

# Coronavirus COVID-19

## Guide de priorisation et de coordination pour l'accès aux soins intensifs (adultes) en situation extrême de pandémie

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

11 juin 2021

### Auteurs

Michel Lorange, éthicien clinique, CISSS de Laval

Marie-Eve Bouthillier, éthicienne clinique, Bureau de l'éthique clinique (UdeM) et CISSS de Laval, coprésidente du comité de priorisation à l'accès à un lit de soins intensifs

Dre Diane Poirier, directrice générale adjointe de la coordination réseau, MSSS, coprésidente du comité de priorisation à l'accès à un lit de soins intensifs et présidente du comité ministériel des soins critiques Covid-19

### Collaborateurs à la rédaction

Dre Virginie Bibeau, intensiviste, CHU de Québec

Dre Catherine Bonin, directrice adjointe médicale des services professionnels p.i., CISSS des Laurentides

Dr Joseph Dahine, intensiviste, CISSS de Laval

Dr Pierre Marsolais, intensiviste, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Dre Martine Montigny, directrice adjointe médicale à la direction des services professionnels, CISSS de Laval

Dr Philippe More, CISSS de la Montérégie-Centre

Ont participé aux discussions les membres du comité de priorisation pour l'accès à un lit de soins intensifs en situation extrême de pandémie

## Table des matières

Introduction .....	3
1. Le point de saturation des établissements approche : prériorisation .....	5
2. Initiation de l'étape 1 du protocole .....	6
2.1. Priorisation clinique du congé des SI (patients déjà aux SI) .....	7
2.2. Précisions sur le pronostic .....	8
2.3. À l'initiation de l'étape en vigueur, priorisation clinique d'admission aux SI (patients en attente d'être admis) pour les patients n'ayant aucun (0) diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape en vigueur .....	8
2.4. Fréquence d'évaluation et de mise à jour des formulaires des patients (admis aux SI ou qui pourraient potentiellement demander une admission) .....	9
2.5. Procédure de priorisation lors de nouvelles demandes d'admission aux SI (valable pour les étapes 1 et 2) .....	9
2.6. Processus de demande de transfert interétablissements ou interrégional .....	10
2.7. Aux étapes 1 et 2, priorisation des patients lors d'un afflux local .....	11
2.8. Indicateur de changement d'étape .....	12
3. Passage à l'étape 2 .....	13
3.1. Préparation du passage à l'étape 2 .....	13
3.2. Passage à l'étape 2 .....	14
4. Passage à l'étape 3 .....	15
4.1. Préparation du passage à l'étape 3 .....	15
4.2. Passage à l'étape 3 .....	16
4.3. Procédure de priorisation lors de nouvelles demandes d'admission aux SI à l'étape 3 .....	17
4.3.1. À L'ÉTAPE 3 SEULEMENT : Procédure d'application des règles de décision en cas d'égalité clinique .....	17
4.3.2. Définition de « soignant » dans la perspective de la priorisation .....	21
5. Retour à l'étape 2 et 1 et arrêt de la priorisation .....	22
Annexe 1 : liste détaillée des soignants à prioriser en contexte de pandémie .....	23

## Introduction

En soutien à l'application de la section 4.1 *Processus de priorisation pour l'accès aux soins intensifs pour les adultes*, le présent guide vise :

- À préciser la méthodologie d'application de la priorisation clinique et des règles de décisions en cas d'égalité clinique pour l'accès aux soins intensifs (adultes) en contexte extrême de pandémie;
- À préciser le rôle des différents niveaux de coordination de la priorisation clinique;
- Une application la plus uniforme possible du protocole entre les différents trios, entre les établissements et entre les régions.

### **Logique globale de priorisation**

Dans la perspective de traiter le plus de personnes possibles 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 vigueur<sup>1</sup>; 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 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 jrs; 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, ventilation non invasive ou surveillance accrue) 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 en a la capacité;

---

<sup>1</sup> 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 risquent 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.

5. Si les demandes d'accès à un lit de SI excède 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 interétablissements (à convenir avec le comité exécutif de priorisation du MSSS).

Il est important d'insister sur le nécessaire soutien des patients et de leur famille tout autant que les soignants durant et après cette période de grande perturbation dans les façons de faire. Divers outils ont été développés à cette fin<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> <https://teams.microsoft.com/l/team/19%3a7e59e42eedba4785b0e3dbff2dd8b7cd%40thread.tacv2/conversations?groupId=da3d9470-f436-4615-a825-8ca7037aaaaea&tenantId=06e1fe28-5f8b-4075-bf6c-ae24be1a7992>

## 1. Le point de saturation des établissements approche : prépriorisation

Lorsque les lits de SI approchent 150 % de la capacité régulière, la prépriorisation doit débuter avec l'accord du Comité exécutif de priorisation. Le seuil de déclenchement peut varier selon les ressources humaines disponibles localement et doit alors être discuté avec le Comité exécutif de priorisation du MSSS.

Comité exécutif de priorisation (coordination nationale)	Trio de priorisation	Gestion des ressources du CISSS/CIUSSS (DSP, gestion des lits, etc.)	COOLSI
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avis du MSSS aux établissements que la prépriorisation est lancée et qu'il faut optimiser l'utilisation des ressources et des lits</li> <li>• Consignes au COOLSI pour les transferts interétablissements et interrégionaux et autres consignes en lien avec les transferts</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en tension des trios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire compléter les formulaires pour tous les patients qui reçoivent des SI et tous ceux qui pourraient demander une admission aux soins intensifs</li> <li>• Maximisation de l'efficacité de toutes les ressources pour retarder l'application du protocole pour :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Éviter le recours à l'hospitalisation</li> <li>○ Revoir l'organisation du travail, voir au délestage d'activités et de ressources et à la réaffectation médicale et professionnelle (revue des tâches)</li> <li>○ Prévoir des unités de soins pour relocaliser les cas de « soins intermédiaires » et augmenter la surcapacité en soins critiques</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si débordement local, répartition des patients entre établissements et entre régions selon les consignes du Comité exécutif de priorisation</li> </ul>

Lorsque les formulaires sont remplis, si un patient a un critère défavorable, il est important de cocher ce même critère pour les étapes subséquentes. Un patient qui présenterait un critère défavorable de l'étape 2 a donc  $\geq 50\%$  de risque de mortalité présenté par le fait même  $\geq 30\%$  de risque de mortalité, donc le même critère de l'étape 3 doit être coché. Cette cohérence est nécessaire afin d'évaluer le nombre de lits qui pourraient potentiellement se libérer à chaque étape du processus.

## 2. Initiation de l'étape 1 du protocole

Comité exécutif de priorisation (coordination nationale)	Trio de priorisation	Gestion des ressources du CISSS/CIUSSS (DSP, gestion des lits, etc.)	COOLSI
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déclenchement de l'étape 1 (info aux DSP)</li> <li>• Consignes au COOLSI pour les transferts interétablissements et interrégionaux et autres consignes en lien avec les transferts</li> <li>• Consignes aux DSP concernés pour les transferts vers d'autres CH</li> <li>• Évaluation des fichiers de priorisation des trios déposés dans le SharePoint</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Donner l'indication aux équipes traitantes de donner congé des SI aux patients qui présentent au moins un diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 1 si des demandes d'admission sont faites</li> <li>• Tenter d'admettre aux SI tous les patients qui ne présentent pas de critères défavorables de l'étape 1</li> <li>• Ne pas retirer un patient des SI pour en admettre un autre ayant les mêmes pronostics et mêmes risques de sevrage ventilatoire prolongé</li> <li>• Ajouter à la liste de priorisation les patients transférés par le COOLSI (si la capacité est présente localement)</li> <li>• Signaler au DSP les patients priorités qui n'ont pas de place aux SI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offrir des soins alternatifs appropriés aux patients qui ont congé des SI</li> <li>• Aviser les médecins traitant des patients qui sont non priorités ou auront congé pour une discussion avec le patient et la famille et offrir le soutien requis</li> <li>• DSP signale au Comité exécutif de priorisation le nombre de lits pouvant se libérer par des patients présentant des critères défavorables</li> <li>• DSP signale au Comité exécutif de priorisation que des patients priorités n'ont pas de place au niveau local</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si débordement local, répartition des patients entre établissements et entre régions selon les consignes du Comité exécutif de priorisation</li> </ul>

## 2.1. Priorisation clinique du congé des SI (patients déjà aux SI)<sup>3</sup>

Aux étapes 1 et 2, **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 jrs OU qui présentent une détérioration substantielle (avec chances de réversibilité faibles ou nulles) de leur état clinique.

**À l'étape 3 seulement**, s'il y a égalité des critères cliniques 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**. S'il y a égalité clinique (pronostics égaux) pour le congé, utiliser les règles de décision.

Lors d'un changement d'étape (valable pour l'initiation de l'étape 1 et pour le passage aux étapes 2 et 3), et qu'un ou des patients présentant un critère défavorable de la nouvelle étape doivent avoir congé pour libérer des lits de SI, il est préférable que ce ou ces congés se planifient, mais ne se réalisent que lorsque le lit est requis. Comme le changement d'étape se fera nationalement, il est possible qu'un établissement n'ait pas de demande d'admission aux SI et que des patients déjà admis aient leur congé des SI. Il faut attendre d'avoir une demande d'admission avant de donner congé à un tel patient, que la demande soit de l'interne ou par le COOLSI. Cet intervalle peut donner le temps de contacter la famille et d'aborder les limites des interventions dans le contexte actuel.

Si plus d'un patient pourrait avoir congé des SI (à pour l'initiation de l'étape 1 et lors du passage aux étapes 2 ou 3), et qu'un seul lit est requis pour admettre un nouveau patient, donner congé au patient ayant le moins bon pronostic. Si plus d'un patient a un pronostic comparable, utiliser les règles de décision pour le congé.

---

<sup>3</sup> 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. Ceci permet de ne pas défavoriser indûment une personne dont les soins continuent d'être bénéfiques et proportionnés.

## 2.2. Précisions sur le pronostic

Les critères 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 le trio sur la base des données du formulaire. Quand les critères décrits dans le formulaire ne peuvent discriminer quel patient sera admis ou quel patient aura congé, le/les médecins traitants doivent alors utiliser leur jugement clinique pour identifier quel ou quels patients a/ont les meilleures chances de survie. Si deux ou plusieurs patients sont à égalité clinique (pronostics comparables), les règles de décision en cas d'égalité clinique peuvent être utilisés pour déterminer quel patient sera admis aux SI lors de la 3<sup>e</sup> étape du protocole de priorisation (voir section 4.3.1) ou lors d'un afflux local de patients (section 2.7).

## 2.3. À l'initiation de l'étape en vigueur, priorisation clinique d'admission aux SI (patients en attente d'être admis) pour les patients n'ayant aucun (0) diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape en vigueur

### **Principes généraux :**

- **Aux étapes 1 et 2, tous les patients qui ne présentent pas de critère défavorable de l'étape en vigueur devraient être admis;**
- **Les patients priorisés qui n'auraient alors pas accès localement à un lit de SI doivent être signalés par le DSP au Comité exécutif de priorisation du MSSS qui donne la consigne au COOLSI de faire un transfert vers un autre établissement;**
  - **Le choix, par l'établissement, des patients à transférer doit se faire en considérant que les transferts demanderont du temps à organiser (choix des patients et soins à offrir en attendant le transfert); il y aura possiblement des patients admissibles à l'USI qui patienteront et devront plutôt recevoir rapidement des soins alternatifs ou de confort;**
  - **Pour les établissements ayant une unité de SI et sauf pour les cas dépassant le niveau d'expertise de l'USI, le premier choix pour transférer des patients est d'abord ceux qui sont admis et stables, car ces transferts seront moins à risque pour le patient et nécessiteront moins de ressources professionnelles d'accompagnement;**
  - **Avant de faire ce choix de patient, chaque patient demandant une admission aux SI doit être évalué pour s'assurer qu'aucune autre forme de traitement ne peut être offerte qui serait cliniquement acceptable afin de tenter de traiter le plus grand nombre de patients sans transfert;**
- **Si le COOLSI ne peut transférer des patients vers aucun autre centre hospitalier (patients stables ou patients en état critique), alors un changement d'étape national doit être considéré;**
- **Malgré le besoin de prioriser les patients, l'objectif demeure de traiter le plus grand nombre possible.**



## EN TOUTES CIRCONSTANCES

- Pour un patient qui ne serait pas admis aux SI dû à sa condition clinique;
  - Des soins alternatifs lui seront alors offerts;
  - Le formulaire n'est pas mis à jour quotidiennement;
  - Le trio peut enlever cette demande de sa liste;
- Pour un patient qui ne serait pas admis aux SI dû au manque de lits;
  - Un traitement optimal sur une autre unité de soins est instauré par les équipes traitantes (ou l'établissement) selon les moyens disponibles pour soigner au mieux cette personne;
  - Le Comité exécutif de priorisation du MSSS est interpellé pour donner la consigne au COOLSI pour transférer ce patient vers un autre établissement ou transférer un patient stable afin de libérer un lit;
  - Le formulaire est mis à jour régulièrement, car un lit pourrait devenir disponible et ce patient admis.

Ce ne sera seulement qu'à l'étape 3 que les règles de décision en cas d'égalité seront utilisées et qu'une liste d'attente de patients respectant les critères d'admission sera créée.

### 2.4. Fréquence d'évaluation et de mise à jour des formulaires des patients (admis aux SI ou qui pourraient potentiellement demander une admission)

La mise à jour des formulaires des patients devrait se faire :

- Pour un patient en attente d'admission aux SI, mettre à jour le formulaire et le transmettre au trio si :
  - (a) Sa situation change positivement ou négativement; OU
  - (b) Un paramètre clinique change; OU
- Pour un patient déjà admis aux SI, mettre à jour le formulaire et le transmettre au trio au même rythme que les réévaluations aux SI, soit chaque jour si possible ou au minimum lorsque sa condition change négativement.

### 2.5. Procédure de priorisation lors de nouvelles demandes d'admission aux SI (valable pour les étapes 1 et 2)

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 modalités de la section 2.1 (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;
  - S'il y a égalité clinique pour le congé, utiliser les règles de décision.
- 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, ventilation non invasive ou surveillance accrue);
  - Voir avec le Comité exécutif de priorisation du MSSS 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 on doit changer d'étape pour ne pas avoir de patients respectant les critères de l'étape en vigueur en attente sauf si on croit pouvoir admettre bientôt ces patients.

## 2.6. Processus de demande de transfert interétablissements ou interrégional

- L'établissement fait appel au Comité exécutif de priorisation du MSSS pour transférer des patients vers un autre établissement lorsqu'il ne peut admettre tous les patients requérant l'accès aux SI et respectant les critères de l'étape en vigueur;
  - Le choix, par l'établissement, des patients à transférer doit se faire en considérant que les transferts demanderont du temps à organiser (obligeant un choix des patients à admettre; il y aura nécessairement des patients admissibles à l'USI qui patienteront et recevront des soins optimaux appropriés à leur condition selon les ressources disponibles;
  - Lorsque les demandes dépassent la capacité de lits de SI, le transfert des patients les plus stables devraient être favorisés, car ces transferts seront moins à risque pour le patient et nécessiteront moins de ressources professionnelles d'accompagnement;
- Le Comité exécutif de priorisation du MSSS vise l'équilibre interétablissements et interrégional entre les demandes d'accès aux SI et les ressources disponibles; le comité exécutif de priorisation du MSSS est présidé par la coordination réseau du MSSS et ses deux principales responsabilités sont :
  1. Donner les orientations dans la répartition des patients et donner les consignes au COOLSI de transfert interétablissements et interrégional dans une recherche d'équilibre entre la demande et l'offre;
  2. Ordonner un changement d'étape lorsque le réseau ne pourra plus absorber les nouvelles demandes d'accès aux SI; le changement d'étape vise à assurer l'équité dans l'application des critères de priorisation par l'ensemble des établissements;

- Le COOLSI suit les consignes du MSSS en se basant sur deux niveaux d'information :
  - La disponibilité des lits via le tableau de bord du COOLSI et les avis du MSSS (coordination ministérielle);
  - La comptabilisation des lits de SI qui pourraient potentiellement se libérer avec un changement d'étape (obtenu par le décompte des patients qui présentent des critères cliniques défavorables de l'étape suivante); des discussions auront alors lieu avec la coordination ministérielle;
- Le Comité exécutif de priorisation du MSSS sera constitué des DGA de la DGACR, de la DGAUMIP (volet hospitalier et urgences), de la DGPPFC, de la DGCRMAI, d'éthiciens, et d'intensivistes dont au moins un provient de la pédiatrie.

## 2.7. 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 utilisés 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 sont 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.

## 2.8. Indicateur de changement d'étape

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.

### 3. Passage à l'étape 2

#### 3.1. Préparation du passage à l'étape 2

Comité exécutif de priorisation (coordination nationale)	Trio de priorisation	Gestion des ressources du CISSS/CIUSSS (DSP, gestion des lits, etc.)	COOLSI
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ordre de préparation du passage à l'étape 2</li> <li>• Équilibrage de l'offre et de la demande et coordination interétablissements et interrégionale</li> <li>• Consignes au COOLSI pour les transferts interétablissements et interrégionaux et autres consignes en lien avec les transferts</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Constat que des patients respectant les critères de l'étape en vigueur ne sont pas admis</u></li> <li>• Demande au DSP et aux intensivistes si des lits peuvent se libérer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évalue des congés des SI vers d'autres unités de soins (par exemple, pour de la ventilation non invasive ou surveillance accrue)</li> <li>• DSP interpelle le COOLSI pour un transfert des patients stables vers des établissements pouvant les accueillir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si débordement local, répartition des patients entre établissements et entre régions, selon les consignes du Comité exécutif de priorisation</li> <li>• Transfert des patients stables ou en état critique selon les indications du Comité exécutif de priorisation</li> </ul>

### 3.2. Passage à l'étape 2

**Principe général** : tous les efforts doivent être tentés pour traiter tous les patients ne présentant pas de critère défavorable de l'étape en vigueur avec les ressources de l'ensemble du réseau.

Comité exécutif de priorisation (coordination nationale)	Trio de priorisation	Gestion des ressources du CISSS/CIUSSS (DSP, gestion des lits, etc.)	COOLSI
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déclenchement de l'étape 2 (info aux DSP)</li> <li>• Coordination interétablissements et interrégionale</li> <li>• Consignes au COOLSI pour les transferts interrégionaux et autres consignes en lien avec les transports</li> <li>• Évaluation des fichiers de priorisation des trios déposés dans le Sharepoint</li> <li>• Consignes aux DSP concernés pour les transferts vers d'autres CH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considérant que les formulaires sont à jour (voir section 2.3 mise à jour des formulaires)               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lorsqu'un lit est requis, donner l'indication aux équipes traitantes de donner congé aux patients qui présentent 1 diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape en vigueur OU aucune amélioration après 21 jours OU qui présentent une détérioration substantielle de leur état clinique</li> <li>○ Coordonne avec DSP et intensivistes pour libérer des lits</li> <li>○ Prioriser les patients qui respectent les critères de l'étape 2 pour l'accès aux SI</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aviser les médecins traitant des patients qui sont non priorités ou auront congé pour une discussion avec le patient et la famille et offrir le soutien requis</li> <li>• Voir si des patients aux SI pourraient se voir offrir d'autres formes de ventilation hors des SI</li> <li>• Signaler au Comité exécutif de priorisation le nombre de lits pouvant se libérer par des patients présentant des critères défavorables et donner ces congés si des demandes d'admission sont faites</li> <li>• Si débordement local, voir avec le Comité exécutif de priorisation si des patients pourraient être transférés vers un autre établissement (patients admis et stables ou patients qui ont besoin d'être admis)</li> <li>• Signaler au Comité exécutif de priorisation les patients priorités qui n'ont pas de place au niveau local</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si débordement local, répartition des patients entre établissements et entre régions, selon les consignes du Comité exécutif de priorisation</li> </ul>

## 4. Passage à l'étape 3

### 4.1. Préparation du passage à l'étape 3

Comité exécutif de priorisation (coordination nationale)	Trio de priorisation	Gestion des ressources du CISSS/CIUSSS (DSP, gestion des lits, etc.)	COOLSI
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ordre de préparation du passage à l'étape 3</li><li>• Équilibrage de l'offre et de la demande et coordination interétablissements et interrégionale</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Constat que des patients respectant les critères de l'étape en vigueur ne sont pas admis</u></li><li>• Demande au DSP et aux intensivistes si des lits peuvent se libérer</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Évalue des congés des SI vers d'autres unités de soins (par exemple, pour de la ventilation non invasive ou surveillance accrue)</li><li>• DSP interpelle le Comité exécutif de priorisation pour un transfert des patients admis et stables vers des établissements pouvant les accueillir</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si débordement local, répartition des patients entre établissements et entre régions, selon les consignes du Comité exécutif de priorisation</li></ul>

## 4.2. Passage à l'étape 3

Comité exécutif de priorisation (coordination nationale)	Trio de priorisation	Gestion des ressources du CISSS/CIUSSS (DSP, gestion des lits, etc.)	COOLSI
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déclenchement de l'étape 3 (info aux DSP)</li> <li>• Coordination interétablissements et interrégionale</li> <li>• Consignes au COOLSI pour les transferts interrégionaux et autres consignes en lien avec les transports</li> <li>• Évaluation des fichiers de priorisation des trios déposés dans le Sharepoint</li> <li>• Consignes aux DSP concernés pour les transferts vers d'autres CH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considérant que les formulaires sont à jour (voir section 3.2 mise à jour des formulaires)               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lorsqu'un lit est requis, donner l'indication aux équipes traitantes de donner congé aux patients qui présentent 1 diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape en vigueur OU aucune amélioration après 21 jours OU qui présentent une détérioration substantielle de leur état clinique</li> <li>○ Établir les priorités de congé en fonction du pronostic clinique et des risques de sevrage ventilatoire prolongé. S'il y a égalité clinique, utiliser les règles de décision.</li> <li>○ Coordonne avec DSP et intensivistes pour libérer des lits</li> <li>○ Prioriser les patients qui respectent les critères de l'étape 3 pour l'accès aux SI</li> <li>○ Appliquer les règles de décision en cas d'égalité clinique (cycle de vie, personnel soignant et randomisation, voir section 5.3)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aviser les médecins traitants des patients qui sont non priorisés ou auront congé pour une discussion avec le patient et la famille et offrir le soutien requis</li> <li>• Voir si des patients aux SI peuvent recevoir des soins comparables sur d'autres unités de soins (par exemple, ventilation non invasive ou surveillance accrue)</li> <li>• Signaler au Comité exécutif de priorisation le nombre de lits pouvant se libérer par des patients présentant des critères défavorables et donner ces congés si des demandes d'admission sont faites</li> <li>• Si débordement local, voir avec le Comité exécutif de priorisation si des patients pourraient être transférés vers un autre établissement (patients admis et stables qui ou patients qui besoin d'être admis)</li> <li>• Signaler au Comité exécutif de priorisation les patients priorisés qui n'ont pas de place au niveau local</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si débordement local, répartition des patients entre établissements et entre régions, selon les consignes du Comité exécutif de priorisation</li> </ul>



### 4.3. Procédure de priorisation lors de nouvelles demandes d'admission aux SI à l'étape 3

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 modalités de la section 2.1 (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);
- Si un ou des congés ne sont pas possibles ou si le nombre de lits libérés ne suffit pas pour répondre à la demande :
  - Voir si des patients aux SI peuvent recevoir des soins comparables sur d'autres unités de soins (par exemple, ventilation non invasive ou surveillance accrue);
  - Voir avec le Comité exécutif de priorisation du MSSS si le COOLSI pourrait transférer des patients vers un autre établissement (patients stables ou patients qui ont besoin d'être admis);
- Appliquer les règles de décision en cas d'égalité clinique (section 4.3.1).

#### 4.3.1. À L'ÉTAPE 3 SEULEMENT : Procédure d'application des règles de décision en cas d'égalité clinique

##### **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<sup>e</sup> plus jeune et l'associer au groupe A et le 2<sup>e</sup> 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.;<sup>4</sup>
- Un soignant aura la priorité de sa cohorte (voir la définition à la section 4.3.2);

---

<sup>4</sup> 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.

- 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 au trio; 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 le trio 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); cette fonction 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	15691	77	Non		423	C-3
1456	0	0	0	17798	70	Non		135	C-2
4522	0	0	0	18918	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			DDN	Âge	Personnel soignant (oui/non)	Commentaires	Nombre aléatoire (1 à 1000)	Étiquette
	Étape1	Étape 2	Étape 3						
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	15691	77	Non		423	C-3
1456	0	0	0	17798	70	Non		135	C-2
4522	0	0	0	18918	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	<del>B-12</del> 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	<del>B-13</del> B-14
9982	0	0	0	1968-03-29	52	Non		913	<del>B-15</del> B-16
4622	0	0	0	1969-04-12	51	Non		799	B-12
9882	0	0	0	1968-03-29	51	Non		899	<del>B-14</del> B-15

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)			
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	<del>B-16</del> 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 le trio, 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.

#### 4.3.2. Définition de « soignant » dans la perspective de la priorisation

Le soignant priorisé dans le cadre de la pandémie est le 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'infection devraient en retour bénéficier prioritairement en cas d'égalité clinique. Cet argumentaire est basé sur le principe de réciprocité ou de quiproquo 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). L'annexe 1 présente une liste détaillée des soignants à prioriser en contexte de pandémie.

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

Lorsque la pression sur la demande de lits aux SI commence à diminuer, les formulaires doivent être mis à jour quotidiennement pour tout patient non admis, car c'est un retour à la normale qui se prépare, où on essaiera de soigner à nouveau tous les patients nécessitant des soins intensifs pour qui une admission est appropriée.

Comité exécutif de priorisation (coordination nationale)	Trio de priorisation	Gestion des ressources du CISSS/CIUSSS (DSP, gestion des lits, etc.)	COOLSI
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ordre de passage à l'étape 2 (ou à l'étape 1)</li><li>• Coordination interétablissements et interrégionale</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Évalue les patients admis et les patients en attente d'admission</li><li>• Évalue la demande de soins en fonction de la disponibilité</li><li>• Priorise en fonction des meilleures chances de survie jusqu'à l'arrêt de la priorisation</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Considérer le rapatriement des patients qui ont été transférés</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si débordement local, répartition des patients entre établissements et entre régions, selon les consignes du Comité exécutif de priorisation</li></ul>

## Annexe 1 : liste détaillée des soignants à prioriser en contexte de pandémie

<b>Personnel soignant de la santé et des services sociaux</b>	<b>Milieus/secteurs *être en contact étroit avec les usagers ou *criticité du secteur</b>	<b>Sous milieux/secteurs</b>
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
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