

TRIAGE POUR L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS (ADULTES) ET L'ALLOCATION DES RESSOURCES TELLES QUE LES RESPIRATEURS EN SITUATION EXTRÊME DE PANDÉMIE

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

01-04-2020

Mise à jour 2020-06-15

Rédaction du protocole

Coordination :

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

Rédaction :

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

Michel Lorange, éthicien clinique et organisationnel, CISSS de Laval

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

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

Processus de consultation :

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

Source :

Le protocole a été traduit et adapté du Hamilton Health Science Critical Care Triage.

Protocole de triage pour l'accès aux soins intensifs (adultes) et l'allocation des ressources telles que les respirateurs en situation extrême de pandémie

Table des matières

1.	Introduction.....	4
2.	Buts et objectifs.....	5
3.	Outil décisionnel.....	6
4.	Politique.....	7
4.1	Processus de triage des soins intensifs pour les adultes.....	7
4.2	Aperçu des processus de triage avant l'admission aux soins intensifs (adultes)	14
5.	Procédure de triage des soins intensifs.....	16
5.1	Objectif et structure de l'équipe de triage	16
5.2	Qualifications des équipes de triage	17
5.3	Rôle des médecins de soins intensifs dans les unités de soins intensifs.....	18
5.4	Rôles du médecin de l'unité de soins intensifs au sein de l'équipe de triage	18
5.5	Rôle du deuxième médecin et du non-médecin dans l'équipe de triage.....	19
5.6	Rôle des médecins consultants	19
5.7	Prise de décision de l'équipe de triage.....	20
5.8	Conflits d'intérêts	20
5.9	Communication des décisions de l'équipe de triage.....	20
5.10	Soutien moral et psychosocial aux professionnels et au personnel lié au plan de pandémie.....	21
5.11	Soutien psychosocial aux patients et familles lié au plan de pandémie	22
5.12	Examen de la qualité	23
6.	Documentation.....	24
6.1	Documentation de l'état de triage du patient	24
7.	Définitions	24
8.	Plan provincial de contingence	25
9.	Références.....	25
10.	Annexes	28
	Annexe A : Processus détaillé de consultation.....	28
	Annexe B : L'éthique du triage	31

Annexe C : Formulaire de triage des soins intensifs pour les adultes en situation de pandémie.....	34
Annexe D : Aspects juridiques.....	42

1. Introduction

Une pandémie est une épidémie présente sur une large zone géographique internationale. Elle touche une part particulièrement importante de la population mondiale. Les conséquences d'une pandémie non maîtrisée peuvent être très importantes sur les citoyens et le fonctionnement de la société. La pandémie risque d'augmenter considérablement les demandes d'accès aux soins intensifs et aux respirateurs. Dans ce cadre, si les lits et ressources de soins intensifs destinés aux patients adultes venaient à être insuffisants, l'allocation de ces lits et ressources suit une logique différente. Les intérêts individuels, les obligations professionnelles et le bien commun entrent en tension¹. L'objectif d'un triage pandémique en situation extrême est de maximiser les bénéfices. Toutefois, cette perspective peut se décliner de plusieurs manières. Il importe d'être vigilant afin de ne pas nuire et de protéger les populations vulnérables même dans un contexte de crise mondiale.

Ainsi, la perspective de soins et des soignants doit changer et la prise de décision au quotidien est difficile, car contre nature pour les soignants qui ne pourront plus soigner les plus malades, mais sauver le plus grand nombre. Cela peut même causer une souffrance morale chez les soignants en raison des choix déchirants auxquels ils seront confrontés quotidiennement en période de crise sociale. Pour la minimiser, six postulats guident le présent protocole :

- L'application de ce protocole de triage en situation d'exception ne diminue en rien l'obligation d'avoir des discussions avec l'usager et ses proches;
- Des critères exceptionnels sont clairement identifiés pour faire le choix des personnes qui auront accès aux lits et ressources de soins intensifs, critères qui doivent être similaires d'un établissement à l'autre et qui sont abordés en introduisant des critères cliniques de plus en plus contraignants et des critères supplémentaires permettant de trancher les impasses;
- Le choix des patients qui auront ou non accès aux lits et ressources de soins intensifs est fait par une équipe de triage qui n'est pas en contact avec les patients; cette équipe de triage est détachée des personnes visées et a comme responsabilité de faire des choix rationnels;
- En raison du contexte exceptionnel de la situation, et dans une obligation d'efficacité et de rapidité d'exécution, la hiérarchie décisionnelle est primordiale;
- Le protocole de triage s'applique à tous les patients, peu importe l'âge et la pathologie; le protocole n'est pas exclusif à l'infection à la source de la pandémie;
- La pandémie commande une gestion des lits et ressources de soins intensifs dans une perspective nationale, et vise les clientèles adultes prises globalement.

De façon responsable, transparente et courageuse, chaque établissement décide donc de se préparer à cette éventualité en mettant en place le protocole de triage convenu nationalement, basé sur les meilleures données disponibles.

¹ Extrait de Dahine, J. « Le triage et le transfert de patients aux soins intensifs : une revue systématique de critères de sélection », UdM, décembre 2018, page 2.

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

2. Buts et objectifs

L'objectif général d'un système de triage est de minimiser la mortalité et la morbidité pour l'ensemble d'une population, par opposition au risque de mortalité et de morbidité individuel, et de veiller à ce que ces décisions soient conformes aux valeurs éthiques et procédurales.

Ce protocole a été élaboré pour une application spécifique à une situation de pandémie, qui risque d'entraîner une augmentation importante des besoins en soins intensifs, avec des ressources insuffisantes pour répondre à la demande. Il peut également s'appliquer à d'autres événements faisant un grand nombre de victimes (par exemple, les catastrophes naturelles, d'autres épidémies) et qui entraînent une forte augmentation des besoins.

Remarque : ce protocole s'applique à tous les patients évalués pour des soins intensifs ou recevant des soins intensifs, quelle que soit l'étiologie de leur maladie (c'est-à-dire les patients pandémiques ou non pandémiques).

Ce protocole est basé sur les hypothèses suivantes :

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

L'annexe A présente les valeurs éthiques générales pertinentes pour la réponse à la pandémie.

Principes directeurs du présent protocole

1. Maximisation des bénéfices : Viser à tirer le maximum d'avantages pour une communauté en allouant les ressources en priorité à ceux qui en tirent le plus grand bénéfice supplémentaire.
2. Proportionnalité : Le nombre de personnes qui sont affectées négativement par le système de triage ne doit pas dépasser ce qui serait nécessaire pour répondre à l'augmentation de la demande. En d'autres termes, la réponse ne devrait pas affecter négativement plus de personnes que celles qui auraient été affectées si nous avions utilisé une approche « premier arrivé, premier servi ». Les systèmes de triage ont nécessairement un effet disproportionné sur les personnes appartenant à des groupes vulnérables, la proportionnalité est donc le meilleur moyen de minimiser cet effet.

3. **Transparence et confiance** : Les critères doivent être largement disponibles, clairement documentés et assortis de procédures garantissant la responsabilité, comme un second avis médical et la confirmation par des membres non médecins au sein de l'équipe de triage. Dans la mesure du possible, les patients et les familles doivent être informés de l'étape de triage du patient avant la prise de décision et être impliqués de manière proactive dans la planification des soins. Cette forme de triage étant nouvelle, elle doit être appliquée de manière cohérente pour garantir la confiance et impliquer des cycles rapides d'amélioration de la qualité pour s'assurer qu'elle s'aligne sur les nouvelles données et les meilleures pratiques.
4. **Efficacité et durabilité** : Les critères de triage doivent être suffisamment simples pour être évalués au chevet du patient, compte tenu de la nécessité de mobiliser rapidement les ressources de soins intensifs et d'un environnement dynamique. Tout scénario de triage entraînera un stress extrême et une surcharge tant cognitive qu'émotionnelle pour les cliniciens au chevet des patients, peu habitués à ce processus de décision ou à ce volume de patients gravement malades. Le système de triage devrait protéger les cliniciens contre les préjudices moraux en systématisant la prise de décision éthique et en confiant les choix les plus difficiles à un groupe d'experts tiers (l'équipe de triage) indépendants des soins actifs. Cela réduira le risque d'épuisement professionnel des cliniciens et favorisera la durabilité d'une pratique cohérente.
5. **Équité** : La priorisation des ressources limitées en matière de soins de santé ne doit pas être accordée à une personne sur la base de privilèges socio-économiques ou de rang politique. Des critères pertinents sur le plan clinique devraient être utilisés en premier lieu pour l'allocation des ressources. Les critères doivent être suffisamment objectifs pour pouvoir être appliqués équitablement à une grande variété de patients, par une grande variété de prestataires, dans une grande variété de situations (Berlinger 2020, Emanuel et coll. 2020). Le triage exige un équilibre délicat entre le jugement du clinicien (qui peut être biaisé et faillible) et les systèmes de notation (qui exigent également du jugement, mais qui peuvent manquer de nuance à l'égard des subtilités cliniques). Dans le cas où les considérations cliniques ne peuvent pas être utilisées pour classer un patient par ordre de priorité par rapport à un autre, les critères supplémentaires de cycle de vie, personnel soignant et ensuite de sélection aléatoire de patients sont alors utilisés en dernier recours.

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

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

3. Outil décisionnel

Annexe D : Formulaire de triage des soins intensifs pour les adultes en situation de pandémie

4. Politique

4.1 Processus de triage des soins intensifs pour les adultes

Le processus de triage pour les adultes est décrit dans la présente section. Le processus est basé sur un ensemble de critères cliniques et supplémentaires décrits dans le formulaire d'évaluation à l'annexe B.

Étapes de la réponse à une pandémie :

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

Approche du scénario de triage

Le lancement d'un processus de triage des soins critiques devrait être une décision bien coordonnée et planifiée, prise au niveau régional de concert avec le MSSS. Chaque établissement devrait connaître le nombre précis de patients gravement malades et mécaniquement ventilés qu'il peut accueillir avec leurs ressources (y compris les consommables), leur personnel et leurs espaces. Le moment et l'ampleur de l'augmentation de la demande sont susceptibles de varier selon les régions et les installations, de sorte que lorsqu'un site s'approche de sa capacité maximale, le MSSS doit faire des efforts importants pour transférer les patients ou les équipements vers d'autres hôpitaux. Lorsque tous les hôpitaux d'une région sont proches de leur capacité, ou lorsque les ressources de transport ne permettent plus de réaffecter les patients vers des hôpitaux moins occupés, le MSSS doit clairement informer ces hôpitaux qu'un scénario de triage est imminent.

Note : Les hausses de demande peuvent être intermittentes, nécessitant un examen régulier (par exemple toutes les 8 à 12 heures) pour déterminer si le protocole de triage est toujours nécessaire, ou si les hôpitaux peuvent diminuer les étapes de triage.

Triage aux soins intensifs en contexte de pandémie

Le déclenchement du triage aux soins intensifs en contexte de pandémie est annoncé par le MSSS en fonction du plan de contingence et des niveaux d'alerte et de la situation locale.

Les 3 étapes sont résumées dans le tableau suivant (se référer au texte suivant le tableau pour plus de détails sur les processus de chacune des étapes 1, 2 et 3) :

	Mise en œuvre du triage aux SI (patients qui reçoivent actuellement les SI)	Mise en œuvre du triage sur les autres unités à l'urgence et sur les autres unités (patients en attente d'admission aux SI)	Critère de transition vers étape suivante
--	--	--	--

	Application des critères d'admissibilité de triage	Règles de décision en cas d'égalité	Application des critères d'admissibilité de triage	Règles de décision en cas d'égalité	
Pré triage	Évaluer tous les patients admis au regard des critères d'inclusion et d'exclusion de l'étape 1 aux SI		Évaluer tous les patients en attente d'admission au regard des critères d'inclusion et d'exclusion de l'étape 1 aux SI	s.o.	Atteinte d'un niveau de saturation de 50 % des lits, transition vers étape 1 de triage avec l'accord du DSP
Étape 1 de triage	Donner congé des SI aux patients qui présentent le plus de critères d'exclusion de l'étape 1 classés en ordre du nombre de critères d'exclusion et qui ne s'améliorent pas ou se détériorent	Si les patients ont le même nombre de critères d'exclusion, appliquer le cycle de vie en premier, membre du personnel soignant ensuite et, en dernier, randomisation pour déterminer ordre de congé	Admettre aux SI les patients qui ne présentent pas de critères d'exclusion de l'étape 1	s.o.	Quand le nombre de patients en attente qui ne présentent pas de critères d'exclusion de l'étape 1 dépasse le nombre de lits disponibles, avec l'accord du DSP
Étape 2 de triage	Donner congé des SI aux patients qui présentent le plus de critères d'exclusion de l'étape 2 classés en ordre du nombre de critères d'exclusion et qui ne s'améliorent pas ou se détériorent	Si les patients ont le même nombre de critères d'exclusion, appliquer le cycle de vie en premier, membre du personnel soignant ensuite et, en dernier, randomisation pour déterminer ordre de congé	Admettre aux SI les patients qui ne présentent pas de critères d'exclusion de l'étape 2	s.o.	Quand le nombre de patients en attente qui ne présentent pas de critères d'exclusion de l'étape 2 dépasse le nombre de lits disponibles avec l'accord du DSP
Étape 3 de triage	Donner congé des SI aux patients qui présentent le plus de critères d'exclusion de l'étape 3 dans l'ordre du nombre de critères d'exclusion et qui ne s'améliorent pas ou se détériorent	Si les patients ont le même nombre de critères d'exclusion, appliquer le cycle de vie en premier, membre du personnel soignant ensuite et, en dernier, randomisation pour déterminer ordre de congé	Admettre aux SI les patients qui ne présentent pas de critères d'exclusion de l'étape 3	Si le nombre de patients en attente qui ne présentent pas de critères d'exclusion de l'étape 3 dépasse le nombre de lits disponibles, appliquer cycle de vie en premier, membre du personnel soignant ensuite et, en dernier, randomisation pour déterminer ordre d'admission	s.o.

Si le système est toujours débordé, le lancement du triage des soins intensifs, en utilisant les directives du processus de triage du Québec et ce protocole, sera autorisé par le MSSS, en consultation avec les DSP et les chefs des soins intensifs. Une fois le triage des soins intensifs entamé, tous les patients admis doivent être évalués en fonction des critères d'exclusion du triage par le médecin traitant, et une validation additionnelle doit être réalisée par un deuxième médecin en utilisant l'annexe B. Si un patient n'a pas de critères d'exclusion pour l'étape de triage déclaré (1, 2 ou 3) et qu'il a besoin de soins

intensifs (répond aux critères d'inclusion), le médecin traitant acheminera le formulaire à l'équipe de triage pour une évaluation plus approfondie.

Les critères de triage appliqués sont en premier lieu la survie à court terme des patients et la présence de comorbidité qui peut venir influencer le taux de survie (Douglas 2020; Biddison 2018). Ces critères doivent être appliqués en considérant d'abord le besoin des patients (ASSM). Comme autre critère important, on peut considérer l'espérance de vie à moyen ou long terme. Ce critère permet de valoriser le traitement de patients qui sont susceptibles de vivre plus longtemps parce qu'ils ont un meilleur pronostic et présenteront le moins de comorbidités dans le temps (Douglas 2020).

Lorsque des patients démontrent un pronostic similaire, il peut être nécessaire d'appliquer des critères de priorisation secondaire. Ces critères répondent à différents raisonnements éthiques. À chance de survie égale, on peut suivre une logique basée sur les principes suivants :

- Le cycle de vie : ce critère permet de favoriser le traitement de personnes présentant un plus grand nombre d'étapes de vie devant elles. Ce critère permet de considérer à la fois l'âge et l'espérance de vie (Biddison 2018). Le critère du cycle de vie est d'un intérêt particulier dans le contexte de pandémie. Il permet de prioriser les personnes présentant un plus grand nombre d'années de vie avec leur condition clinique actuelle dans le cas où l'âge ne serait pas déterminant pour la survie. Ce principe ne favorise pas les plus jeunes par rapport aux plus vieux en terme absolu, mais, entre deux personnes ayant un même pronostic clinique, il donne plutôt priorité à la personne qui se trouve à un stade de vie moins avancé ou qui présente moins de risques de mortalité dans le contexte pandémique. Ce critère s'applique à l'ensemble de la population et devrait précéder d'autres critères secondaires.
- Le personnel soignant : ce critère permet de favoriser le traitement de membres du personnel de santé et services sociaux qui peuvent être plus susceptibles d'être exposés aux risques de contagion lorsqu'ils fournissent des soins et services pour la population. En période de pandémie, il est d'autant plus important de protéger et de soutenir la santé du personnel afin d'assurer que les soins et services essentiels continuent à être fournis. Cet argumentaire est basé sur une combinaison du principe de réciprocité pour les services fournis et des raisons de santé publique (Bailey et coll, 2011; Emmanuel et coll, 2020). Puisque ce critère est difficile à opérationnaliser, l'équipe de triage devra juger de son application à l'aide d'une liste.
- Le hasard : lorsque tous les autres critères de priorisation ne permettent pas de déterminer qu'une personne puisse être favorisée sur une autre, le principe de justice nous recommande d'appliquer la randomisation. Cette approche permet de respecter l'égalité des chances entre individus (Winsor & al 2015; Farmer 2012).

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

Critères d'exclusion : Ceux-ci ont traditionnellement été classés en deux catégories :

(1) les critères qui indiquent une faible probabilité de survivre à une maladie aiguë, et

(2) les critères qui indiquent une faible probabilité de survivre plus de quelques mois, quelle que soit la maladie respiratoire aiguë.

Ces catégories ne sont pas mutuellement exclusives, car les maladies limitant la durée de vie affectent le pronostic des maladies aiguës, et les maladies aiguës affectent la trajectoire des maladies chroniques. Notez que ces critères ne sont pas exhaustifs : ils sont censés refléter des preuves connues ou des indicateurs de pronostic basés sur l'expérience. Le jugement clinique doit compléter ces critères, car certaines affections non répertoriées peuvent également indiquer un mauvais pronostic, et ces patients doivent être triés de manière appropriée.

Avant de débiter la description du processus de triage, il est important de rappeler qu'à moins que le gouvernement change les lois applicables, le consentement aux soins demeure une obligation. Les aspects légaux sont traités à l'annexe D et la communication de la décision de triage au patient et à ses proches est abordée à la section 5.8.

Étape 1 de triage

L'étape 1 de triage exclut tout patient dont le taux de mortalité estimé est supérieur à 80 %.

- A. Seuls les patients nécessitant des soins intensifs et ne répondant à aucun critère d'exclusion de l'étape 1 sont admis aux soins intensifs.
- B. Une fois que tous les lits de soins intensifs disponibles sont occupés, afin de pouvoir fournir des soins critiques aux patients qui en ont besoin et qui ne répondent à aucun critère d'exclusion de l'étape 1, les soins intensifs sont retirés aux patients qui les reçoivent actuellement, si :
- Ils répondent à au moins un critère d'exclusion de l'étape 1;
- ET un des deux critères qui suivent**
- Ils ne montrent aucune amélioration clinique après 21 jours de ventilation et il y a possibilité de chronicisation et de trachéotomie;
- OU**
- Ils démontrent une détérioration clinique substantielle tout en recevant des soins critiques, comme en témoigne le jugement clinique global.

REMARQUE : L'application de critères supplémentaires avant le retrait des soins intensifs répond à la préoccupation éthique concernant l'acceptabilité du retrait des soins critiques, en particulier si un patient n'a pas continué à se détériorer pendant qu'il recevait ces soins (Lee Daugherty Biddison, 2018). De plus, certains patients qui répondent aux critères d'exclusion de l'étape 1 ont déjà reçu un nombre substantiel de jours de soins intensifs; ainsi, du point de vue des ressources, un investissement important dans leur rétablissement a déjà été réalisé. Ces patients devraient avoir la possibilité de poursuivre leur traitement (essai thérapeutique), à moins qu'ils ne présentent une détérioration clinique. La durée de l'essai thérapeutique doit être déterminée par les caractéristiques cliniques de la maladie et modifiée, le cas échéant, si des données ultérieures font apparaître que la durée de l'essai doit être plus longue ou plus courte. Permettre aux patients qui ont bénéficié d'un nombre minimum de jours de soins intensifs de poursuivre leur traitement est également conforme au principe du premier arrivé, premier servi, qui permet de ne pas défavoriser indûment une personne en lui retirant des soins dont elle peut bénéficier.

Parmi les patients éligibles au retrait des ressources, l'ordre dans lequel les patients se voient retirer les ressources de soins intensifs est basé sur la mortalité estimée : les patients qui répondent à plusieurs critères d'exclusion de l'étape 1 voient leurs ressources retirées en premier. Si les patients répondent au même nombre de critères d'exclusion (égalité en termes de mortalité prévue), les considérations relatives au cycle de vie peuvent être utilisées pour briser l'égalité, la priorité étant accordée aux patients qui présentent le plus grand nombre d'étapes de vie devant eux pour déterminer l'ordre de retrait des ressources de soins intensifs. Si des égalités estimées persistent après avoir appliqué les considérations relatives au cycle de vie, la priorité est accordée aux membres du personnel soignant. Si des égalités estimées persistent après avoir accordé la priorité aux membres du personnel soignant, la randomisation est utilisée pour déterminer l'ordre de retrait des ressources de soins intensifs. Ce processus se poursuit jusqu'à ce que tous les patients éligibles aient vu leurs ressources en soins intensifs retirées et fournies aux patients ayant une plus grande probabilité de survie.

Chaque établissement doit communiquer au DSP le nombre de patients qui ne recevraient plus de soins intensifs dans l'étape 1 de triage, afin d'aider à la planification.

Le patient (ou son représentant légal) doit être informé de la décision de triage, si possible, et le patient sera retiré des soins intensifs et transféré vers des lits de soins non critiques, avec la mise en place de mesures palliatives appropriées.

Une fois que l'étape de triage 1 est lancée, chaque établissement doit examiner et identifier tous les patients qui occupent un lit de soins intensifs qui leur serait éventuellement retiré dans l'application de l'étape 2 de triage, en informant les patients (ou leurs décideurs remplaçants) et le DSP.

Étape 2 de triage

Dans le cadre de l'étape 1 de triage, le DSP doit continuer à coordonner le transport des patients afin d'optimiser l'utilisation de toutes les ressources de soins intensifs avant de lancer l'étape 2 de triage.

Cette étape exclut les patients dont le taux de mortalité estimé est supérieur à 50 %.

- A. Seuls les patients qui ont besoin des soins intensifs et ne répondant à aucun critère d'exclusion de l'étape 2 de triage seront admis à l'unité de soins intensifs. Tous les patients qui développent une maladie grave après un scénario de triage de l'étape 2 doivent être évalués par rapport aux critères de l'étape 2 avant de recevoir des ressources de soins intensifs.
- B. Une fois que tous les lits de soins intensifs disponibles sont occupés, afin de pouvoir fournir des soins aux patients nécessitant des soins critiques qui ne répondent à aucun critère d'exclusion de l'étape 2, les traitements de maintien des fonctions vitales sont retirés aux patients si :
 - Ils répondent à au moins un critère d'exclusion des étapes 2 ou 1;**ET un des deux critères qui suivent**
 - Ils ne montrent aucune amélioration clinique après 21 jours de ventilation et il y a possibilité de chronicisation et de trachéotomie;

OU

- Ils démontrent une détérioration clinique substantielle tout en recevant des soins critiques, comme en témoigne le jugement clinique global.

REMARQUE : L'application de critères supplémentaires avant le retrait des soins intensifs répond à la préoccupation éthique concernant l'acceptabilité du retrait des soins critiques, en particulier si un patient n'a pas continué à se détériorer pendant qu'il recevait ces soins (Lee Daugherty Biddison, 2018). De plus, certains patients qui répondent aux critères d'exclusion de l'étape 2 de triage ont déjà reçu un nombre substantiel de jours de soins intensifs; ainsi, du point de vue des ressources, un investissement important dans leur rétablissement a déjà été réalisé. Ces patients devraient avoir la possibilité de poursuivre leur traitement (essai thérapeutique), à moins qu'ils ne présentent une détérioration clinique. La durée de l'essai thérapeutique doit être déterminée par les caractéristiques cliniques de la maladie et modifiée le cas échéant si des données ultérieures font apparaître que la durée de l'essai doit être plus longue ou plus courte. Permettre aux patients qui ont bénéficié d'un nombre minimum de jours de soins intensifs de poursuivre leur traitement est également conforme au principe du premier arrivé, premier servi, qui permet de ne pas défavoriser indûment une personne en lui retirant des soins dont elle peut bénéficier.

L'ordre de retrait du traitement de soins intensifs est déterminé par l'équipe de triage en fonction du principe selon lequel les patients ayant la plus faible probabilité de survie sont retirés en premier.

Parmi les patients éligibles pour le retrait, l'ordre dans lequel les patients se voient retirer les ressources de soins intensifs est basé sur la mortalité prévue : ceux qui répondent aux critères d'exclusion de l'étape 1 se voient retirer les ressources en premier (s'il y en a), puis les patients qui répondent aux critères de l'étape 2 dans l'ordre du nombre de critères remplis. Si les patients répondent au même nombre de critères d'exclusion (égalité en termes de mortalité prévue), les considérations relatives au cycle de vie peuvent être utilisées pour briser l'égalité, la priorité étant accordée aux patients qui présentent le plus grand nombre d'étapes de vie devant eux pour déterminer l'ordre de retrait des ressources de soins intensifs. Si des égalités persistent après avoir appliqué les considérations relatives au cycle de vie, la priorité est accordée aux membres du personnel soignant. Si des égalités persistent après avoir accordé la priorité aux membres du personnel soignant, la randomisation est utilisée pour déterminer l'ordre de retrait des ressources de soins intensifs. Ce processus se poursuit jusqu'à ce que tous les patients éligibles aient été retirés du système de maintien des fonctions vitales.

Les hôpitaux doivent ensuite se préparer à un scénario de triage de l'étape 3, comme pour les étapes précédentes.

Étape 3 de triage

Cette étape 3 exclut les patients dont le taux de mortalité estimé est supérieur à 30 %.

- A. Seuls les patients qui ont besoin des soins intensifs et ne répondant à aucun critère d'exclusion de l'étape 3 seront admis à l'unité de soins intensifs.
- B. Une fois que tous les lits de soins intensifs disponibles sont occupés, afin de pouvoir fournir des soins aux patients nécessitant des soins critiques qui ne répondent à aucun

critère d'exclusion de l'étape 3, les traitements de maintien des fonctions vitales sont retirés aux patients si:

- Ils répondent à au moins un critère d'exclusion des étapes 3, 2 ou 1;

ET un des deux critères qui suivent

- Ils ne montrent aucune amélioration clinique après 21 jours de ventilation et il y a possibilité de chronicisation et de trachéotomie;

OU

- Ils démontrent une détérioration clinique substantielle tout en recevant des soins critiques, comme en témoigne le jugement clinique global.

REMARQUE : L'application de critères supplémentaires avant le retrait des soins intensifs répond à la préoccupation éthique concernant l'acceptabilité du retrait des soins critiques, en particulier si un patient n'a pas continué à se détériorer pendant qu'il recevait ces soins (Lee Daugherty Biddison, 2018). De plus, certains patients qui répondent aux critères d'exclusion de l'étape 3 ont déjà reçu un nombre substantiel de jours de soins intensifs; ainsi, du point de vue des ressources, un investissement important dans leur rétablissement a déjà été réalisé. Ces patients devraient avoir la possibilité de poursuivre leur traitement (essai thérapeutique), à moins qu'ils ne présentent une détérioration clinique. La durée de l'essai thérapeutique doit être déterminée par les caractéristiques cliniques de la maladie et modifiée le cas échéant si des données ultérieures font apparaître que la durée de l'essai doit être plus longue ou plus courte. Permettre aux patients qui ont bénéficié d'un nombre minimum de jours de soins intensifs de poursuivre leur traitement est également conforme au principe du premier arrivé, premier servi, qui permet de ne pas défavoriser indûment une personne en lui retirant des soins dont elle peut bénéficier.

Parmi les patients éligibles pour le retrait, l'ordre dans lequel les patients se voient retirer les ressources de soins intensifs est basé sur la mortalité prévue : ceux qui répondent aux critères d'exclusion des étapes 1 et 2 de triage se voient retirer les ressources en premier (s'il y en a), puis les patients qui répondent aux critères de l'étape 3 dans l'ordre du nombre de critères remplis. Si les patients répondent au même nombre de critères d'exclusion (égalité en termes de mortalité prévue), les considérations relatives au cycle de vie peuvent être utilisées pour briser l'égalité, la priorité étant accordée aux patients qui présentent le plus grand nombre d'étapes de vie devant eux pour déterminer l'ordre de retrait des ressources de soins intensifs. Si des égalités persistent après avoir appliqué les considérations relatives au cycle de vie, la priorité est accordée aux membres du personnel soignant. Si des égalités persistent après avoir accordé la priorité aux membres du personnel soignant, la randomisation est utilisée pour déterminer l'ordre de retrait des ressources de soins intensifs. Ce processus se poursuit jusqu'à ce que tous les patients éligibles aient été retirés du système de maintien des fonctions vitales.

- C. Si, après avoir retiré les ressources de soins intensifs à tous les patients éligibles, il n'y a toujours pas assez de ressources de soins intensifs pour traiter tous les patients entrants (en attente des SI) qui ne répondent pas aux critères d'exclusion de l'étape 3, les considérations relatives au cycle de vie peuvent être utilisées pour briser l'égalité entre eux, la priorité étant accordée aux patients qui présentent le plus grand nombre d'étapes de vie devant eux pour déterminer l'ordre de retrait des ressources de soins intensifs. Si des égalités persistent après avoir appliqué les considérations relatives au cycle de vie, la priorité est accordée aux membres du personnel soignant. Si des égalités en persistent après avoir appliqué les considérations relatives aux membres

du personnel soignant, la randomisation est utilisée pour déterminer l'ordre de retrait des ressources de soins intensifs.

Le lancement d'un processus de triage tertiaire doit également entraîner le lancement de processus de triage primaire et secondaire. Les patients répondant aux critères d'exclusion de l'étape 3 de triage et présentant une insuffisance respiratoire imminente ou avancée ne devraient pas être transférés dans des établissements de soins aigus si l'on sait à l'avance qu'ils ne recevront pas de ressources pour les soins intensifs. Tous les efforts doivent être faits pour les traiter de manière complémentaire, y compris les traitements palliatifs, dans leur lieu de résidence actuel ou dans un établissement de soins non actifs (c'est-à-dire une maison de soins de longue durée, etc.).

À l'étape 3 de triage, les patients ayant subi un arrêt cardiaque ne sont plus éligibles pour des soins critiques, car leur mortalité prévue est supérieure à 30 % (critère d'exclusion d'étape 3). Ainsi, les codes bleus ne doivent plus être appelés pour ces usagers, et les arrêts cardiaques hors hôpital ne doivent pas être transférés aux hôpitaux dans le cadre du triage de l'étape 3.

Surveillance continue des ressources

Un examen continu des besoins en soins intensifs et des décisions de triage sera effectué par le DSP afin de garantir l'application cohérente de ce protocole, la qualité de la prise de décision et d'ajuster le processus de triage en fonction des preuves épidémiologiques/cliniques et des informations sur les ressources opérationnelles les plus récentes.

4.2 Aperçu des processus de triage avant l'admission aux soins intensifs (adultes)

Le MSSS a approuvé les critères d'inclusion et d'exclusion en contexte de pandémie présentés aux annexes B et C pour le triage pour les soins intensifs dans la province.

Les aspects légaux en lien avec le consentement et le retrait des soins sont abordés à l'annexe D. Le lecteur doit porter une attention particulière aux mesures de protection énoncées.

Procédure de triage clinique

(Consulter le tableau à la section 4.1 pour un aperçu de la procédure de triage)

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

Triage dans le service des urgences

Le triage au sein du service des urgences suivra deux filières :

Triage standard (le triage avant l'intubation est possible) :

- L'urgentologue appliquera les critères de triage aux patients qui devraient avoir besoin de soins intensifs dans le cadre de l'évaluation à l'urgence en utilisant le formulaire de triage des soins intensifs pour les adultes en situation de pandémie (annexe C).

- Le statut de triage du patient est confirmé par un deuxième médecin.
- Si un patient qui répond aux critères d'inclusion et n'a pas de critères d'exclusion pour l'étape actuelle de triage (1, 2, 3), le formulaire sera transmis à l'équipe de triage pour examen.
- Les patients jugés inéligibles aux soins intensifs par l'équipe de triage ne seront PAS intubés et resteront aux urgences ou seront transférés dans un autre lieu pour une prise en charge médicale et des soins palliatifs.

Patients émergents (triage avant intubation impossible) :

- Dans la mesure du possible, les décisions d'intuber doivent être prises APRÈS que le patient ait été trié selon ce protocole. Cela devrait inclure l'utilisation appropriée de mesures de temporisation pour soutenir l'oxygénation et l'utilisation des ressources (c'est-à-dire le personnel/les résidents) pour recueillir les informations pertinentes nécessaires à un processus de triage rapide.
- Les urgentologues feront tous les efforts possibles pour trier les patients selon les critères d'exclusion en utilisant le formulaire de triage des soins intensifs en situation de pandémie (voir annexe B ou C) avant l'intubation si l'urgence clinique le permet. Tout patient répondant aux critères d'exclusion sera pris en charge médicalement et bénéficiera de soins palliatifs si nécessaire.
- L'intubation en urgence doit se dérouler dans un cadre approprié compte tenu du risque de génération de virus en aérosol et conformément aux meilleures pratiques en matière de prévention et de contrôle des infections.
- Après l'intubation en urgence, le processus de triage formel est suivi, et le formulaire du patient est envoyé à l'équipe de triage.
- L'équipe de triage prendra la décision finale concernant l'admission à l'unité de soins intensifs ou l'extubation/palliation, en fonction de l'étape de triage actuelle (1, 2, 3) et des ressources disponibles.

Triage dans les services/unités de l'hôpital

- Chaque service ou unité désignera des personnes ayant les compétences cliniques appropriées (résident, infirmières, etc.) pour soutenir le processus de triage pendant une garde.
- En collaboration avec le médecin traitant, ils recueilleront des informations pour appliquer les critères de triage aux patients dès leur admission, en notant quels critères d'exclusion, le cas échéant, sont remplis pour les étapes 1, 2, 3 de triage.
- Les critères d'exclusion du patient à chaque étape seront confirmés par un deuxième médecin.

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

- Si l'état d'un patient s'aggrave et que le patient répond aux critères d'inclusion et n'a pas de critères d'exclusion pour l'étape de triage donnée, le médecin traitant doit contacter l'équipe de triage pour examen.

- Les patients jugés inéligibles aux soins critiques pour l'étape de triage actuelle ne seront PAS intubés et resteront dans le service pour une gestion médicale et des soins palliatifs.
- Les patients admissibles à l'étape actuelle de triage qui nécessitent une intubation ne seront pas intubés/ventilés avant que l'équipe de triage ne prenne une décision (si le temps le permet). Si une intubation d'urgence est nécessaire dans le service, l'évaluation de l'équipe de triage se poursuivra et le patient sera soit admis à l'unité de soins intensifs, soit extubé et traité médicalement dans le service, avec des soins palliatifs.

Triage urgent dans les services

- Les contraintes en matière de ressources humaines peuvent ne pas permettre le fonctionnement du Code bleu ou des équipes de réaction rapide. Les patients qui « codent » ou se détériorent rapidement recevront des soins médicaux et palliatifs appropriés si les soins intensifs ne sont pas une option.
- À l'étape de triage 3, les patients qui ont un arrêt cardiaque sont exclus des ressources de soins intensifs, et le code bleu ne doit plus être activé.
- Dans la mesure du possible, les décisions d'intuber doivent être prises APRÈS le triage, conformément à cette politique et selon l'étape de triage (1,2,3) en vigueur. Cela devrait inclure l'utilisation appropriée de mesures de temporisation pour soutenir l'oxygénation et l'utilisation des ressources (c'est-à-dire le personnel soignant) pour recueillir les informations pertinentes nécessaires à un processus de triage rapide.
- L'intubation doit toujours se dérouler selon les meilleures pratiques en matière de contrôle et prévention des infections (PCI) et dans un cadre approprié, compte tenu du risque de génération de virus en aérosol.
- Après l'intubation en urgence, le processus de triage formel est suivi et le patient est envoyé à l'équipe de triage.
- L'équipe de triage prendra la décision finale concernant l'admission à l'unité de soins intensifs ou l'extubation, en fonction de l'étape de triage actuelle.
- Tout patient répondant à au moins un critère d'exclusion sera pris en charge médicalement et en soins palliatifs.

5. Procédure de triage des soins intensifs

5.1 Objectif et structure de l'équipe de triage

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

Le triage en cas de pandémie est un défi à la fois clinique et psychologique; les personnes chargées d'évaluer les patients et de prendre les décisions de triage doivent avoir l'expérience et la formation appropriées ainsi que la résilience personnelle et le soutien organisationnel/logistique nécessaires pour prendre ces décisions (Christian et coll.

2014). En outre, l'hôpital a l'obligation éthique de veiller à ce que les décisions relatives à l'allocation des ressources reflètent systématiquement des valeurs et des principes transparents, et ne soient pas prises de manière idiosyncrasique. Une équipe de triage sera nommée pour l'établissement par le DSP afin de soutenir les décisions d'allocation des ressources en matière de soins critiques fondées sur des preuves et sur l'éthique.

Les membres potentiels de l'équipe de triage seront identifiés au début de la pandémie, mais les membres de l'équipe devront se relayer pour éviter la fatigue physique, émotionnelle et psychologique. Pendant sa nomination, cette équipe doit être disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, car le triage peut être nécessaire à tout moment. De même, il est essentiel que le DSP soit en mesure de fournir des données actualisées sur les ressources disponibles afin d'éviter que des décisions de triage ne soient pas liées à la demande de lits de SI et à leur disponibilité.

Membres de l'équipe de triage

L'équipe de triage est composée de trois personnes, dont :

- Médecin intensiviste ou urgentologue (président);
- Médecin de l'établissement;
- Non-médecin ayant une expérience clinique ou de direction appropriée.

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

La combinaison de deux médecins permet d'évaluer au maximum les avantages supplémentaires des soins intensifs pour les patients en soins aigus évalués par l'équipe de triage, tandis que le non-médecin apporte son soutien en matière de rigueur procédurale, d'atténuation des biais dans les situations d'incertitude, de résolution des conflits, de transparence et de clarté concernant la justification éthique des décisions.

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

5.2 Qualifications des équipes de triage

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

- Avoir de solides compétences en matière de facilitation/médiation;
- Avoir des compétences en matière de raisonnement éthique et une sensibilité envers le traitement équitable des patients;
- Être engagé à éviter les biais et la discrimination;
- Avoir la capacité à gérer la complexité et à répondre à un environnement en constante évolution;
- Être résilient et courageux;
- Avoir la volonté de remettre en question et de poser des questions difficiles;
- Être engagé à la rigueur et à la transparence des procédures;
- Être capable de faciliter les décisions motivées sous pression et d'appliquer ce protocole de manière cohérente;

- Être capable de documenter les décisions de manière appropriée et d'en rendre compte tout au long de la chaîne de commandement;
- Avoir la capacité de réflexion et d'amélioration continue de la qualité.

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

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

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

L'urgentologue ou le médecin traitant est chargé de réaliser l'évaluation initiale de triage, et de voir à ce que soit faite la seconde réalisation par un autre médecin (cosignataire du formulaire pour confirmation), qui sera validée ensuite par l'équipe de triage et conservée dans le dossier du patient.

Tout patient intubé qui ne répond plus aux critères de triage pour l'étape (1, 2, 3) en vigueur est orienté vers l'équipe de triage qui soutiendra la communication concernant l'extubation.

5.4 Rôles du médecin de l'unité de soins intensifs au sein de l'équipe de triage

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

Expert médical

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

Président

- Soutenir des décisions cohérentes, équitables et fondées sur des principes en matière d'allocation des ressources pour les soins intensifs en utilisant les meilleurs faits cliniques disponibles, l'application des outils de triage clinique et le cadre éthique.
- Assurer la liaison avec d'autres sous-spécialités pour l'expertise du contenu (si nécessaire) afin d'informer le processus de prise de décision de l'équipe de triage.
- Garantir la documentation des décisions de l'équipe de triage (y compris les motifs, en se référant aux critères de triage et au cadre éthique) dans les lieux et de la manière appropriés.
- Soutenir la communication des résultats du processus de triage (avec le soutien de l'équipe de triage) au médecin traitant, et au patient et/ou à la famille directement (selon le cas).
- Rendre compte en temps utile des activités de l'équipe de triage, ainsi que de toute difficulté/question importante liée aux processus et aux communications au DSP afin de s'assurer que les ressources, les processus et les plans actuels sont à jour.

- Soutenir l'amélioration continue du processus d'examen de la qualité et la pratique fondée sur des données probantes, en adaptant les critères et la pratique à mesure que de nouvelles données apparaissent.
- Assurer le transfert au prochain président de l'équipe de triage pour garantir la cohérence des pratiques et des décisions.

5.5 Rôle du deuxième médecin et du non-médecin dans l'équipe de triage

Deuxième médecin

- Le deuxième médecin de l'équipe de triage peut être tout médecin qualifié ayant l'expérience de l'évaluation des besoins des patients en matière de soins critiques (interniste, chirurgien, médecin urgentiste, anesthésiste, etc.). Leurs rôles sont les suivants :
 - Fournir une contribution et une seconde opinion concernant l'évaluation clinique de l'adéquation du patient aux soins critiques, sur la base de leur jugement médical des conditions de comorbidité et du pronostic du patient, et des preuves cliniques disponibles;
 - Soutenir le processus en assurant la liaison avec d'autres sous-spécialités pour l'expertise du contenu (si nécessaire) afin d'éclairer le processus de prise de décision de l'équipe de triage;
 - Soutenir la documentation des décisions prises;
 - Soutenir la pratique réflexive et l'amélioration continue de la qualité du processus;
 - Soutenir la communication des décisions de l'équipe de triage au médecin traitant et au patient ou à la famille directement (selon les besoins).

Membre non-médecin

Le membre de l'équipe de triage non-médecin doit être un dirigeant (c'est-à-dire directeur ou gestionnaire) ou un éthicien. Ses responsabilités sont les suivantes :

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

5.6 Rôle des médecins consultants

On prévoit que plusieurs des critères de triage nécessiteront l'avis d'experts pour déterminer la probabilité de survie du patient et donc son admissibilité aux rares ressources de soins intensifs. Les médecins consultants doivent être disponibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour fournir en temps utile (dans l'heure qui suit) une

contribution à l'estimation de la survie d'un patient afin de faciliter les décisions de triage, tout en reconnaissant que ces estimations peuvent ne pas être parfaites, mais sont probablement plus précises que le jugement d'un non-expert.

Le rôle de ces médecins consultants n'est pas de défendre les intérêts des patients individuels, mais de fournir leur évaluation la plus précise du pronostic anticipé du patient, en plus des critères de triage existants.

5.7 Prise de décision de l'équipe de triage

Dans l'idéal, l'équipe de triage prendra des décisions par consensus des trois membres par le dialogue, la délibération et la consultation appropriée pour clarifier les zones d'incertitude clinique. Les décisions seront conformes aux directives des autorités provinciales. En cas de divergences d'opinions irréconciliables qui empêcheraient les trois membres de parvenir à une décision unanime, le statut de triage d'un patient sera déterminé par une randomisation transparente.

La justification de la randomisation est la suivante :

- Réduit la charge de la prise de décision en ne la confiant pas à une seule personne (comme le président de l'équipe de triage), ce qui peut entraîner un préjudice moral et un épuisement professionnel après des cas répétés;
- Réduit le risque médico-légal pour un individu (comme le président) et pour l'organisation dans les situations d'incertitude;
- Reconnaît l'incertitude réelle qu'une telle situation présente, plutôt que de se rabattre sur des certitudes exagérées ou erronées;
- Soutient l'équilibre des pouvoirs entre les trois membres de l'équipe de triage;
- Encourage tous les membres de l'équipe de triage à défendre leurs idées et leurs points de vue : encourage la délibération, la consultation et le partage d'opinions diverses. Cela rendra les décisions plus solides qu'une forme autocratique de prise de décision;
- Est efficace lorsque les décisions doivent être prises rapidement;
- L'absence de consensus représente une grande incertitude et la volonté de recourir à une méthode de décision par randomisation démontre la valeur de l'humilité;
- La randomisation est le processus le plus équitable lorsque l'incertitude est élevée et atténue le risque de partialité implicite dans la prise de décision.

5.8 Conflits d'intérêts

Les membres de l'équipe de triage doivent se récuser de tout cas impliquant des affaires connues :

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

5.9 Communication des décisions de l'équipe de triage

Communication lors de l'admission

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

Communication des résultats du triage

Les résultats de chaque décision de l'équipe de triage seront communiqués au médecin traitant/urgentologue qui s'occupe du patient. L'équipe de triage aidera et soutiendra le personnel du médecin traitant et de l'unité de soins intensifs à communiquer les résultats des décisions de l'équipe de triage aux patients. Le type de soutien peut varier en fonction de la relation (ou de l'absence de relation) du médecin traitant avec le patient et sa famille, de la situation clinique ou d'autres facteurs, notamment l'accès à d'autres personnels de soutien du patient ou de sa famille, comme les travailleurs sociaux.

Préalablement à l'admission aux soins intensifs, l'intensiviste ou l'urgentologue communiquera au patient dirigé vers les soins intensifs ce qui suit :

- « Nous pourrions vous admettre aux soins intensifs et vous devez comprendre que, dans le contexte actuel de la pandémie, l'équipe traitante se réserve le droit de réévaluer la pertinence et la continuation de certains traitements offerts. Vous et votre famille serez informés de l'évolution de la situation et de l'orientation préconisée, le cas échéant. »
- Les patients qui sortent des soins intensifs seront placés dans un cadre de soins appropriés et adaptés pour assurer un traitement palliatif/médical.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Impliquer les services de consultation en éthique clinique et le Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS dans le cadre des demandes d'aide médicale à mourir);
2. Impliquer les équipes psychosociales de l'établissement en soutien.

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

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

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

Suggestions de stratégie d'accompagnement des patients et des proches

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

1. **Des mises à jour quotidiennes aux proches « Ligne dédiée ».** Donner régulièrement par téléphone et/ou par courriel de l'information sur l'état de santé du patient, physique et psychologique, son lieu d'hospitalisation s'il est déplacé, les types de soins administrés, etc. Ce moyen de communication pourra aussi servir aux intervenants qui devraient contacter les proches pour des informations particulières. Dans tous les cas, trouver les moyens nécessaires pour ne jamais laisser les proches dans l'ignorance d'une situation critique.
2. **Un soutien psychologique aux proches.** Mettre en place un numéro de téléphone pour le soutien psychosocial aux proches (réf. AMM) avec des professionnels formés en la matière (pendant l'épisode de soins, mais aussi après l'annonce éventuelle d'un décès). Aussi, l'annonce au patient et aux proches d'un choix de triage défavorable devrait être faite par un intervenant avec les compétences psychologiques adéquates. La possibilité de discuter avec un intervenant spirituel devrait aussi être offerte. Dans tous les cas, trouver les moyens nécessaires pour accompagner les proches dans leur détresse psychologique.
3. **Une capacité de communication entre le patient et ses proches.** Fournir au patient un accès internet vidéo portable (téléphone intelligent, tablette, etc.) pour qu'il puisse voir ses proches ou minimalement lui donner accès à un téléphone s'il n'a pas de cellulaire (fréquent chez les personnes âgées). Et si la mort est imminente, il faut favoriser la présence d'un proche en assurant sa sécurité ou minimalement donner la possibilité d'une dernière vidéo ou discussion par téléphone dans une atmosphère sereine. Dans tous les cas, trouver les moyens nécessaires pour ne jamais laisser une personne mourir seule.
4. **Un espace palliatif.** Aménager un espace spécial pour les personnes redirigées implicitement en soins palliatifs afin qu'elles puissent mourir dans la dignité et une atmosphère paisible (par exemple une pièce isolée sans éclairage ou bruit agressant) propice à l'accompagnement d'un proche ou à un dernier contact intime à distance. La présence d'un intervenant spirituel pourrait aussi être proposée. Dans tous les cas, trouver les moyens nécessaires pour ne jamais laisser une personne mourir dans des conditions dégradantes.
5. **Une page web dynamique d'informations spécifiques à la situation.** Offrir un support informationnel Web à l'intention des proches pour leur communiquer des informations valides relatives aux types de soins prodigués, l'état des services, les procédures et protocoles en place, le développement général de la situation, des messages de réconfort, des liens vers des services connexes pouvant aller du commissaire aux plaintes à des services de soutien complémentaires pertinents, etc.; Dans tous les cas, trouver les moyens nécessaires pour que les proches aient accès en tout temps à de l'information pertinente sur les services offerts.

5.12 Examen de la qualité

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

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

Toutes modifications à ce protocole seront proposées au comité provincial des soins critiques par le DSP.

6. Documentation

6.1 Documentation de l'état de triage du patient

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

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

- Date et heure de la réunion;
- Membres de l'équipe de triage présents;
- Patients examinés (identifiés par le numéro de dossier ou le numéro de la RAMQ);
- Quels patients ont été approuvés pour les soins intensifs, lesquels ne l'ont pas été;
- Notation de tous les patients;
- Raisons de l'approbation des patients éligibles (selon les critères ci-dessus);
- Possibilités d'amélioration de la qualité, questions et défis à soumettre au comité central de triage sous l'autorité du DSP.

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

7. Définitions

Équipe de triage - Équipe de 3 personnes qui sont autorisées à prendre des décisions de triage en situation de pandémie et d'allocation extrême des ressources de soins intensifs.

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

8. Plan provincial de contingence

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

9. Références

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. Annexes

Annexe A : Processus détaillé de consultation

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

Équipe projet

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

Composition :

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

Comité de travail #1

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

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

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

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

Comité de révision #1

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

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

Nom	Rôle	Appartenance
Valrie Badro	Conseillère en éthique	CIUSSS NIM
Marie-Eve Bouthillier	Responsable/Éthicienne/ Bureau éthique UdeM	CISSS de Laval
Macha Bourdages	Chef soins intensifs pédiatrique	CHU de Québec
Franco Carnavale	Éthicien clinique, infirmier, psychologue	CUSM
Joseph Dahine	Intensiviste, Directeur médical, DQEPE	CISSS de Laval
Annie Dubois	Gestionnaire, coordonatrice médicale	CISSS de Laval
Vincent Dumez	Co-Dir., Centre d'excellence partenariat soin	DCPP, UdeM
Amélie Dupont-Thibodeau	Néonatalogiste, conseillère en éthique	CHU Ste-Justine
Claudine Fecteau	Conseillère en éthique	MSSS-DGCPPQ
Jean-Simon Fortin	Conseiller en éthique	CISSS de Laval
Nathalie Gaucher	Urgentologue pédiatrique, Bureau éthique UdeM	CHU Ste-Justine
Kevin Hayes	Conseiller en éthique	CIUSSS COM
Paul-André Lachance	Urgentologue	CISSS de Laval
Marie-Claude Laflamme	Adjointe à la directrice, DQEPE	CISSS de Laval
Daniel LaRoche	DQEPE	CHU de Québec
Annie Lecavalier	Intensiviste	CISSS de Laval
Marie-Claude Levasseur	Infirmière, coordonnatrice unité éthique	CHU Ste-Justine
Michel Lorange	Éthicien clinique et organisationnel	CISSS de Laval
Isabelle Mondou	Conseillère en éthique	CMQ
Mathieu Moreau	Intensiviste	CIUSSS NIM
Louise Passerini	Pneumologue-intensiviste	CISSS-MC
Saieem Razack	Chef soins intensifs pédiatrique	CUSM
Delphine Roigt	Conseillère en éthique	CIUSSS EIM
Sébastien Roulier	Chef soins intensifs pédiatrique	CIUSSS de l'Estrie - CHUS
Baruch Toledano	Chef soins intensifs pédiatrique	CHU Ste-Justine
Hugues Vaillancourt	Conseiller en éthique	MSSS-DGCPPQ
Paul Warshawsky	Intensiviste	CIUSSS COM
Matthew-John Weiss	Intensiviste pédiatrique	CHU de Québec

Comité de révision #2

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

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

Comité consultatif de patients

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

Composition (4 membres) : Patients

Comité consultatif de l'INESSS

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

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

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

Annexe B : L'éthique du triage

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

Ces principes procéduraux sont les suivants :

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

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

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

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

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

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

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

Obligation de fournir des soins. Les travailleurs de la santé ont le devoir éthique de fournir des soins et de répondre à la souffrance.

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

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

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

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

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

Principes de triage :

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

unités de l'hôpital ou dans d'autres hôpitaux de la province, afin de s'assurer qu'ils reçoivent les soins dont ils ont besoin.

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

Annexe C : Formulaire de triage des soins intensifs pour les adultes en situation de pandémie

FORMULAIRE TRIAGE DES SOINS INTENSIFS POUR LES ADULTES EN SITUATION DE PANDÉMIE

< = moins de
> = supérieur à
≥ = supérieure à environ
SBP = Pression artérielle systolique
SpO₂ = Saturation en oxygène mesurée par oxymétrie de pouls
USI = unité de soins intensifs

Ne pas inscrire le nom

Numéro de dossier : _____

RAMO :

Date : _____

(AAAA/MM/JJ)

Étape de triage : 1 2 3

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

*Amorcer des discussions en regard des objectifs de soins appropriés avec l'usager et ses proches.

1. Critères d'inclusion (l'usager doit présenter UN des critères suivants)

Variable	Présentation clinique
Exigence d'une assistance respiratoire invasive	<input type="checkbox"/> Hypoxie réfractaire (SpO ₂ < 90% sur le masque FiO ₂ > 0.50) <input type="checkbox"/> Acidose respiratoire avec pH < 7.2 <input type="checkbox"/> Signes cliniques d'insuffisance respiratoire (utilisation des muscles accessoires, fatigue respiratoire) <input type="checkbox"/> Incapacité de protéger ou d'entretenir les voies aériennes
Hypotension	<input type="checkbox"/> Pression artérielle systolique < 90mmHg ou une hypotension relative avec signes cliniques de choc réfractaire à la réanimation volumique nécessitant un soutien par vasopresseur/inotrope qui ne peut être géré hors USI (altération du niveau de conscience, diminution du débit urinaire, autre défaillance d'un organe terminal)

2. Critères d'exclusion pour l'admission aux soins intensifs

(Pour être admissible aux soins intensifs, l'usager ne doit répondre à AUCUN de ces critères)

	Étape 1 de triage (Visant à exclure les personnes ayant ≥ 80% de mortalité prévue)	Étape 2 de triage (Visant à exclure les personnes ayant ≥ 50% de mortalité prévue)	Étape 3 de triage (Visant à exclure les personnes ayant ≥ 30% de mortalité prévue)
	Nombre de critères présents : _____	Nombre de critères présents : _____	Nombre de critères présents _____
A	<input type="checkbox"/> Traumatisme grave avec une mortalité prévue > 80% sur la base du score TRISS	<input type="checkbox"/> Traumatisme grave avec une mortalité prévue > 50% sur la base du score TRISS	<input type="checkbox"/> Traumatisme grave avec une mortalité prévue > 30% sur la base du score TRISS
B	<input type="checkbox"/> Brûlures graves avec <u>2 des critères</u> : <ul style="list-style-type: none"> • Âge > 60 • 40% de la surface corporelle totale affectée • Brûlure d'inhalation qui entraîne une insuffisance respiratoire hypoxémique 		

**FORMULAIRE TRIAGE DES SOINS INTENSIFS POUR
LES ADULTES EN SITUATION DE PANDÉMIE**

< = moins de

> = supérieur à

≥ = supérieure à environ

SBP = Pression artérielle systolique

SpO₂ = Saturation en oxygène mesurée par oxymétrie de pouls

USI = unité de soins intensifs

Ne pas inscrire le nom

Numéro de dossier : _____

RAMQ :

Date : _____

(AAAA/MM/JJ)

	Étape 1 de triage (Visant à exclure les personnes ayant ≥ 80% de mortalité prévue)	Étape 2 de triage (Visant à exclure les personnes ayant ≥ 50% de mortalité prévue)	Étape 3 de triage (Visant à exclure les personnes ayant ≥ 30% de mortalité prévue)
C	<input type="checkbox"/> Arrêt cardiaque : <ul style="list-style-type: none"> • Sans témoin • Réanimé mais ne répondant pas à la thérapie électrique (défibrillation ou stimulation) • Arrêts cardiaques récurrents • Arrêt cardiaque nécessitant ECMO 		<input type="checkbox"/> Arrêt cardiaque
D	<input type="checkbox"/> Déficience cognitive sévère due à une maladie progressive - incapacité totale d'effectuer les activités de la vie quotidienne et domestique de manière indépendante en raison d'une déficience cognitive progressive qui aura un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI.		<input type="checkbox"/> Déficience cognitive modérée ou sévère - incapacité totale ou partielle d'effectuer les activités de la vie quotidienne et domestique de manière indépendante en raison d'une déficience cognitive progressive qui a un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI.
E	<input type="checkbox"/> Maladie neuromusculaire <u>avancée et irréversible</u> (par exemple, la maladie de Parkinson, la sclérose latérale amyotrophique) qui aura un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI.		<input type="checkbox"/> Maladie neurodégénérative neuromusculaire irréversible <u>avancée et modérée</u> (par exemple la maladie de Parkinson, la sclérose latérale amyotrophique) qui a un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI.
F	<input type="checkbox"/> Maladie maligne métastatique présentant l'une des caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Classe ECOG > = 2 • Maladie évoluant ou stable sous traitement • Plan de traitement actif avec un risque de mortalité > 80% à 1 an • Plan de traitement (expérimental) non éprouvé • Plan de traitement qui ne serait lancé que si le patient se rétablit d'une maladie grave 	<input type="checkbox"/> Maladie maligne métastatique présentant l'une des caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Classe ECOG > = 2 • Maladie évoluant ou stable sous traitement • Plan de traitement actif avec un risque de mortalité > 50 % à 1 an • Plan de traitement (expérimental) non éprouvé • Plan de traitement qui ne serait lancé que si le patient se rétablit d'une maladie grave 	<input type="checkbox"/> Maladie maligne métastatique

FORMULAIRE TRIAGE DES SOINS INTENSIFS POUR LES ADULTES EN SITUATION DE PANDÉMIE

< = moins de

> = supérieur à

≥ = supérieure à environ

SBP = Pression artérielle systolique

SpO₂ = Saturation en oxygène mesurée par oxymétrie de pouls

USI = unité de soins intensifs

Ne pas inscrire le nom

Numéro de dossier : _____

RAMO :

Date : _____

(AAAA/MM/JJ)

	Étape 1 de triage (Visant à exclure les personnes ayant ≥ 80% de mortalité prévue)	Étape 2 de triage (Visant à exclure les personnes ayant ≥ 50% de mortalité prévue)	Étape 3 de triage (Visant à exclure les personnes ayant ≥ 30% de mortalité prévue)
G	<input type="checkbox"/> Événement neurologique grave et irréversible avec un risque de décès ou de réponse défavorable supérieur à 80 %, sur la base : <ul style="list-style-type: none"> • Pour l'hémorragie intracérébrale, un score ICH modifié de 4-7 • Pour l'hémorragie sous-arachnoïdienne, WFNS grade 5 (GCS 3-6) • Pour les traumatismes crâniens, le score IMPACT • Un accident ischémique aigu seul ne serait pas exclu à ce niveau 	<input type="checkbox"/> Événement neurologique grave et irréversible avec un risque de décès ou de réponse défavorable supérieur à 50 %, sur la base : <ul style="list-style-type: none"> • Pour l'hémorragie intracérébrale, un score ICH modifié de 3-7 • Pour l'hémorragie sous-arachnoïdienne, WFNS grade 5 (GCS 3-12 OU 13-14 AVEC déficits focaux) • Pour les traumatismes crâniens, le score IMPACT • Pour les accidents ischémiques aigus, un NIHSS de 22-42 	<input type="checkbox"/> Événement ou état neurologique irréversible avec un risque de décès ou de réponse défavorable supérieur à 30 % sur la base : <ul style="list-style-type: none"> • Pour l'hémorragie intracérébrale, un score ICH modifié de 2 à 7 • Pour l'hémorragie sous-arachnoïdienne, le score un score WFNS grade 2-5 (GCS<15) • Pour les traumatismes crâniens, le score IMPACT • Pour les accidents ischémiques aigus, un NIHSS de 14-42
H	<input type="checkbox"/> Défaillance d'un organe en phase terminale répondant aux critères suivants <u>ET</u> : <ul style="list-style-type: none"> • qui ne sont pas actuellement sur la liste d'attente pour le don d'organes OU • suspension des processus provinciaux de don d'organes en cas de pandémie <p>Cœur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance cardiaque de classe 3 ou 4 selon la NYHA <p>Poumons :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maladie pulmonaire obstructive chronique avec VEMS < 30 % prévu, PaO₂ de base < 55 mmHg ou hypertension pulmonaire secondaire • Oxygénodépendance au domicile • Fibrose kystique avec VEMS post-bronchodilatateur < 30% ou PaO₂ de référence < 55 mmHg 	<input type="checkbox"/> Défaillance d'un organe en phase terminale répondant aux critères suivants <u>ET</u> : <ul style="list-style-type: none"> • qui ne sont pas actuellement sur la liste d'attente pour le don d'organes OU • suspension des processus provinciaux de don d'organes en cas de pandémie <p>Cœur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance cardiaque de classe 3 ou 4 selon la NYHA <p>Poumons :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maladie pulmonaire obstructive chronique avec VEMS < 50 % prévu, PaO₂ de base < 55 mmHg ou hypertension pulmonaire secondaire • Fibrose kystique avec VEMS post-bronchodilatateur < 30% ou PaO₂ de référence < 55 mmHg • Fibrose pulmonaire avec VC ou TLC < 60% prévue, PaO₂ de base < 55 mmHg, ou 	<input type="checkbox"/> Défaillance d'un organe en phase terminale (tout diagnostic) ou transplantation d'un organe antérieure avec preuve de rejet chronique ou de dysfonctionnement chronique de l'organe transplanté.

**FORMULAIRE TRIAGE DES SOINS INTENSIFS POUR
LES ADULTES EN SITUATION DE PANDÉMIE**

< = moins de

> = supérieur à

≥ = supérieure à environ

SBP = Pression artérielle systolique

SpO₂ = Saturation en oxygène mesurée par oxymétrie de pouls

USI = unité de soins intensifs

Ne pas inscrire le nom

Numéro de dossier : _____

RAMO :

Date : _____

(AAAA/MM/JJ)

	Étape 1 de triage (Visant à exclure les personnes ayant ≥ 80% de mortalité prévue)	Étape 2 de triage (Visant à exclure les personnes ayant ≥ 50% de mortalité prévue)	Étape 3 de triage (Visant à exclure les personnes ayant ≥ 30% de mortalité prévue)
	<ul style="list-style-type: none"> Fibrose pulmonaire avec VC ou TLC < 60% prévue, PaO₂ de base < 55 mmHg, ou hypertension pulmonaire secondaire Toute autre cause d'hypertension pulmonaire avec insuffisance cardiaque classe 3 ou 4 selon la NYHA, pression de l'oreillette droite > 10 mmHg ou pression artérielle pulmonaire moyenne > 50 mmHg <p>Foie :</p> <ul style="list-style-type: none"> Insuffisance hépatique chronique associée à la défaillance de 2 autres organes (ACLF grade 2-3) Score MELD ≥ 40 	<p>hypertension pulmonaire secondaire</p> <ul style="list-style-type: none"> Toute autre cause d'hypertension pulmonaire avec insuffisance cardiaque classe 3 ou 4 selon la NYHA, pression de l'oreillette droite > 10 mmHg ou pression artérielle pulmonaire moyenne > 50 mmHg <p>Foie :</p> <ul style="list-style-type: none"> Insuffisance hépatique chronique associée à la défaillance de 2 autres organes (ACLF grade 1-3) Score MELD > 30 	
I	<input type="checkbox"/> Toute personne ayant un score de fragilité clinique ≥ 7 en raison d'une condition ou atteinte progressive sous-jacente qui aura un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI.	<input type="checkbox"/> Toute personne ayant un score de fragilité clinique ≥ 5 en raison d'une condition ou atteinte progressive sous-jacente qui aura un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI.	<input type="checkbox"/> Toute personne ayant un score de fragilité clinique ≥ 4 en raison d'une condition ou atteinte progressive sous-jacente qui aura un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI.
J	<input type="checkbox"/> Chirurgie palliative élective		<input type="checkbox"/> Chirurgie palliative élective ou d'urgence
K	<input type="checkbox"/> Toute personne sous ventilation mécanique pendant ≥ 21 jours avec un score ProVent de 4-5	<input type="checkbox"/> Toute personne sous ventilation mécanique pendant ≥ 21 jours avec un score ProVent de 2-5	<input type="checkbox"/> Toute personne sous ventilation mécanique pendant ≥ 21 jours évoluant vers une chronisation de la ventilation avec trachéotomie envisagée
L	<input type="checkbox"/> Jugement clinique d'une mortalité ou d'une réponse défavorable aux soins de > 80 % non traitée par des conditions non présentes dans cette grille	<input type="checkbox"/> Jugement clinique d'une mortalité ou d'une réponse défavorable aux soins > 50 % non traitée par des conditions non présentes dans cette grille	<input type="checkbox"/> Jugement clinique d'une mortalité > 30 % non traitée par des conditions non présentes dans cette grille
Le jugement clinique peut être soutenu par un outil d'évaluation de la sévérité et de la morbidité reconnu et utilisé dans l'établissement (p.ex. SOFA, MODS, Apache).			

FORMULAIRE TRIAGE DES SOINS INTENSIFS POUR LES ADULTES EN SITUATION DE PANDÉMIE

< = moins de

> = supérieur à

≥ = supérieure à environ

SBP = Pression artérielle systolique

SpO₂ = Saturation en oxygène mesurée par oxymétrie de pouls

USI = unité de soins intensifs

Ne pas inscrire le nom

Numéro de dossier : _____

RAMO :

Date : _____

(AAAA/MM/JJ)

Étape 1 de triage (Visant à exclure les personnes ayant ≥ 80% de mortalité prévue)	Étape 2 de triage (Visant à exclure les personnes ayant ≥ 50% de mortalité prévue)	Étape 3 de triage (Visant à exclure les personnes ayant ≥ 30% de mortalité prévue)
Justification de l'arrêt de soins : _____ _____ _____		

3. Critère supplémentaire en cas d'égalité entre deux patients

M	Principe des cycles de vie : Pour prioriser les personnes à un stade plus précoce de la vie. Commentaires : _____ _____
N	Personnel soignant du réseau de la santé et des services sociaux <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Commentaires : _____ _____

En cas d'impossibilité de prise de décision consensuelle et / ou d'égalité des conditions cliniques de 2 usagers ou plus, procéder par **tirage au sort**.

Complété par : _____ (Nom en lettres moulées) _____ (Signature et Désignation) Heure (hh:mm) _____

Vérifié par : _____ (Nom en lettres moulées) _____ (Signature et Désignation) Heure (hh:mm) _____

Confirmé par : _____ (Nom en lettres moulées) _____ (Signature et Désignation) Heure (hh:mm) _____
 PRÉSIDENT DU COMITÉ DE TRIAGE

FORMULAIRE TRIAGE DES SOINS INTENSIFS POUR LES ADULTES EN SITUATION DE PANDÉMIE

< = moins de

> = supérieur à

≥ = supérieure à environ

SBP = Pression artérielle systolique

SpO₂ = Saturation en oxygène mesurée par oxymétrie de pouls

USI = unité de soins intensifs

Ne pas inscrire le nom

Numéro de dossier : _____

RAMQ : _____

Date : _____

(AAAA/MM/JJ)

Score de Fragilité Clinique*



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



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



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



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



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



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



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



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



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

Classification de la fragilité des personnes atteintes de démence.

Le degré de fragilité correspond au degré de démence.

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

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

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

* Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008. *
D.K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. JAMA 2005;173:400-408.

Indice d'état général ECOG

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

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

FORMULAIRE TRIAGE DES SOINS INTENSIFS POUR LES ADULTES EN SITUATION DE PANDÉMIE

< = moins de

> = supérieur à

≥ = supérieure à environ

SBP = Pression artérielle systolique

SpO₂ = Saturation en oxygène mesurée par oxymétrie de pouls

USI = unité de soins intensifs

Ne pas inscrire le nom

Numéro de dossier : _____

RAMQ : _____

Date : _____

(AAAA/MM/JJ)

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

Score ProVent (calculé à 14 jours d'hospitalisation aux soins intensifs)		
Âge > 50 ans	1 pt	Un résultat de 4 – 5 à 14 jours de ventilation suggère un taux de mortalité de ~90 % à 1 an.
Âge ≥ 65 ans	2 pt	
Décompte plaquettaire < 150	1 pt	
Besoin d'hémodialyse	1 pt	
Besoin de vasopresseurs	1 pt	Un résultat de 2 – 3 à 14 jours de ventilation suggère un taux de mortalité de ~56% à 80 % à 1 an.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4223371/pdf/cc13994.pdf>

Score NIHSS	
0-7	Associé à une mortalité à 30 jours de 4.2%
8-13	Associé à une mortalité à 30 jours de 13.9%
14-21	Associé à une mortalité à 30 jours de 31.6%
22-42	Associé à une mortalité à 30 jours de 53.5%

https://www.stroke.nih.gov/documents/NIH_Stroke_Scale_508C.pdf

Score WFNS		
GRADE	CGS	
5	GCS 3 - 6	> 90% de probabilité d'évolution défavorable
3-4	GCS 7 – 12	> 50% de probabilité d'évolution défavorable
	GCS 13-14 AVEC déficits focaux	
2	GCS 14 sans déficit	> 30% de probabilité d'évolution défavorable

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4982344/>

Score ACLF	
GRADE	
2-3	80% de risque de mortalité à 6 mois
1	50% de risque de mortalité à 6 mois

Calculateur via le site : <https://www.clifresearch.com/ToolsCalculators.aspx>

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

Annexe D : Aspects juridiques²

Cadre légal

Il est important de noter que l'état d'urgence sanitaire, tel que défini dans la *Loi sur la santé publique* (L.R.Q., c. S-2.2), n'a pas d'impact sur les lois en vigueur au Québec. Celles-ci continuent de s'appliquer normalement, cela inclut le cadre légal relatif aux prestations de soins et de services sociaux.

Nous n'excluons toutefois pas la possibilité que des mesures prises par le gouvernement en vertu de l'article 123 de la *Loi sur la santé publique* aient certains impacts sur la prestation des soins et des services. Nous reproduisons ici l'article précité :

123. Au cours de l'état d'urgence sanitaire, malgré toute disposition contraire, le gouvernement ou le ministre, s'il a été habilité, peut, sans délai et sans formalité, pour protéger la santé de la population:

[...]

8° ordonner toute autre mesure nécessaire pour protéger la santé de la population.

Le gouvernement a aussi la capacité de modifier une partie du cadre légal en vigueur par le biais d'une loi spéciale. Ce type de mesure ne serait utilisé que dans un cadre hautement exceptionnel.

Cela dit, certaines lois, notamment celles applicables au réseau de la santé et des services sociaux, contiennent déjà des dispositions pertinentes afin permettre aux établissements de fournir les services requis aux citoyens malgré un contexte critique de pandémie, tout en appuyant les soignants confrontés à un processus décisionnel complexe et exceptionnel.

Les lois suivantes sont notamment applicables au réseau de la santé en période de pandémie :

- Loi sur la santé publique (L.R.Q., c. S-2.2);
- Charte des droits et libertés de la personne;
- Loi sur les services de santé et les services sociaux;
- Code civil du Québec;
- Code des professions;
- Loi médicale;
- Codes de déontologie applicables aux professions.

Consentement aux soins

Dans la mesure où les lois demeurent applicables et en l'absence de loi spéciale, le consentement aux soins demeure la règle avant la prestation de soins, sauf dans des cas prévus à l'article 13 du Code civil du Québec, communément connu comme l'exception de l'urgence. Ce que la Loi prévoit expressément est le droit d'une personne de consentir ou de refuser un soin. Aucune loi,

² Cette annexe est actuellement une ébauche. Elle ne constitue pas par ailleurs un avis juridique et ne devrait pas être interprétée ainsi. Certains commentaires émis par l'auteur constituent des pistes de réflexion quant au vide juridique entourant le cadre légal des soins en contexte d'extrême pandémie. L'auteur ne peut garantir une position favorable des tribunaux en lien avec les pistes de réflexion émises.

ni règlement ne vient préciser les modalités d'une abstention de traitement ou d'un arrêt de traitement d'origine médicale.

Obligation de moyens

Rappelons que les professionnels de la santé, sauf exception, sont généralement tenus à une obligation de moyens, n'étant pas jugés en fonction du résultat obtenu. Ainsi, la conduite d'un médecin ou d'un professionnel non médical sera évaluée en fonction du comportement d'un pair normalement prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances. En période de pandémie ou de pandémie extrême, l'appréciation du comportement ou de la conduite se fera en tenant compte de ce contexte particulier.

L'exonération en fonction des ressources limitées et de l'organisation des services (Article 13 LSSSS)

L'article 13 de Loi sur les services de santé et services sociaux définit que :

Le droit aux services de santé et aux services sociaux et le droit de choisir le professionnel et l'établissement prévus aux articles 5 et 6, s'exercent en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose. (Nos soulignements)

Considérant que le libellé de cet article demeure très général et vu le nombre restreint de décisions judiciaires basées sur cette disposition, l'impact réel d'un moyen de défense en responsabilité civile sous l'article 13 de la LSSSS demeure mitigé. Ceci étant, de l'avis des auteurs Robert Kouri et Catherine Régis, cet article peut « circonscrire l'offre et la demande de soins au sein du réseau de la santé visé par cette même loi »³.

La limitation des ressources peut varier selon les circonstances, incluant une situation exceptionnelle d'urgence sanitaire. Dans le contexte de pandémie actuelle, il est raisonnable de s'attendre à ce que ces circonstances particulières et hors de notre contrôle affectent la disponibilité des ressources pour les usagers à travers la province dans les mois à venir.

Il est à noter qu'une défense sous l'article 13 de la LSSS est envisageable si l'établissement est en mesure d'établir que l'accès aux services et la limitation des droits des usagers proviennent d'une démarche rationnelle. Le caractère rationnel de la démarche est notamment apprécié selon différents facteurs, tel qu'en font état les auteurs Robert Kouri et Catherine Régis :

- 1) « L'inadéquation des besoins de l'utilisateur avec les ressources disponibles de l'établissement;
- 2) L'impact de l'exercice des droits de l'utilisateur sur ceux des autres usagers;
- 3) Le souci d'explorer des alternatives qui minimisent l'atteinte aux droits des usagers; et
- 4) La nature contextuelle et sérieuse, plutôt que simplement appréhendée et minime, de l'impact budgétaire »⁴.

La Cour d'appel, dans l'arrêt Institut St-Georges, motive sa décision en précisant, notamment, que l'appelant a rempli les devoirs et les obligations que la loi lui impose tout en considérant les ressources mises à sa disposition et a pris « tous les moyens et précautions raisonnables, dans

³ Robert Kouri et Catherine Régis, « La limite de l'accès aux soins telle que proposée par l'article 13 de la Loi sur les services de santé et services sociaux : véritable ou simple mise en garde ? », (2013) 72 R. du B. 177, 208.

⁴ Ibid., 208.

les circonstances, pour empêcher le fait dommageable »⁵. Dans cet arrêt, la Cour souligne les mesures diligentes prises par l'appelant, ce qui démontre le caractère impérieux de prendre de telles mesures. En effet, l'établissement pourrait devoir prouver l'absence d'alternatives raisonnables qui auraient pu être utilisées pour empêcher de brimer les droits d'un usager afin de conserver la viabilité d'une défense basée sur la limitation des ressources⁶.

L'offre de service (art. 105 LSSSS) et ses modalités

L'article 105 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (ci-après « LSSSS ») prévoit qu'un établissement de santé « détermine les services de santé et les services sociaux qu'il dispense de même que les diverses activités qu'il organise, en tenant compte de la mission de tout centre qu'il exploite et des ressources disponibles. » À cette fin, cet article prévoit qu'il appartient à l'établissement de santé de « fixer les paramètres des services de santé et des services sociaux qu'il dispense ». Bien que sujette à l'approbation du ministère de la Santé et des Services sociaux, la détermination de l'étendue de l'offre de services institutionnels serait donc discrétionnaire.

En période de pandémie, nous soumettons que l'établissement de santé peut explorer, avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, la possibilité d'utiliser l'article 105 de la LSSSS, revoir son offre de services, l'étendue de ses services ainsi que les modalités particulières des services offerts. Bien que certains critères d'accès et modalités de services soit déjà modulés par le présent protocole de triage, une telle démarche ajouterait une légitimité supplémentaire à la conduite adoptée par les professionnels.

Alors que l'article 13 de la LSSSS ne requiert pas l'aval du ministère de la Santé et des Services sociaux, la limite des services par le biais de l'article 105 de la LSSSS est quant à elle soumise à une telle autorisation.

La déontologie médicale

Faisant écho aux principes émis à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le *Code déontologie des médecins* impose à son article 12 une obligation d'utiliser les ressources de façon judicieuse. Cette obligation demeure une obligation de moyens et toute faute alléguée s'appréciera en fonction du contexte, en l'occurrence celui de la pandémie.

L'article 50 stipule que « Le médecin ne doit fournir un soin ou émettre une ordonnance que si ceux-ci sont médicalement nécessaires. » En période d'extrême pandémie, il est anticipé que la notion de nécessité pourra être interprétée différemment, notamment en regard de l'article 3 du même Code :

3. Le médecin a le devoir primordial de protéger et de promouvoir la santé et le bien-être des individus qu'il sert, tant sur le plan individuel que collectif. (Nos soulignements)

L'abstention de soins ou l'arrêt de traitement par décision médicale unilatérale

En principe, l'équipe traitante n'a pas à rechercher un consentement de l'usager, ou de son représentant, lorsqu'il s'agit d'une abstention de traitement. L'offre de soins et de services est

⁵ *Institut St-Georges c. Laurentienne générale cie d'assurance-vie*, REJB 1993-57988 (C.A.).

⁶ DESLAURIERS, Patrice. «La limitation des ressources : circonstance atténuante ou aggravante en matière de responsabilité médico-hospitalière?», Dans *Développements récents en droit de la santé*, Service de la qualité de la profession, Barreau du Québec, vol. 466, p. 40.

déterminée par l'établissement et les professionnels de la santé en fonction de plusieurs critères, principalement l'état de l'usager, mais également le pronostic. L'offre de services doit également respecter la règle d'utilisation judicieuse des ressources prévue à la LSSSS et au Code de déontologie.

Le cadre légal applicable à la cessation de traitement est différent. À cet égard, malgré que cela relève du droit ontarien, il est pertinent de rappeler la position de la Cour suprême du Canada dans la décision *Rasouli*. Le retrait de traitement avait été assimilé à la notion de « traitement » au sens large. Dans ce contexte, le retrait d'un traitement nécessitait le consentement du patient ou de son représentant. Tout désaccord devait alors être soumis à la Commission du consentement et de la capacité.

Nous pourrions néanmoins être enclins de conclure qu'advenant l'insistance d'un patient ou de sa famille quant au maintien d'un soin contraire au jugement clinique, la décision du tribunal devrait être sollicitée d'emblée. Or, il faut rappeler que la décision de la Cour suprême se base sur la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*, sa formulation et son interprétation. Le cadre légal québécois est différent et pourrait bien entraîner une position différente.

Selon nos recherches sommaires, pour plusieurs provinces, en cas de conflit ou désaccord, la décision finale est donnée aux médecins, le patient ou sa famille ayant le fardeau de saisir les tribunaux pour bloquer la mise en œuvre de cette décision. Au Québec, il ne semble pas y avoir d'application uniforme. Dans certains cas, les établissements et les médecins tranchent, imposant ainsi le fardeau de contestation judiciaire au patient et sa famille. Dans d'autres cas, les établissements amorcent d'emblée la procédure judiciaire afin de légitimer leur position.

Une chose est néanmoins claire, dans les cas judiciairisés, le tribunal est généralement appelé à se pencher sur le caractère vain ou futile d'un soin considérant l'état irréversible du patient et son pronostic sombre. Nous soulignons que les cas pouvant faire l'objet d'une décision unilatérale en contexte de pandémie extrême pourraient ne pas correspondre à de tels critères.

Dans ce contexte, il est impossible de se prononcer sur le cadre légal définitif qui s'applique à une décision médicale unilatérale de retirer un traitement en cas de pandémie extrême.

L'arrêt de traitement par décision médicale unilatérale dans un contexte d'une offre conditionnelle de soins

Bien que les enseignements de l'arrêt *Rasouli* ainsi que la jurisprudence québécoise puissent être des outils de réflexion pertinents en situation d'extrême pandémie, ceux-ci sont difficilement transposables lorsqu'il s'agit de retirer un traitement à un usager ayant des chances de survie avec le maintien des soins intensifs, malgré un pronostic réservé.

Une piste de réflexion serait d'ajouter des modalités à son offre de services et de moduler l'étendue des soins proposés, considérant les articles 13 et 105 de la LSSSS. Une telle stratégie ne s'avère pas expressément contraire à l'état du droit, mais à notre connaissance, n'a jamais été appliquée ainsi en pratique. La légalité d'une telle pratique est encore incertaine, n'ayant jamais été soumise à l'appréciation des tribunaux. Cela dit, si l'établissement tente cette pratique, elle permettrait à l'établissement de soutenir ses équipes traitantes afin de faire front commun en période de crise.

Il serait envisageable de penser que l'utilisateur qui consent à un soin, consent également à toutes les modalités accessoires déterminées par l'établissement et l'équipe traitante. Cela pourrait inclure la révision unilatérale de la pertinence dudit soin, le cas échéant, dans la mesure où l'utilisateur en a été informé expressément et que cela est bien documenté. Un utilisateur ou sa famille ne pourrait alors ultérieurement refuser les modalités de prestation du soin, initialement acceptées, et dicter de nouvelles modalités de soin. Il serait intéressant d'explorer la possibilité d'interpréter un refus des modalités prévues par l'établissement et les professionnels, après l'amorce de celui-ci, comme un refus du soin dans son ensemble, légitimant le personnel à cesser celui-ci. Il est rare qu'une telle interprétation soit avalée en amont d'une situation. Il appartient généralement aux tribunaux de statuer à l'occasion d'une poursuite.

Cela dit, advenant l'application d'une telle stratégie par un établissement de santé, le partage de l'information pertinente aux usagers accueillis et un accompagnement aux différentes étapes du processus décisionnel sera, selon nous, essentiel au succès de la démarche. En effet, il est toujours recommandé de discuter avec le patient et sa famille des éléments cliniques justifiant la décision ainsi des impératifs légaux et éthiques applicables, et ce, malgré les contraintes de temps qu'impose la situation de crise.

Le cadre légal n'aborde aucunement la question de l'arrêt unilatéral de soins. Il est impossible de suggérer une approche permettant d'éviter à l'établissement ou aux professionnels d'engager leur responsabilité civile.

Tel que mentionné ci-haut, les stratégies ou interprétations utilisées par les établissements et les professionnels pour obtenir l'arrêt d'un traitement en cours sont à géométrie variable. Bien que nous puissions faire état de certaines stratégies connues, cela ne constitue pas une recommandation de notre part.

Dans certains cas, l'équipe traitante avise l'utilisateur, ou la personne qui consent pour autrui, de la situation clinique irréversible, du pronostic sombre et de la nécessité de cesser les traitements pour différents impératifs (c.-à-d. dignité, futilité, acharnement, utilisation judicieuse des ressources). Après avoir reçu des explications, l'utilisateur, ou la personne qui consent pour autrui, peut passivement laisser l'équipe agir afin de cesser les traitements et prodiguer des soins de confort. Le consentement tacite de l'utilisateur peut alors s'interpréter par son inaction.

Si après avoir reçu toutes les explications l'utilisateur, ou la personne qui consent pour autrui, s'objecte, s'insurge et menace de poursuivre, l'équipe traitante peut opter de soumettre eux-mêmes le dossier aux tribunaux. Toutefois, l'équipe traitante peut également inviter la famille à prendre rapidement les mesures qui s'imposent pour contester le jugement clinique émis. Le cadre légal ne prévoit pas de délais précis à octroyer pour permettre une telle contestation. L'expression « délai raisonnable » est souvent utilisée en droit, le caractère raisonnable s'interprète alors selon le contexte.

L'obligation de l'utilisateur à l'égard du réseau de la santé

Rappelons que l'utilisateur n'a pas que des droits, il a également des obligations en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. L'article 3 de cette loi prévoit :

3. Pour l'application de la présente loi, les lignes directrices suivantes guident la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux:

[...]

4° l'utilisateur doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant;
5° l'utilisateur doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse.(Nos soulignements)

Cette obligation est pertinente à rappeler dans le cadre des discussions et interventions auprès de l'utilisateur et de sa famille.

Facteurs de protection du personnel soignant en contexte de pandémie

Compte tenu de ce qui précède, il existe donc, selon nous, des facteurs légaux de protection pour les établissements et les soignants advenant des plaintes ou poursuites à l'aube de la pandémie.

Parmi ces facteurs de protection, nous rappelons notamment :

- Le contexte lui-même qui impose un ajustement de l'appréciation des normes applicables aux conduites et comportements attendus en regard de la responsabilité civile;
- La modulation, par les établissements de santé, de leur offre de services et de l'étendue de celle-ci, notamment par l'ajout de conditions à l'admission aux SI, tel que permis par l'article 13 et 105 LSSSS;
- La diffusion des modalités de soins au sein des établissements;
- La discussion des modalités et conditions de soins avec l'utilisateur ou sa famille;
- La documentation d'un consentement libre et éclairé aux modalités et conditions de soins adoptés par les établissements en période d'extrême pandémie;
- La pénurie des ressources matérielles, humaines et financières qui justifie l'abstention de soins;
- L'expectative réduite de la population quant au réseau de la santé en période d'extrême pandémie;
- La possibilité de conclure au consentement tacite du patient ou de sa famille en l'absence d'opposition judiciaire suite à l'annonce d'un arrêt ou retrait de soins;
- L'obligation de l'utilisateur à utiliser les services de santé de façon judicieuse;
- Les obligations déontologiques des médecins.

Malgré tout, il est impossible de garantir l'absence de plaintes ou poursuites pour les soins et services prodigués en période d'extrême pandémie.