

GUIDE POUR LA PRIORISATION ET LA GESTION DES HOSPITALISATIONS EN COURTE DURÉE EN CONTEXTE DE PANDÉMIE DE COVID-19

Pour Dre Lucie Opatrny, sous-ministre adjointe
Direction générale des affaires universitaires, médicales,
infirmières et pharmaceutiques

Mandat octroyé par Dre Lucie Opatrny, sous-ministre adjointe, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques, présidente du Comité directeur clinique COVID-19

Membres du groupe de travail (ordre alphabétique)¹

Sylvain Bédard, patient-partenaire

Pascal Bellemare

Dre Marie-Pier Boucher, MD FRCPC, urgentologue, CISSS Chaudière-Appalaches

Marie-Eve Bouthillier, Ph.D., mandataire, présidente du Comité éthique Covid-19 et professeure adjointe de clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal

Dr Julien Clément, CHU de Québec – Université Laval

Annie Descôteaux, responsable, Bureau du Patient Partenaire, Faculté de médecine de l'Université de Montréal

Dre Danielle Daoust

Renée Descôteaux, DSI, CHUM

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

Dr Hoang Duong, président de l'Association des spécialistes en médecine interne du Québec

Isabelle Ganache, éthicienne, professeure adjointe de clinique, Université de Montréal et INESSS

Catherine Olivier, éthicienne, professeure adjointe de clinique, Université de Montréal et INESSS

Dr Charles-Langis Francoeur

Dre Shannon Fraser, CIUSSS CODI

Dre Emmanuelle Jourdenais, médecin d'urgence au CHUM, médecin-conseil équipe STAT DSUF MSSS

Annie Lafrenière

Nathalie Labrecque, directrice des services hospitaliers, MSSS

Dr Daniel Lefrançois, IUCPQ

Dr Serge Legault, FMSQ

Dre Marianne Lemay, directrice des services professionnels par intérim, CIUSSS MCQ

Annie Liv, stagiaire en éthique clinique

Michel Lorange, éthicien clinique et organisationnel, CISSS de Laval

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

Dr Mathieu Moreau, médecin de famille en médecine palliative, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Véronique Paradis, inf. MSc inf, conseillère exécutive DGASHMPC, MSSS

Dre Lucie Poitras, MSSS

Dr Olivier Roy, Chef du département de médecine d'urgence, CIUSSS MCQ

Dre Marissa Tardif, stagiaire en éthique clinique

Rédaction

Marie-Eve Bouthillier, Ph.D., éthicienne, mandataire, présidente Comité éthique COVID-19

Michel Lorange, Ph.D., M.Sc., éthicien clinique et organisationnel, CISSS de Laval

¹ Les conclusions et les recommandations de ce document ne reflètent pas forcément les positions des organisations auxquelles sont rattachées les personnes réunies aux fins de son élaboration.

Table des matières

Préambule.....	4
Réflexions éthiques qui sous-tendent le guide.....	5
Axes d'interventions organisationnelles et cliniques (perspective de 4 à 6 semaines).....	8
1. Changer de perspective de contrôle de la pandémie (de l'objectif d'un risque zéro à celui d'une réduction des méfaits) : ne plus mettre tous les efforts pour freiner son entrée, mais plutôt composer avec les contraintes qu'elle engendre et en tirer le maximum de possibilités.....	8
2. S'assurer, en continu, de la pertinence de l'hospitalisation (entrées, séjours, sorties).....	8
3. Soigner hors de l'hôpital, quand les patients n'ont pas ou plus besoin de surveillance clinique ou des soins qui ne peuvent être donnés hors de l'hôpital, en intervenant en première ligne	9
4. Assurer la sécurité et redéfinir la qualité minimale des soins en contexte de pandémie dans la perspective de soigner le plus de personnes à intensité plus basse plutôt que de soigner moins de personnes à qualité optimale	11
Gestion des cas et organisation des services.....	12
Composition des équipes de gestion des admissions (à l'urgence) et des séjours/congés (à l'hospitalisation).....	12
Objectifs et fonctions des équipes.....	12
Communication avec le patient et ses proches	14
Indicateurs de résultats	14
Rôle de la/du directrice/eur des services professionnels, de la directrice des soins infirmiers et des directions cliniques.....	15
Implication des 4 axes sur la responsabilité professionnelle	16
Implication des 4 axes sur l'ensemble des ressources du réseau	17
Impliquer la population dans l'adaptation des soins et services à la pandémie.....	18
Autres questions éthiques.....	18
Annexe : Outils de priorisation	19

Préambule

Il est anticipé que le pic de la 5^e vague arrive dans les deux prochaines semaines et que les besoins diminuent par la suite. Les prévisions récentes concernant le nombre de patients qui pourraient alors être hospitalisés, que ce soit sur les unités de soins ou aux soins intensifs, montrent que les capacités du réseau québécois de la santé et des services sociaux pourraient être dépassées. Dans la perspective de réduire les méfaits de cette vague, le présent guide propose 4 axes d'intervention à appliquer par l'ensemble des CISSS/CIUSSS et CHU pour la clientèle adulte. L'implication des services ou CHU pédiatriques ou spécialisés en santé mentale n'est pas abordée dans ce document.

Par équité, il est primordial que l'ensemble des 4 axes soit appliqué immédiatement dans tout le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) québécois afin de maximiser les ressources et tenter le plus possible d'équilibrer la pression de la demande à travers la province. Un établissement ne peut choisir un axe plutôt qu'un autre. C'est l'application de l'ensemble des axes qui permettra d'atteindre un équilibre dans un contexte d'exception. Les pistes d'intervention qui accompagnent chaque axe peuvent être modulées selon la réalité locale de chaque établissement. Des personnes ont un plus grand risque de se retrouver sans soins essentiels à leur survie lors de la 5^e vague, car le grand manque de ressources humaines a un impact direct sur le nombre de lits disponibles dans le RSSS, et donc un risque anticipé de morbidité et de mortalité accru. Les 4 axes visent à réduire ces risques de morbidité ou de mortalité globale due à cette 5^e vague. Si un établissement est moins touché qu'un autre, il doit quand même appliquer ces axes pour permettre de soutenir un établissement voisin subissant beaucoup plus de pression.

L'horizon anticipé d'application des 4 axes est de 4 à 6 semaines (ou même plus tôt) et le début de l'application doit se faire dès la réception du présent guide.

Un des principaux enjeux dans l'application des 4 axes d'intervention est la cohésion à l'intérieur de l'établissement afin de soigner le maximum de personnes avec les ressources disponibles. À cet effet, des équipes de gestion des admissions et des séjours/congés sont mises sur pied pour orienter les patients au bon endroit afin d'éviter ou minimiser la durée des hospitalisations autant que possible et de favoriser les sorties précoces des patients hospitalisés. La mobilisation de l'ensemble des professionnels, particulièrement les médecins et les infirmières, est primordiale pour redéfinir, le temps de la crise, la qualité minimale des soins à offrir pour soigner le plus grand nombre. Cette redéfinition touche la responsabilité professionnelle abordée à la section « Implication des 4 axes sur la responsabilité professionnelle ». Face à cet enjeu majeur, les différents conseils professionnels de l'établissement (CMDP, CII, CM) doivent être mis à profit pour contribuer à la définition temporaire de la qualité minimale d'une part, mais aussi soutenir leurs membres et la redéfinition de leur rôle dans ce contexte de crise.

La cohésion interétablissements est aussi un enjeu majeur afin d'assurer l'équité d'accès aux soins pour l'ensemble de la population, quelle que soit la situation particulière d'un établissement. Ce ne sera qu'en appliquant les 4 axes d'intervention dans tous les établissements que l'équité provinciale sera assurée.

Si les pires projections se réalisent, un grand nombre de personnes ne pourront être traitées et se verront offrir des soins palliatifs. Lorsque les soins palliatifs sont conséquents d'une priorisation, ils doivent être aussi priorisés en matière de disponibilité des ressources afin de préserver la dignité de ces personnes en fin de vie. Certains professionnels expérimentés en soins palliatifs pourraient être mis à profit pour assurer

que l'organisation des soins palliatifs à domicile et en milieu alternatif, avec la collaboration des familles, soit adéquate alors que la capacité à offrir du volume de soins devient névralgique. Mourir dans la dignité ne devrait pas être une option particulièrement en situation de crise.²

Les membres du groupe de travail ont longuement discuté de la question de l'accès aux soins et services pour les personnes non vaccinées. Par souci de concision, cette réflexion n'est pas abordée ici. Elle fait l'objet d'un document séparé³.

Réflexions éthiques qui sous-tendent le guide⁴

Principe	Description
<p>Réduction des risques ajustée</p> <p><i>Ressources axées sur les objectifs les plus immédiats et les plus réalistes du patient</i></p>	<p>Visé à réduire les préjudices autant que possible sans nécessairement éliminer complètement les risques. Les préjudices peuvent être liés à la santé, au statut socio-économique ou à tout autre facteur affectant les individus ou les populations de patients. Les ressources sont concentrées sur les enjeux prioritaires afin de préserver la sécurité des patients et d'atteindre les objectifs les plus immédiats et les plus réalistes des patients, lorsque les prestataires valorisent, soignent, respectent et honorent les patients en tant qu'individus. Pour ce faire, il faut procéder à une évaluation conforme aux principes directeurs du présent cadre, qui prend en compte de manière pragmatique les avantages et les inconvénients pour les individus, ainsi que les alternatives disponibles pour soulager la douleur et la souffrance.</p>
<p>Sécurité et autonomie et partenariat patient</p> <p><i>Donner aux patients/soignants les moyens de prendre les bonnes décisions en matière de soins pour eux-mêmes dans le contexte actuel, et de participer aux solutions.</i></p>	<p>L'autonomie du patient peut être limitée pendant une pandémie, notamment lorsque l'accès aux soins diminue ou que les plans de traitement sont retardés. Lorsque l'accès aux soins est restreint ou retardé, il est toujours possible de promouvoir l'autonomie et le partenariat de soin en communiquant de manière transparente avec les patients, en leur proposant des traitements alternatifs (en expliquant les risques/bénéfices des alternatives), en soutenant les soins palliatifs/la gestion des symptômes, en proposant aux patients un transfert vers d'autres centres/prestataires de soins, en organisant des conversations sur les objectifs des soins et en faisant participer les familles et les soignants à la prestation des soins, le cas échéant.</p>
<p>Bienfaisance/non-malfaisance</p> <p><i>Fournir le plus grand bénéfice et faire du mieux possible pour réduire les préjudices à tous les patients</i></p>	<p>La priorisation des patients et des populations pour les soins est basée sur les preuves, les critères et le jugement clinique, compte tenu du contexte actuel et de la capacité du système. Les décisions sont axées sur la détermination de la meilleure façon de procurer des avantages aux patients, tout en s'efforçant de réduire les préjudices à chaque fois que cela est possible, notamment en réduisant la morbidité et la mortalité. Par exemple, les risques liés à l'assouplissement des mesures PCI et le retour au travail des travailleurs de la santé infectés par le SRAS-Cov-2 peuvent être compensés par les avantages liés à la facilitation de l'accès aux</p>

² Inspiré de Vincent Dumez.

³ Mettre le nom du document sur le traitement des non-vaccinés et la référence ici.

⁴ Tableau reproduit, adapté et traduit de la Section II du document Hamilton Health Science, (2022), Framework for Developing and Implementing Modified Standards of Care during the COVID-19 Pandemic, Kathryn Morrison, Andrea Frolic, Julija Kelecevic, Office of Ethics – officeofethics@hhsc.ca (non publié), avec l'autorisation d'Andrea Frolic.

Principe	Description
	soins médicaux nécessaires. Dans le contexte où la pandémie cause une réduction importante de l'accès aux soins, la bienfaisance et la non-malfaisance pour un patient sont en tension avec la bienfaisance et la non-malfaisance pour la population.
Équité et cohérence <i>Créer l'équité en traitant les cas similaires de la même manière et en ne désavantagant pas les groupes déjà vulnérables.</i>	Les décisions sont prises au niveau du système afin de garantir que toutes les personnes appartenant aux mêmes catégories (par exemple, les niveaux de besoin, d'urgence ou de risque) soient traitées de la même manière, sauf s'il existe des différences pertinentes. Une attention particulière est accordée aux actions qui pourraient désavantager davantage les personnes déjà défavorisées ou vulnérables. Il faut pour cela tenir compte du temps passé sur les listes d'attente, des expériences d'annulations antérieures et de l'impact sur la qualité de vie. Les décideurs doivent s'efforcer de prendre en compte les intérêts entre les besoins des patients COVID-19 et ceux des patients qui ont besoin d'un traitement et de services urgents pour d'autres maladies et affections.
Fondé sur des preuves et agile <i>Prendre des décisions fondées sur les meilleures preuves disponibles, en reconnaissant que les preuves seront dynamiques et nécessiteront une application contextuelle.</i>	Dans la mesure du possible, on se référera aux critères établis par les organismes scientifiques (INSPQ, INESSS, etc.) et/ou les organisations professionnelles, bien qu'il puisse être nécessaire de les modifier en fonction des réalités du contexte en évolution. Les décisions relatives à d'autres normes de soins seront prises en consultation avec les principaux intervenants et en collaboration avec les équipes cliniques, en tenant compte des facteurs contextuels suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Les directives du MSSS; • Les programmes clientèle; • Le rôle et la mission de l'établissement; • Éclotions actuelles (dans l'établissement ou dans la communauté); • Mesures PCI; • Les critères de priorisation des cas; • Les listes d'attentes; • Taux de transmission dans la communauté/directions pour la santé publique; • Le nombre de lits disponibles en santé physique; • ÉPI (masques chirurgicaux, masques N95, blouses); • Pharmacie (pénurie de médicaments spécifiques); • Diagnostics et accès au plateau technique; • Ressources humaines (médecins, personnel infirmier, professionnels de la santé, personnel paramédical, etc.); • Espace physique et options de cohortes (c.-à-d. maintien de la distance physique entre les patients); • Besoin de ressources ambulatoires et d'espace clinique; • Ressources post-hospitalisation et options de sortie (réadaptation, soins à domicile, soins de longue durée, etc.); Dans la mesure du possible, des données locales doivent être collectées sur la manière dont les décisions sont prises et sur les résultats de ces décisions afin de contribuer à l'amélioration continue de la qualité et au respect des principes directeurs. Les décisions sont réexaminées et révisées au fur et à mesure de l'apparition de nouvelles preuves, et les parties prenantes ont la possibilité d'exprimer toute préoccupation concernant les décisions (par exemple, des mécanismes formels permettant de présenter de nouvelles informations pour faire appel ou soulever des

Principe	Description
	préoccupations concernant des décisions d'allocation particulières et pour résoudre les différends).
Innovation <i>Être aussi innovant que possible pour maximiser l'utilité des ressources disponibles.</i>	<p>S'il n'est pas possible de fournir les meilleures pratiques ou les normes de soins habituelles, on envisagera d'explorer d'autres options créatives pour fournir des soins appropriés, en accord avec les principes directeurs de ce document, telles que : l'implication des familles/aides-soignants dans les soins de base aux patients ; le déploiement de personnel autre pour fournir des soutiens logistiques sur place ; d'autres arrangements créatifs de cohortes pour maximiser le flux de patients ; le congé dans des environnements subaigus, délestage stratégique, etc. Se référer aussi aux positions des instances scientifiques et organisationnelles pertinentes, lorsque disponibles pour un tel contexte pandémique.</p>
Proportionnalité et utilité <i>Protéger les personnes contre les dangers dans l'optique de faire bénéficier au plus grand nombre et ne pas dépasser ce qui est nécessaire pour faire face au risque réel.</i>	<p>Les ressources sont allouées afin de réaliser le plus grand bien pour le plus grand nombre de personnes, en équilibre avec les autres principes. Les restrictions prises pour protéger les personnes contre les préjudices ne doivent pas dépasser ce qui est nécessaire pour faire face aux risques. Par exemple, les patients peuvent être légitimement protégés du risque d'infection en limitant l'accès à l'hôpital lorsque la COVID-19 est bien contrôlée en milieu hospitalier. Cependant, lorsque la transmission communautaire est très importante, empêcher les personnes d'entrer pour soutenir leur proche peut ne pas être proportionnel au risque de manquer de ressource pour s'occuper des patients.</p>
Réciprocité <i>Reconnaître les impacts sur le personnel, les médecins et les apprenants et offrir des possibilités d'engagement et de soutien réciproques.</i>	<p>Le système de santé doit assurer la sécurité des travailleurs de la santé et prendre des mesures pour répondre et minimiser les risques pour leur bien-être physique et psychologique. Cela peut se faire en fournissant aux travailleurs les équipements de protection individuelle (ÉPI), la formation, l'éducation, le leadership et les programmes de soutien appropriés, ainsi qu'une marge de manœuvre adéquate. Faire participer activement les travailleurs de la santé dans la résolution des problèmes est essentiel, car ceci permet des apprentissages, mais aussi stimulera leur engagement, leur sécurité et leur maintien en poste (rétention).</p>
Solidarité <i>Établir, préserver et renforcer la collaboration dans l'ensemble du système de santé.</i>	<p>La réaffectation des ressources humaines dans le domaine de la santé et la mise en œuvre de nouvelles normes réduites de soins pendant une pandémie nécessiteront une solidarité entre les travailleurs de la santé, les syndicats, les organisations, les unités de santé publique, les régions, les ordres professionnels et les différents niveaux de gouvernement. La solidarité exige une communication claire et directe et une collaboration ouverte au sein de ces parties prenantes et entre elles, afin de partager les informations et de coordonner la prestation des soins de santé.</p>
Transparence <i>Les décisions sont transparentes et communiquées aux parties prenantes appropriées.</i>	<p>Les décisions sont prises et communiquées selon un processus ouvert et transparent, qui permet aux parties prenantes concernées, y compris les patients/familles et le public, d'apprécier et de comprendre la justification des décisions d'allocation des ressources. Des justifications, fondées sur les valeurs et les principes du présent document, doivent accompagner ces communications. Cela favorise la confiance dans l'ensemble du système de santé.</p>

Axes d'interventions organisationnelles et cliniques (perspective de 4 à 6 semaines)

Quatre axes d'action sont soumis au RSSS. Chacun de ces axes doit être appliqué et adapté à la réalité locale. Pour chacun de ces axes, des pistes d'intervention sont identifiées. Rappelons que les 4 axes doivent être appliqués de manière synchrone et non séquentielle. Ces axes s'appliquent aux personnes requérant des services hospitaliers, que ce soit pour la COVID ou pour toute autre condition clinique.

- 1. Changer de perspective de contrôle de la pandémie (de l'objectif d'un risque zéro à celui d'une réduction des méfaits) : ne plus mettre tous les efforts pour freiner son entrée, mais plutôt composer avec les contraintes qu'elle engendre et en tirer le maximum de possibilités**
 - Laisser travailler tout le personnel qui peut donner des soins ou y contribuer, même les personnes infectées⁵, et rouvrir les lits fermés faute de personnel;
 - Revoir les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) pour qu'elles soient adaptées à la nouvelle réalité et moduler selon le risque⁶; : équilibre des moyens et des ressources en fonction de l'objectif visé;
 - Demander aux proches aidants de venir prendre soin 24 h/24 de leur proche à l'hôpital afin de permettre aux professionnels de la santé, au personnel soignant et au personnel de soutien d'accomplir les tâches plus spécialisées ou de consacrer plus de temps aux patients qui ne peuvent être soutenus par un proche aidant;
 - Les pratiques de prévention des infections doivent s'harmoniser à la réduction de l'intensité des soins et services⁷ et s'intégrer à la gestion de l'accès.
- 2. S'assurer, en continu, de la pertinence de l'hospitalisation (entrées, séjours, sorties)**
 - À l'entrée à l'hôpital de même que durant tout le séjour hospitalier le cas échéant, valider pour chaque patient les soins à donner à court terme et la pertinence d'une hospitalisation qui doit être en lien avec un besoin de surveillance clinique ou des soins qui ne peuvent être donnés à l'extérieur de l'hôpital;
 - L'utilisation d'algorithmes de triage déjà disponibles dans la plupart des spécialités est nécessaire, en les adaptant à la réalité locale et en adaptant les seuils pour tenir compte du manque de ressources;
 - Pour les cas de chirurgie élective ou semi-urgente, les personnes qui sont susceptibles d'être plus à risque pour eux-mêmes et/ou pour les autres (p. ex. des patients n'ayant reçu aucune dose de vaccin ou des personnes fragiles susceptibles de contracter la COVID-19 et de développer des symptômes graves et des conséquences graves), la chirurgie doit être retardée, car le milieu hospitalier présente pendant cette période de crise un plus grand risque pour eux-mêmes et pour les autres patients;

⁵ Bouthillier, M-E., et al. (2022). Considérations éthiques et pratiques du retour au travail des Travailleurs de la santé en isolement (infectés ou exposés au SRAS-Cov-2), document soumis à Dre Opatrny pour le Comité directeur clinique.

⁶ Ceci peut, par exemple, inclure l'arrêt des dépistages massifs pour les travailleurs asymptomatiques et l'arrêt du cohortage en unité dédiée pour les patients COVID asymptomatiques admis pour un autre diagnostic

⁷ Voir la section « Implication des 4 axes sur la responsabilité professionnelle »

- Idem pour les investigations non urgentes d'une suspicion de maladie chez les patients à risque élevé de contracter la COVID-19 et de la transmettre;
 - Planification du départ dès l'admission pour 100 % de la clientèle en collaboration avec la famille, le médecin traitant et les équipes de gestion des admissions et des séjours/congés;
 - Une fois le patient admis, valider chaque jour pour chaque patient les soins à donner à court terme et la pertinence d'une hospitalisation, en lien avec un besoin de surveillance clinique ou des soins qui ne peuvent être donnés à l'extérieur;
 - Abaisser les seuils pour les congés hospitaliers afin de libérer plus rapidement les lits;
 - Identifier un objectif de réduire par exemple de 48 h la durée moyenne de séjour;
 - Revoir les suivis systématiques déjà en place pour réduire les activités cliniques au minimum et réduire la durée de séjour;
 - Suivi téléphonique au patient, par une infirmière ou le médecin traitant (ou un autre médecin) après 48h pour les congés précoces.
- 3. Soigner hors de l'hôpital, quand les patients n'ont pas ou plus besoin de surveillance clinique ou des soins qui ne peuvent être donnés hors de l'hôpital, en intervenant en première ligne**
- Solutions alternatives aux hospitalisations pour des usagers en perte d'autonomie ou pour raisons sociales pour éviter les hospitalisations;
 - Maintenir et développer les équipes SAD et SIAD (augmenter les équipes);
 - Voir aussi à regrouper ces usagers dans un site non traditionnel afin d'améliorer l'efficacité de ces équipes;
 - Mettre à profit les proches aidants pour prendre soin de leur proche à la maison pour 4 à 6 semaines⁸;
 - Donner un congé précoce à domicile;
 - Pour les personnes qui auraient nécessité un hébergement alternatif, demander aux proches aidants de reprendre leur proche et d'attendre 4 à 6 semaines avant une admission en CHSLD ou en RI;
 - Dans ces conditions, une discussion ouverte avec les proches aidants est importante pour évaluer leur capacité à prendre soin de leur proche; un soutien aux proches aidants devrait être envisagé (ligne téléphonique, enseignement, etc.);
 - Quand le retour à domicile n'est pas possible :
 - Voir la possibilité d'ouvrir des lits dressés fermés, avec des ratios minimaux de personnel et la collaboration des familles, pour offrir le gîte et les soins minimaux;

⁸ Il est envisageable que ces proches aidants doivent s'absenter du travail. Le cas échéant, on pourrait rappeler aux médecins d'émettre des attestations d'arrêt de travail pour justifier leurs absences. Des démarches pourraient parallèlement être faites pour voir comment soutenir ces proches aidants.

- Ou faire appel aux hôtels pour offrir gîte, couvert et surveillance de base; avec lien vers les services professionnels offerts par le CISSS/CIUSSS;
 - Maintenir les équipes en cliniques ambulatoires spécialisées pour éviter le recours à l'hospitalisation;
 - Rediscuter précocement le NIM⁹ avec les patients en fin de vie et ne pas transférer à l'hôpital les patients qui auraient peu de chances de se sortir de la COVID-19 ou d'une autre condition de santé; prévoir en ambulatoire les soins les plus appropriés à leur état de santé et qui sont possibles en pleine crise; allouer des ressources aux équipes qui procurent des soins de fin de vie hors de l'hôpital;
- Accès hors hospitalier aux services médicaux et au plateau technique;
 - Les GMF annulent les rendez-vous électifs sauf ceux des clientèles chroniques avec signes de décompensation et offrent des plages pour recevoir des patients préalablement triés par voie téléphonique pour en assurer la pertinence;
 - Favoriser les suivis téléphoniques ou en cliniques externes de façon quotidienne pour ces patients (les suivis pourraient être assurés par les médecins dont les tâches cliniques ont été réduites en raison du délestage);
 - Impliquer le pharmacien communautaire pour le suivi régulier des traitements en cours et les ajustements de médication;
 - Diriger ces patients vers les services de prélèvements en externe au besoin;
 - Réaliser les investigations et les évaluations cliniques en externe :
 - Des plages de rendez-vous en GMF sont réservées aux P4 et P5 de l'urgence et autres priorités si possible;
 - Des plages de rendez-vous en clinique ambulatoire spécialisée sont réservées aux patients de l'urgence;
 - Offrir davantage de service en médecine de jour;
 - Des plages horaires sont réservées à l'ensemble des plateaux techniques pour la clientèle de l'urgence et hospitalière;
 - Donner accès aux plateaux techniques hors des hôpitaux (cliniques de radiologie, laboratoires, GMF, etc.);
- À défaut d'offrir des soins palliatifs dans des conditions adéquates, donner accès à des soins palliatifs de dernier recours pour répondre au grand volume de patients qui requerraient des soins de confort;
 - Voir la possibilité d'ouvrir des lits alternatifs avec des ratios de personnel réduits pour offrir le gîte et les soins avec la collaboration des familles pour prendre soin de ces patients; ces lits alternatifs peuvent être des dressés fermés, un hébergement dans une autre installation du réseau, à l'hôtel ou dans des structures alternatives;
 - Voir, avec l'équipe de soins palliatifs en établissement et à domicile, comment assurer des soins palliatifs avec des ressources limitées et avec la collaboration des familles, en respectant la dignité des personnes quand tous ne pourront être soignés;
 - Voir avec les proches la possibilité qu'ils accueillent le patient et leur donnent les soins de base à domicile et leur donner une formation dans

⁹ <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-395W.pdf>

l'administration des médicaments et la surveillance; les pharmaciens communautaires peuvent être impliqués pour l'ajustement des doses;

- Autant que possible, donner le choix et permettre au patient et à ses proches de décider du lieu d'hébergement (installation ou domicile).

4. Assurer la sécurité et redéfinir la qualité minimale des soins en contexte de pandémie dans la perspective de soigner le plus de personnes à intensité¹⁰ plus basse plutôt que de soigner moins de personnes à qualité optimale¹¹

- Assurer que toute activité non essentielle encore présente dans le RSSS et délestable soit délestée; ceci inclut activités des cliniques médicales privées, fertilité, CMS, GMF, etc.; les activités d'enseignement doivent être modulées à la réalité locale; il faut considérer que les étudiants peuvent être une main-d'œuvre consacrée à des actes non réservés et soutenir les professionnels dans leur travail;
- Utiliser tous les lits disponibles pour les patients COVID-19 ou non; ne pas garder des lits libres pour une clientèle ou une autre sauf pour certaines clientèles ayant des besoins particuliers (p. ex. les personnes immunosupprimées);
 - Garder une barrière minimale, soit ne pas mettre dans une même chambre des patients vaccinés et des patients non-vaccinés, de même que des patients infectés et non infectés;
- Créer des lits de soins intensifs temporaires au besoin (salle de réveil, etc.) si le besoin de lits de soins intensifs est plus grand en proportion que le besoin en lits d'hospitalisation en considérant les ressources humaines disponibles et les ratios de personnel requis;
- Revoir certaines pratiques médicales, comme la fréquence ou la pertinence de certains tests diagnostiques pour les patients hospitalisés ou pour donner un congé; favoriser plutôt le retour du patient en ambulatoire le lendemain du congé avec une plage de rendez-vous réservée;
 - La qualité minimale signifie, dans la perspective de soigner le plus de personnes avec le moins de ressources, redéfinir, pour chaque patient, la pertinence des soins en contexte de pandémie, de chaque acte clinique, leur caractère essentiel ou urgent, et décider du besoin d'une hospitalisation ou d'une redirection vers d'autres soins et services (voir matrice de priorisation en annexe);
- Abaisser les seuils pour les congés hospitaliers afin de tourner plus rapidement les lits;
- Poursuivre la priorisation des cas en chirurgie et tenter de maintenir le plus possible les chirurgies électives¹².

¹⁰ Intensité est entendu ici comme étant l'ensemble des soins requis par un usager en tenant compte de ses caractéristiques physiques, psychologiques, sociales, spirituelles et environnementales.

¹¹ L'annexe présente des outils de priorisation à utiliser quand un choix d'intensité de service doit être fait en mesurant l'impact de ce choix et les conséquences anticipées sur le patient.

¹² <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002935/?&date=ASC&annee=2021&critere=annee>

Gestion des cas et organisation des services

Composition des équipes de gestion des admissions (à l'urgence) et des séjours/congés (à l'hospitalisation)

Sous la responsabilité de la direction des services professionnels, les équipes de gestion des admissions et des séjours/congés sont composées de :

Équipe de gestion des admissions	Équipe de gestion des séjours/congés
Coordonnateur médical	Coordonnateur médical
Un membre de l'équipe multidisciplinaire	Coordonnateur de séjours/gestionnaire de lits
Travailleuse sociale, infirmière de liaison ou professionnel de la réadaptation	Un membre de l'équipe multidisciplinaire ou une infirmière de liaison
Patient-partenaire	Patient-partenaire
Éthicien ou gestionnaire	Éthicien ou gestionnaire

Dans certains établissements, une seule équipe peut remplir ces deux fonctions. Une équipe par installation peut être nommée ou une seule équipe peut couvrir le CISSS/CIUSSS.

Le rôle de ces équipes est d'agir d'abord en soutien à l'urgence et au volet hospitalier afin de prendre les décisions concernant la gestion des admissions/séjours/congés lorsque nécessaire pour assurer l'atteinte des objectifs décrits dans la sous-section qui suit. Ces équipes n'agissent pas en tant que spécialistes dans leur domaine, mais bien comme gestionnaires des admissions/séjours/congés. Étant donné le poids moral important des tâches qui leur incombent, il est important que les personnes composant ces équipes aient une grande expérience à la fois clinique et organisationnelle, et soient reconnues par leurs pairs.

Le rôle de l'infirmière de liaison est de s'assurer de coordonner l'ensemble des soins et services à offrir et d'assurer que le patient soit dirigé vers les bons services selon les décisions prises par l'équipe de gestion des admissions ou des séjours/congés.

Le rôle du patient-partenaire est de participer aux discussions sur la vigie quotidienne de la situation et de participer aux discussions pour traiter d'une situation particulière complexe. Le rôle de l'éthicienne/ien ou du gestionnaire est d'assurer le respect, la transparence et la cohérence du processus, d'identifier et traiter les situations d'ambiguïté procédurale ou de partialité possible, de soutenir la délibération et la résolution des conflits, et enfin de soutenir la résilience de l'équipe par des processus de débriefage et l'accès à un soutien psychologique et éthique si nécessaire.

Objectifs et fonctions des équipes

Les objectifs de ces équipes sont :

- Afin de soigner le plus de personnes avec le moins de ressources, soutenir les médecins d'urgence, les médecins spécialistes et tous les médecins de l'hôpital, de même que les équipes de soins et multidisciplinaires, pour redéfinir, pour chaque patient, la pertinence des soins en contexte de pandémie, de chaque acte clinique, leur caractère essentiel ou urgent, et décider du besoin d'une hospitalisation ou d'une redirection vers d'autres soins et services (voir matrice de priorisation en annexe);
- D'assurer la mise en place de paliers successifs d'intensité de soins avec ajustement des normes, selon le caractère essentiel ou urgent, de soins afin de répondre à la demande pour les hospitalisations au fur et à mesure de la

progression de la demande (selon que la demande de lits augmentera ou diminuera);

- D'assurer l'équité, entre les différents patients, d'accès aux lits, aux soins et services ainsi qu'au plateau technique requis par leur état de santé et en fonction des ressources disponibles et des paliers identifiés.

Ces équipes assumeront les fonctions suivantes à l'urgence et sur les unités d'hospitalisations :

- Valider chaque demande d'admission, incluant pour les chirurgies électives, en assurant que chaque patient est orienté pour répondre au minimum à ses besoins en évitant l'hospitalisation autant que possible;
- Faire des tournées quotidiennes pour évaluer la pertinence du maintien de chaque patient dans un lit d'hospitalisation par rapport à d'autres options de soins, et assurer que soient établis une date de départ et des critères de congé pour chaque patient;
- S'assurer que soient évaluées rapidement les conditions sociales des patients en attente d'admission ou en vue de leur congé de même que les soins en externe sont coordonnés (pansements, prélèvements, gestion de la médication).
- Que ce soit en évitant une admission ou en diminuant la durée d'un séjour, maximiser la réorientation de la clientèle vers l'ambulatoire, les plateaux techniques, etc., en assurant une disponibilité suffisante des plages horaires;
- Porter une attention particulière aux patients ayant les diagnostics suivants et qui représentent un grand volume d'hospitalisation, et pour lesquels les médecins spécialistes devraient particulièrement simplifier les protocoles de soins habituels en ajustant les normes de soins et les durées moyennes de séjour :
 - Insuffisance cardiaque;
 - Infarctus du myocarde;
 - AVC;
 - MPOC;
- Assurer le respect des DMS cibles pour les clientèles hospitalisées dont l'évolution clinique est prévisible en visant une DMS réduite de 48 h;
- Assurer que l'équipe traitante identifie, le plus rapidement possible après l'admission, les enjeux ou obstacles pouvant nuire à la planification du congé ou du départ et initier immédiatement les actions correctives;
- Assurer que les congés et admissions sont optimisés 7 jours sur 7 et en heure défavorable;
- Assurer, dès l'admission, l'implication du patient et de ses proches dans la planification des séjours et des départs;
- Coordonner la mise en place de mesures permettant le suivi efficace des hospitalisations en externe avec les équipes de SAD, SIAD, CLSC, GMF, CMS, cliniques privées, laboratoires, pharmacies, centres de rééducation/physio, etc. (accès aux plateaux techniques, suivis en GMF, en cliniques externes, en médecine de jour, en télémédecine, etc.);
- Optimiser les liens avec les familles, les proches aidants et la communauté dans le but de favoriser la planification efficace des congés et des départs;
- Au besoin, rapporter les situations complexes à l'équipe éthique et à la direction de l'établissement;

- La décision d'hospitaliser un patient est prise conjointement entre les médecins spécialistes concernés, le coordonnateur médical à l'hospitalisation et le coordonnateur médical à l'urgence;
- La décision relative au congé des patients est assurée par le médecin hospitaliste en collaboration avec le coordonnateur médical à l'hospitalisation.
- Coordonner les admissions et les séjours/congés avec les besoins de lits et avec la priorisation des chirurgies;
- Participer à la coordination, avec le DSP et la DSI, du nombre de lits à l'hospitalisation et aux soins intensifs en fonction des ressources disponibles et selon les besoins des patients;
- Assurer une vigie quotidienne de la situation globale des lits afin d'anticiper les engorgements possibles et permettre que des solutions alternatives supplémentaires soient mises en place pour désengorger l'hôpital; les conclusions de cette vigie sont communiquées au DSP;
- S'assurer que les patients orientés vers des soins palliatifs puissent finir leurs jours dans la dignité dans le cadre d'un accompagnement adéquat d'eux et de leurs proches autant en contexte hospitalier qu'à domicile.

Le formulaire d'évaluation en annexe du Protocole pour l'accès aux soins intensifs (adultes) en situation extrême de pandémie présente des critères cliniques de chance de survie qui peuvent guider le travail des médecins dans l'évaluation des soins à offrir à un patient.

Communication avec le patient et ses proches

Dans le contexte extraordinaire de prestation de soins et services, il demeure la responsabilité de toutes et tous d'assurer une communication claire et transparente avec le patient et ses proches. Les raisons de ces mesures exceptionnelles doivent être expliquées et les orientations prises pour chaque patient visent à soigner collectivement le plus grand nombre. Des compromis par rapport à la situation idéale doivent être acceptés. Le médecin qui s'occupe du patient lui communiquera ce qui suit :

« Dans le contexte de la pandémie, il est préférable de vous orienter vers ... plutôt que de vous hospitaliser afin de répondre à votre besoin immédiat. À ce moment-ci votre famille est mieux placée pour vous soutenir. Lorsque l'hôpital sera désengorgé, nous pourrons revoir et fournir des soins plus complets. La demande de soins est actuellement énorme. Nous pourrons revoir votre situation quand la crise sera passée d'ici quelques semaines. »

Indicateurs de résultats

Les indicateurs présentés dans le tableau qui suit doivent être produits quotidiennement par les équipes de gestion.

Équipe de gestion des admissions	Équipe de gestion des séjours/congés
Nombre d'usagers en attente d'hospitalisation	Nombre d'admissions quotidiennes
Nombre d'usagers en attente d'hospitalisation par spécialité	Nombre de congés quotidiens
Nombre d'usagers redirigés vers des services sans hospitalisation	Durée moyenne de séjour
Taux de réinscription à l'urgence	Taux de réadmission à l'hospitalisation

Les médecins de ces équipes peuvent se séparer la couverture de l'ensemble des fonctions et se coordonner dans leurs travaux, ou travailler ensemble pour les réaliser.

Rôle de la/du directrice/eur des services professionnels, de la directrice des soins infirmiers et des directions cliniques

En soutien aux équipes d'admissions et de séjours/congés, la ou le directrice/eur des services professionnels, la directrice des soins infirmiers et des directions cliniques doivent :

- S'assurer qu'un coordonnateur médical soit nommé pour chaque installation pour l'urgence et l'hospitalisation;
- Impliquer les conseils professionnels (CMDP, CII, CM) dans la modification des rôles des médecins et autres professionnels dans la définition temporaire de la qualité minimale d'une part, mais aussi soutenir leurs membres et la redéfinition de leur rôle dans ce contexte de crise;
- S'assurer que les médecins d'urgence, les médecins spécialistes et tous les médecins de l'hôpital, de même que les équipes de soins et multidisciplinaires, changent de perspective, soit de ne plus chercher à seulement désengorger l'urgence, mais aussi éviter d'engorger les lits d'hospitalisation; à cet égard, la perspective de soins doit changer temporairement pour tolérer plus de risques tout en maintenant la sécurité minimale du patient;
- S'assurer de la couverture 7 jours/semaine des équipes de gestion des admissions et gestion des séjours/congés, que ces équipes sont facilement joignables, et qu'elles sont suffisantes pour répondre à la demande;
- Établir des durées moyennes de séjours (DMS) cibles pour toutes les clientèles, particulièrement pour les diagnostics les plus fréquents; ces DMS sont ajustées en fonction de la pression sur la demande de lits;
- Revoir certaines pratiques médicales, comme la fréquence ou la pertinence de certains tests diagnostiques pour les patients hospitalisés ou pour donner un congé; favoriser plutôt le retour du patient en ambulatoire le lendemain du congé avec une plage de rendez-vous réservée;
- Assurer une étroite collaboration et une communication fluide et efficace avec l'équipe des admissions, l'équipe des séjours/congés, les soins intensifs, le bloc opératoire et les cliniques externes;
- S'assurer que la priorisation des cas en chirurgie se poursuive en tentant de maintenir le plus possible les chirurgies électives dans les circonstances;
- S'assurer avec ses collègues directrices/eurs de maximiser les alternatives de soins hors de l'hôpital et qu'elles soient structurées, coordonnées et accessibles; ces alternatives touchent tant le SAD, les alternatives à l'hébergement, que l'accès aux plateaux techniques et aux médecins en première ligne;
- S'assurer que les CHSLD, les RI et les RPA puissent reprendre leurs usagers ou en admettre de nouveaux pour soutenir l'ensemble du RSSS;
- S'assurer des conditions et capacités minimales à la mise en place de soins palliatifs hospitaliers ou à domicile qui préservent la dignité des patients;
- S'assurer avec ses collègues des directions cliniques de l'équilibre de lits disponibles entre les soins intensifs, les lits d'hospitalisation, et les autres activités cliniques, dont les plateaux techniques en fonction des ressources disponibles;
- S'assurer de coordonner le début de la priorisation de l'accès aux soins intensifs en fonction des lits et ressources disponibles; dans le but de soigner le plus grand nombre possible, les ressources humaines sont allouées aux soins intensifs et aux lits d'hospitalisation en proportion du ratio des besoins

des patients en considérant le ratio de personnel pour soigner une personne aux soins intensifs par rapport à une personne hospitalisée;

- Assurer de maintenir en équilibre la pression sur les ressources entre les établissements, de concert avec le MSSS, par le transfert interétablissements de patients nécessitant des soins intensifs (avec le COOLSI) et de patients nécessitant une hospitalisation;
 - Une évaluation des ressources requises pour assurer les transferts doit être faite en fonction des bénéfices escomptés en termes de diminution de la pression de la demande de lits;
- S'assurer que les médecins pratiquant en clinique privée, en GMF et en CMS comprennent l'importance de la crise et soient mis à contribution en acceptant les patients transférés de l'hôpital (alternative à l'hospitalisation ou au congé), et en évitant de transférer leurs patients à l'urgence sauf lorsqu'incontournable.

L'application des 4 axes d'intervention à l'ensemble du réseau de la santé doit être le plus uniforme possible afin de tenter, au mieux possible et en considérant les limites du COOLSI et du transport ambulancier et médical, de soutenir les établissements voisins si un établissement subit moins de pression sur la demande de lits.

Implication des 4 axes sur la responsabilité professionnelle

Dans le contexte de la 5^e vague de COVID-19 où les projections d'utilisation des lits d'hospitalisation sont catastrophiques, il apparaît éthiquement justifiable de soigner le plus de personnes à intensité plus basse plutôt que de soigner moins de personnes avec une intensité optimale et de laisser ainsi de nombreux patients sans soins. L'intensité de soins doit être décidée dans ce contexte en veillant à assurer suffisamment de soins pour stabiliser l'état de la personne de manière à éviter des mortalités évitables et à réduire les morbidités subséquentes. En ce sens, les 4 axes d'interventions organisationnelles et cliniques proposés dans ce document deviennent la nouvelle norme à appliquer pendant les semaines (4 à 6) que durera la crise. En effet, avec la 5^e vague, plusieurs personnes risquent de subir de graves conséquences, pouvant aller jusqu'à la mort, à défaut d'appliquer ces nouvelles normes temporaires. Ces dernières pourraient cependant faire courir des risques médico-légaux aux soignants qui les suivraient. Conséquemment, le gouvernement doit utiliser les outils législatifs à sa disposition pour soutenir l'application de ces 4 axes d'intervention. Le MSSS et les ordres des professions de la santé du Québec (le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, etc.) pourront alors favoriser l'adoption de ces axes comme normes temporaires acceptables, apporter les précisions sur les éléments légaux et les aspects déontologiques à adapter, et transmettre une communication formelle à leurs membres à cet effet. De plus, l'ACPM devrait se prononcer aussi en ce sens pour les médecins et émettre un avis clair sur cette question.

En ce qui concerne en particulier le Collège des médecins du Québec (CMQ) et l'adaptation des repères déontologiques à l'urgence sanitaire, le CMQ avait repris en 2020 l'avis de position de 2008 sur les urgences sanitaires¹³ et avait mis à jour les articles du code de déontologie pertinent. Cet avis de position prévoit notamment l'application des obligations déontologiques avec discernement selon les circonstances, le travail des médecins retraités et des étudiants, l'interdisciplinarité, etc.

¹³ <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2008-05-01-fr-medecin-et-urgences-sanitaires.pdf>

Le CMQ appuie d'ores et déjà la gestion efficace de la pression sur la demande de soins, la priorisation ou le report des investigations et des traitements non urgents qui ne souffriront pas d'un délai, et la recherche de la prise en charge la moins lourde pour une utilisation appropriée des ressources afin d'éviter l'iatrogénèse, le déconditionnement et la désinsertion sociale. Les professionnels de la santé ne sont pas formés pour appliquer de telles normes minimalistes. Des directives claires doivent être données en ce sens à tous, de même qu'un soutien lors de situations complexes, par exemple par les éthiciens ou des cliniciens de grande expérience. Malgré cela, il est à prévoir que l'application de ces normes temporaires sera inégale au niveau des praticiens individuels. Ceux-ci ne sont pas formés à cela et un certain niveau de résistance doit être envisagé, malgré le fait que lors de conversation théorique, un certain consensus à cet effet apparait. Des modèles de rôles cliniques seront très valables dans de telles situations.

L'application de telles normes temporaires risque de provoquer une détresse morale et empirer le sentiment d'épuisement du personnel. Des mesures de soutien au personnel doivent continuer à être une priorité.

Dans le contexte où les ressources professionnelles manquent grandement, les étudiantes et étudiants aux différentes professions de la santé devraient être mis à contribution pour soigner les patients, que ce soit en milieu hospitalier, dans les autres milieux de soins, à domicile ou dans les milieux alternatifs. Ces étudiantes et étudiants peuvent soit être en soutien aux professionnels, soit accomplir des actes non réservés, ou donner de la formation. Le CMQ rappelle que les résidents en surspécialité médicale ayant un certificat du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou du Collège des médecins de famille du Canada et un permis d'exercice peuvent exercer la médecine en dehors des centres où ils poursuivent leur formation et que les résidents sans certificat ni permis peuvent accomplir les actes professionnels, sous supervision, s'ils ont la formation et la compétence requises. Ils sont habilités à le faire par la carte de stage qui offre une mobilité inter-services, inter-programmes et inter-installations.

Les autres ordres professionnels devraient aussi se prononcer sur ces questions. L'engagement explicite et public des différentes universités et facultés serait aussi prioritaire.

Enfin, les gestionnaires dirigeants des établissements devraient réduire les obligations au regard des tâches administratives des professionnels afin que ceux-ci consacrent plus de temps aux patients. Pour le CMQ et l'OIIQ, cependant, l'allègement des tâches administratives ne doit pas se traduire par un non-respect du règlement applicable sur la tenue des dossiers, le dossier médical étant un important outil de sécurité, de continuité de soins, de protection médico-légale et de contrôle de qualité. Des gains d'efficacité pourraient être obtenus avec le passage au numérique, le support administratif, le dossier électronique et les moyens de communication.

Implication des 4 axes sur l'ensemble des ressources du réseau

La 5^e vague de la pandémie cause un grand stress sur les ressources humaines du RSSS en plus de la fatigue qui est très présente. Par transparence et respect, il est important d'aviser toutes ces personnes des 4 axes et de l'horizon de temps de leur application tout en maintenant les moyens de soutien organisationnels et par les pairs.

Impliquer la population dans l'adaptation des soins et services à la pandémie

Une communication transparente et un appel à la population doivent être faits pour qu'elle participe à l'effort pandémique pour les 4 à 6 semaines à venir, pour informer que le réseau fonctionne en mode crise et que chacun doit donc contribuer personnellement à donner les soins au plus grand nombre. C'est une question de vie pour plusieurs. Il faut aussi aviser la population de n'amener un proche à l'hôpital qu'en dernier recours seulement, et d'appeler le 811 ou leur médecin de famille¹⁴ afin d'obtenir un avis professionnel sur les bonnes actions à prendre permettant d'accroître la sécurité du proche et de limiter le recours inapproprié aux services maintenus par le réseau.

Il doit être communiqué à la population que les mesures d'exception prises ici visent à n'abandonner personne, mais plutôt de donner un minimum de soins au plus grand nombre. L'objectif est de préserver la dignité de chaque personne et d'assurer un minimum de sécurité avec les ressources disponibles. C'est pour ces raisons que la collaboration des proches aidants et de la population est sollicitée. Leur contribution peut être significative. Enfin, un appel pour mobiliser des volontaires dans la population devrait être lancé pour donner un coup de main au maintien des soins de base (en sollicitant des personnes sans formation nécessaire préalable), que ce soit au sein des établissements ou de la communauté.

Autres questions éthiques

À l'instar des travaux sur le retour au travail des travailleurs de la santé en isolement exposés ou infectés au SRAS-CoV-2, le comité estime qu'en situation de crise, le personnel n'avise pas le patient s'il est infecté ou non sauf s'il y a bris des mesures de protection.¹⁵ Cette information devrait aussi être bien connue du grand public.

¹⁴ Il est essentiel que les médecins de famille et le personnel du 811 reçoivent une formation adéquate concernant ces changements et leur rôle dans le présent contexte.

¹⁵ Bouthillier, M-E., et al. (2022). Considérations éthiques et pratiques du retour au travail des Travailleurs de la santé en isolement (infectés ou exposés au SRAS-Cov-2), document soumis à Dre Opatny pour le Comité directeur clinique.

Annexe : Outils de priorisation

Outil de prise de décision pour aider à la planification des soins et au partenariat patient

Ces questions peuvent aider les équipes cliniques à créer des plans de soins en partenariat avec le patient pendant les périodes d'afflux important et/ou de contraintes significatives en matière de ressources humaines en santé qui peuvent nécessiter une modification de la norme de soins et donc présenter des risques pour le patient. Selon la population de patients, toutes les questions ne seront pas pertinentes.

Critère	Éléments à prendre en compte
Résultats et impacts pour le patient	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer l'outil de hiérarchisation (ci-dessous) pour déterminer le niveau de priorité des services et activités cliniques, si cela est approprié et nécessaire en fonction du contexte.
Risque pour le patient (retarder traitement/la procédure)	<ul style="list-style-type: none"> • Pendant combien de temps le traitement peut-il être reporté avant de constater un déclin de l'état du patient? • Quel impact le report du traitement aura-t-il sur l'issue favorable/le pronostic? • Les conditions médicales/symptômes peuvent-elles être raisonnablement gérées en attendant le traitement/la procédure?
Risque pour le patient (sortie)	<ul style="list-style-type: none"> • Le patient peut-il être soigné dans un autre endroit ? • La sortie du patient du traitement/programme modifiera-t-elle son état de santé général ? Le résultat ? Le pronostic ? • Si l'état du patient s'aggrave, peut-il être pris en charge en tant que patient externe ? • L'état de santé peut-il être raisonnablement géré à domicile avec une communication/contact virtuel ? • La sortie du patient entraînera-t-elle une augmentation des visites aux urgences et/ou la nécessité d'une hospitalisation ?
Préférences du patient et impact sur la qualité de vie	<ul style="list-style-type: none"> • Les objectifs et les souhaits/valeurs du patient ont-ils été explorés avec le patient/SDM, et documentés ? Les ressources disponibles sont-elles alignées sur les objectifs/souhaits du patient ? • Quelle est l'expérience quotidienne des patients ? Le soulagement de la douleur et de la souffrance (physique, émotionnelle, spirituelle) peut-il être raisonnablement géré ? • Les proches aidants ont-ils un rôle à jouer pour soutenir les soins ?
Considérations relatives aux prestataires de soins de santé et au système	<ul style="list-style-type: none"> • Le fait de fournir un traitement ou une intervention au patient exposera-t-il les soignants à un risque supérieur à la normale ? • La modification de la norme de soins aura-t-elle un impact sur d'autres populations de patients ou sur la communauté ?

Matrice de priorisation des patients

Cette matrice de priorisation des patients peut être adaptée à diverses populations de patients afin de promouvoir une approche transparente, cohérente et fondée sur des

données probantes pour la priorisation des services et activités cliniques, qui favorise un accès équitable et fondé sur des principes aux soins en fonction des résultats/impacts pour les patients.

Priorité	Condition : curatif vs chronique / palliatif*	Risque de mortalité	Et/ou	Risque pour les AVQ**, le développement*** et/ou la qualité de vie	Disponibilité d'une intervention alternative
1	Tout	L'état de santé menace immédiatement le pronostic vital sans l'intervention	Ou	Une déficience fonctionnelle grave et durable ou un impact négatif grave sur le développement est à prévoir sans l'intervention	Aucune alternative acceptable n'existe
2	Tout	Un bénéfice majeur en termes de survie existe avec l'intervention	Ou	Une déficience fonctionnelle durable, un impact négatif important sur le développement ou une altération de la qualité de vie sont à prévoir sans l'intervention	Aucune alternative acceptable n'existe
3a	Curatif	Un bénéfice en termes de survie est attendu avec l'intervention	Ou	Une déficience fonctionnelle durable ou un impact négatif modéré sur le développement ou une altération de la qualité de vie est possible sans l'intervention	Des alternatives peuvent exister, mais ne sont pas censées apporter la même ampleur de bénéfice
3b	Chronique/ palliatif	Un bénéfice en termes de survie est attendu avec l'intervention	Ou	Une déficience fonctionnelle de longue durée ou un impact négatif modéré sur le développement ou une dégradation de la qualité de vie est possible sans l'intervention.	Des alternatives peuvent exister, mais ne sont pas censées apporter la même ampleur de bénéfice Voir avec le patient la capacité de gérer sa maladie à domicile
4a	Résoluble - Curatif	Un bénéfice en termes de survie peut exister avec l'intervention	Et	L'intervention devrait améliorer la qualité de vie	Des alternatives peuvent exister, mais ne devraient pas apporter la même ampleur de bénéfice
4b	Chronique / Palliatif*	Un bénéfice en termes de survie peut exister avec l'intervention	Et	L'intervention est censée améliorer la qualité de vie et comporte une faible probabilité d'effets néfastes	Des alternatives peuvent exister, mais ne devraient pas apporter la même ampleur de bénéfice Voir avec le patient la capacité de gérer sa maladie à domicile
5	Tout	L'intervention n'est pas censée	Et	L'intervention est censée améliorer la qualité de vie et	Des alternatives peuvent exister, mais ne devraient pas

Priorité	Condition : curatif vs chronique / palliatif*	Risque de mortalité	Et/ou	Risque pour les AVQ**, le développement*** et/ou la qualité de vie	Disponibilité d'une intervention alternative
		modifier l'espérance de vie		comporte une faible probabilité de préjudice	apporter la même ampleur de bénéfice
6	Tout	L'intervention n'est pas censée modifier l'espérance de vie	Et	L'intervention peut améliorer la qualité de vie, mais comporte un risque important d'effets néfastes	D'autres solutions existent, mais ne sont pas préférées par le patient
7	Tout	L'intervention n'est pas censée modifier l'espérance de vie	Et	L'intervention peut améliorer la qualité de vie, mais comporte un risque important d'effets néfastes	Il existe des alternatives associées à l'équilibre entre le patient et le fournisseur

* Le terme "palliatif" fait référence à des conditions non curatives où l'objectif de l'intervention est d'améliorer la qualité de vie. Il n'y a pas de présomption de la durée de l'espérance de vie avec l'utilisation de ce terme dans le contexte de ce schéma de catégorisation.

** Le terme "déficience fonctionnelle" fait référence aux limitations dues à la maladie, les personnes atteintes d'une maladie pouvant ne pas accomplir certaines fonctions dans leur vie quotidienne.

*** Le terme "impact sur le développement" reconnaît que, dans la population pédiatrique, certaines interventions peuvent ne pas prévenir spécifiquement la mortalité, la morbidité ou le handicap, mais plutôt promouvoir le potentiel de développement d'un enfant, avec des conséquences à vie pour son avenir.