des pouvoirs entre les trois membres de l'équipe de priorisation;
- Encourage tous les membres de l'équipe de priorisation à défendre leurs idées et leurs points de vue : encourage la délibération, la consultation et le partage d'opinions diverses. Cela rendra les décisions plus solides qu'une forme autocratique de prise de décision;
- Est efficace lorsque les décisions doivent être prises rapidement;
- L'absence de consensus représente une grande incertitude et la volonté de recourir à une méthode de décision par randomisation démontre la valeur de l'humilité;
- La randomisation est le processus le plus équitable lorsque l'incertitude est élevée et atténue le risque de partialité implicite dans la prise de décision.

Processus de randomisation

Principes généraux :

Rappel des règles de décisions en cas d'égalité clinique, à appliquer dans l'ordre suivant : 1. cycle de vie, 2. personnel soignant, 3. randomisation. Il est à noter que ces règles doivent s'adapter à la liste de patients à prioriser qui risque de changer constamment.

- Classer les patients par âge;
- Créer trois groupes de patients ayant une génération d'écart (de l'ordre de 25 ans); en procédant un à la fois, associez le patient le plus jeune au premier groupe (A) et le patient le plus vieux au dernier groupe (C); prendre le 2^e plus jeune et l'associer au groupe A et le 2^e plus vieux au groupe C; poursuivre ainsi jusqu'à ce que les patients du groupe central (B) soient à l'intérieur d'un écart de l'ordre de 25 ans;
 - À l'intérieur des autres cohortes, **randomiser** les patients (voir méthode dans section suivante) pour leur attribuer un ordre; par exemple cohorte A (la plus jeune), priorité 1, 2, 3...; cohorte B (la seconde plus jeune, priorité 1, 2, 3...; etc.;⁸
- Un soignant aura la priorité de sa cohorte (voir la définition à la section 4.3.2);
 - Les lits sont attribués selon le nombre disponible en suivant l'ordre des cohortes et la priorité assignée aléatoirement à chaque patient jusqu'à ce que tous les lits soient comblés (A-1, A-2, A-3..., B-1, B-2, B-3, B-4... C-1, C-2...).
- Lorsque les patients auront été priorisés, tous les lits assignés selon l'ordre de priorité, et que des patients ne pourront être admis ni transférés vers un autre hôpital, alors :
 - Une liste d'attente de patients admissibles est créée dans l'éventualité où un lit se libérerait;
 - Des soins alternatifs seront offerts à ces patients (ou palliatifs selon leur condition du moment).

Génération du nombre aléatoire (randomisation)

Deux méthodes sont possibles :

- Si l'établissement utilise le formulaire de priorisation en PDF dynamique, un nombre aléatoire est généré à l'impression du formulaire lorsqu'il est envoyé à l'équipe de

⁸ Précisions que la séparation de ce groupe en sous-cohortes a été mise de côté au profit de la randomisation des personnes à l'intérieur d'une génération dans son ensemble.

priorisation; ce nombre doit être inscrit dans la colonne appropriée du fichier Excel de priorisation;

- Il est important qu'une fois généré, ce nombre ne change jamais; par exemple, si un formulaire est modifié parce que la condition clinique du patient a changé, un nouveau nombre sera généré, MAIS l'équipe de priorisation ne doit pas utiliser ce nouveau nombre;
- Si l'établissement n'utilise pas le formulaire PDF, une fonction aléatoire [par exemple =ALEA.ENTRE.BORNES (0; 1000) dans Excel]-doit être utilisée seulement une fois par patient et le nombre généré doit être inscrit manuellement dans la colonne appropriée du fichier Excel de priorisation; il est important de conserver ce même nombre pour un patient tout au long des différentes étapes de priorisation.

Exemple 1 : Lorsque le groupe de patients du milieu (en surbrillance) peut se sous-diviser en cohortes

No dossier	Nbre critères	Nbre critères	Nbre critères	DDN	Âge	Personnel soignant	Commentaires	Nombre aléatoire (1 à 1000)	Étiquette
	Étape1	Étape 2	Étape 3			(oui/non)			
7287	0	0	0	1932-09-04	88	Non		12	C-1
2458	0	0	0	1942-09-23	78	Non		845	C-4
5467	0	0	0	1943-08-16	77	Non		423	C-3
1456	0	0	0	1950-10-04	70	Non		135	C-2
4522	0	0	0	1949-06-01	69	Non		920	C-5
2622	0	0	0	1957-06-11	67	Non		256	B-8
2233	0	0	0	1959-04-29	66	Non		413	B-10
7822	0	0	0	1956-08-26	64	Non		128	B-5
8755	0	0	0	1957-06-11	63	Non		235	B-7
1336	0	0	0	1956-12-20	63	Non		823	B-12
1115	0	0	0	1959-05-16	61	Non		98	B-3
2133	0	0	0	1959-04-29	61	Non		398	B-9
1213	0	0	0	1959-05-16	59	Non		66	B-2
1527	0	0	0	1964-01-30	56	Oui	Soignant - priorisé	745	B-1
1627	0	0	0	1964-01-30	54	Non		866	B-13
9982	0	0	0	1968-03-29	52	Non		913	B-15
9882	0	0	0	1968-03-29	51	Non		899	B-14
3741	0	0	0	1970-04-17	50	Non		132	B-6
3749	0	0	0	1970-04-17	49	Non		126	B-4
2229	0	0	0	1971-05-03	49	Non		942	B-16
8213	0	0	0	1977-02-08	43	Non		756	B-11
1568	0	0	0	1993-02-18	27	Non		621	A-2
2637	0	0	0	1995-01-22	25	Non		302	A-1

Ajout d'un patient à la liste priorisée

Lorsqu'une nouvelle demande d'admission survient, ce patient est inclus dans sa cohorte d'âges. Le nombre aléatoire est utilisé pour déterminer la priorité relative de ce patient par rapport aux autres de sa cohorte. Cet ajout de patient changera l'ordre de priorité de plusieurs patients de cette cohorte. Dans l'exemple 2, le nouveau patient change la priorité de deux patients en s'insérant après le patient B-13. Les patients qui ont un ordre de priorité subséquent se voient décalés d'une position. Évidemment, cela ne changera pas la priorité d'un patient de cette liste qui serait déjà admis et qui garde sa chance d'un essai thérapeutique.

Exemple 2 : Ajout d'un patient dans la liste priorisée (patient 4622 en rouge)

No dossier	Nbre critères	Nbre critères	Nbre critères	DDN	Âge	Personnel soignant	Commentaires	Nombre aléatoire (1 à 1000)	Étiquette
	Étape1	Étape 2	Étape 3			(oui/non)			
7287	0	0	0	1932-09-04	88	Non		12	C-1
2458	0	0	0	1942-09-23	78	Non		845	C-4
5467	0	0	0	1943-08-16	77	Non		423	C-3
1456	0	0	0	1950-10-04	70	Non		135	C-2
4522	0	0	0	1949-06-01	69	Non		920	C-5
2622	0	0	0	1957-06-11	67	Non		256	B-8
2233	0	0	0	1959-04-29	66	Non		413	B-10
7822	0	0	0	1956-08-26	64	Non		128	B-5
8755	0	0	0	1957-06-11	63	Non		235	B-7
1336	0	0	0	1956-12-20	63	Non		823	B-12 B-13
1115	0	0	0	1959-05-16	61	Non		98	B-3
2133	0	0	0	1959-04-29	61	Non		398	B-9
1213	0	0	0	1959-05-16	59	Non		66	B-2
1527	0	0	0	1964-01-30	56	Oui	Soignant - priorisé	745	B-1
1627	0	0	0	1964-01-30	54	Non		866	B-13 B-14
9982	0	0	0	1968-03-29	52	Non		913	B-15 B-16
4622	0	0	0	1969-04-12	51	Non		799	B-12
9882	0	0	0	1968-03-29	51	Non		899	B-14 B-15
3741	0	0	0	1970-04-17	50	Non		132	B-6
3749	0	0	0	1970-04-17	49	Non		126	B-4
2229	0	0	0	1971-05-03	49	Non		942	B-16 B-17
8213	0	0	0	1977-02-08	43	Non		756	B-11
1568	0	0	0	1993-02-18	27	Non		621	A-2
2637	0	0	0	1995-01-22	25	Non		302	A-1

En cas de doute sur la priorisation d'un patient, un dialogue entre l'équipe de priorisation, tout en maintenant l'anonymat des dossiers, avec les intensivistes ou les médecins d'urgence ou d'hospitalisation, est possible pour valider le pronostic et les chances de survie d'un patient. Il importe de bien documenter la décision et sa justification.

Aux étapes 1 et 2, priorisation des patients lors d'un afflux local

Il est possible qu'un établissement reçoive un nombre important de demandes d'admission aux SI et :

- Ne puisse donner congé à suffisamment de patients admis pour répondre au besoin en lits, ceux-ci ne présentant aucun critère clinique menant à un congé;
- Aucun patient actuellement admis aux SI n'est assez stable :
 - Pour recevoir d'autres formes de traitement hors des SI; ou
 - Pour être transféré vers un autre établissement.

Dans ces circonstances, l'établissement doit prioriser localement tous les patients EN ATTENTE et DÉJÀ ADMIS en retenant les patients ayant un meilleur pronostic clinique et en offrant temporairement d'autres formes de traitement aux patients non admis ou qui recevraient un congé des SI. Le jugement clinique demeure central dans toutes les décisions touchant la priorisation des patients et l'évaluation du pronostic clinique.

Cette orientation se justifie, dans ces circonstances particulières, par le fait qu'un tel afflux de patients local pourrait mener à un changement d'étape national. Les patients qui présenteraient des critères défavorables de la nouvelle étape auraient congé et il ne serait pas cohérent de ne pas admettre un patient aux SI présentant de grandes chances de survie quand un patient déjà admis et ayant un pronostic beaucoup moins favorable demeurerait aux SI.

Si deux ou plusieurs patients sont à égalité clinique (pronostics comparables), les règles de décision en cas d'égalité clinique peuvent être utilisées pour déterminer quel patient sera admis aux SI (voir section 4.3.1). Il est important de préciser que ces règles de décision ne sont utilisées que dans deux circonstances précises, soit qu'aucune autre option n'est possible (congé, transferts, pronostic qui font l'objet de la présente sous-section) ou soit à l'étape 3 du processus de priorisation.

Cet afflux serait la seule raison pouvant remettre en question le principe selon lequel les patients qui reçoivent déjà des soins gardent leur place tant et aussi longtemps qu'ils n'ont pas 1 diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape en vigueur (1, 2 ou 3) OU aucune amélioration après 21 jours OU qui présentent une détérioration substantielle (avec chances de réversibilité faibles ou nulles) de leur état clinique. Le jugement clinique demeure central dans toutes les décisions. Il s'agit donc d'un événement exceptionnel dans des circonstances exceptionnelles qui ne devrait pas se prolonger dans le temps. Un avis au DSP de l'établissement pour signaler cet événement est obligatoire.

Retour à l'étape 2 et 1 et arrêt de la priorisation

À partir du moment où des lits de SI se libèrent et les patients qui attendent une admission aux SI ne répondent pas aux diagnostics et paramètres cliniques de l'étape 3, un processus de transition inverse s'enclenche vers l'étape 2, puis vers l'étape 1. Aucun lit ne doit rester vide avant un retour à une situation prépandémique telle que la priorisation n'est plus de mise.

Surveillance continue des ressources

Un examen continu des besoins en soins intensifs et des décisions de priorisation sera effectué par le DSP, en collaboration avec le chef médical des soins intensifs, afin de garantir l'application cohérente de ce protocole, la qualité de la prise de décision et l'ajustement du processus de

priorisation en fonction des preuves épidémiologiques/cliniques et des informations sur les ressources opérationnelles les plus récentes.

4.2 Aperçu des processus d'évaluation avant l'admission aux soins intensifs (adultes)

Le Comité directeur clinique COVID-19 du MSSS a approuvé le 6 octobre 2020 le présent protocole de priorisation incluant le *Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs en contexte extrême de pandémie* présenté à l'annexe C.

Procédure d'évaluation clinique

(consulter le tableau à la section 4.1 pour un aperçu de la procédure d'évaluation)

Si la capacité de gestion de l'afflux de patients aux soins intensifs a été maximisée, que les options de transfert sont épuisées et que les ressources en soins intensifs sont encore insuffisantes pour répondre aux besoins, le chef des soins intensifs doit consulter le DSP, qui est chargé d'autoriser l'adoption de ce protocole de concert avec le MSSS et de veiller à ce que toutes les unités soient informées que le protocole est en vigueur.

Évaluation dans le service des urgences

L'évaluation clinique des patients nécessitant des soins intensifs au sein du service des urgences suivra deux filières :

Évaluation standard (l'évaluation avant l'intubation est possible) :

- L'urgentologue/urgentiste identifie les patients qui devraient avoir besoin de soins intensifs dans le cadre de l'évaluation à l'urgence. L'urgentologue/urgentiste est chargé de réaliser l'évaluation initiale du patient, en utilisant le ***Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs adultes en situation extrême de pandémie*** (annexe C).
- Il doit voir à ce que la seconde évaluation par un autre médecin (cosignataire du formulaire pour confirmation) soit faite et envoyée à l'équipe de priorisation, validée et conservée dans le dossier du patient.
- Les patients qui ne sont pas priorisés pour les soins intensifs par l'équipe de priorisation ne seront PAS intubés et resteront aux urgences ou seront transférés dans un autre lieu pour une prise en charge médicale appropriée, comprenant des soins palliatifs au besoin.

Patients émergents (évaluation avant intubation impossible) :

- Dans la mesure du possible, les décisions d'intuber doivent être prises APRÈS que le patient a été priorisé selon ce protocole. Cela devrait inclure l'utilisation appropriée de mesures de temporisation pour soutenir l'oxygénation et l'utilisation des ressources humaines pour recueillir les informations pertinentes nécessaires à une évaluation rapide.
- Les urgentologues/urgentistes feront tous les efforts possibles pour évaluer les patients selon les diagnostics et paramètres cliniques prévus en utilisant le Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs pour les adultes en situation extrême de pandémie (annexe C) avant l'intubation si l'urgence clinique le permet. Tout patient ayant un ou plusieurs diagnostics et paramètres cliniques selon l'étape de priorisation en vigueur sera pris en charge médicalement et recevra les soins les plus appropriés selon les circonstances.
- L'intubation en urgence doit se dérouler dans un cadre approprié compte tenu du risque de générer des aérosols et conformément aux meilleures pratiques en matière de prévention et de contrôle des infections.

- Si une intubation urgence est requise avant que l'évaluation des diagnostics et des paramètres cliniques ne soit complétée, une fois réalisée et le patient stabilisé, l'évaluation standard se poursuit, et le formulaire du patient est envoyé à l'équipe de priorisation.
- L'équipe de priorisation prendra la décision finale concernant la priorisation du patient et l'orientation des soins : admission à l'unité de soins intensifs ou changement de l'orientation des soins vers d'autres soins appropriés, en fonction de l'étape de priorisation actuelle (1, 2, 3) et des ressources disponibles.

Évaluation dans les services/unités de l'hôpital

- Le médecin traitant sur les unités de soins identifie les patients qui devraient avoir besoin de soins intensifs. Il est chargé de réaliser l'évaluation clinique, en utilisant le **Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs en situation extrême de pandémie** (annexe C).
- Il doit voir à ce que la seconde évaluation par un autre médecin (cosignataire du formulaire pour confirmation) soit faite et envoyée à l'équipe de priorisation, validée et conservée dans le dossier du patient.
- Les patients qui ne sont pas priorisés pour les soins intensifs par l'équipe de priorisation resteront à l'unité ou seront transférés dans un autre lieu pour une prise en charge médicale appropriée, comprenant des soins palliatifs au besoin.

Pour les patients dont l'état s'aggrave et qui peuvent avoir besoin de soins intensifs rapidement, le médecin traitant doit suivre ces étapes :

- Si l'état d'un patient s'aggrave et que le patient répond aux indications cliniques de soins intensifs et n'a pas de diagnostic et paramètre cliniques pour l'étape de priorisation donnée, le médecin traitant doit contacter l'équipe de priorisation pour l'informer et convenir de l'orientation à donner selon la priorisation accordée par l'équipe de priorisation.
- Les patients non priorisés pour l'admission aux soins intensifs par l'étape de priorisation actuelle ne seront PAS intubés et resteront dans le service pour une gestion médicale appropriée, comprenant des soins palliatifs au besoin.
- Les patients admissibles à l'étape actuelle de priorisation qui nécessitent une intubation ne seront pas intubés/ventilés avant que l'équipe de priorisation ne prenne une décision (si le temps le permet).

Si une intubation d'urgence est nécessaire dans le service, l'évaluation de l'équipe de priorisation se poursuivra et le patient sera soit priorisé pour l'accès à des soins intensifs, ou s'il n'est pas priorisé, il sera traité médicalement dans le service, avec des soins palliatifs au besoin.

Évaluation urgente dans les services/unités de l'hôpital

- Les contraintes en matière de ressources humaines peuvent ne pas permettre le fonctionnement du Code bleu ou des équipes d'intervention rapide. Les patients qui « codent » ou se détériorent rapidement recevront des soins médicaux et palliatifs appropriés si les soins intensifs ne sont pas une option.
- À l'étape de priorisation 3, les patients qui font un arrêt cardiaque ne seront pas priorisés pour les soins intensifs, et le code bleu ne doit plus être activé.

- Dans la mesure du possible, les décisions d'intuber doivent être prises APRÈS l'évaluation clinique du patient, conformément aux diagnostics et paramètres cliniques prévus au présent protocole et selon l'étape de priorisation (1, 2, 3) en vigueur. Cela devrait inclure l'utilisation appropriée de mesures de temporisation pour soutenir l'oxygénation et l'utilisation des ressources (c'est-à-dire le personnel soignant) pour recueillir les informations pertinentes nécessaires à une évaluation rapide.
- L'intubation doit toujours se dérouler selon les meilleures pratiques en matière de contrôle et prévention des infections (PCI) et dans un cadre approprié, compte tenu du risque de générer des aérosols.
- Si une intubation urgente est requise avant que l'évaluation des diagnostics et des paramètres cliniques ne soit complétée, une fois réalisée et le patient stabilisé, l'évaluation standard se poursuit, et le formulaire du patient est envoyé à l'équipe de priorisation.
- L'équipe de priorisation prendra la décision finale concernant la priorisation du patient et l'orientation des soins : admission à l'unité de soins intensifs ou changement de l'orientation des soins vers d'autres soins appropriés, en fonction de l'étape de priorisation actuelle (1, 2, 3) et des ressources disponibles.

5. Procédure de priorisation pour l'accès aux soins intensifs

5.1 Objectif et structure de l'équipe de priorisation

La priorisation en cas extrême de pandémie est le processus de prise de décision qui non seulement attribue une priorité (rang) aux patients nécessitant des soins, mais qui comprend également l'allocation (rationnement) de ressources limitées afin de viser le plus grand bien pour le plus grand nombre de patients (Christian 2019).

La priorisation en cas extrême de pandémie est un défi à la fois clinique, organisationnel et psychologique; les personnes chargées d'évaluer les patients et de prendre les décisions concernant la priorisation des patients doivent avoir l'expérience et la formation appropriées ainsi que la résilience personnelle et le soutien organisationnel/logistique nécessaires pour prendre ces décisions (Christian et coll. 2014). En outre, l'hôpital a l'obligation éthique de veiller à ce que les décisions relatives à l'allocation des ressources reflètent systématiquement des valeurs et des principes transparents, et ne soient pas prises de manière idiosyncrasique.

Une équipe de priorisation sera nommée pour chaque établissement par le DSP afin de soutenir les décisions d'allocation des ressources en matière de soins intensifs fondées sur des preuves scientifiques et sur l'éthique.

Les membres potentiels de l'équipe de priorisation seront identifiés et recevront la formation nécessaire pour exercer leur rôle. Les membres de l'équipe devront se relayer pour minimiser la fatigue physique, émotionnelle et psychologique. Pendant sa période d'exercice, cette équipe doit être disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, car la priorisation peut être nécessaire à tout moment. De même, il est essentiel que le DSP soit en mesure de fournir des données actualisées sur les ressources disponibles afin que la priorisation soit le reflet de la réalité.

Membres de l'équipe de priorisation

L'équipe de priorisation de l'établissement est composée de trois personnes, dont :

- Médecin intensiviste ou urgentologue/urgentiste (président);
- Médecin de l'établissement;

- Non-médecin ayant une expérience appropriée idéalement en éthique, ou en clinique et gestion.

Deux membres de l'équipe de priorisation peuvent opérer à distance, tandis qu'un membre du personnel médical opérera sur les sites de l'hôpital. Du personnel désigné sera également à la disposition de l'équipe de priorisation pour fournir des informations actualisées sur le flux, la capacité, les volumes, etc.

La combinaison de deux médecins permet d'évaluer les avantages des soins intensifs pour les patients en soins aigus, tandis que le non-médecin apporte son soutien en matière de rigueur procédurale et d'atténuation des biais dans les situations d'incertitude. Il s'assure du respect d'un traitement égal des cas soumis à l'équipe de priorisation, de la résolution des conflits, de la transparence et de la clarté concernant la justification éthique des décisions. Plus largement, il veille au respect des principes éthiques rappelés dans le document.

Les membres de l'équipe de priorisation doivent être déchargés de leurs tâches cliniques/professionnelles pendant un certain temps pour pouvoir participer à l'équipe de priorisation, afin d'éviter les conflits d'intérêts (par exemple, la défense des intérêts de certains patients au détriment d'autres) et minimiser l'épuisement professionnel.

5.2 Qualifications des équipes de priorisation

Tous les membres de l'équipe de priorisation doivent posséder suffisamment d'expérience en plus des éléments suivants (Biddison et al 2019) :

- Avoir de solides compétences en matière de facilitation/médiation et en matière de soins intensifs;
- Avoir des compétences en matière de raisonnement éthique et une sensibilité envers le traitement équitable des patients;
- Être engagé à éviter les biais et la discrimination;
- Avoir la capacité à gérer la complexité et à répondre à un environnement en constante évolution;
- Être résilient et courageux;
- Avoir la volonté de remettre en question et de poser des questions difficiles;
- Être engagé à la rigueur et à la transparence des procédures;
- Être capable de faciliter les décisions motivées sous pression et d'appliquer ce protocole de manière cohérente;
- Être capable de documenter les décisions de manière appropriée et d'en rendre compte tout au long de la chaîne de commandement;
- Avoir la capacité de réflexion et d'amélioration continue de la qualité.

5.3 Rôle des médecins de soins intensifs dans les unités de soins intensifs

Les médecins de soins intensifs qui ne sont pas affectés à l'équipe de priorisation continueront d'être les premiers responsables de la gestion de leur unité de soins intensifs ou d'autres activités de soins intensifs dans d'autres unités.

Les médecins de soins intensifs couvrant une unité de soins intensifs évalueront les patients au sein de leur unité sur une base continue et identifieront les patients pour lesquels les soins intensifs pourraient ne plus être conformes aux souhaits ou objectifs de soins antérieurs, conformément à la pratique clinique habituelle.

Tout patient intubé qui a un ou plusieurs diagnostics et paramètres cliniques de l'étape (1, 2, 3) en vigueur est orienté vers l'équipe de priorisation qui prendra la décision en matière de priorisation (maintien ou nouvelle orientation des soins).

5.4 Rôles du président au sein de l'équipe de priorisation

Le président de l'équipe de priorisation de l'USI aura deux rôles en tant que membre de l'équipe. L'un d'eux est celui d'expert médical, l'autre celui de président.

Expert médical

- Fournir une expertise concernant l'adéquation des patients aux soins intensifs, en utilisant, si possible, des scores pronostiques validés, ou l'expérience clinique et des variables physiologiques pour prédire la probabilité de bénéficier de soins intensifs.

Président

- Soutenir des décisions cohérentes, équitables et fondées sur des principes en matière d'allocation des ressources pour les soins intensifs en utilisant les meilleurs faits cliniques disponibles, l'application des outils de priorisation clinique et le cadre éthique.
- Assurer la liaison avec d'autres spécialités pour l'expertise du contenu (si nécessaire) afin d'informer le processus de prise de décision de l'équipe de priorisation.
- Garantir la documentation des décisions de l'équipe de priorisation (y compris les motifs, en se référant aux diagnostics et paramètres cliniques ainsi qu'au cadre éthique) dans les lieux et de la manière appropriée.
- Soutenir la communication des résultats du processus de priorisation (avec le soutien de l'équipe de priorisation) au médecin traitant, au patient ou son représentant et/ou à la famille directement (selon le cas).
- Rendre compte en temps opportun des activités de l'équipe de priorisation, ainsi que de toute difficulté/question importante liée aux processus et aux communications au DSP afin de s'assurer que les ressources, les processus et les plans actuels sont à jour.
- Soutenir l'amélioration continue de la qualité et la pratique fondée sur des données probantes, en adaptant le processus et la pratique à mesure que de nouvelles données apparaissent.
- Assurer le transfert au prochain président de l'équipe de priorisation pour garantir la cohérence des pratiques et des décisions.

5.5 Rôles du deuxième médecin et du non-médecin dans l'équipe de priorisation

Deuxième médecin

- Le deuxième médecin de l'équipe de priorisation peut être tout médecin qualifié ayant l'expérience de l'évaluation des besoins des patients en matière de soins intensifs (interniste, chirurgien, médecin urgentologue/urgentiste, anesthésiste, etc.). Son rôle est de :
 - Fournir une contribution et une seconde opinion concernant l'évaluation clinique de l'adéquation du patient aux soins intensifs, sur la base de son jugement médical des conditions de comorbidité et du pronostic du patient, et des preuves cliniques disponibles;
 - Soutenir le processus en assurant la liaison avec d'autres sous-spécialités pour l'expertise du contenu (si nécessaire) afin d'éclairer le processus de prise de décision de l'équipe de priorisation;

- Soutenir la documentation des décisions prises;
- Soutenir la pratique réflexive et l'amélioration continue de la qualité du processus;
- Soutenir la communication des décisions de l'équipe de priorisation au médecin traitant et au patient ou à la famille directement (selon les besoins).

Membre non-médecin

Le membre de l'équipe de priorisation non-médecin doit être idéalement une personne ayant des compétences en éthique (c'est-à-dire conseiller en éthique de l'établissement), ou un dirigeant (c'est-à-dire directeur ou gestionnaire). Ses responsabilités sont les suivantes :

- Garantir le respect du processus;
- Soutenir la transparence et la cohérence de l'application des diagnostics et paramètres cliniques;
- Identifier et traiter les situations d'ambiguïté procédurale ou de partialité possible;
- Soutenir la délibération et la résolution des conflits;
- Assurer le respect du cadre éthique;
- Veiller à ce que soit réalisée la documentation d'appui des décisions;
- Assurer la responsabilité de l'équipe de priorisation en rendant compte des activités au DSP;
- Soutenir la résilience de l'équipe par des processus de débriefing et l'accès à un soutien psychologique et éthique si nécessaire.

5.6 Rôle des médecins consultants

On prévoit que plusieurs des diagnostics et paramètres cliniques nécessiteront l'avis d'experts pour déterminer la probabilité de survie du patient et donc son admissibilité aux rares ressources de soins intensifs. Les médecins consultants doivent être disponibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour fournir en temps utile (dans l'heure qui suit) une contribution à l'estimation de la survie d'un patient afin de faciliter les décisions de priorisation, tout en reconnaissant que ces estimations peuvent ne pas être parfaites, mais sont probablement plus précises que le jugement d'un non-expert.

Le rôle de ces médecins consultants n'est pas de défendre les intérêts des patients individuels, mais de fournir leur évaluation la plus précise du pronostic anticipé du patient à court terme, à la lumière des diagnostics et paramètres cliniques prévus.

5.7 Prise de décision de l'équipe de priorisation

Dans l'idéal, l'équipe de priorisation prendra des décisions par consensus des trois membres par le dialogue, la délibération et la consultation appropriée pour clarifier les zones d'incertitude clinique. Les décisions seront conformes aux directives des autorités provinciales. Si une situation clinique ne permet pas aux trois membres de parvenir à une décision unanime, ils devront/pourront demander l'avis d'un confrère consultant. En cas d'égalité concernant l'état clinique, autrement dit à pronostics et risques de sevrage ventilatoire prolongé égaux, la priorisation sera déterminée à l'aide des **règles de décision** prévues : cycle de vie en premier, membre du personnel soignant ensuite et, en dernier, la randomisation.

5.8 Conflits d'intérêts

Les membres de l'équipe de priorisation doivent se récuser de tout cas impliquant des conflits d'intérêts :

- Des parents (par naissance ou par alliance) ou des amis;
- Collègues professionnels proches;
- Toute situation dans laquelle ils estiment avoir un préjugé qui prédétermine leur analyse (c'est-à-dire qu'ils ne peuvent pas juger sur la base des indications et paramètres du protocole de priorisation).

5.9 Communication des décisions de l'équipe de priorisation

Communication lors de l'admission

- Dans la mesure du possible, le personnel et les médecins communiqueront les éléments suivants aux patients lors de leur admission :
 - Que l'établissement répond à une augmentation de la demande de ressources pour les soins intensifs et que, dans certains cas, les soins intensifs peuvent ne pas être offerts;
 - Que le patient avec sa famille ou ses proches sera encouragé à participer à la prise de décision concernant son plan de soins en amont du processus de priorisation.
- Il est primordial que la détermination du niveau d'intervention médicale (NIM) du patient soit amorcée dès son arrivée et que celui-ci soit conforme aux volontés et valeurs du patient, mais également au pronostic relié à sa condition médicale.

Communication des résultats de la priorisation

Les résultats de chaque décision de l'équipe de priorisation seront communiqués au médecin qui s'occupe du patient. L'équipe de priorisation aidera et soutiendra au besoin le médecin ou l'unité de soins intensifs pour communiquer au patient ou à son représentant les décisions de priorisation qu'elle aura prises. Le type de soutien peut varier en fonction de la relation (ou de l'absence de relation) du médecin traitant avec le patient et sa famille, de la situation clinique ou d'autres facteurs, notamment l'accès à d'autres soignants significatifs du patient ou de sa famille, comme les travailleurs sociaux.

Préalablement à l'admission aux soins intensifs, le médecin qui s'occupe du patient lui communiquera ce qui suit :

- « Nous pourrions vous admettre aux soins intensifs. Vous devez comprendre que, dans le contexte actuel de la pandémie, l'équipe traitante devra réévaluer régulièrement la pertinence et la continuation de certains traitements offerts. Si des soins intensifs ne sont plus justifiés, vous recevrez tous les autres soins nécessaires selon votre condition. Vous et votre famille serez informés de l'évolution de la situation et de l'orientation préconisée, le cas échéant. »

L'équipe de priorisation s'assurera que les décisions de priorisation sont documentées de manière appropriée dans le dossier médical du patient.

L'équipe de priorisation rendra également compte par écrit de ses décisions, des tendances et des observations/apprentissages du processus quotidiennement (et sur demande).

Soutien aux patients (pour plus de détails, consulter la section 5.10)

- Il importe que les travailleurs sociaux, les psychologues et les intervenants en soins spirituels apportent soutien et réconfort dans la communication des résultats des décisions de l'équipe de priorisation.
- Les travailleurs sociaux peuvent fournir un soutien pour coordonner les discussions urgentes avec les familles, ainsi qu'une aide en matière de ressources.
- Les restrictions relatives aux visiteurs doivent être assouplies pour les patients en fin de vie ou en phase palliative, à négocier par l'équipe clinique.

5.10 Soutien moral et psychosocial aux professionnels et au personnel lié au plan de pandémie

De telles expériences cliniques, l'application de tels processus décisionnels complexes, déchirants et surtout répétés sont à proprement parler des événements à potentiel traumatique (EPT) pour les équipes de soins. Il est primordial que celles-ci soient soutenues et qu'elles reçoivent un support adéquat en regard de leurs réactions psychologiques possibles à court, moyen et long termes.

Dans un premier temps, il importe que les équipes (équipes de priorisation et personnel soignant) puissent recevoir du soutien en cours de processus décisionnel du protocole de priorisation pour l'accès aux soins intensifs. Dans le but de permettre aux équipes de demeurer concentrées sur leurs tâches cliniques, de permettre de ventiler les peurs, les préoccupations ou même la colère qui, légitimement, naîtra d'une situation médicale 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 priorisation ainsi qu'aux professionnels et au personnel.

En seconde instance, le potentiel véritablement traumatique d'une situation ne se concrétise souvent qu'après coup. 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 pourraient en porter les traces. Des techniques de débriefing spécifiques au milieu hospitalier 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 professionnels et au personnel.

1. Impliquer les services de consultation en éthique clinique;
2. Impliquer les équipes psychosociales de l'établissement en soutien.

Les moyens proposés sont importants, car les événements potentiellement traumatiques peuvent amener des troubles psychologiques spécifiques comme les troubles de stress aigu, 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.

5.11 Soutien psychosocial aux patients et proches lié au plan de pandémie

Il est à noter que les proches des patients admis aux SI ou non, pourraient ne pas avoir de contact avec eux. Concrètement, cela signifie que des décès adviendront sans la présence des proches. Ces proches auront nécessairement besoin de soutien psychosocial afin de faire face à ce contexte non souhaitable en temps normal. Les ressources psychosociales de première ligne devront répondre dans un délai raisonnable à ce type de demande de consultation.

Suggestions de stratégie d'accompagnement des patients et des proches

Les CISSS et CIUSSS ainsi que chaque établissement devront mettre en place des mécanismes afin de s'assurer qu'un accompagnement en tout temps sera offert aux personnes vulnérables (ex. : aînés, personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, troubles mentaux) en lien avec l'application du protocole de priorisation (accueil, évaluation, communications, etc.). Les directions cliniques devront déterminer de quelle façon ces mécanismes s'actualiseront.

Si un patient n'est pas priorisé aux soins intensifs ou a un congé prématuré des soins intensifs, il est proposé de mettre en place les mesures suivantes pour alléger la souffrance et le fardeau de ses proches :

- 1. Des mises à jour quotidiennes aux proches « Ligne dédiée ».** Donner régulièrement par téléphone et/ou par courriel de l'information sur l'état de santé du patient, 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 aux proches avec des professionnels formés en la matière (pendant l'épisode de soins, mais aussi après l'annonce éventuelle d'un décès). Aussi, l'annonce au patient et aux proches d'un choix de priorisation défavorable devrait être faite par un intervenant avec les compétences psychologiques adéquates. La possibilité de discuter avec un intervenant spirituel devrait aussi être offerte. Dans tous les cas, trouver les moyens nécessaires pour accompagner les proches dans leur détresse psychologique.
- 3. Une capacité de communication entre le patient et ses proches.** Fournir au patient des moyens de communication accessibles/adaptés. Mettre à disposition 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 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 mourir seule.
- 4. Un espace palliatif.** Aménager un espace spécial pour les personnes redirigées implicitement en soins palliatifs afin qu'elles puissent mourir dans la dignité et une atmosphère paisible (par exemple une pièce isolée sans éclairage ou bruit agressant) propice à l'accompagnement d'un proche ou à un dernier contact intime à distance. La présence d'un intervenant spirituel pourrait aussi être proposée. Dans tous les cas, trouver les moyens nécessaires pour ne jamais laisser une personne mourir dans des conditions dégradantes.
- 5. 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, l'état des services, les procédures et protocoles en place, le développement général de la situation, des messages de réconfort, des 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 offerts.

5.12 Examen de la qualité

Un comité central de priorisation se réunira quotidiennement (ou selon les besoins) pour examiner les activités et les décisions. Ce groupe, présidé par le DSP (ou la personne qu'il désigne) sera composé des personnes suivantes : le ou les présidents disponibles de l'équipe de priorisation, le chef des soins intensifs, d'autres médecins spécialistes au besoin, un éthicien, et d'autres ressources pertinentes.

- L'objectif de ce processus d'établissement de rapports par le biais du Comité central de priorisation est d'examiner :
 - Les demandes actuelles de soins intensifs dans tous les sites et dans toute la région;
 - Les informations épidémiologiques/cliniques récentes et émergentes sur l'épidémie, y compris les modalités de traitement et les résultats des soins intensifs;
 - La cohérence des décisions et application des diagnostics et paramètres cliniques;
 - Le processus de documentation et de communication;
 - Les résultats du processus;
 - Les défis du processus;
 - Les apprentissages sur le processus;
 - Les changements recommandés au processus pour s'adapter aux réalités changeantes.

Toutes modifications à ce protocole seront proposées au sous-comité des soins critiques du MSSS par le DSP.

6. Documentation

6.1 Documentation de l'état de priorisation du patient

- Il est prévu que les diagnostics et paramètres cliniques, une fois connus, ne changent généralement pas pendant le séjour du patient (à l'exception du score ProVent, évalué à 21 jours de séjour en soins intensifs). Les diagnostics et paramètres cliniques pour les 3 étapes de priorisation doivent être complétés lors de l'évaluation initiale.
- Les formulaires d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs adultes en situation extrême de pandémie doivent être conservés dans le dossier du patient (avec le formulaire NIM du patient) pour un accès facile, une copie étant conservée par l'équipe de priorisation pour référence.

Le président de l'équipe de priorisation est responsable de la documentation des délibérations et des décisions de l'équipe de priorisation, avec le soutien de celle-ci. Un journal des réunions de l'équipe de priorisation est tenu, avec enregistrement :

- Date et heure de la réunion;
- Membres de l'équipe de priorisation présents;
- Patients examinés (identifiés par le numéro de dossier ou le numéro de la RAMQ);
- Quels patients ont été approuvés pour les soins intensifs, lesquels ne l'ont pas été;
- Notation de tous les patients;
- Justifications des décisions de priorisation des patients (selon les diagnostics et paramètres cliniques établis);

- Possibilités d'amélioration de la qualité, questions et défis à soumettre au comité central de priorisation sous l'autorité du DSP.

Le journal sera conservé dans un fichier désigné, auquel seuls les membres de l'équipe de priorisation auront accès.

7. Définitions et liste d'acronymes

Équipe de priorisation - Équipe de trois personnes qui sont autorisées à prendre des décisions de priorisation en situation extrême de pandémie et d'allocation des ressources de soins intensifs.

Sous-comité soins critiques :

Le principe du **cycle de vie** : « La mort semble plus tragique quand un enfant ou un jeune adulte meurt que lorsque c'est une personne âgée - pas parce que la vie des personnes plus âgées a moins de valeur, mais plutôt parce que la personne plus jeune n'a pas eu l'occasion de vivre et de se développer à travers les différents stades de la vie. » (Emmanuel & Wertheimer, 2006). Le principe du cycle de vie soutient cette idée d'équité intergénérationnelle et suggère de prioriser ceux qui en sont à un stade plus précoce de la vie. Ce principe ne favorise pas les plus jeunes par rapport aux plus vieux en terme absolu, mais, entre deux personnes ayant un même pronostic clinique, il donne plutôt priorité à la personne qui se trouve à un stade moins avancé.

Liste des acronymes

CEPPP : Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public
 CHU : Centre hospitalier universitaire
 CHUM : Centre hospitalier de l'Université de Montréal
 CMQ : Collège des médecins du Québec
 CUSM : Centre universitaire de santé McGill
 CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux
 CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
 COOLSI : Centre d'optimisation occupation des lits de soins intensifs
 COVID-19 : Maladie à coronavirus 2019
 DSP : Directeur des services professionnels
 EPT : Événement à potentiel traumatique
 ICM : Institut de cardiologie de Montréal
 IUCPQ : Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
 MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux
 NIM : Niveau d'intervention médicale ou niveau de soin
 NYHA : *New York Heart Association*
 RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec
 SRAS-CoV-2 : coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère
 SI : Soins intensifs
 UdeM : Université de Montréal
 USI : Unité de soins intensifs

8. Plan provincial de contingence

Le plan de contingence provincial et des soins intensifs détermine les niveaux d'alerte et les mesures qui s'ensuivent se retrouvent dans ce plan.

9. Références

Académie Suisse des Sciences Médicales. Pandémie Covid-19 : Triage des traitements de soins intensifs en cas de pénurie des ressources. 2020.

ACPM - Cadres de référence en matière d'éthique et protocoles d'affectation des ressources en soins intensifs pendant la pandémie de COVID-19. Juin 2020 repéré à <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2020/navigating-ethical-frameworks-and-critical-care-resource-allocation-protocols-amid-covid-19>

Aziz, S., Arabi, Y. M., Alhazzani, W., Evans, L., Citerio, G., Fischkoff, K... & Azoulay, E. (2020). Managing ICU surge during the COVID-19 crisis : rapid guidelines. *Intensive Care Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06092-5>

Azoulay E, Soares M, Darmon M, Benoit D, Pastores S, Afessa B. Intensive care of the cancer patient: recent achievements and remaining challenges. *Ann Intensive Care*. 2011; 1 (1) : 5.

Bailey, T. M., Haines, C., Rosychuk, R. J., Marrie, T. J., Yonge, O., Lake, R., ... & Ammann, M. (2011). Public engagement on ethical principles in allocating scarce resources during an influenza pandemic. *Vaccine*, 29 (17), 3111-3117.

Bellelli, G., Rebori, P., Valsecchi, M.G. et al. Frailty index predicts poor outcome in COVID-19 patients. *Intensive Care Med* 46, 1634–1636 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06087-2>

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.

Brummel NE, Bell SP, Girard TD, et coll. Frailty and Subsequent Disability and Mortality among Patients with Critical Illness. *Am J Respir Crit Care Med*. 2017; 196 (1) : 64-72.

Carson SS, Garrett J, Hanson LC, et coll. A prognostic model for one-year mortality in patients requiring prolonged mechanical ventilation. *Crit Care Med*. 2008; 36 (7) : 2061-2069.

Christian MD, Sprung CL, King MA, et coll. Triage : care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. *Chest*. 2014;146(4 Suppl):e61S-74S.

Christian MD, Hawryluck L, Wax RS, et coll. Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic. *CMAJ*. 2006;175(11):1377-1381.

Darmon M, Bourmaud A, Georges Q, et coll. Changes in critically ill cancer patients' short-term outcome over the last decades: results of systematic review with meta-analysis on individual data. *Intensive Care Med*. 2019;45(7):977-987.

Daugherty Biddison, E. L., Gwon, H., Schoch-Spana, M., Cavalier, R., White, D. B., Dawson, T., ... & Toner, E. S. (2014). The community speaks: understanding ethical values in allocation of

scarce lifesaving resources during disasters. *Annals of the American Thoracic Society*, 11(5), 777-783.

DeCoster, B. (2006). Currents in Contemporary Ethics: Avian Influenza and the Failure of Public Rationing Discussions. *Law, Medicine & Health Care*, 34(3), 620-624.

Devereaux, A.V., Dichter, J. R., Christian, M.D., Dubler, N.N., Sandroock, C.E., Hick, J.L., et coll. (2008). Definitive Care for the Critically Ill During a Disaster: A Framework for Allocation of Scarce Resources in Mass Critical Care - From a Task Force for Mass Critical Care Summit Meeting, January 26-27, 2007, Chicago, IL. *Chest*, 133(5), 51S.

Douglas, W. Allocation of Scarce Critical Care Resources During a Public Health Emergency. March 21, 2020.

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.

Emanuel, E. J., & Wertheimer, A. (2006). Who Should Get Influenza Vaccine When Not All Can? *Science*, 312, 854-855.

Emergency Management and Civil Protection Act, R.S.O. 1990, c. E.9

Farmer, Y. (2012) La distribution aléatoire des ressources en santé : pour un modèle hybride équilibrant les principes de justice et de maximisation, *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Santé Publique*, Vol. 103, No. 2 pp. 119-121, repéré à <https://www.jstor.org/stable/41995721>

Fernando SM, McIsaac DI, Rochweg B, et al. Frailty and associated outcomes and resource utilization following in-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*. 2020; 146:138-144.

Gardam, M., Liang, D., Moghadas, S.M., Wu, J., Zeng, Q., & Zhu, H. (2007). The impact of prophylaxis of healthcare workers on influenza pandemic burden. *Journal of The Royal Society Interface*, 4(15), 1742-5689.

Gostin, L.O. (2006). Medical Countermeasures for Pandemic Influenza: Ethics and the Law. *Journal of the American Medical Association*, 295(5), 554-556. doi: 10.1001/jama.295.5.554.

HEWITT, Jonathan, CARTER, Ben, VILCHES-MORAGA, Arturo, et al. The effect of frailty on survival in patients with COVID-19 (COPE): a multicentre, European, observational cohort study. *The Lancet Public Health*, 2020, vol. 5, no 8, p. e444-e451.

Haas, L. E., de Lange, D. W., van Dijk, D., & van Delden, J. J. (2020). Should we deny ICU admission to the elderly? Ethical considerations in times of COVID-19. *Critical Care*, 24(1), 1-3.

Hick, J.L., Rubinson, L., O'Laughlin, D.T., & Farmer, J.C. (2007). Clinical review: Allocating Ventilators During Large-scale Disasters – Problems, Planning, and Process. *Critical Care*, 11(3), 217. doi: 10.1186/cc5929.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux -INESSS (2016). Les niveaux de soins. Normes et standards de qualité, repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Guide_NiveaudeSoin.pdf

Joeleges and Biller-Andorno *Critical Care* (2020) Ethics guidelines on COVID-19 triage—an emerging international consensus, 24:201 <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02927-1>

Larkin, G., & Arnold, J. (2003). Ethical Considerations in Emergency Planning, Preparedness, and Response to Acts of Terrorism. *Prehospital and Disaster Medicine*, 18(3), 170-179.

Leroy G, Devos P, Lambiotte F, Thevenin D, Leroy O. One-year mortality in patients requiring prolonged mechanical ventilation: multicenter evaluation of the ProVent score. *Crit Care*. 2014; 18 (4) : R155.

Maves, R. C., Downar, J., Dichter, J. R., Hick, J. L., Devereaux, A., Geiling, J. A., ... & Rubinson, L. L. (2020). Triage of scarce critical care resources in COVID-19: an implementation guide for regional allocation - An expert panel report of the Task Force for Mass Critical Care and the American College of Chest Physicians. *Chest*. 158(1):212-225

Muscedere J, Waters B, Varambally A, et coll. The impact of frailty on intensive care unit outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med*. 2017;43(8):1105-1122.

Ontario Health Plan for an Influenza Pandemic, August 2008. http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/emu/pan_flu/ohpip2/plan_full.pdf

Pandemic Influenza Working Group. (2005). Stand on Guard for Thee: Ethical considerations in preparedness planning for pandemic influenza. University of Toronto Joint Centre for Bioethics.

Public Health Agency of Canada. (2006). The Canadian Pandemic Influenza Plan for the Health Sector. Public Health Agency of Canada. Retrieved January 16, 2009, from <http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/>.

Ritvo P, Perez DF, Wilson K, et coll. Canadian national surveys on pandemic influenza preparations : pre-pandemic and peri-pandemic findings. *BMC Public Health*. 2013;13:271.

Sztajnkrzyer, M., Madsen, B., & Baez, A. (2006). Ethical planning for an influenza pandemic. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 24, 749-768.

Tabery, J., & Mackett, C. W. I. (2008). Ethics of Triage in the Event of an Influenza Pandemic. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 2(2), 114-118.

Thompson, Alison K., Faith, Karen, Gibson, Jennifer L., et al. Pandemic influenza preparedness: an ethical framework to guide decision-making. *BMC medical ethics*, 2006, vol. 7, no 1, p. 12. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1698926/pdf/1472-6939-7-12.pdf>

Truog, R. D., Mitchell, C., & Daley, G. Q. (2020). The toughest triage—allocating ventilators in a pandemic. *New England Journal of Medicine*, 382(21), 1973-1975.

Udeh CI, Hadder B, Udeh BL. Validation and Extension of the Prolonged Mechanical Ventilation Prognostic Model (ProVent) Score for Predicting 1-Year Mortality after Prolonged Mechanical Ventilation. *Ann Am Thorac Soc*. 2015; 12 (12) : 1845-1851.

Vawter, D. E., Gervais, K. G., & Garrett, J. E. (2007). Allocating pandemic influenza vaccines in Minnesota: Recommendations of the Pandemic Influenza Ethics Work Group. *Vaccine*, 25 (35), 6522-6536. doi : 10.1016/j.vaccine.2007.05.057.

Vincent, J. L., & Creteur, J. (2020). Ethical aspects of the COVID-19 crisis : How to deal with an overwhelming shortage of acute beds. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*, 9(3), 248-252.

Williams A. Intergenerational equity: an exploration of the “fair innings” argument. *Health Econ*. 1997;6(2):117-132. doi:10.1002/(SICI)1099-1050 (199703)6:2<117:: AID-HEC256>3.0.CO; 2-B

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

Zimmerman, R. K. (2007). Rationing of influenza vaccine during a pandemic: Ethical analyses. *Vaccine*, 25, 2019-2026.

10. Annexes

Annexe A : Processus détaillé de consultation printemps 2020

Des consultations ont été réalisées lors du processus d'élaboration du protocole national triage aux soins intensifs. Les activités menées entre le 17 et le 25 mars 2020 sont présentées ici.

Équipe projet

Mandat : L'équipe projet a pour mandat de planifier l'élaboration d'un protocole national de triage aux soins intensifs dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 au Québec, de coordonner et de réaliser les consultations auprès des parties prenantes, d'intégrer les commentaires et de rédiger les versions du document en vue de son approbation par le comité ministériel en soins intensifs. Elle a fondé ses travaux sur les meilleures données scientifiques disponibles et sur une analyse des divers protocoles de triage disponibles pour consultation à travers le monde.

Composition :

Marie-Ève Bouthillier (responsable) Bureau de l'éthique clinique (UdeM) et CISSS de Laval
Michel Lorange, éthicien clinique et organisationnel, CISSS de Laval
Marie-Claude Laflamme, adjointe à la directrice, Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, CISSS de Laval
Jean-Simon Fortin, conseiller en éthique, CISSS de Laval

Comité de travail #1

Mandat : Le premier comité de travail a formulé des orientations sur la conduite du projet, a donné son avis sur les versions partagées du protocole national de triage aux soins intensifs, en plus de rappeler le contexte gouvernemental et provincial d'implantation des recommandations. La formulation finale du protocole n'engage pas la responsabilité des membres de ce comité.

Composition (20 membres) : MSSS, conseillers en éthique, avocats, professionnels de la santé et des services sociaux et gestionnaires.

Nom	Rôle	Appartenance
Natacha Besançon	Conseillère en éthique	CUSM
Marie-Ève Bouthillier	Responsable/Éthicienne/Bureau éthique UdeM	CISSS de Laval
Michael Chassé	Intensiviste	CHUM
Geneviève Dupont-Thibodeau	Intensiviste pédiatrique	CHU Sainte-Justine
Claudine Fecteau	Conseillère en éthique	MSSS-DGCPPQ
Isabelle Jeanson	Travailleuse sociale	CISSS de Laval
Marie-Claude Laflamme	Adjointe à la directrice, DQEPE	CISSS de Laval
Renaud-Xavier Leblanc	Urgentologue	CISSS de Laval
Mark Liszkowski	Chef des soins intensifs	ICM
Michel Lorange	Conseiller en éthique	CISSS de Laval
Pierre Ouellette	Médecin soins palliatifs	CISSS de Laval
Camille Paquin	Avocate	CISSS de Laval
Antoine Payot	Néonatalogiste, responsable Bureau éthique UdeM	CHU Sainte-Justine
Élodie Petit	Conseillère en éthique	ICM
Marie-Ève Poirier	Psychologue	CISSS de Laval
Isabelle Routhier	Avocate	CISSS de Laval

Nom	Rôle	Appartenance
Mathieu Simon	Pneumologue intensiviste	IUCPQ
Hugues Vaillancourt	Conseiller en éthique	MSSS-DGCPPQ
Lucie Wade	Conseillère en éthique	CUSM
Jean-Simon Fortin	Conseiller en éthique	CISSS de Laval

Comité de révision #1

Mandat : Le deuxième comité de travail, conviant une diversité de perspectives professionnelles, a donné son avis sur les versions partagées du protocole national de triage aux soins intensifs. Il a également informé l'équipe projet quant à l'applicabilité du protocole dans les milieux de pratiques à travers le réseau de la santé et des services sociaux. La formulation finale du protocole n'engage pas la responsabilité des membres de ce comité.

Composition (28 membres) : Directions générales (MSSS), direction nationale (MSSS), conseillers en éthique, avocats, professionnels de la santé et des services sociaux, gestionnaires, patient partenaire.

Nom	Rôle	Appartenance
Valérie Badro	Conseillère en éthique	CIUSSS NIM
Marie-Ève Bouthillier	Responsable/Éthicienne/Bureau éthique UdeM	CISSS de Laval
Macha Bourdages	Chef des soins intensifs pédiatriques	CHU de Québec
Franco Carnevale	Éthicien clinique, infirmier, psychologue	Université McGill
Joseph Dahine	Intensiviste, Directeur médical, DQEPE	CISSS de Laval
Annie Dubois	Gestionnaire, coordonnatrice médicale	CISSS de Laval
Vincent Dumez	Co-Dir., Centre d'excellence partenariat soin	DCPP, UdeM
Amélie Dupont-Thibodeau	Néonatalogiste, conseillère en éthique	CHU Sainte-Justine
Claudine Fecteau	Conseillère en éthique	MSSS-DGCPPQ
Jean-Simon Fortin	Conseiller en éthique	CISSS de Laval
Nathalie Gaucher	Urgentologue pédiatrique, Bureau éthique UdeM	CHU Sainte-Justine
Kevin Hayes	Conseiller en éthique	CIUSSS COM
Paul-André Lachance	Urgentologue	CISSS de Laval
Marie-Claude Laflamme	Adjointe à la directrice, DQEPE	CISSS de Laval
Daniel LaRoche	DQEPE	CHU de Québec
Annie Lecavalier	Intensiviste	CISSS de Laval
Marie-Claude Levasseur	Infirmière, coordonnatrice unité éthique	CHU Sainte-Justine
Michel Lorange	Éthicien clinique et organisationnel	CISSS de Laval
Isabelle Mondou	Conseillère en éthique	CMQ
Mathieu Moreau	Médecin de famille travaillant aux soins intensifs et à l'urgence	CIUSSS NIM
Louise Passerini	Pneumologue intensiviste	CISSS-MC
Diane Poirier	Présidente du comité ministériel des soins critiques Covid-19 et responsable du COOLSI au MSSS	DCM-MSSS
Saieem Razack	Chef soins intensifs pédiatrique	CUSM
Delphine Roigt	Conseillère en éthique	CIUSSS EIM

Nom	Rôle	Appartenance
Sébastien Roulier	Chef soins intensifs pédiatrique	CIUSSS de l'Estrie - CHUS
Baruch Toledano	Chef soins intensifs pédiatrique	CHU Sainte-Justine
Hugues Vaillancourt	Conseiller en éthique	MSSS-DGCPPQ
Paul Warshawsky	Intensiviste	CIUSSS COM
Matthew-John Weiss	Intensiviste pédiatrique	CHU de Québec

Comité de révision #2

Mandat : Le comité de révision a donné son avis sur la version finale du protocole national de triage aux soins intensifs. La formulation finale du protocole n'engage pas la responsabilité des membres de ce comité.

Composition (47 membres) : MSSS, conseillers en éthique, avocats, professionnels de la santé et des services sociaux, gestionnaires et patient partenaire. Ces personnes sont l'ensemble des noms figurant aux comités de travail et de révision 1.

Comité consultatif de patients

Mandat : Le comité de patients a donné son avis sur une version partagée du protocole national de triage aux soins intensifs. La formulation finale du protocole n'engage pas la responsabilité des membres de ce comité.

Composition (4 membres) : Patients

Comité consultatif de l'INESSS

Mandat : Le comité composé de professionnels scientifiques de l'INESSS a soutenu la revue de la littérature scientifique et grise. Ce comité a donné son avis sur les versions partagées du protocole national de triage aux soins intensifs. La formulation finale du protocole n'engage pas la responsabilité des membres de ce comité.

Composition (4 membres) : Professionnels scientifiques (éthique et méthodologie).

Nom	Rôle	Appartenance
Isabelle Ganache	Directrice, Bureau – Méthodologies et éthique	INESSS
Catherine Olivier	Professionnelle scientifique - volet éthique	INESSS
Monika Wagner	Professionnelle scientifique en méthodologie	INESSS
Olivier Demers-Payette	Professionnel scientifique en méthodologie	INESSS

Annexe B : L'éthique de l'allocation des ressources en contexte de pénurie

Les décisions prises dans un contexte de pandémie ont plus de chances d'être éthiquement rigoureuses et publiquement acceptables si les processus décisionnels respectent les principes de procédure et de fond décrits ci-dessous.

Ces principes procéduraux sont les suivants :

- **Ouverture et transparence** - Le processus de prise de décision doit être documenté et communiqué de manière à être ouvert à l'examen et le fondement des décisions doit être expliqué. Dans la mesure du possible, les patients et les familles doivent être informés de l'étape de priorisation des patients afin de veiller à la transparence des décisions.
- **Raisonné** - Les décisions doivent être fondées sur des motifs (par exemple, des preuves, des principes, des valeurs) et être prises par des personnes crédibles et responsables.
- **Inclusives** - Les décisions doivent être prises explicitement en tenant compte des points de vue des parties prenantes et ces dernières doivent avoir la possibilité de participer au processus décisionnel.
- **Réactivité** - Les décisions doivent être réexaminées et révisées à mesure que de nouvelles informations apparaissent, et les parties prenantes doivent avoir la possibilité d'exprimer leurs préoccupations concernant les décisions (par exemple, mécanismes de règlement des litiges et des plaintes).
- **Responsabilité** - Il devrait y avoir des mécanismes pour garantir que la prise de décision éthique est maintenue tout au long de la réponse.

Le plan de lutte contre la pandémie du Québec fait également appel aux valeurs éthiques de fond suivantes. Ces valeurs éthiques peuvent être en conflit les unes avec les autres et nécessitent une analyse pour déterminer comment les pondérer dans des circonstances spécifiques.

Liberté individuelle. La liberté individuelle (c'est-à-dire le respect de l'autonomie) est une valeur inscrite dans nos lois et dans la pratique des soins de santé. Pendant une pandémie, il peut être nécessaire de restreindre la liberté individuelle afin de protéger le public contre des atteintes graves. La liberté individuelle peut être préservée dans la mesure où les limites imposées et les raisons qui les justifient sont transparentes. Dans le contexte d'une priorisation pour l'accès aux soins intensifs, cette valeur est pertinente dans la mesure où le consentement du patient/du MSD pour le retrait ou l'interruption du traitement en unité de soins intensifs peut ne pas être requis, mais les raisons du refus du traitement doivent être rendues transparentes.

Protection du public contre les préjudices. Les autorités de santé publique ont l'obligation de protéger le public contre tout préjudice grave, notamment en réduisant au minimum les maladies graves, les décès et les perturbations sociales.

Équité. Tous les patients ont droit, sur un pied d'égalité, à recevoir les soins de santé dont ils ont besoin. Cela ne sera pas possible en cas de pandémie. Dans ces circonstances, les décideurs veilleront à une répartition équitable des avantages et des charges :

- En s'efforçant de préserver autant d'équité que possible entre les besoins des patients souffrant de la COVID-19 et ceux des patients qui ont besoin d'un traitement urgent pour d'autres maladies ou blessures.
- En établissant des processus/règles de décision équitables.

- En veillant à la proportionnalité des décisions pour ne pas affecter négativement un trop grand nombre de personnes que celles qui auraient été affectées si nous avions utilisé une approche « premier arrivé, premier servi », notamment parmi les groupes vulnérables.

Obligation de fournir des soins. Les travailleurs de la santé ont le devoir éthique de fournir des soins et de soulager.

Réciprocité. La société a la responsabilité éthique de soutenir ceux qui sont confrontés à une charge disproportionnée dans la protection du bien public. Pendant une pandémie, la charge la plus lourde incombera aux praticiens de la santé publique, aux travailleurs des services essentiels, aux travailleurs de la santé et aux familles des patients. Les travailleurs de la santé seront appelés à assumer des tâches élargies et pourraient souffrir de stress physique et émotionnel, et être isolés de leurs pairs et de leur famille. Les organisations de soins de santé ont l'obligation de fournir un soutien approprié pour aider les travailleurs de la santé à faire face au stress extraordinaire d'une pandémie.

La confiance. La confiance est un élément essentiel de la relation entre le gouvernement et les citoyens, entre les travailleurs de la santé et les patients/familles, entre les organisations et leur personnel, et entre les organisations au sein d'un système de santé. Pendant une pandémie, certaines personnes peuvent percevoir les mesures visant à protéger le public contre les préjudices (comme la limitation de l'accès à certains services de santé) comme une trahison de la confiance. Afin de maintenir la confiance pendant une pandémie, les décideurs doivent :

- Prendre des mesures pour établir la confiance avec les parties prenantes avant que la pandémie ne se produise et tout au long de son évolution;
- Veiller à ce que les processus décisionnels soient éthiques, cohérents et transparents.

L'intendance. Dans notre société, tant les institutions que les individus se verront confier la gestion de ressources rares, tels que les vaccins, les antiviraux, les respirateurs, les lits d'hôpitaux et même les travailleurs de la santé. Les personnes chargées de la gouvernance devraient être guidées par la notion d'intendance, qui comprend la protection et le développement des ressources et la responsabilité du bien-être public. Pour assurer une bonne gestion de ressources rares, les décideurs tiendront compte à la fois des avantages pour le bien public et de l'équité (c'est-à-dire la répartition équitable des avantages et des charges).

La solidarité. Cette valeur encourage les décideurs à aller au-delà de la focalisation traditionnelle de la médecine sur les droits ou les intérêts des individus, pour mettre de côté les notions d'intérêt personnel ou de territorialité. Elle considère la santé du grand public et des travailleurs de la santé comme des ressources qui méritent d'être protégées par des efforts coordonnés entre les parties prenantes.

Principes de priorisation :

- Dans le contexte non pandémique, l'allocation des ressources des soins intensifs donne généralement la priorité aux patients les plus malades. Même les patients très malades ou blessés, dont les chances de rétablissement sont minimales, sont fréquemment admis à l'unité de soins intensifs pour un essai de traitement. L'éthique médicale traditionnelle a eu tendance à se concentrer sur le devoir du médecin de soigner/représenter la personne malade; les plans de soins sont négociés avec le patient/le MD/famille sur la base des souhaits, des valeurs et des meilleurs intérêts du patient. Le consentement du patient est toujours demandé avant qu'un traitement vital ne soit suspendu ou retiré.

En cas d'augmentation mineure ou modérée des besoins en soins intensifs, les patients sont souvent transférés dans d'autres unités de l'hôpital ou dans d'autres hôpitaux de la province, afin de s'assurer qu'ils reçoivent les soins dont ils ont besoin.

- L'objectif d'une priorisation en cas extrême de pandémie est de maximiser les bénéfices en se basant sur des principes de justice distributive. Les principes mis de l'avant doivent également être mis en balance avec un modèle de justice plus égalitaire, afin de garantir la protection des groupes vulnérables de notre communauté (voir Zimmerman, 2007). Ainsi, les prestataires de soins de santé devront trouver un équilibre entre les besoins individuels des patients et les besoins de la société au sens large.
- Le processus de priorisation en cas de pandémie bouleverse l'allocation des ressources conventionnelle des soins intensifs de la manière suivante (voir Hick, 2007) :
 - La priorité est donnée aux patients qui ont le plus de chances de bénéficier de soins intensifs et de se rétablir jusqu'à leur sortie de l'hôpital en quelques jours; il ne s'agira pas des patients les plus malades, mais de ceux qui sont en meilleure santé par rapport aux autres.
 - Le devoir premier des médecins de soins intensifs sera d'allouer des ressources pour garantir que le plus grand nombre de vies soient sauvées, plutôt que de soigner des patients individuellement sans tenir compte de l'ensemble des besoins.
 - La demande de soins peut être tellement supérieure à l'offre que les décisions ne peuvent être fondées sur les seuls critères/jugements cliniques.
 - Le processus de priorisation est fondé sur la présomption que les décisions des équipes de priorisation ont une influence et que le consentement des patients/médecins du service de santé n'est pas nécessaire pour refuser ou interrompre les traitements; cela nécessite des critères rigoureux et transparents pour éviter les préjugés et garantir la cohérence et l'équité.
 - Dans le pire des cas, tous les hôpitaux de la province pourraient être submergés de patients, sans aucun endroit pour transférer les patients gravement malades.
- Un protocole de priorisation pour l'accès aux soins intensifs ne vise pas à décider qui recevra ou non des soins. Tous les patients seront soignés. Chaque vie humaine est valorisée et chaque être humain mérite le respect, les soins et la compassion. Toutefois, cela ne signifie pas que tous les patients recevront ou devraient recevoir des soins intensifs. Ceux qui ne recevront pas de soins intensifs ne seront pas abandonnés; ils continueront à recevoir d'autres soins, les plus appropriés à leur état, et possibles dans le contexte.

Annexe C : FORMULAIRE D'ÉVALUATION POUR L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS ADULTES EN SITUATION EXTRÊME DE PANDÉMIE (*FORMULAIRE EN COURS DE NORMALISATION*)

Lien pour le formulaire officiel (Statique et dynamique) : [Formulaires normalisés du réseau \(gouv.qc.ca\)](https://gouv.qc.ca)



DT9500

ÉVALUATION POUR L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS ADULTES EN SITUATION EXTRÊME DE PANDÉMIE

< = moins de
> = supérieur à
≥ = supérieur ou égal à
FiO2 : Fraction inspirée en oxygène
INESSS : Institut national d'excellence en santé et services sociaux
ECMO : Extra-corporel Membrane Oxygenation
MELD : Model for End-Stage Liver Disease
TLC : Capacité pulmonaire totale

SBP = Pression artérielle systolique	VEMS : Volume expiratoire maximal par seconde
SpO2 = Saturation en oxygène mesurée par oxymétrie de pouls	NYHA : New York Heart Association
USI = Unité de soins intensifs	VC : Capacité vitale
PaO2 : Pression partielle d'oxygène	

Initiales des médecins		
1	2	3

Ne pas inscrire le nom

N° de dossier : _____

Date de naissance : _____
Année Mois Jour

N° d'assurance maladie : _____

Date : _____ Heure : _____

Étape de priorisation : 1 2 3

NIVEAU D'INTERVENTION MÉDICALE (INESSS OU L'ÉQUIVALENT)	PRIORISATION REQUISE	<input type="checkbox"/> Objectif A	Prolonger la vie par tous les moyens nécessaires
		<input type="checkbox"/> Objectif B	Prolonger la vie par des soins limités
	PRIORISATION NON REQUISE*	<input type="checkbox"/> Objectif C	Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie
		<input type="checkbox"/> Objectif D	Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie
	<input type="checkbox"/>	Présence de directives médicales anticipées (excluant A et B)	
NON CONNU	Déterminer le niveau d'intervention médicale		

*Amorcer des discussions en regard des objectifs de soins appropriés avec l'utilisateur et ses proches ou son représentant.

• Indications cliniques de soins intensifs (doivent présenter UNE des indications suivantes)

Critères	Présentation clinique
Exigence d'une assistance respiratoire invasive	<input type="checkbox"/> Hypoxémie réfractaire (SpO2 < 90% malgré une FiO2 > 0.50 au masque réservoir) <input type="checkbox"/> Acidose respiratoire avec pH < 7.2 <input type="checkbox"/> Signes cliniques d'insuffisance respiratoire (utilisation des muscles accessoires, fatigue respiratoire) <input type="checkbox"/> Incapacité de protéger ou d'entretenir les voies aériennes
Hypotension	<input type="checkbox"/> Pression artérielle systolique < 90mmHg ou une hypotension relative avec signes cliniques de choc réfractaire à la réanimation volémique nécessitant un soutien par vasopresseur/inotrope qui ne peut être géré hors USI (altération du niveau de conscience, diminution du débit urinaire, autre défaillance organique terminale)

• Diagnostiques et paramètres cliniques pour l'admission aux soins intensifs

	SECTION A Étape 1 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 80% de mortalité	SECTION A Étape 2 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 50% de mortalité	SECTION A Étape 3 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 30% de mortalité
	Nombre d'éléments de la section A présents : _____	Nombre d'éléments de la section A présents : _____	Nombre d'éléments de la section A présents : _____
A1	<input type="checkbox"/> Traumatisme grave avec une mortalité prévue > 80% sur la base du score TRISS	<input type="checkbox"/> Traumatisme grave avec une mortalité prévue > 50% sur la base du score TRISS	<input type="checkbox"/> Traumatisme grave avec une mortalité prévue > 30% sur la base du score TRISS
A2	<input type="checkbox"/> Brûlures graves avec 2 des paramètres suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Âge > 60 ans • 40% de la surface corporelle totale affectée • Brûlure d'inhalation qui entraîne une insuffisance respiratoire hypoxémique 		
A3	<input type="checkbox"/> Arrêt cardiaque : <ul style="list-style-type: none"> • Sans témoin • Réanimé, mais ne répondant pas à la thérapie électrique (défibrillation ou stimulation) • Arrêts cardiaques récurrents • Arrêt cardiaque nécessitant ECMO 		<input type="checkbox"/> Arrêt cardiaque

< = moins de	Initiales des médecins			N° de dossier
> = supérieur à	1	2	3	
≥ = supérieur ou égal à				
FI02 : Fraction inspirée en oxygène				
INESSS : Institut national d'excellence en santé et services sociaux	SBP = Pression artérielle systolique		VEMS : Volume expiratoire maximal par seconde	
ECMO : Extra-corporel Membrane Oxygenation	SpO2 = Saturation en oxygène mesurée par oxymétrie de pouls		NYHA : New York Heart Association	
MELD : Model for End-Stage Liver Disease	USI = Unité de soins intensifs		VC : Capacité vitale	
TLC : Capacité pulmonaire totale	PaO2 : Pression partielle d'oxygène			

	SECTION A Étape 1 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 80% de mortalité	SECTION A Étape 2 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 50% de mortalité	SECTION A Étape 3 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 30% de mortalité
A4	<input type="checkbox"/> Maladie maligne métastatique présentant l'une des caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Classe ECOG ≥ 2 • Maladie évoluant ou stable sous traitement • Plan de traitement actif avec un risque de mortalité > 80% à 1 an • Plan de traitement (expérimental) non éprouvé • Plan de traitement qui ne serait lancé que si le patient se rétablissait d'une maladie grave 	<input type="checkbox"/> Maladie maligne métastatique présentant l'une des caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Classe ECOG ≥ 2 • Maladie évoluant ou stable sous traitement • Plan de traitement actif avec un risque de mortalité > 50 % à 1 an • Plan de traitement (expérimental) non éprouvé • Plan de traitement qui ne serait débuté que si le patient se rétablit d'une maladie grave 	<input type="checkbox"/> Maladie maligne métastatique
A5	<input type="checkbox"/> Événement neurologique grave et irréversible avec un risque de décès ou de réponse défavorable supérieur à 80 %, sur la base : <ul style="list-style-type: none"> • Pour l'hémorragie intracérébrale, un score ICH modifié de 4-7 • Pour l'hémorragie sous-arachnoïdienne, WFNS grade 5 (GCS 3-6) • Pour les traumatismes crâniens, le score IMPACT 	<input type="checkbox"/> Événement neurologique grave et irréversible avec un risque de décès ou de réponse défavorable supérieur à 50 %, sur la base : <ul style="list-style-type: none"> • Pour l'hémorragie intracérébrale, un score ICH modifié de 3-7 • Pour l'hémorragie sous-arachnoïdienne, WFNS grade 3-5 (GCS 3-12 OU 13-14 AVEC déficits focaux) • Pour les traumatismes crâniens, le score IMPACT • Pour les accidents ischémiques aigus, un NIHSS de 22-42 	<input type="checkbox"/> Événement ou état neurologique irréversible avec un risque de décès ou de réponse défavorable supérieur à 30 % sur la base : <ul style="list-style-type: none"> • Pour l'hémorragie intracérébrale, un score ICH modifié de 2 à 7 • Pour l'hémorragie sous-arachnoïdienne, le score WFNS grade 2-5 (GCS<15) • Pour les traumatismes crâniens, le score IMPACT • Pour les accidents ischémiques aigus, un NIHSS de 14-42
A6	<input type="checkbox"/> Défaillance terminale ou sévère d'un organe répondant aux paramètres suivants ET : <ul style="list-style-type: none"> • qui ne sont pas actuellement sur la liste d'attente pour le don d'organes OU • suspension des processus provinciaux de don d'organes en cas de pandémie <p>Cœur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance cardiaque de classe 3 ou 4 selon la NYHA <p>Poumons :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maladie pulmonaire obstructive chronique avec VEMS < 30 % prévu, PaO2 de base < 55 mmHg ou hypertension pulmonaire secondaire • Oxygénéodépendance au domicile • Fibrose kystique avec VEMS post-bronchodilatateur < 30% ou PaO2 de référence < 55 mmHg • Fibrose pulmonaire avec VC ou TLC < 60% prévue, PaO2 de base < 55 mmHg, ou hypertension pulmonaire secondaire • Toute autre cause d'hypertension pulmonaire avec insuffisance cardiaque classe 3 ou 4 selon la NYHA, pression de l'oreillette droite > 10 mmHg ou pression artérielle pulmonaire moyenne > 50 mmHg <p>Foie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance hépatique chronique associée à la défaillance de 2 autres organes (ACLF grade 2-3) • Score MELD ≥ 40 	<input type="checkbox"/> Défaillance terminale ou sévère d'un organe répondant aux critères suivants ET : <ul style="list-style-type: none"> • qui ne sont pas actuellement sur la liste d'attente pour le don d'organes OU • suspension des processus provinciaux de don d'organes en cas de pandémie <p>Cœur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance cardiaque de classe 3 ou 4 selon la NYHA <p>Poumons :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maladie pulmonaire obstructive chronique avec VEMS < 50 % prévu, PaO2 de base < 55 mmHg ou hypertension pulmonaire secondaire • Fibrose kystique avec VEMS post-bronchodilatateur < 30% ou PaO2 de référence < 55 mmHg • Fibrose pulmonaire avec VC ou TLC < 60% prévue, PaO2 de base < 55 mmHg, ou hypertension pulmonaire secondaire • Toute autre cause d'hypertension pulmonaire avec insuffisance cardiaque classe 3 ou 4 selon la NYHA, pression de l'oreillette droite > 10 mmHg ou pression artérielle pulmonaire moyenne > 50 mmHg <p>Foie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance hépatique chronique associée à la défaillance de 2 autres organes (ACLF grade 1-3) • Score MELD > 30 	<input type="checkbox"/> Défaillance terminale ou sévère d'un organe (tout diagnostique) ou transplantation d'un organe antérieure avec preuve de rejet chronique ou de dysfonctionnement chronique de l'organe transplanté.

< = moins de	Initiales des médecins			N° de dossier
> = supérieur à	1	2	3	
≥ = supérieur ou égal à				
FI02 : Fraction inspirée en oxygène	SBP = Pression artérielle systolique			VEMS : Volume expiratoire maximal par seconde
INESSS : Institut national d'excellence en santé et services sociaux	SpO2 = Saturation en oxygène mesurée par oxymétrie de pouls		NYHA : New York Heart Association	
ECMO : Extra-corporel Membrane Oxygenation	USI = Unité de soins intensifs			VC : Capacité vitale
MELD : Model for End-Stage Liver Disease	PaO2 : Pression partielle d'oxygène			
TLC : Capacité pulmonaire totale				

	SECTION A Étape 1 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 80% de mortalité	SECTION A Étape 2 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 50% de mortalité	SECTION A Étape 3 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 30% de mortalité
A7	<input type="checkbox"/> Chirurgie palliative électorive		<input type="checkbox"/> Chirurgie palliative électorive ou d'urgence
A8	<input type="checkbox"/> Toute personne sous ventilation mécanique pendant ≥ 21 jours avec un score ProVent de 4-5	<input type="checkbox"/> Toute personne sous ventilation mécanique pendant ≥ 21 jours avec un score ProVent de 2-5	<input type="checkbox"/> Toute personne sous ventilation mécanique pendant ≥ 21 jours évoluant vers une chronisation de la ventilation avec trachéotomie envisagée
A9	<input type="checkbox"/> Un score de fragilité clinique ≥ 7 en raison d'une condition ou atteinte progressive sous-jacente L'échelle s'applique sur une population âgée de plus de 65 ans.	<input type="checkbox"/> Un score de fragilité clinique ≥ 6 en raison d'une condition ou atteinte progressive sous-jacente L'échelle s'applique sur une population âgée de plus de 50 ans.	

	SECTION B Étape 1 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un risque prévisible de sevrage ventilatoire prolongé	SECTION B Étape 2 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un risque prévisible de sevrage ventilatoire prolongé	SECTION B Étape 3 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un risque prévisible de sevrage ventilatoire prolongé
	Nombre d'éléments de la section B présents : _____	Nombre d'éléments de la section B présents : _____	Nombre d'éléments de la section B présents : _____
B1	<input type="checkbox"/> Maladie neurodégénérative sevère et irréversible qui a un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI.		<input type="checkbox"/> Maladie neurodégénérative modérément sevère et irréversible qui a un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI.

	SECTION C Étape 1 de priorisation Visant à identifier par le jugement clinique les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 80% de mortalité ou un risque prévisible de sevrage ventilatoire prolongé	SECTION C Étape 2 de priorisation Visant à identifier par le jugement clinique les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 50% de mortalité ou un risque prévisible de sevrage ventilatoire prolongé	SECTION C Étape 3 de priorisation Visant à identifier par le jugement clinique les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 30% de mortalité ou un risque prévisible de sevrage ventilatoire prolongé
C1	<input type="checkbox"/> Autre(s) élément(s) clinique(s) ou condition(s) responsable(s) d'un risque de mortalité >80% ou qui aura un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI (expliquer ci-dessous) Ex. : Trouble neurocognitif majeur dégénératif (démence) tel que défini par un score de 7 sur l'échelle de détérioration globale (Échelle de Reisberg)	<input type="checkbox"/> Autre(s) élément(s) clinique(s) ou condition(s) responsable(s) d'un risque de mortalité >50% ou qui aura un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI (expliquer ci-dessous). Ex. : Trouble neurocognitif majeur dégénératif (démence) tel que défini par un score de 6 sur l'échelle de détérioration globale (Échelle de Reisberg)	<input type="checkbox"/> Autre(s) élément(s) clinique(s) ou condition(s) responsable(s) d'un risque de mortalité >30% ou qui aura un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI (expliquer ci-dessous). Ex. : Trouble neurocognitif majeur dégénératif (démence) tel que défini par un score de 6 sur l'échelle de détérioration globale (Échelle de Reisberg)

S'il y a lieu, décrire la situation clinique ou indiquer le diagnostic ou tout autre paramètre clinique ou score de sévérité que vous utilisez dans votre pratique courante vous permettant d'estimer le pronostic à court terme du patient :

*Le jugement clinique ne doit pas reposer sur des motifs discriminatoires en vertu de la Charte des droits et libertés du Québec (la race, la couleur, le sexe, l'identité ou l'expression de genre, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap.

< = moins de		N° de dossier
> = supérieur à		
≥ = supérieur ou égal à		
FiO2 : Fraction inspirée en oxygène		
INESSS : Institut national d'excellence en santé et services sociaux	SBP = Pression artérielle systolique	VEMS : Volume expiratoire maximal par seconde
ECMO : Extra-corporel Membrane Oxygenation	SpO2 = Saturation en oxygène mesurée par oxymétrie de pouls	NYHA : New York Heart Association
MELD : Model for End-Stage Liver Disease	USI = Unité de soins intensifs	VC : Capacité vitale
TLC : Capacité pulmonaire totale	PaO2 : Pression partielle d'oxygène	

Autre	Le patient fait-il partie du personnel soignant du réseau de la santé et des services sociaux ayant été exposé à la COVID-19? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
--------------	--

Synthèse de l'évaluation

Étape 1	Étape 2	Étape 3
Nombre d'éléments présents Section A : _____ Section B : _____ Section C : _____ Total : _____	Nombre d'éléments présents Section A : _____ Section B : _____ Section C : _____ Total : _____	Nombre d'éléments présents Section A : _____ Section B : _____ Section C : _____ Total : _____

Réservé à l'équipe de priorisation

Priorité clinique			
--------------------------	--	--	--

Règles de décision en cas d'égalité clinique	1. Cycle de vie	2. Personnel soignant du réseau de la santé et des services sociaux ayant été exposé à la COVID-19 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	3. Randomisation
---	------------------------	--	-------------------------

Rempli par : (nom en lettres moulées)	Signature:	Initiales 1	N° de permis	Date (année, mois, jour)	Heure
					:
					:

PRÉSIDENT DE L'ÉQUIPE DE PRIORISATION

Confirmé par : (nom en lettres moulées)	Signature:	Initiales 3	N° de permis	Date (année, mois, jour)	Heure
					:
					:

L'échelle de détérioration globale, également appelée échelle de Reisberg*
Évaluation de la démence

Stade 1: Pas de déficit cognitif N'éprouve aucune difficulté dans la vie quotidienne.
Stade 2: Déficit cognitif très léger Oublie les noms et l'emplacement des objets. Peut avoir de la difficulté à trouver ses mots.
Stade 3: Déficit cognitif léger A de la difficulté à s'orienter dans un endroit inconnu. A de la difficulté à fonctionner au travail.
Stade 4: Déficit cognitif modéré (Trouble neurocognitif majeur léger) A de la difficulté à accomplir des tâches complexes (finances, magasinage, planification d'un repas avec des invités).
Stade 5: Déficit cognitif relativement grave (Trouble neurocognitif majeur modéré) A besoin d'aide pour choisir ses vêtements. A besoin qu'on lui rappelle que c'est l'heure de la douche ou du bain.
Stade 6: Déficit cognitif grave (Trouble neurocognitif majeur modérément sévère) Perd la notion des expériences et événements récents de sa vie. A besoin d'aide pour prendre son bain, ou a peur de prendre son bain. A de plus en plus besoin d'aide pour aller aux toilettes ou est incontinent.
Stade 7: Déficit cognitif très grave (Trouble neurocognitif majeur sévère) Utilise un vocabulaire très restreint qui se réduira bientôt à quelques mots seulement. Perd la capacité de marcher et de s'asseoir. A besoin d'aide pour manger.

*Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., and Crook, T. (1982). Modified from Global Deterioration Scale. American Journal of Psychiatry, 139:1136-1139

Score de Fragilité Clinique*



1 Très en forme - Personnes qui sont robustes, actives, énergiques et motivées. Ces personnes font de l'exercice régulièrement. Ils sont parmi les plus en forme de leur âge.



2 Bien - Personnes qui ne présentent **aucun symptôme de maladie active**, mais sont moins en forme que la catégorie 1. Font souvent des exercices ou sont très **actives par période**. (par exemple des variations saisonnières).



3 Assez bien - Personnes dont les **problèmes médicaux sont bien contrôlés**, mais ne sont **pas régulièrement actives** au-delà de la marche quotidienne.



4 Vulnérable - Sans être dépendantes des autres pour l'aide quotidienne, souvent leurs **symptômes limitent leurs activités**. Une plainte fréquente est d'être ralentie et/ou d'être fatiguée pendant la journée.



5 Légèrement fragile - Personnes qui ont souvent un **ralentissement plus évident**, et ont besoin d'aide dans les **activités d'ordre élevé de la vie quotidienne** (finances, transport, grosses tâches ménagères, médicaments). Généralement, la fragilité légère empêche progressivement de faire les courses, de marcher seul dehors, de préparer les repas et de faire le ménage.



6 Modérément fragile - Personnes qui ont besoin d'aide pour **toutes les activités à l'extérieur** et pour **l'entretien de la maison**. A l'intérieur, elles ont souvent des problèmes pour monter/descendre les escaliers, ont besoin d'aide **pour prendre un bain** et pourraient avoir besoin d'une aide minimale (être à côté) pour s'habiller.



7 Sévèrement fragile - Totalement dépendantes pour les soins personnels, quelle que soit la cause physique ou cognitive). Malgré tout, elles semblent stables et n'ont pas un risque élevé de décéder (dans les prochains 6 mois).



8 Très sévèrement fragile - Totalement dépendantes, la fin de vie approche. Typiquement, elles ne pourraient pas récupérer même d'une maladie mineure/maladie légère.



9 En phase terminale - Approchant la fin de vie. Cette catégorie concerne les personnes ayant une **espérance de vie < 6 mois**, qui **sinon ne sont pas fragiles de façon évidente**.

Classification de la fragilité des personnes atteintes de démence.

Le degré de fragilité correspond au degré de démence.

Les **symptômes courants de démence légère** inclus : l'oubli des détails d'un événement récent mais le souvenir que l'événement a eu lieu, la répétition de la même question / histoire et le retrait social.

Dans la **démence modérée**, la mémoire récente est très altérée, même si les personnes peuvent bien se rappeler des événements de leur vie passée. Ils peuvent faire des soins personnels avec incitation.

Dans la **démence grave**, elles ne peuvent pas faire les soins personnels sans aide.

1. Canadian Study on Health & Aging. Revised 2008
2. K. Protocole et al. A. global clinical resource of illness and family in absolutely people CMAJ 2008;173:489-495

Indice d'état général ECOG

Grade	Description
0	Pleinement actif - Le malade peut exercer son activité normale sans aucune restriction.
1	Restreint dans les activités physiques fatigantes, mais pouvant ambulatorie, pouvant exercer une activité sans contraintes physiques importantes - activité domestique légère, bureau, etc.
2	Patient ambulateur et capable de s'occuper de lui-même pour ses soins personnels, mais incapable d'activité professionnelle ou à la maison. Debout plus de 50% de la journée.
3	Ne pouvant faire que le minimum pour ses soins personnels. Confiné au lit ou à la chaise plus de 50% de la journée.
4	Complètement handicapé dans sa vie, confiné au lit ou à la chaise, nécessitant l'assistance pour sa toilette et ses soins quotidiens.

https://palli-science.com/sites/default/files/PDF/echelle_de_statut_de_performance_ecog.pdf

Score de Hemphill ICH modifié

Glasgow Coma Scale GCS	3-4	2 pts	Interprétation	
			Résultat	Mortalité à 1 mois
Glasgow Coma Scale GCS	5-12	1 pt	5 ou 6	100 %
	13-15	0 pt	5 ou 6	100 %
Volume de l'hématome	≥30 ml	1 pt	4	97 %
	< 30 ml	0 pt	3	72 %
Hémorragie intraventriculaire	Oui	1 pt	2	26 %
	Non	0pt	1	13 %
Âge	≥80 ans	1 pt	0	0 %
	< 80 ans	0pt	https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/01STR.32.4.891	
Topographie sous-tentorielle	Oui	1 pt		
	Non	0 pt		

N° de dossier

Score ProVent (calculé à 14 jours d'hospitalisation aux soins intensifs)		
Âge > 50 ans	1 pt	Un résultat de 4 – 5 à 14 jours de ventilation suggère un taux de mortalité de ~90 % à 1 an.
Âge ≥ 65 ans	2 pt	
Décompte plaquettaire < 150	1 pt	
Besoin d'hémodialyse	1 pt	
Besoin de vasopresseurs	1 pt	Un résultat de 2 – 3 à 14 jours de ventilation suggère un taux de mortalité de ~56 % à 80 % à 1 an.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4223371/pdf/cc13994.pdf		

Score NIHSS	
0-7	Associé à une mortalité à 30 jours de 4.2 %
8-13	Associé à une mortalité à 30 jours de 13.9 %
14-21	Associé à une mortalité à 30 jours de 31.6 %
22-42	Associé à une mortalité à 30 jours de 53.5 %
https://www.stroke.nih.gov/documents/NIH_Stroke_scale_508C.pdf	

Score WFNS		
GRADE	CGS	
5	GCS 3 - 6	> 90 % de probabilité d'évolution défavorable
3-4	GCS 7 – 12	> 50 % de probabilité d'évolution défavorable
	GCS 13-14 AVEC déficits focaux	
2	GCS 14 sans déficit	> 30 % de probabilité d'évolution défavorable
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4982344/		

Score ACLF	
GRADE	
2-3	80% de risque de mortalité à 6 mois
1	50% de risque de mortalité à 6 mois
Calculeur via le site : https://www.clifresearch.com/ToolsCalculators.aspx	

Score IMPACT
Calculeur via le site : http://www.tbi-impact.org/?p=impact/calc
Score TRISS
https://www.thecalculator.co/health/Trauma-Injury-Severity-Score-(TRISS)-Calculator-1022.html

Annexe D : MISE À JOUR DU PROTOCOLE DE TRIAGE POUR L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS ADULTES EN CAS EXTRÊME DE PANDÉMIE – Été-Automne 2020 Comité éthique COVID-19

Objectifs de la démarche

1. Faire la mise à jour scientifique et éthique d'un protocole initialement établi en contexte d'urgence;
2. Assurer la mise en œuvre d'un plan de communication comprenant les éléments énumérés au plan de travail ci-après.

Mise en place d'un Comité responsable de la mise à jour du protocole (objectif 1)

- Origine : À la demande du Comité éthique COVID-19, un Comité responsable de la mise à jour du protocole est mis sur pied afin de lui proposer une mise à jour du protocole selon le plan de travail décrit plus bas.
- Mandat :
 - Identifier et convenir des modifications au protocole requises à la lumière des informations tirées des différentes démarches du plan de travail décrit ci-bas.
 - En collaboration avec le Comité éthique COVID-19, définir et alimenter les différentes démarches de communications requises pour renforcer la compréhension du protocole et des modifications qui lui sont apportées, et pour favoriser l'adhésion des parties prenantes;
 - Définir et exécuter au besoin des démarches supplémentaires à celles identifiées dans le plan de travail, dans la mesure où elles sont jugées pertinentes au renforcement ou à la validation des assises scientifiques et éthiques du protocole.
- Composition :
 - Marie-Ève Bouthillier, responsable du comité
 - Dre Isabelle Mondou, conseillère en éthique, Collège des médecins du Québec
 - Dr Joseph Dahine, intensiviste, CISSS de Laval
 - Dre Marie-Pier Boucher, Urgentologue, déléguée par le sous-comité ministériel des urgences covid-19
 - Vincent Dumez, Co-directeur, Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public
 - Clara Dallaire, étudiante au doctorat en éthique clinique, stagiaire

Sommaire des activités menées au cours de l'été et de l'automne 2020

- Échanges avec Société québécoise de la déficience intellectuelle (SQDI) et Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)
- Mise à jour des meilleures données scientifiques disponibles et protocoles des divers pays; INESSS
- Communications avec éthiciens du RSSS
- Communications avec Comité éthique COVID-19
- Mobilisation des experts et cliniciens spécialistes pertinents (Québec et Ontario)
- Travaux sur l'application de la règle de décision « cycle de vie »

- Mobilisation des représentants d'associations, directions MSSS et des cliniciens pertinents
- Rencontres avec sous-comité soins critiques
- Rencontres avec Direction des services en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique
- Intégration des informations et formulation d'une mise à jour du protocole envoyée en consultation à la fin du mois d'août
- Adoption par le comité directeur COVID-19 du protocole pédiatrique
- Présentation aux trois ministres du protocole pédiatrique
- Consultation avec OPHQ et organismes de défenses des droits des patients
- Rédaction d'un document de vulgarisation/de TC
- Implication de patients partenaires ou des représentants d'association de patients : fait en collaboration avec OPHQ et leurs interlocuteurs

Liste des personnes consultées et qui ont commenté le protocole au cours de l'été et de l'automne 2020

Personnes ayant participé à l'élaboration du protocole en mars 2020 et leurs équipes

- Dr Paul-André Lachance, urgentologue, CISSS de Laval
- Dr Mathieu Moreau, médecin de famille travaillant aux soins intensifs et à l'urgence, CIUSSS NIM
- Dr Matthew-John Weiss, intensiviste pédiatre, CHU de Québec
- Marie-Ève Poirier, MSc, MPs, Psychologue, CISSS de Laval
- Delphine Roigt, LLB, Conseillère en éthique, CIUSSS EIM
- Marie-Claude Levasseur, PhD (c), Infirmière, coordonnatrice unité éthique, CHU Sainte-Justine
- Valérie Badro, Conseillère en éthique, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
- Franco Carnevale, inf., PhD (Psych), PhD (Phil), Éthicien clinique, infirmier, psychologue, McGill
- Lucie Wade, MSc médecine expérimentale, spécialisation en bioéthique - Éthicienne clinique, Centre universitaire de santé McGill
- Daniel La Roche, directeur de la qualité, de l'évaluation, de l'éthique et des affaires institutionnelles, CHU de Québec
- François Pouliot, conseiller en éthique, CHU de Québec
- Philippe Bélanger, conseiller en éthique, CHU de Québec
- Geneviève Desgagnés, conseillère en éthique, CHU de Québec
- Dr Jacques Brochu, anesthésiologiste et éthicien, CHU de Québec
- Dre Virginie Bibeau, médecin intensiviste, CHU de Québec
- Dr Mathieu Simon, Mathieu Simon md frcpc fccm, Pneumologue – Intensiviste, Chef - Soins intensifs, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

Experts scientifiques

Gériatrie

- Dre Josée Verdon, MD FRCPC MSc, Université McGill, Gériatrie
- Dr David Lussier, MD, FRCPC, Institut universitaire de gériatrie de Montréal du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
- Dr Frédéric Duong, MD, FRCPC, CISSS de Laval

Soins intensifs

- Dr Han Ting Wang, MD, FRCPC, CIUSSS de l'est de l'île de Montréal
- Dr James Downar, MD, FRCPC, Chef de la Division of Palliative Care, University of Ottawa, Department of Critical Care, The Ottawa Hospital
- Dre Diane Poirier, MD MSc, Présidente du comité ministériel des soins critiques Covid-19 et responsable du COOLSI au MSSS
- Dre Louise Passerini, Pneumologue et intensiviste, Hôpital Charles LeMoyne, CISSS Montérégie Centre
- Membres du sous-comité soins critiques MSSS

Éthique

- Andrea Frolic, Director, Ethics and Care Ecologies Programs, Hamilton Health Sciences, Assistant Professor, McMaster University
- Comité éthique COVID du MSSS
 - Marie-Ève Bouthillier, présidente, Comité éthique COVID-19
 - Jean-Simon Fortin, conseiller en éthique, Centre d'éthique du Centre intégré de soins et de services de Laval
 - Dre Céline Crowe, présidente, Comité national d'éthique sur le vieillissement
 - David Hughes, éthicien, Commission d'éthique en sciences et technologies
 - Isabelle Ganache, directrice, Bureau Méthodologies et éthique de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
 - Dre Isabelle Mondou, conseillère en éthique clinique, Collège des médecins du Québec
 - Michel Désy, éthicien, Équipe-conseil en éthique de l'Institut national de santé publique
 - Claudine Fecteau, conseillère en éthique, Direction de l'éthique et de la qualité, ministère de la Santé et des Services sociaux
 - Hugues Vaillancourt, conseiller en éthique, Direction de l'éthique et de la qualité, ministère de la Santé et des Services sociaux
 - Vincent Dumez, co-directeur, Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public
- Agents de liaison en éthique du Réseau de la santé et des services sociaux :
 - Ana Marin, conseillère en éthique, Centre intégré de soins et de services de Chaudière-Appalaches
 - Karine Bédard, conseillère en éthique, Centre hospitalier de l'Université de Montréal
 - Philippe Bélanger, conseiller en éthique, Centre hospitalier universitaire de Québec
- Comité liaison des éthiciens du réseau

INESSS

- Isabelle Ganache, Directrice – Bureau de développement et du soutien méthodologique et de l'éthique, INESSS
- Catherine Olivier, Professionnelle scientifique - volet éthique, INESSS
- Monika Wagner, Professionnelle scientifique en méthodologie, INESSS
- Olivier Demers-Payette, Professionnel scientifique en méthodologie, INESSS

Office des personnes handicapées du Québec

- Sabrina Collin, Conseillère juridique - Secrétariat général, communications et affaires juridiques
- Ophélie Sylvestre, Directrice - Direction de la simplification des démarches d'accès et de l'intervention auprès des réseaux
- Valéry Thibeault, Conseillère experte - Direction de la simplification des démarches d'accès et de l'intervention auprès des réseaux
- Catherine Vallée-Dumas, Agente d'information - Secrétariat général, communications et affaires juridiques

Organismes du mouvement d'action communautaire autonome des personnes handicapées ayant participé à la consultation

- Samuel Ragot, Conseiller à la promotion et à la défense des droits - Société québécoise de la déficience intellectuelle
- Luc Chulak, Directeur général - Fédération québécoise de l'autisme
- Anik Larose, Directrice générale - Société québécoise de la déficience intellectuelle
- Stéphanie Cloutier, Conseillère juridique Société québécoise de la déficience intellectuelle
- Véronique Vézina, Directrice générale par intérim - Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec

Direction des services en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique, ministère de la Santé et des Services sociaux

- Geneviève Poirier, Directrice, Direction des services en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique
- Catherine Côté-Giguère, Conseillère aux programmes, Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique
- Christine Lanctôt, Conseillère aux programmes, Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique
- Raymond Massé, Professeur retraité, anthropologie de la santé, Université Laval

Institut universitaire DI-TSA

- Mme Rebecca Beaulieu-Bergeron, psychologue au SQE TGC, Direction de l'enseignement universitaire, de la recherche et de l'innovation, CIUSSS Mauricie-Centre du Québec
- Mme Jacinthe Cloutier, Directrice adjointe des services adulte DI-TSA, Programme DI-TSA-DP, CIUSSS Mauricie-Centre du Québec

Annexe E : MISE À JOUR DU PROTOCOLE DE PRIORISATION POUR L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS ADULTES EN CAS EXTRÊME DE PANDÉMIE –Automne 2021

Contexte de la mise à jour

Au cours de l'hiver et du printemps 2021, le Comité national de priorisation de l'accès aux soins intensifs s'est réuni à de multiples reprises pour préciser les niveaux de coordination interétablissement, interrégional et national. Au cours de ses travaux, en considérant les nombreuses et différentes situations complexes qu'une priorisation de l'accès aux SI allait générer, un *Guide de priorisation et de coordination pour l'accès aux soins intensifs (adultes) en situation extrême de pandémie* (daté du 11 juin 2021) a été rédigé. Ce guide a remis en question certains éléments du Protocole de priorisation en visant à sauver le plus de personnes possible avec les ressources disponibles dans l'ensemble du réseau québécois de santé et de services sociaux.

Objectif de la démarche

Assurer la concordance du Protocole de priorisation pour l'accès aux soins intensifs (adultes) en contexte extrême de pandémie avec les principes de coordination nationale en visant à sauver le plus de personnes possible avec les ressources disponibles dans l'ensemble du réseau québécois de santé et de services sociaux.

Annexe F : Liste détaillée des soignants à prioriser en contexte de pandémie

Personnel soignant de la santé et des services sociaux	Milieus/secteurs *être en contact étroit avec les usagers ou *criticité du secteur	Sous milieux/secteurs
Employés Médecins Stagiaires Main-d'œuvre indépendante Personnel de partenaires qui portent main forte (Ex. de la Croix-Rouge canadienne, d'Ambulance Saint-Jean)	Hébergement pour aînés	Centre d'hébergement et longue durée (CHSLD) RI-RTF qui accueillent des aînés, RPA CHSLD publics, privés conventionnés et privés non conventionnés Sites hébergement non traditionnels et zones tampons Covid
Employés Médecins Stagiaires	Milieu hospitalier et cliniques spécialisées	Unités de soins, CDE, services cliniques qui soutiennent le fonctionnement essentiel des hôpitaux et services transversaux Ex. unités de chirurgie, médecine, soins palliatifs, obstétrique, oncologie, hémodialyse et autres unités qui donnent des soins Exemples : laboratoire biomédical, imagerie, pharmacie et autres services Exemples : inhalothérapie, réadaptations et autres services transversaux en milieu hospitalier et cliniques spécialisées.
Employés Médecins Stagiaires Main-d'œuvre indépendante du Programme d'allocation Chèque emploi-service Main-d'œuvre entreprise d'économie sociale Employés des résidences privées pour aînés	Services du soutien à domicile	Incluant déploiement en RPA

Personnel soignant de la santé et des services sociaux	Milieus/secteurs *être en contact étroit avec les usagers ou *criticité du secteur	Sous milieux/secteurs
Employés Médecins Stagiaires	Centres de réadaptation ou unités de réadaptation	Exemples : unités de réadaptation fonctionnelle intensives en déficience physique et santé physique, réadaptation modérée, résidences à assistance continue
Travailleurs du préhospitalier	Secteurs préhospitaliers	Ex. ambulance, avion-ambulance