Coronavirus COVID-19

PLAN PROVINCIAL

REPRISE DES ACTIVITÉS CHIRURGICALES

ESTIMATION DU *BACKLOG* ET DES RESSOURCES NÉCESSAIRES POUR LE RÉSORBER

DIRECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES, MÉDICALES, INFIRMIÈRES ET PHARMACEUTIQUES

MISE À JOUR DU 11 JUIN 2020

Auteurs principaux

Dre Lucie Opatrny
Sous-ministre adjointe
Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Mme Danièle Hubert
Conseillère experte clinique
Direction des services de proximité en santé physique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Coordination

M. Martin Forgues
Directeur général adjoint
Direction générale adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Mme Véronique Bernard Laliberté
Adjointe exécutive
Direction générale adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Collaborateurs à la rédaction

M. Patrice Senécal
Conseiller expert en planification chirurgicale
Direction des services de proximité en santé physique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Mme Mireille Longtin
Experte clinique
Direction des services de proximité en santé physique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Mme Stéphanie Nadeau
Conseillère clinique
Direction des services de proximité en santé physique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Amine Tarib
Analyste et expert en amélioration continue
Direction des services de proximité en santé physique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Dominic Bélanger
Pharmacien
Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Sous-comité clinique COVID-19 – Blocs opératoires

Dr Serge Legault
Président du comité
Association québécoise de chirurgie

Dr Jean-Denis Roy
Fédération des médecins spécialistes du Québec

Dre Louise Provencher
CHU de Québec – Université Laval

M. Philippe Lottin
Centre intégré universitaire de santé
et de services sociaux de la Mauricie-et-du Centre-du-Québec

M. Patrice Senécal
Centre universitaire de santé McGill

Dr Pierre Nicole
CHU de Québec – Université Laval

Dr Jean-François Courval
Association des anesthésiologistes du Québec

Dr Jean-Pierre Gagné
CHU de Québec – Université Laval

Dr Nikola Joly
Association des anesthésiologistes du Québec et Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Dre Nancy Robitaille
Héma-Québec

Mme Sara Vaillancourt
Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Mme Mireille Longtin
Direction générale adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Mme Mélanie Morneau
Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques
Ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Christian-Marc Lanouette
Direction des services de proximité en santé physique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Mme Marie-Frédérique Fournier
CHU de Québec – Université Laval

Table des matières

Faits saillants 1

Sommaire exécutif 2

Contexte 3

But et objectif 5

Principes 5

Préalables 5

Enjeux 6

Backlog et scénarios de reprise des activités 6

Scénarios 11

Outil de triage des chirurgies électives (Diagramme de GANTT) 13

Plan de suivi ministériel 15

Ressources humaines 17

Disponibilité des lits d'hospitalisation et de soins intensifs 18

Annexe 1 : Système de priorisation pour l'accès à une chirurgie 20

Annexe 2 : Reprise des activités spécialisées - modalités à mettre en place 21

Annexe 3 : Comité de coordination COVID-19 – chirurgie 24

Annexe 4 : Niveaux de reprise des activités en chirurgie 25

Annexe 5 : Évaluation quotidienne de la production chirurgicale et des patients en attente 26

Faits saillants

Backlog	**72 229** **Évalué quotidiennement**
Stratégies potentielles	1. Augmentation des heures d'ouverture des salles d'opération (en tout ou en partie) 2. Ouverture d'une ou de plusieurs salles le samedi, le dimanche ou le samedi/dimanche 3. Ententes avec les centres médicaux spécialisés (CMS) 4. Utilisation des plateaux techniques; intra et interrégionaux du réseau
Conditions gagnantes	1. Comité chirurgical COVID-19 2. Disponibilité des ressources humaines et médicales 3. Système de priorisation des chirurgies
Responsabilités du Comité chirurgical COVID-19	Mandat confié par le Comité directeur clinique COVID-19, effectue la répartition du temps opératoire en s'assurant que le bon patient obtient son service en temps opportun
Principes	1. Maintien de la qualité des soins 2. Sécurité des patients 3. Sécurité du personnel professionnel et médical 4. Priorisation des cas selon : a) Délais d'attente (hors délais) b) Priorisation médicale
Scénarios **(p. 8-9)**	Utilisation d'un outil prédictif de la résorption du *backlog* et des échéanciers, basé sur plusieurs paramètres : a) Nombre de salles d'opération b) Niveau d'activité estimé (impacts des mesures de prévention des infections) c) Choix des stratégies
GANTT (p.12)	Outil servant à établir l'espace/temps durant lequel le patient doit être opéré
Personnel professionnel et médical (p.15)	Suivi de la disponibilité des ressources dans les blocs opératoires : fréquence bimensuelle
Vigie	À l'aide d'un plan d'action détaillé, la vigie est assurée par la Direction générale adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux, en collaboration avec les médecins-conseil et les partenaires ministériels

Sommaire exécutif

Dès le début de la pandémie de COVID-19, vers le 15 mars 2020, la réduction des ressources disponibles (humaines, médicales, matérielles), induite par la réponse aux impératifs de la pandémie (disponibilité des équipements de protection individuelle (ÉPI), des lits d'hospitalisation et de soins intensifs, besoins en personnel dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée CHSLD), etc.), a eu un impact significatif sur l'accessibilité aux services chirurgicaux. Les délais d'accès à la chirurgie élective non urgente se sont allongés.

De même, le volume de chirurgies fût considérablement réduit pour conserver la capacité des établissements à répondre aux besoins de lits d'hospitalisation et de soins intensifs requis par les patients atteints de la COVID-19.

Compte tenu de l'amélioration de la situation épidémiologique à la mi-mai 2020, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) demandait aux établissements un plan de retour aux activités régulières de même que l'identification de mesures permettant de résorber le *backlog* [1] résultant de la réduction de la production chirurgicale.

La Direction générale adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux (DGAASPEM) du MSSS a développé un outil de suivi du *backlog* dans chacun des établissements, permettant également d'estimer l'échéancier de résorption, paramétrable selon la capacité des blocs opératoires et la mise en place d'autres mesures (conclusions d'ententes avec des cliniques privées par exemple).

1 Dans le cadre de ce document, le *backlog* représente l'écart entre la production chirurgicale moyenne des deux dernières années et celle depuis le début de la pandémie, aux mêmes périodes administratives.

Contexte

Dès le début de la pandémie de COVID-19, les établissements du Québec ont été invités à adopter une approche planifiée et structurée pour répondre aux besoins de la population. La réduction des ressources disponibles (humaines, médicales, matérielles), induite par la réponse aux impératifs de la pandémie (disponibilité des lits d'hospitalisation et de soins intensifs, besoins en personnel dans les CHSLD, etc.), a eu un impact significatif sur l'accessibilité aux services chirurgicaux. Les délais d'accès à la chirurgie élective, non urgente, se sont allongés.

De même, le volume de chirurgies fut considérablement réduit pour conserver la capacité des établissements à répondre aux besoins de lits d'hospitalisation et de soins intensifs requis par les patients atteints de la COVID-19.

Le 20 avril 2020, les établissements du Québec ont été invités à adopter une approche planifiée pour répondre aux besoins cliniques qu'exigeait la réduction des activités. Pour ce faire, plusieurs éléments ont été considérés :

- Les enjeux de disponibilité de ressources et la possibilité de partager ou pas les équipements et les professionnels entre établissements et régions ;
- Les divers risques pour les patients face à la pénurie de ressources ;
- La nécessité de considérer l'ensemble des besoins de la population, c'est-à-dire des patients atteints de toute condition clinique (COVID-19 ou non), et les risques pour leur santé ou leur survie ;
- La difficulté de comparer entre elles des conditions cliniques différentes nécessitant des traitements chirurgicaux à intensité variable et consommant des ressources inégales ;
- Le défi d'établir des pronostics et l'incertitude qui en découle ;
- Le besoin d'une orientation nationale respectée par tous les établissements et adaptée à la situation de chaque région.

Un système de priorisation des chirurgies[2] cohérent et applicable à tous a été proposé et visait une allocation des ressources équitables et garantissait que les personnes, dans des conditions similaires, reçoivent un traitement approprié. Le système mis en place considérait également la planification de la reprise des activités de façon graduelle et structurée comme prioritaire. En date du 24 avril 2020, le MSSS demandait la mise en place d'un plan de reprise des activités coordonné et supervisé par un comité de coordination décisionnel au sein de chaque établissement, composé idéalement des personnes suivantes :

- Un représentant de la haute direction de l'établissement ;
- Le directeur des services professionnels ;
- Le président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ;

2 MSSS, Système de priorisation pour l'accès à une chirurgie en situation de pandémie, 20 avril 2020. (Annexe 1) https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/PJ1-Systeme-priorisation-acces-chirurgie-pandemie-v4-4.pdf

- Le directeur de la santé publique ou son représentant ;
- Le directeur des ressources humaines ou son représentant ;
- Un représentant du volet chirurgical ;
- Un représentant du volet médical ;
- Un représentant de l'imagerie médicale ;
- Un représentant de la pharmacie ;
- Un représentant de la cancérologie.

En date du 13 mai dernier, le MSSS maintient qu'il est important de reprendre les activités de façon structurée. Les jours suivants, le MSSS met à la disposition du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) un guide[3] qui résume les modalités à mettre en place afin d'assurer une reprise des activités de façon sécuritaire dans les milieux de soins.

À partir du 21 mai dernier, compte tenu de la situation épidémiologique propre à chaque région et de la résolution des problématiques d'approvisionnement des anesthésiants, les niveaux d'activités pourront différer et même être rehaussés jusqu'à 70 à 80 % du niveau habituel de chaque établissement.

Afin d'assurer un suivi de la reprise des activités chirurgicales, mais également de soutenir les établissements tout en tenant compte de leurs enjeux, le MSSS demande à ces derniers de lui acheminer dès le 23 mai dernier:

1. Leur plan de reprise détaillé incluant le niveau d'activités actuel et visé (date) ;
2. Leurs stratégies et échéanciers privilégiés pour le rattrapage des cas accumulés, incluant en tout ou en partie, les éléments suivants :
   a. Élargissement des heures d'ouverture ;
   b. Prolongement du travail les fins de semaine ;
   c. Mise en place d'entente 108 avec des CMS[4] ;
   d. Élaboration de trajectoires intra et interrégionales ;
   e. Toute autre proposition jugée pertinente.

La reprise des activités, qui avaient été mises sur pause depuis le début de l'urgence sanitaire en mars 2020, se déroulera de façon progressive et structurée, afin d'assurer la sécurité tant des usagers que du personnel. Quel que soit le scénario envisagé pour y parvenir, la prévention et le contrôle des infections demeureront une priorité.

3 MSSS, Guide pour la reprise des activités spécialisées, 21 mai 2020.
https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/COVID19_Guide-reprise-activites-specialisees_2020-05-21.pdf

4 Centres médicaux spécialisés (CMS) agréées par Agrément Canada

L'équipe de la DGAASPEM s'assurera de la mise en place de conditions gagnantes pour soutenir le RSSS afin de maintenir sa capacité à offrir tous les soins nécessaires à la population.

But et objectif

Le présent document vise à informer le MSSS et les établissements de l'ampleur du *backlog* généré par la réduction des chirurgies avec l'objectif d'illustrer le potentiel des mesures en termes de volume et d'échéancier, qui peuvent soutenir les établissements dans la reprise des activités.

Principes

Les principes soutenant les décisions prises par les établissements pour retrouver les niveaux d'activités antérieurs à la pandémie doivent respecter, en tout temps :

- Le maintien de la qualité des soins ;
- La sécurité des patients ;
- La sécurité du personnel professionnel et médical ;
- La priorisation des cas selon :
    - Les délais d'attente (hors délais) ;
    - La priorisation médicale.

Préalables

Un des plus grands défis est d'adapter la situation locale afin de préserver l'équilibre entre les centres COVID-19 et ceux qui ne le sont pas. Pour ce faire, ils doivent être en mesure de :

1. Connaître le statut COVID-19 de la clientèle (guéri, à risque, déjà testé, asymptomatique) ;
2. S'assurer d'un dépistage pré-op obligatoire ;
3. Obtenir les résultats ≤ 24 heures pré-op ;
4. Identifier les régions administratives en zones, soit la capacité de retour aux activités régulières :
    a. Niveau 1 : plus de 70 % ;
    b. Niveau 2 : entre 40 et 70 % ;
    c. Niveau 3 : moins de 40 % ;
5. Déterminer les critères d'appartenance aux différentes zones (présence/absence zones froides dans les installations, disponibilité des lits d'hospitalisation, des lits de soins intensifs, des places de réadaptation) ;
6. Évaluer le potentiel de mobilité du personnel et de certaines équipes médicales (intra établissement, intrarégional, interrégional) ;
7. Évaluer le potentiel de transfert des patients d'une région à l'autre.

Enjeux

Le succès de la mise en place des différents scénarios qui peuvent influencer la capacité de production chirurgicale est tributaire de plusieurs facteurs dont :

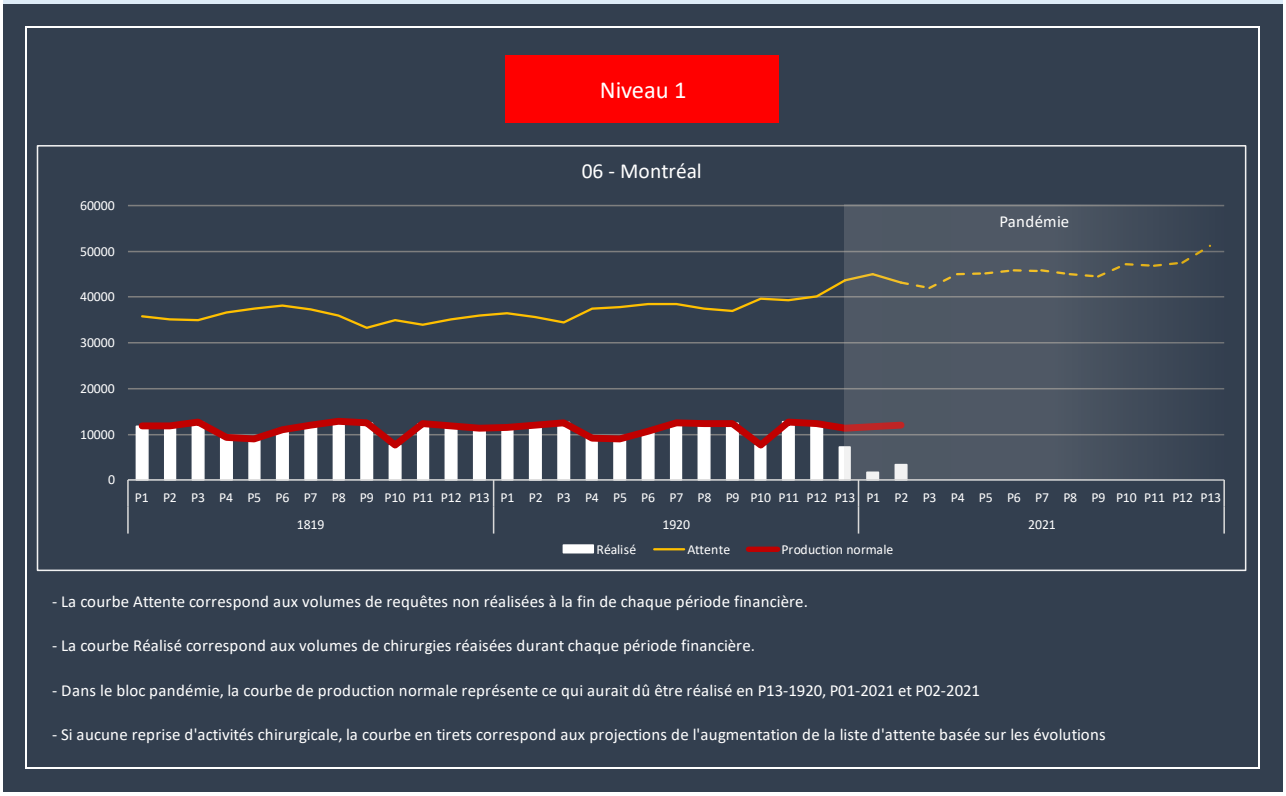
1. Gouvernance : légitimité du comité chirurgical COVID-19 régional et de son coordonnateur ;
2. Ressources humaines : équilibre de la charge de travail des équipes médicales et du personnel (temps supplémentaire vs épuisement); rapatriement du personnel chirurgical; disponibilité (absences maladies, vacances estivales, etc.) ;
3. Allongement de la durée totale des cas en raison des mesures de protection requises pour le personnel ;
4. Disponibilité des lits : réserver les lits d'hospitalisation en chirurgie ;
5. Prise en charge au congé : capacité de libérer les patients ;
6. Priorisation des patients : comité ou instance qui décident (et non les individus) ;
7. Équipement : impacts des déplacements (bris, délais vs stérilisation et installation/désinstallation) ;
8. Communications : importance de la cohérence des messages à la population et aux équipes soignantes ;
9. Accès aux CMS : critères (types d'établissement, nature des cas, ouverture aux régions environnantes, etc.).

Backlog et scénarios de reprise des activités

L'estimation du *backlog* est calculée par l'écart de production des périodes 13 2018-2019, des périodes 01 et 02 de l'année dernière et la production réelle des périodes 13 2019-2020 et de P 01 et 02 de l'année en cours. Il peut être réajusté quotidiennement selon les besoins d'analyses requises pour le suivi de l'efficacité des mesures prises par les établissements pour le résorber.

À titre d'exemple, voici le portrait de la région de Montréal à la fin de la période 02 – 2020-2021.

État des chirurgies réalisées et projections de la baisse de production



Source des données : SIMASS

Un outil de modélisation[5] a été développé par l'équipe de la DGAASPEM du MSSS pour permettre une réévaluation dynamique des impacts liés à la modification des moyens utilisés par les établissements pour reprendre leurs activités et résorber leur *backlog*.

Les images suivantes des scénarios A, B et C illustrent les résultats obtenus par la modification de quelques paramètres.

5 Stratégies de reprise des activités de chirurgie

Scénario A : Région de Montréal, aucune entente avec des partenaires, selon un niveau d'activité de 70 % durant les heures normales, avec augmentation de deux heures par jour ouvrable de 30 salles (sur un potentiel de 193), niveau d'activité correspond à 50 % pré COVID-19.

Production durant les heures normales (par période)

Production moyenne par période	*Nb salles*	*Nb salles opérationnelles*	*Niveau d'activité*	*Production réelle par période*
1 211	193	193	70%	848

Augmentation de la production (par période)

Nb CMS 108	*Nb de cas*		*Nb de cliniques privées*	*Nb de cas*
Nb de blocs en zone franche itra-régionale	*Nb de cas*		*Nb de blocs en zone franche itra-régionale*	*Nb de cas*
Heures supplémentaires	*Nb de salles opérationnelles*		*Niveau d'activité*	*Production supplémentaire par région*
Semaine	30		50%	19

Production totale par période

Backlog	*Production réelle par période*	*Production supplémentaire par région*	*Production totale par période*	*Périodes pour résorber le Backlog*
22 305	848	19	866	26

Scénario B : Région de Montréal, ententes avec cinq CMS pouvant réaliser 100 cas chacun, augmentation des heures d'ouverture de 50 salles (deux heures par jour, quatre jours par semaine), niveau d'activités dans les heures normales ainsi que lors de l'augmentation de production correspond à 70 % pré-COVID-19.

Production durant les heures normales (par période)

Production moyenne par période	*Nb salles*	*Nb salles opérationnelles*	*Niveau d'activité*	*Production réelle par période*
1 211	193	193	70%	848

Augmentation de la production (par période)

Nb CMS 108	*Nb de cas*		*Nb de cliniques privées*	*Nb de cas*
5	100			
Nb de blocs en zone franche itra-régionale	*Nb de cas*		*Nb de blocs en zone franche itra-régionale*	*Nb de cas*
Heures supplémentaires	*Nb de salles opérationnelles*		*Niveau d'activité*	*Production supplémentaire par région*
Semaine	50		70%	544

Production totale par période

Backlog	*Production réelle par période*	*Production supplémentaire par région*	*Production totale par période*	*Périodes pour résorber le Backlog*
22 305	848	544	1 391	17

Sources de données : SIMASS ET GESTRED (capacité des blocs opératoires)

Scénario C : Région de Montréal, ententes avec cinq CMS pouvant réaliser 100 cas chacun, augmentation des heures d'ouverture de 75 salles (deux heures par jour, quatre jours par semaine de même que huit heures le samedi), niveau d'activités à 70 % dans les heures normales ainsi que lors de l'augmentation de production pré-COVID-19.

Production durant les heures normales (par période)

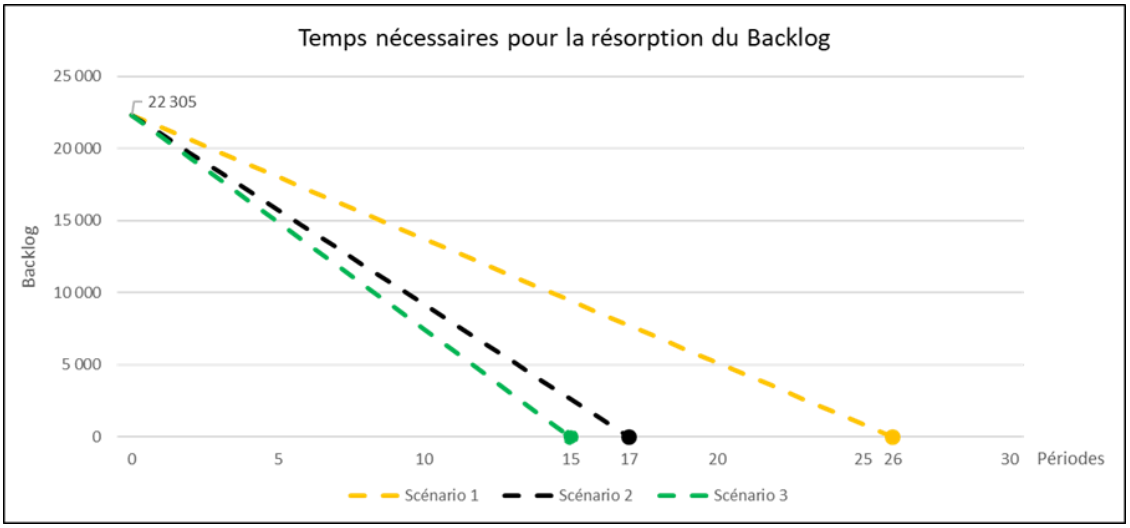
Production moyenne par période	*Nb salles*	*Nb salles opérationnelles*	*Niveau d'activité*	*Production réelle par période*
1 211	193	193	70%	848

Augmentation de la production (par période)

Nb CMS 108	*Nb de cas*		*Nb de cliniques privées*	*Nb de cas*
5	100		2	50
Nb de blocs en zone franche itra-régionale	*Nb de cas*		*Nb de blocs en zone franche itra-régionale*	*Nb de cas*
Heures supplémentaires	*Nb de salles opérationnelles*		*Niveau d'activité*	*Production supplémentaire par région*
Semaine - Samedi	75		70%	732

Production totale par période

Backlog	*Production réelle par période*	*Production supplémentaire par région*	*Production totale par période*	*Périodes pour résorber le Backlog*
22 305	848	732	1 579	15



À l'analyse de ces trois scénarios, on constate que la modification de l'utilisation des salles de l'ensemble des blocs opératoires de la région ainsi que le recours à des partenaires externes (CMS) permettrait de résorber de façon significative le même *backlog* (entre 15 et 26 périodes administratives de 28 jours de calendrier).

Scénarios

En date du 14 mai dernier, l'écart du nombre de procédures chirurgicales réalisées depuis le début de la pandémie, comparativement à la moyenne de celles des deux dernières années, sur les mêmes périodes, s'élevait à 68 808 chirurgies électives.

Compte tenu de la situation épidémiologique, les niveaux d'activités varieront d'une région à l'autre selon la zone d'appartenance :

- Niveau 3 (Montréal, Laval, Laurentides, Lanaudière, Montérégie) ;
- Niveau 2 (Capitale-Nationale, Mauricie-et-Centre-du-Québec, Estrie, Outaouais) ;
- Niveau 1 (Chaudière-Appalaches, Bas-Saint-Laurent, Saguenay–Lac-Saint-Jean Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Nord-du-Québec (Baie-James, Nunavik), Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine).

REPRISE DES ACTIVITÉS CHIRURGICALES :
ESTIMATION DU *BACKLOG* ET DES RESSOURCES NÉCESSAIRES POUR LE RÉSORBER

BACKLOG DU 15 MARS AU 14 MAI 2020: 68 808 CHIRURGIES ÉLECTIVES

	Zone rouge (Niveau 3) CIRCULATION ACTIVE DU VIRUS 30 à 40 % du volume d'activités régulières	Zone jaune (Niveau 2) TRANSMISSION COMMUNAUTAIRE : NOMBRE DE CAS EN DIMINUTION 40 à 70 % du volume d'activités régulières	Zone verte (Niveau 1) TRANSMISSION COMMUNAUTAIRE LIMITÉE Plus de 70 % du volume d'activités régulières
Régions – Backlog (nb d'interventions)	**06** - Montréal 21 464 **13** - Laval 1 831 **14** - Lanaudière 2 713 **15** - Laurentides 3 538 **16** - Montérégie 9 162	**03** - Capitale-Nationale 8 038 **04** - Mauricie et Centre-du-Québec 4 759 **05** - Estrie 4 043 **07** - Outaouais 2 412	01 - Bas-Saint-Laurent 1 956 02 - Saguenay - Lac-Saint-Jean 2 970 08 - Abitibi-Témiscamingue 1 045 09 - Côte-Nord 691 10 - Nord-du-Québec 91 11 - Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine 934 12 - Chaudière-Appalaches 3 161
Backlog - Total	**38 708**	**15 209**	**14 891**
Pourcentage de la production (P01-2020-2021)/ Pourcentage de la production projeté	Région — % effectué P01 — % projeté P03 **06** - Montréal **22%** 40% **13** - Laval **20%** 40% **14** - Lanaudière **32%** 40% **15** - Laurentides **20%** 40% **16** - Montérégie **22%** 40%	Région — % actuel — % projetté **03** - Capitale-Nationale **17%** 70% **04** - Mauricie et Centre-du-Québec **16%** 70% **07** - Outaouais **13%** 70% **05** - Estrie **36%** 100%	Région — % actuel — % projetté **01** - Bas-Saint-Laurent **12%** 100% **02** - Saguenay - Lac-Saint-Jean **21%** 100% **08** - Abitibi-Témiscamingue **34%** 100% **09** - Côte-Nord **11%** 100% **10** - Nord-du-Québec **3%** 100% **11** - Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine **32%** 100% **12** - Chaudière-Appalaches **23%** 100%
Prérequis pour activer la phase	• **Disponibilité du personnel (70%/75%)** • **Disponibilité des équipements de protection et des médicaments** • **Disponibilité de l'imagerie et de l'endoscopie** • **Disponibilité des lits d'hospitalisation , de soins intensifs et de réadaptation, en cohérence avec les activités planifiées** • **Dépistage COVID pré-op selon recommandations du Comité sur l'accès aux tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN), 29 mai 2020** • **Trajectoire dédiée en zones froides pour les patients et le personnel en chirurgie** • **Plan de communication: cohérence des messages**	• **Disponibilité du personnel (80%-85%)** • **Disponibilité des équipements de protection et des médicaments** • **Disponibilité de l'imagerie et de l'endoscopie** • **Disponibilité des lits d'hospitalisation , de soins intensifs et de réadaptation, en cohérence avec les activités planifiées** • **Dépistage COVID pré-op selon recommandations du Comité sur l'accès aux tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN), 29 mai 2020** • **Trajectoire dédiée en zones froides pour les patients et le personnel en chirurgie** • **Plan de communication: cohérence des messages**	• **Disponibilité du personnel (+ de 90%)** • **Disponibilité des équipements de protection et des médicaments** • **Disponibilité de l'imagerie et de l'endoscopie** • **Disponibilité des lits d'hospitalisation , de soins intensifs et de réadaptation, en cohérence avec les activités planifiées** • **Dépistage COVID pré-op selon recommandations du Comité sur l'accès aux tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN), 29 mai 2020** • **Trajectoire dédiée en zones froides pour les patients et le personnel en chirurgie** • **Plan de communication: cohérence des messages**
Scénarios	**Gouvernance: comité chirurgical COVID pour la priorisation des patients (Par établissement)**		
	CMS – Entente 108	**Zones franches**	**Augmentation de la capacité actuelle des blocs**
	CMS – Entente 108	**Zones franches**	

	• **Prérequis : (Évaluation du nombre de cas et de la capacité)**
	  • **Coordination par l'établissement**
	  • **Prioriser les types de cas usuels**
	  • **Disponibilité du personnel**
	  • **Disponibilité des équipements de protection et des médicaments**
	  • **Dépistage COVID pré-op et résultats ≤ 24 heures**
	  • **Trajectoire dédiée en zones froides pour les patients et le personnel en chirurgie**
		• **Intra régionale**
		• **Inter régionale**
			Selon la capacité des blocs:
			• **Nombre d'heures d'ouverture par jour**
			• **Ouverture la fin de semaine si possible**

Outil de triage des chirurgies électives (Diagramme de GANTT)

La priorisation des patients qui auront accès à une chirurgie est un processus dynamique et continu, qui s'adapte aux changements dans le RSSS et à la capacité du moment. La condition de chaque patient pouvant changer et la disponibilité des ressources nécessaires à la chirurgie pouvant varier dans le temps, il est nécessaire d'établir un programme opératoire assez à l'avance pour avertir les patients et préparer les ressources, mais également agile pour s'ajuster rapidement aux conditions qui peuvent fluctuer à tout moment.

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

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

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

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

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

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

Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval
Québec

Triage chirurgie élective en contexte extrême de pandémie

Dernière mise à jour : V1 10 avril 2020

Dossier	Âge du patient	Diagnostic	Onco	Réception requête opératoire	Date acceptable	Date maximale	Temps opératoire prévu	Type de chirurgie	Traitement alternatif en cours	Quel traitemnt alternatif	ASA	Chirurgie effectuée
523124	72	?	oui	2020-01-26	2020-03-01	2020-03-31	1 h 30	?	non		I	
126549	58	?		2019-12-30	2020-03-15	2020-04-30	4 h 00	?	non		II	
365592	47	?	oui	2020-02-26	2020-04-01	2020-04-30	3 h 00	?	non		III	
652258	63	?		2020-03-28	2020-03-10	2020-04-28	2 h 00	?	oui		II	
235124	68	?		2019-12-26	2020-04-03	2020-05-06	1 h 30	?	oui		III	
122366	86	?	oui	2019-12-28	2020-04-08	2020-05-18	5 h 00	?	non		I	
452254	78	?	oui	2020-02-25	2020-03-05	2020-04-18	3 h 00	?	non		IV	
225963	69	?	oui	2020-04-01	2020-03-24	2020-04-26	2 h 00	?	non		II	
523124	56	?		2020-01-26	2020-03-01	2020-03-31	1 h 30	?	non		I	
126549	59	?		2019-12-30	2020-03-15	2020-04-30	4 h 00	?	non		II	
365592	72	?	oui	2020-02-26	2020-04-01	2020-04-30	3 h 00	?	non		III	
652258	58	?		2020-03-28	2020-03-10	2020-04-28	2 h 00	?	oui		II	
235124	47	?	oui	2019-12-26	2020-04-03	2020-05-06	1 h 30	?	oui		III	
122366	63	?	oui	2019-12-28	2020-04-08	2020-05-18	5 h 00	?	non		I	
452254	68	?		2020-02-25	2020-03-05	2020-04-18	3 h 00	?	non		IV	
225963	86	?		2020-04-01	2020-03-24	2020-04-26	2 h 00	?	non		II	
523124	78	?		2020-01-26	2020-03-01	2020-03-31	1 h 30	?	non		I	
126549	69	?	oui	2019-12-30	2020-03-15	2020-04-30	4 h 00	?	non		II	
365592	56	?		2020-02-26	2020-04-01	2020-04-30	3 h 00	?	non		III	
652258	59	?		2020-03-28	2020-03-10	2020-04-28	2 h 00	?	oui		II	
235124	68	?	oui	2019-12-26	2020-04-03	2020-05-06	1 h 30	?	oui		III	
122366	86	?	oui	2019-12-28	2020-04-08	2020-05-18	5 h 00	?	non		I	oui
452254	78	?		2020-02-25	2020-03-05	2020-04-18	3 h 00	?	non		IV	oui
225963	46	?	oui	2020-04-01	2020-03-24	2020-04-26	2 h 00	?	non		II	oui

Échéancier

Mars 2020 : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Avril 2020 : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

Mai 2020 : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Légende:
Inscrire date sous forme de AAAA-MM-JJ

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

Plan de suivi ministériel

Dès la réception des plans de chaque établissement, l'équipe de la direction adjointe des services de proximité et des effectifs médicaux assurera la vigie de leur mise en œuvre et des résultats escomptés. L'outil suivant permet d'évaluer systématiquement l'état de réalisation des actions, selon le calendrier convenu entre les parties.

De plus, d'autres outils permettent le suivi spécifique des niveaux de reprise des activités des blocs opératoires[6] et de la production quotidienne[7].

REPRISE DES ACTIVITÉS CHIRURGICALES

Priorités et livrables

Coordonnateur DGAUMIP		Moyenne de réalisation	28,3%	Avancement							
Date:				Action connue et approuvée	En cours de planification	En cours de réalisation	Travaux terminés	Mise en place et essais complétés	Solution fonctionnelle		
Priorités	**Livrables**	**Porteur / associé**	**Échéancier**	**20%**	**30%**	**50%**	**75%**	**90%**	**100%**	**Total**	**Moyenne étape**
Reprise des activités chirurgicales	**Plans d'action des établissements**										20%
	Réception			1						20%	
	Analyse			1						20%	
	Validation du plan et des objectifs			1						20%	
	Accompagnement si requis										20%
	Identification des établissements visés par l'accompagnement			1						20%	
	Plan de suivi des enjeux			1						20%	
	SIMASS (validation des données)			1						20%	
	GESTRED taux utilisation bloc (Guide de saisie)			1						20%	
	Escalade des problématiques										20%
	Élaboration de l'algorithme			1						20%	
	CMS										20%
	Analyse des demandes			1						20%	
	Coordination des demandes			1						20%	
	Priorisation des interventions			1						20%	
	Comité de reprise des activités										20%
	Mise sur pied comité vigie (MSSS: équipe DGAASPEM et médecins conseils du comité reprise)			1						20%	
	Calendrier des rencontres			1						20%	
	Communications										50%
	Statutaires avec RSSS (hebdomadaires)					1				50%	
	Requête web (création)										30%
	Élaboration				1					30%	
	Plan de déploiement				1					30%	
	Mise en place de l'outil				1					30%	
	SIMASS 2 - priorisation et échéancier à revoir										25%
	Analyse des besoins du réseau				1					30%	
	Plan d'action			1						20%	
	Indicateurs de reprise										50%
	Identification					1				50%	
	Suivi					1				50%	

6 Annexe 4 : Niveaux de reprise des activités chirurgicales

7 Annexe 5 : Évaluation quotidienne de la production chirurgicale et des patients en attente

REPRISE DES ACTIVITÉS CHIRURGICALES :
ESTIMATION DU *BACKLOG* ET DES RESSOURCES NÉCESSAIRES POUR LE RÉSORBER

Coordonnateur DGAUMIP		Moyenne de réalisation	28,9%	Avancement							
Date:				Action connue et	En cours de planification	En cours de réalisation	Travaux terminés	Mise en place et	Solution fonctionnelle		
Établissements	**Livrables**	**Porteur**	**Échéancier**	20%	30%	50%	75%	90%	100%	**Total**	**Moyenne étape**
	Plan d'action										17%
	Réception et analyse					1				50%	
	Comité chirurgical COVID (incluant un coordonnateur)									0%	
	Outil de priorisation									0%	
	Backlog										50%
	Identification du nb de chirurgies					1				50%	
CISSS xxxx	Échéancier de résorption					1				50%	
	Scénarios										20%
	Disponibilité des RH			1						20%	
	Disponibilité des médecins			1						20%	
	Capacité des blocs (Identification % activités)			1						20%	
	Disponibilité des lits de chirurgie et de S. Intensifs			1						20%	
	Évaluation globale										29%

Ressources humaines

Chaque établissement devra consigner, toutes les deux semaines, le nombre de ressources humaines et médicales disponibles au bloc opératoire de chacune de ses installations. L'information servira à évaluer le déficit en ressources; enjeu important pour un retour à la normale des activités chirurgicales.

À compléter aux 2 semaines

Complété par:

Date:

Total du Québec	**Registre de postes (avant COVID)**		**Déficit en ressources humaines (ETC)**					
Titre d'emploi	**ETC total au registre de poste**	**Postes non comblés**	**Relocalisés à l'interne (unité dans l'hôpital)**	**Relocalisés à l'externe (autre établissement ou CHSLD)**	**Personnel ayant quitté pour travailler en CMS**	**Congé de maladie ou isolement relié à la COVID**	**Congé de maladie long terme non relié à la COVID, (maternité, étude, congé parental ou autre)**	**Déficit total**
Préposés aux bénéficiaires								
Infirmières auxilliaires								
Infirmières et infirmières cliniciennes								
Infirmières premières assistantes en chirurgie								
Inhalothérapeutes								
Préposés à la stérilisation								
Perfusionnistes								
Autres								
Total								
Commentaires								

	PEM Totals	Non-comblés
Anesthesiologistes		
Commentaires		

Disponibilité des lits d'hospitalisation et de soins intensifs

Le niveau d'activité de chaque établissement est tributaire de la qualité de ses installations. Pour plusieurs d'entre eux, des locaux vétustes auront un impact significatif sur le niveau de reprise des activités. Mentionnons seulement l'absence de chambres individuelles par exemple. Les établissements devront aménager les espaces pour répondre aux exigences de la prévention des infections. Les installations récentes n'auront pas à composer avec ces restrictions (Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Centre universitaire de santé McGill).

Les établissements aux prises avec la vétusté de ses installations devront déposer leurs demandes d'améliorations et leur plan d'immobilisation à cet égard dans les prochains mois. Le RSSS ne peut éluder la possibilité d'une deuxième vague de pandémie et doit s'y préparer adéquatement.

Utilisation des plateaux techniques

La DGAASPEM assurera une vigie régulière sur le taux d'utilisation des blocs opératoires. Une analyse de la situation pré, per et post COVID-19 permettra d'identifier les enjeux de capacité des installations et de soutenir les établissements dans la recherche de solutions.

Disponibilité des équipements de protection individuelle

Dès le début de la pandémie, la disponibilité des ÉPI pour les travailleurs de la santé est identifiée comme un des enjeux majeurs pour contenir la propagation du virus. Dès le 17 mars 2020, le MSSS demande à tous les établissements munis d'un bloc opératoire de réduire leur niveau d'activités et de n'utiliser que les équipes minimales requises pour les interventions maintenues dans un souci d'économies de matériel et d'équipement de protection.

À compter du 6 avril dernier, les établissements ont été autorisés à reprendre graduellement un niveau d'activités tout en maintenant une vigie continue sur l'utilisation judicieuse des équipements.

Les plans de reprise des activités chirurgicales déposés par les établissements devront poursuivre cette vigie et s'assurer que le personnel œuvrant dans les blocs opératoires puisse avoir accès à l'équipement de protection requis, lié à la nature de leurs interventions proches des voies aériennes.

Disponibilité des médicaments

La pandémie de la COVID-19 crée une pression importante sur les approvisionnements en médicaments nécessaires aux soins intensifs et aux soins de fin de vie. Les produits visés, nécessaires à la sédation des patients, sont souvent les mêmes qui sont nécessaires à la réalisation de chirurgies.

Toutes les juridictions à travers le monde sont en demande forte pour ces produits, ce qui complique leur acquisition dans un marché international où opèrent un nombre relativement limité de fabricants.

Pour faire face à cette problématique, le MSSS, de concert avec les chefs de département de pharmacie et les groupes d'approvisionnement en commun ont évalué les besoins (quantités) en médicaments critiques des établissements de santé dans le contexte de la pandémie de COVID-19 jusqu'au 31 mars 2021. Cette évaluation considère les besoins usuels du RSSS auxquels s'ajoutent des besoins estimés directement reliés à la demande de soins accrus pour les patients atteints de la COVID-19. Les besoins reliés aux retards accumulés dans la réalisation de chirurgies ont aussi été considérés dans l'évaluation.

À partir de ces besoins, le MSSS a interpellé les fabricants pharmaceutiques pour déterminer dans quelle mesure chacun d'entre eux est capable de répondre à chacune des quantités estimées de médicaments pour faire face à la demande de soins accrus. Une première vague d'achats fermes a été réalisée pour couvrir les besoins jusqu'à la fin août 2020. Un deuxième processus d'acquisition pour couvrir la période de septembre 2020 à mars 2021 est en cours.

Conclusions et recommandations

La reprise des activités, qui avaient été mises sur pause depuis le début de l'urgence sanitaire en mars 2020, se déroulera de façon progressive et structurée, afin d'assurer la sécurité tant des usagers que du personnel. Quel que soit le scénario envisagé pour y parvenir, la prévention et le contrôle des infections demeureront une priorité.

L'équipe de la DGAASPEM s'assurera de la mise en place de conditions gagnantes pour soutenir le RSSS afin de maintenir sa capacité à offrir tous les soins nécessaires à la population.

Un suivi quotidien de la production chirurgicale permettra d'apprécier l'impact des mesures mises en place par les établissements pour un retour à une production chirurgicale d'avant la pandémie de même que leur efficacité pour résorber le *backlog* qui s'en suivit.

Annexe 1 : Système de priorisation pour l'accès à une chirurgie

SYSTÈME DE PRIORISATION POUR L'ACCÈS À UNE CHIRURGIE EN SITUATION DE PANDÉMIE

Présenté à

Dre Lucie Opatrny, sous-ministre adjointe
Présidente du Comité directeur clinique COVID-19

Direction générale des affaires universitaires,
médicales, infirmières et pharmaceutiques

Par

Mme Marie-Eve Bouthillier

Dernière mise à jour : 20 avril 2020

Document déposé pour adoption au
Sous-comité clinique COVID-19 – Blocs opératoires Présidé par Dr Serge Legault

Auteurs principaux

M. Michel Lorange
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Mme Marie-Ève Bouthillier
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Coordination

Mme Marie-Ève Bouthillier
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Dr Serge Legault Chirurgien
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Collaborateurs à la rédaction

Mme Isabelle Ganache
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Dre Isabelle Germain
CHU de Québec – Université Laval

Dr Serge Legault
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Dr Patrick Montpetit
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Mme Geneviève Plamondon
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Dre Catherine Prady
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-

Mme Lucie Wade
Centre universitaire de santé McGill

Revue de littérature

Mme Geneviève Plamondon
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Personnes et groupes consultés

Dr Joseph Dahine
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

M. Vincent Dumez
Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Avec la collaboration de cinq patients-partenaires

Dr Roger Grégoire
CHU de Québec – Université Laval

Dr Jean Latreille
Directeur national du Programme québécois de cancérologie
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Dre Élise Thibault
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre

Dr Philippe Walsh
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre

Relecture externe du document

Mme Isabel Gauthier

Sommaire exécutif

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

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

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

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

- Appliquer dès maintenant ce système de priorisation par décret ministériel et uniformément à travers le Québec; vu les retards accumulés, ce système de priorisation sera utilisé pendant une longue période alors que les autres secteurs d'activité clinique seront quant à eux revenus à la normale ;

- Par solidarité à l'ensemble de la population, équilibrer dès maintenant (sur une base interétablissement, intra régionale et interrégionale) l'allocation des ressources de l'ensemble du réseau (humaines, matérielles, équipement de protection individuelle, médicaments); dans une perspective de maximisation des bénéfices et d'équité, l'équilibrage des ressources vise à ce que les patients ayant une condition clinique requérant des soins spécialisés critiques (COVID-19 ou non) y aient accès en évitant de ne prioriser que les résultats et les impacts sur les patients mesurables à court terme ;

    - Par exemple, conserver des lits de soins intensifs non utilisés en cas d'augmentation de la demande de patients COVID-19 et en ne restreignant pas l'accès aux soins intensifs, résulte en des retards d'accès à la chirurgie; les patients sous respirateurs sont aussi de grands consommateurs d'anesthésiants, restreignant beaucoup l'accès à la chirurgie; à cet effet, la communication en continu et la concertation dynamique entre les intensivistes et les chirurgiens sont nécessaires pour discuter des besoins des patients et trouver l'équilibre entre les ressources allouées à la chirurgie et aux soins intensifs ;

    - Autre exemple, la situation ponctuelle dans chaque installation peut faire que des patients ont un retard significatif d'accès à la chirurgie avec des impacts importants sur leur espérance de survie à long terme avec une morbidité accrue, tandis que dans un autre établissement, des patients beaucoup moins à risque auront accès à une chirurgie ;

- Planifier le plus tôt possible le retour à la normale en chirurgie afin d'arrêter de cumuler des retards dans l'accès à la chirurgie qui auront des conséquences à long terme sur ces patients ;
- Planifier le plus tôt possible un accroissement temporaire de la production en chirurgie pour tenter de rattraper le retard en considérant les limites humaines pour ne pas épuiser les chirurgiens, anesthésistes, infirmières, inhalothérapeutes, ainsi que tout le personnel de soutien.

Table des matières

Sommaire exécutif i

Introduction 1

Buts et objectifs 2

Méthodologie 5

Application du système de priorisation 5

Discussion clinique en continu et niveau d'intervention médicale (NIM) 7

Système de priorisation pour l'accès à une chirurgie 10

- Déterminer la capacité de production du bloc opératoire 11
- Prétriage 13
- Triage 16
- Déterminer un programme opératoire 20
- Retour à la normale 23

Soutien psychosocial et moral à offrir en contexte de pandémie 23

- Soutien moral et psychosocial aux intervenants, aux professionnels et au personnel lié au plan de pandémie 23
- Soutien psychosocial aux usagers et familles lié au plan de pandémie 24

Conclusion et recommandations 25

Références 27

Annexe A : Littérature grise et sites web consultés 28

Annexe B : Classification ASA 29

Annexe C : Exemple de diagramme de Gantt 30

Introduction

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

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

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

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

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

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

Buts et objectifs

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

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

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

Ce protocole est basé sur les prémisses suivantes :

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

Principes directeurs guidant les décisions de priorisation

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

- **Maximisation des bénéfices** : viser à tirer le maximum d'avantages pour une communauté en allouant les ressources de préférence à ceux qui en tirent le plus grand bénéfice supplémentaire.
- **Équité :** des critères pertinents sur le plan clinique doivent être utilisés en premier lieu pour l'allocation des ressources. Ils doivent être suffisamment objectifs pour pouvoir être appliqués équitablement à une grande variété de patients, par une grande variété de prestataires, dans une grande variété de situations (Berlinger 2020, Emanuel et coll. 2020). Un système de priorisation exige un équilibre délicat entre le jugement du clinicien (qui peut être biaisé et faillible) et les systèmes de notation (qui exigent également du jugement, mais qui peuvent manquer de nuance à l'égard des subtilités cliniques). Dans le cas où les considérations cliniques ne peuvent pas être utilisées pour classer un patient par ordre de priorité par rapport à un autre, des critères supplémentaires de priorisation sont alors utilisés en dernier recours.
- **Proportionnalité :** le nombre de personnes qui sont affectées négativement par le système de priorisation que ce qui est nécessaire pour s'ajuster à la baisse de disponibilité des ressources. En d'autres termes, la réponse ne devrait pas affecter négativement plus de personnes que celles qui auraient été affectées si nous avions utilisé une approche « premier arrivé, premier servi ». Les systèmes de priorisation ont nécessairement un effet disproportionné sur les personnes appartenant à des groupes vulnérables, la proportionnalité est donc le meilleur moyen de minimiser cet effet.
- **Non-malfaisance :** les décisions doivent s'efforcer de limiter les préjudices dans la mesure du possible. La réduction ou l'annulation des activités qui ont moins de conséquences sur la morbidité/mortalité si elles sont retardées trop longtemps doit être privilégiée par rapport à celles qui ont des conséquences plus importantes sur la morbidité/mortalité si elles sont retardées trop longtemps. Il faut pour cela tenir compte des avantages et des inconvénients à plus ou moins long terme pour les patients et les populations de patients, des traitements alternatifs qui pourraient réduire le risque de ne pas avoir accès en temps opportun à une chirurgie, ainsi que des solutions de rechange disponibles pour soulager la douleur et la souffrance. La communication constante entre le chirurgien et son patient est importante pour réduire le stress de ce dernier.
- **Réciprocité :** certains patients et certaines populations de patients vulnérables seront particulièrement visés en raison des efforts de notre système de santé pour préserver la capacité de traiter le plus grand nombre en contexte de pandémie à COVID-19. Par réciprocité, notre système de santé a l'obligation de veiller à ce que toutes les personnes concernées par ces décisions continuent de faire l'objet d'un suivi de santé, reçoivent des soins appropriés et puissent être réévaluées pour un accès éventuel à des chirurgies si elles en ont besoin.

- **Protection des intervenants et de la population :** dans un contexte de pandémie, lorsque la population est à risque pour sa santé et que le fonctionnement de la société est altéré, les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux sont centraux dans la capacité de soutenir les personnes malades, atteintes du COVID-19 ou de toute autre affection.
- **Agilité :** dans un contexte nouveau, avec des conditions qui évoluent continuellement et où l'apprentissage se fait au quotidien, tous doivent démontrer la capacité de s'adapter à ces changements, d'adapter les processus et de gérer stratégiquement les choix, les risques et les ressources. Les personnes et l'organisation doivent démontrer une ouverture à modifier leurs comportements à la suite d'une information nouvelle, d'une situation ou d'un environnement qui évolue afin de travailler de façon plus efficace et efficiente dans le but de rejoindre un maximum de patients.

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

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

Méthodologie

Revue de littérature

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

Repérage des publications

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

Sélection des publications, extraction des données et synthèse

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

Élaboration du protocole

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

Processus de participation

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

Application du système de priorisation

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

Un système de classification des chirurgies aide à déterminer la priorisation des patients. Il permet également de favoriser des définitions communes. Le système présenté ici est basé sur une classification développée en Ontario[8]. Il est à noter qu'un système de priorisation applicable à tout type de chirurgie est actuellement en développement au Québec.

Ce système est :

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

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

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

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

Discussion clinique en continu et niveau d'intervention médicale (NIM)[9]

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

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

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

Un certain nombre de pistes de communications[10] peut être envisagé. Elles doivent chercher à :

- Réduire les effets psychologiques négatifs et des comportements contre-productifs liés à l'isolement en prenant en compte les besoins et les pratiques de socialisation du patient qui doivent être sécuritaires ;
- Augmenter l'efficacité clinique des interventions notamment en impliquant le patient dans les interventions ;
- Contribuer au bien-être des soignants en humanisant certaines des tâches des intervenants et soignants, et en optimisant leurs impacts ;
- Améliorer les soins offerts aux patients en allégeant la charge de travail des intervenants et soignants, et en diminuant les risques de contamination.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Suivi en continu avec le patient

Dans le contexte de la pandémie où la priorité chirurgicale est perturbée par le manque de ressources humaines et matérielles, une communication en continu avec les patients est essentielle. La communication en continu entre le chirurgien et le patient est cruciale parce que l'évolution clinique de chaque patient peut être anticipée, mais ne peut être prédite, et que chaque patient doit être informé s'il aura bientôt sa chirurgie ou non. Les patients doivent aussi obtenir l'information pertinente concernant leur condition de santé et les risques associés au report de leur chirurgie ou d'attraper la COVID-19 en se présentant à l'hôpital. Ils doivent aussi comprendre les bénéfices et risques associés à l'offre d'un traitement alternatif le cas échéant.

Une vigilance accrue et faite sur une base régulière est indispensable dans les circonstances afin de ne pas échapper un cas qui deviendrait urgent, où un patient n'aurait pas osé signaler l'aggravation de sa condition. D'où l'importance que la communication se fasse dans les deux sens, soit que le chirurgien garde contact avec le patient, et que ce dernier puisse rejoindre le chirurgien au besoin. Chaque chirurgien est responsable de la communication continue avec ses patients et d'être joignable.

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

Quelle que soit la condition clinique d'un patient en attente de chirurgie, un NIM[11] doit toujours être établi avant une chirurgie. De plus, le NIM doit être réévalué avec le patient ou ses proches lorsque la condition clinique du patient change afin que les interventions demeurent toujours celles qui sont appropriées dans les circonstances après discussion avec le patient. La question de la réanimation cardio-respiratoire doit aussi être évaluée dans le contexte de la condition actuelle du patient.

11 https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/Formulaire_NiveauxdeSoins_RCR.pdf
Objectif A : Prolonger la vie par tous les soins nécessaires
Objectif B : Prolonger la vie par des soins limités
Objectif C : Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie
Objectif D : Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie

Système de priorisation pour l'accès à une chirurgie

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

Étape	Système de priorisation	Principes
Capacité de production		
1	Objectif : déterminer le maximum de ressources qui peuvent être à l'œuvre en chirurgie en respectant les directives ministérielles et la situation régionale et nationale liée à la COVID-19	Maximisation des bénéfices pour la population Protection du personnel
Prétriage		
2	Objectif : ne prioriser, à l'étape suivante, que les patients qui devraient avoir une chirurgie en contexte de pandémie et orienter les autres patients vers les soins appropriés tout en les réévaluant régulièrement	Efficience Proportionnalité Non-malfaisance Équité
Triage		
3	Objectif : dans le contexte où les ressources chirurgicales sont réduites, prioriser les patients (toute spécialité confondue) devant être opérés selon des critères cliniques : • Les plus à risque pour leur survie ; • Les patients approchant le plus de la date maximale de chirurgie ou l'ayant dépassée le plus ; • Requérant le moins de temps opératoire et de ressources possibles ; • Ayant le plus de chances de récupérer rapidement. Ces critères deviennent moins restreignants quand les ressources du bloc opératoire augmentent	Maximisation des bénéfices Équité
Programme opératoire		
4	Objectif : construire le programme du bloc opératoire en joignant la capacité quotidienne du bloc opératoire avec la liste priorisée de patients (toute spécialité confondue) pour déterminer quelles salles seront ouvertes et les patients opérés	Maximisation des bénéfices Efficience Proportionnalité Non-malfaisance
Retour à la normale		
5	Au retour à la normale, poursuivre l'application de ce système de priorisation, en incluant 10 % des cas moins prioritaires dans le programme opératoire, jusqu'à ce que la liste d'attente soit similaire à celle d'avant la pandémie	Efficience Proportionnalité Non-malfaisance Équité

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

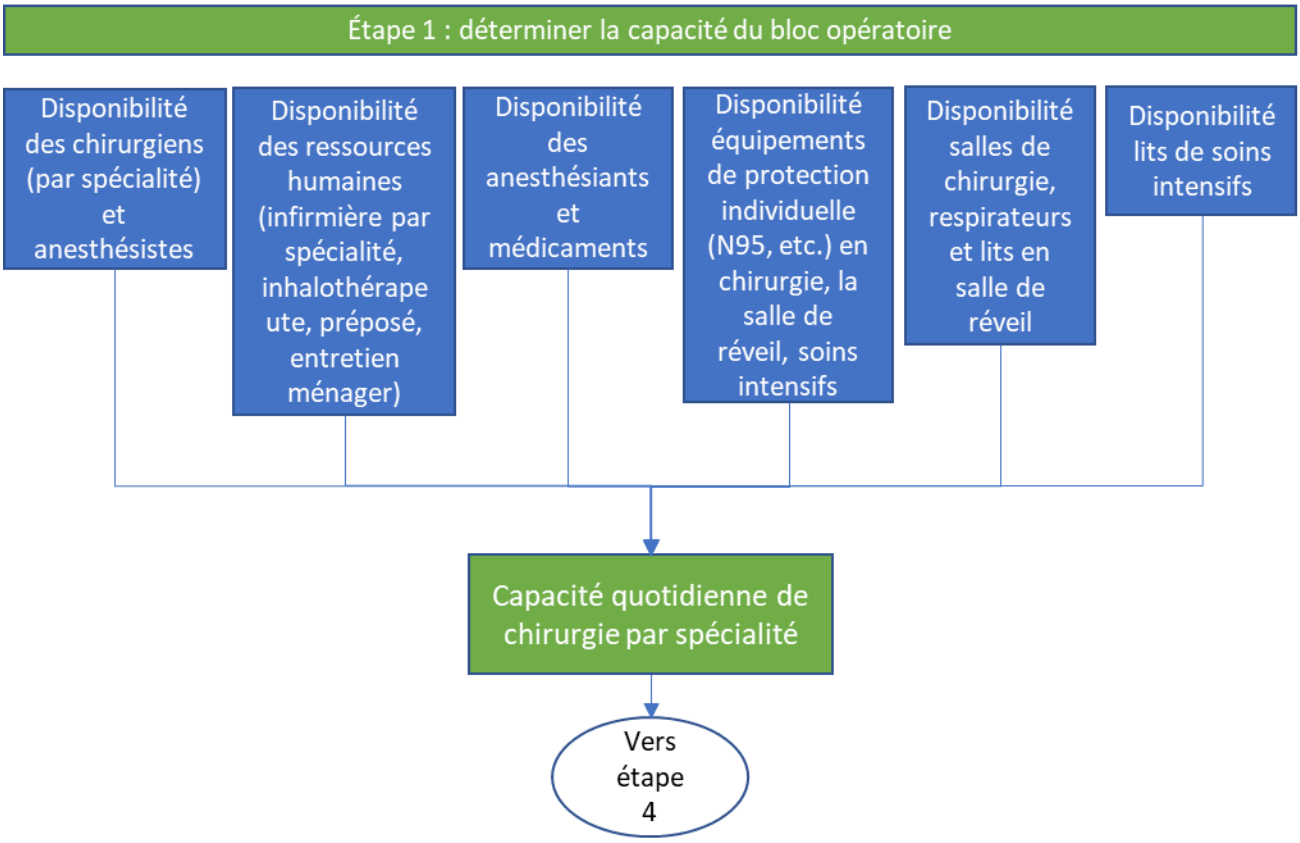
Déterminer la capacité de production du bloc opératoire

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

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

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

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



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

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

Rôles et responsabilités

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

Prétriage

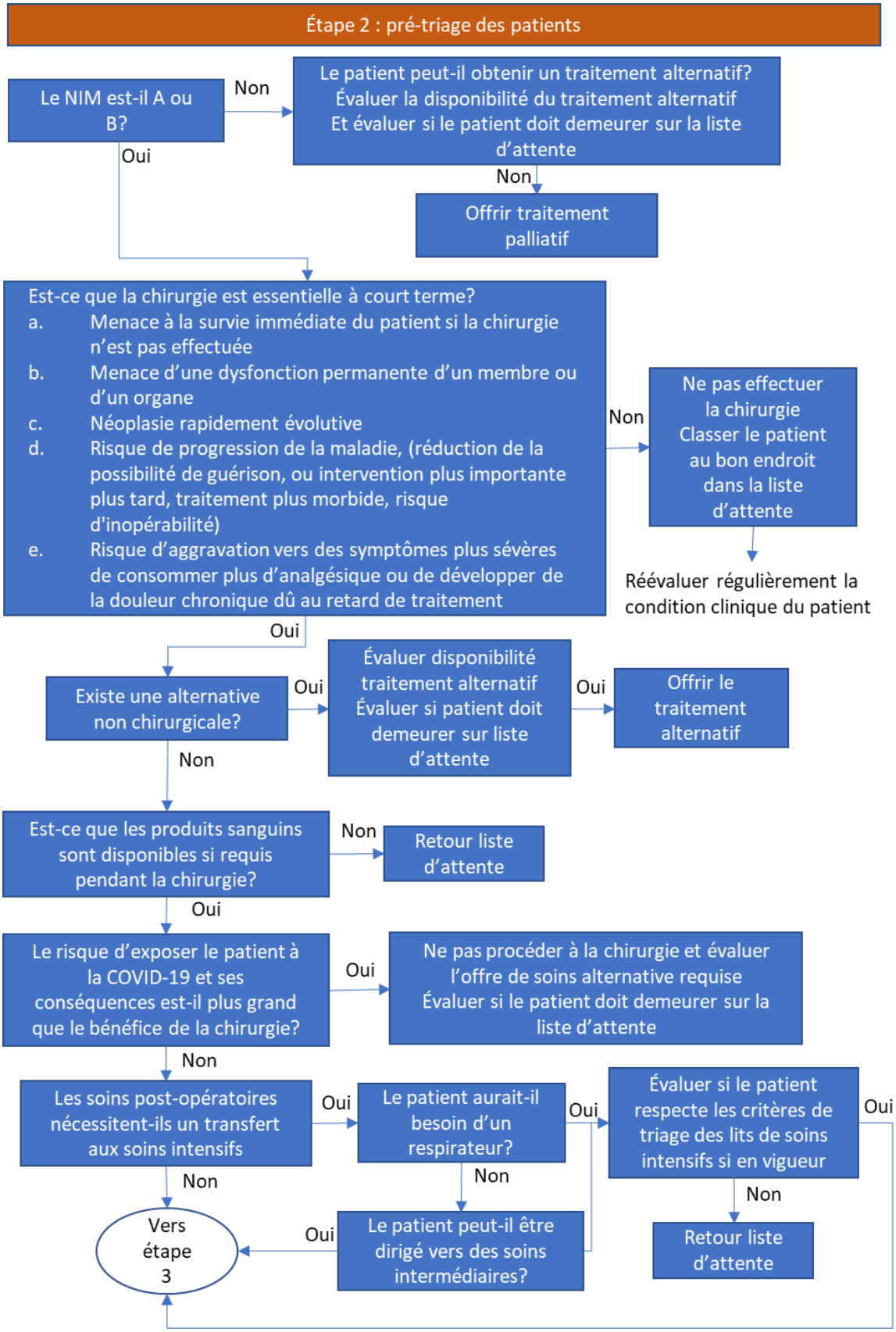
L'objectif du prétriage est de ne prioriser, à l'étape suivante, que les patients qui devraient avoir une chirurgie en contexte de pandémie et orienter les autres patients vers d'autres soins les plus appropriés dans les circonstances tout en les réévaluant régulièrement.

- La séquence du prétriage, durant la phase de pandémie et lors du retour aux activités normales, est : Selon le principe de maximisation des bénéfices pour la population, offrir une chirurgie aux patients dont le NIM est A ou B12 ;
- Selon le même principe, en plus des chirurgies urgentes, offrir une chirurgie aux patients dont la condition clinique tombe dans les catégories A (< 24 h), B (< 14 j) et C (< 28 j) ;
- Offrir une chirurgie quand :
    - Aucun autre traitement alternatif n'est possible ou disponible ;
    - Le risque d'exposer le patient à la COVID-19 et ses conséquences est plus faible que le bénéfice de la chirurgie ;
    - Un lit de soins intensifs est disponible s'il est possible que le patient en requière un, et que, si le protocole de triage des soins intensifs est en vigueur, ce patient respecte les critères de triage pour l'accès aux lits de soins intensifs appliqués au moment de la chirurgie ;
    - L'accès aux produits sanguins est possible si requis.

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

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

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


Étape 2 : pré-triage des patients
Le NIM est-il A ou B?
Non
Le patient peut-il obtenir un traitement alternatif? Évaluer la disponibilité du traitement alternatif Et évaluer si le patient doit demeurer sur la liste d'attente
Oui
Non
Offrir traitement palliatif
Est-ce que la chirurgie est essentielle à court terme?
a. Menace à la survie immédiate du patient si la chirurgie n'est pas effectuée
b. Menace d'une dysfonction permanente d'un membre ou d'un organe
c. Néoplasie rapidement évolutive
d. Risque de progression de la maladie, (réduction de la possibilité de guérison, ou intervention plus importante plus tard, traitement plus morbide, risque d'inopérabilité)
e. Risque d'aggravation vers des symptômes plus sévères de consommer plus d'analgésique ou de développer de la douleur chronique dû au retard de traitement
Non
Ne pas effectuer la chirurgie Classer le patient au bon endroit dans la liste d'attente
Réévaluer régulièrement la condition clinique du patient
Oui
Existe une alternative non chirurgicale?
Oui
Évaluer disponibilité traitement alternatif Évaluer si patient doit demeurer sur liste d'attente
Oui
Offrir le traitement alternatif
Non
Est-ce que les produits sanguins sont disponibles si requis pendant la chirurgie?
Non
Retour liste d'attente
Oui
Le risque d'exposer le patient à la COVID-19 et ses conséquences est-il plus grand que le bénéfice de la chirurgie?
Oui
Ne pas procéder à la chirurgie et évaluer l'offre de soins alternative requise Évaluer si le patient doit demeurer sur la liste d'attente
Non
Les soins post-opératoires nécessitent-ils un transfert aux soins intensifs
Oui
Le patient aurait-il besoin d'un respirateur?
Oui
Évaluer si le patient respecte les critères de triage des lits de soins intensifs si en vigueur
Oui
Non
Vers étape 3
Oui
Le patient peut-il être dirigé vers des soins intermédiaires?
Non
Retour liste d'attente

Rôles et responsabilités

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

Chaque chirurgien avec la collaboration de ses collègues médecins spécialistes

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

Dans un second temps, le chirurgien, avec la collaboration de ses collègues médecins spécialistes, doit colliger les informations cliniques nécessaires pour répondre aux questions du processus décisionnel du prétriage et du triage. Chaque chirurgien doit pouvoir justifier[13] les raisons qui le guident dans la priorisation de ses patients en attente.

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

Chaque chirurgien, en concertation avec ses collègues médecins spécialistes, doit établir la priorisation de ses patients et évaluer si un traitement alternatif est disponible, le risque que présente une chirurgie en contexte de pandémie pour chaque patient, et la capacité de réaliser cette chirurgie dans les conditions du moment (accès à un lit de soins intensifs ou intermédiaires, aux produits sanguins envisagés, et à tout matériel et équipement requis). Dans le cas des patients ayant un cancer, chaque cas complexe devrait être discuté au Comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) [14] afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique en tenant compte des risques et des bénéfices. Les chirurgiens peuvent aussi se référer aux :

« Recommandations par siège tumoral pour la priorisation des patients en contexte de pandémie de COVID-19 »[15] produites en collaboration avec l'INESSS.

Chef de service d'une spécialité chirurgicale

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

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

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

15 Ibid

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

Triage

La priorisation des patients qui auront accès à une chirurgie est un processus dynamique et continu qui s'adapte aux changements dans le réseau et à la capacité du moment. La condition de chaque patient pouvant changer et la disponibilité des ressources nécessaires à la chirurgie pouvant varier dans le temps, il est nécessaire d'établir un programme opératoire assez à l'avance pour avertir les patients et préparer les ressources, mais également agile pour s'ajuster rapidement aux conditions qui peuvent fluctuer à tout moment.

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

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

Critères cliniques

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

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

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

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

- Les plus à risque pour leur survie ;
- Approchant le plus de la date maximale de chirurgie ou l'ayant dépassée le plus ;

- Requérant le moins de temps opératoire et de ressources possibles :
    - Lorsque les ressources chirurgicales sont les plus restreintes, et en vue de maximiser les bénéfices pour le plus grand nombre, les cas requérant lemoins de temps opératoire et de ressources sont d'abord priorisés sans négliger les cas les plus à risque et requérant plus de temps et de ressources; quand les ressources chirurgicales deviennent plus disponibles, ce critère devient plus ouvert dans la priorisation des patients, ce qui permet l'équité ;
- Ayant le plus de chances de récupérer rapidement :
    - Lorsque les ressources chirurgicales sont les plus restreintes, les patients ayant plus de chances de récupérer rapidement sont priorisés (classification ASA[16] basse); quand les ressources chirurgicales deviennent plus disponibles, les cas priorisés sont ceux qui ont de bonnes chances de récupérer (classification ASA basse à moyenne).

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

Jugement clinique pour appliquer les critères et diagramme de Gantt

Ces critères plus restrictifs sont appliqués quand les ressources nécessaires à la chirurgie sont les plus réduites. Ces critères deviennent plus ouverts au fur et à mesure que les ressources redeviennent disponibles, et ce jusqu'au retour à la normale. Un diagramme de Gantt (exemple à l'annexe C) est un outil permettant de présenter simplement et de visualiser facilement l'ensemble des données afin de prioriser les patients (par spécialité d'abord et toutes spécialités confondues par la suite). Chacun des critères est à évaluer et la décision est laissée au jugement clinique du/des chirurgiens (voir rôles et responsabilités ci-bas).

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

Critères supplémentaires

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

- **Le cycle de vie** : ce critère permet de favoriser le traitement de personnes présentant un plus grand nombre d'étapes de vie devant elles. Ce critère permet de considérer à la fois l'âge et l'espérance de vie (Biddison 2018). Le critère du cycle de vie est d'un intérêt particulier dans le contexte de pandémie. Il permet de prioriser les personnes présentant un plus grand nombre d'années de vie devant elles avec leur condition clinique actuelle dans le cas où l'âge ne serait pas déterminant pour la survie. Ce principe ne favorise pas

16 Classification détaillée à l'annexe B.

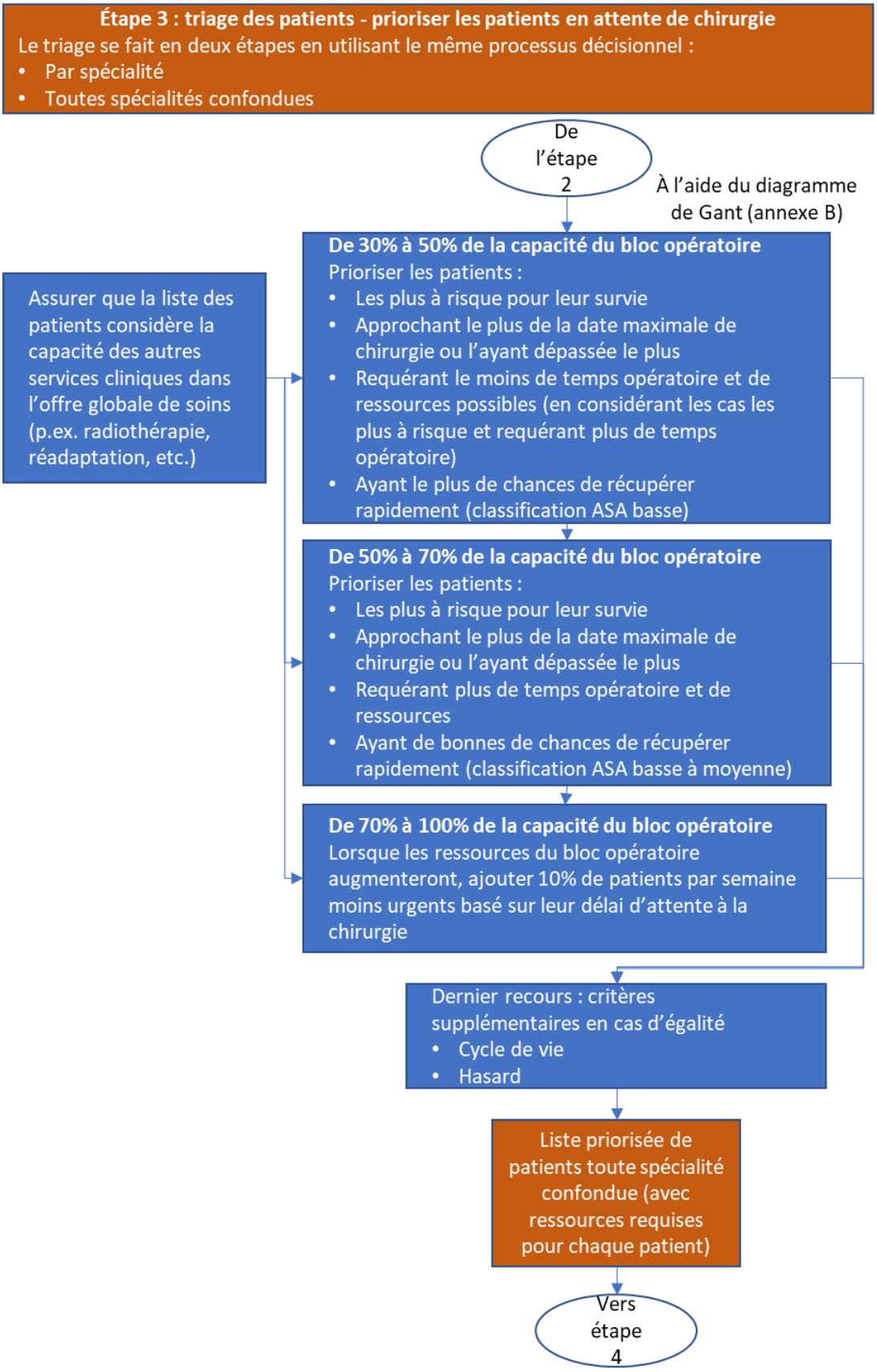
les plus jeunes par rapport aux plus vieux en terme absolu, mais, entre deux personnes ayant un même pronostic clinique, il donne plutôt priorité à la personne qui se trouve à un stade de vie moins avancé ou qui présente moins de risques de mortalité dans le contexte pandémique.

- **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).

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

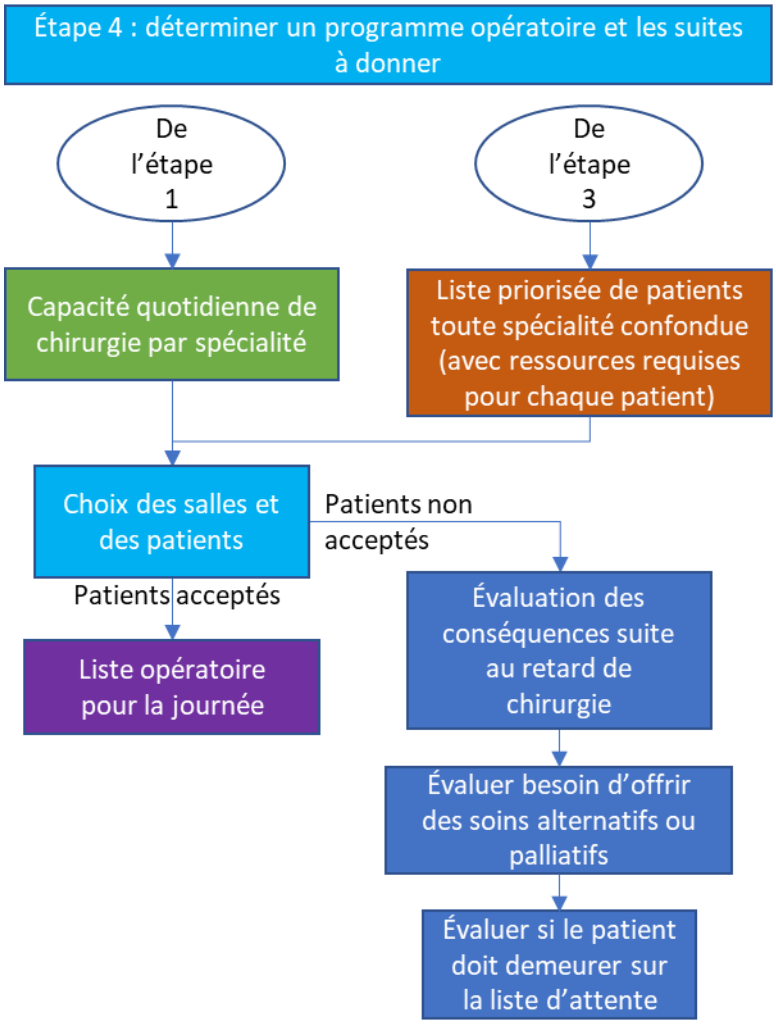
Rôles et responsabilités

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


Étape 3 : triage des patients - prioriser les patients en attente de chirurgie
Le triage se fait en deux étapes en utilisant le même processus décisionnel :
• Par spécialité
• Toutes spécialités confondues
De l'étape 2
À l'aide du diagramme de Gant (annexe B)
Assurer que la liste des patients considère la capacité des autres services cliniques dans l'offre globale de soins (p.ex. radiothérapie, réadaptation, etc.)
De 30% à 50% de la capacité du bloc opératoire
Prioriser les patients :
• Les plus à risque pour leur survie
• Approchant le plus de la date maximale de chirurgie ou l'ayant dépassée le plus
• Requérant le moins de temps opératoire et de ressources possibles (en considérant les cas les plus à risque et requérant plus de temps opératoire)
• Ayant le plus de chances de récupérer rapidement (classification ASA basse)
De 50% à 70% de la capacité du bloc opératoire
Prioriser les patients :
• Les plus à risque pour leur survie
• Approchant le plus de la date maximale de chirurgie ou l'ayant dépassée le plus
• Requérant plus de temps opératoire et de ressources
• Ayant de bonnes de chances de récupérer rapidement (classification ASA basse à moyenne)
De 70% à 100% de la capacité du bloc opératoire
Lorsque les ressources du bloc opératoire augmenteront, ajouter 10% de patients par semaine moins urgents basé sur leur délai d'attente à la chirurgie
Dernier recours : critères supplémentaires en cas d'égalité
• Cycle de vie
• Hasard
Liste priorisée de patients toute spécialité confondue (avec ressources requises pour chaque patient)
Vers étape 4

Déterminer un programme opératoire

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



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

Rôles et responsabilités

Chaque chirurgien avec la collaboration de ses collègues médecins spécialistes

Chaque chirurgien ayant établi la liste des cas prioritaires de sa liste d'attente, le triage par spécialité chirurgicale doit être déterminé par les chirurgiens de cette spécialité pour constituer la liste de patients à opérer pour cette spécialité. Le consensus entre chirurgiens de cette spécialité est visé à cette étape et chacun doit pouvoir justifier les choix qu'il propose. L'évaluation des critères cliniques, dont l'évaluation des dates acceptables et maximales de chirurgie pour chaque spécialité, doit se baser sur des données probantes, sur l'avis de sociétés savantes, et sur les recommandations du programme de cancérologie du MSSS[17]. Dans le cas des patients oncologiques, la priorisation peut se baser sur les recommandations du Comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique en tenant compte des risques et des bénéfices.

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

Chef de service d'une spécialité chirurgicale et arbitrage

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

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

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

Comité de surveillance des activités chirurgicales

Selon la directive du MSSS[18], chaque établissement a mis en place un comité de surveillance des activités chirurgicales. Ce comité doit être décisionnel sur la production d'un programme opératoire restreint en cohérence avec les autres directives et il doit se rencontrer de façon quotidienne. La composition du comité doit, au minimum, comprendre les personnes suivantes et se rapporter à la Direction des services professionnels de l'établissement :

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

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

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

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

Participation des ressources en éthique clinique

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

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

Planification du congé du patient

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

Retour à la normale

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

Soutien psychosocial et moral à offrir en contexte de pandémie[19]

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

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

De telles expériences cliniques et l'application de tels processus décisionnels complexes, déchirants et répétés sont à proprement parler des événements à potentiel traumatique (EPT) pour les intervenants et soignants. Il est primordial que ceux-ci soient soutenus et qu'ils reçoivent un soutien adéquat en regard de leurs réactions psychologiques possibles à court, moyen et long terme.

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

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

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

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

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

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

Soutien psychosocial aux usagers et familles lié au plan de pandémie

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

Suggestions de stratégie d'accompagnement des patients et des proches

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

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

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

1. Des mises à jour quotidiennes aux proches. Donner régulièrement par téléphone et/ou par courriel de l'information sur l'état de santé de l'usager, physique et psychologique, son lieu d'hospitalisation s'il est déplacé, les types de soins administrés, etc. Ce moyen de communication pourra aussi servir aux intervenants qui devraient contacter les proches pour des informations particulières. Dans tous les cas, trouver les moyens nécessaires pour ne jamais laisser les proches dans l'ignorance d'une situation critique.

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

Conclusion et recommandations

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

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

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

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

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

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

Références

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

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

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

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

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

Stahel, P.F., (2020), « How to risk-stratify elective surgery durint the COVID019 pandemic? », Patient Safety in Surgery, 14 :8, https://doi.org/10.1186/s13037-020-00235-9.

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.

Annexe A : Littérature grise et sites web consultés

Littérature grise

Canada

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

Australie

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

États-Unis

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

France

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

Grande-Bretagne

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

Nouvelle-Zélande

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

Autres

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

Annexe B : Classification ASA[20]

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

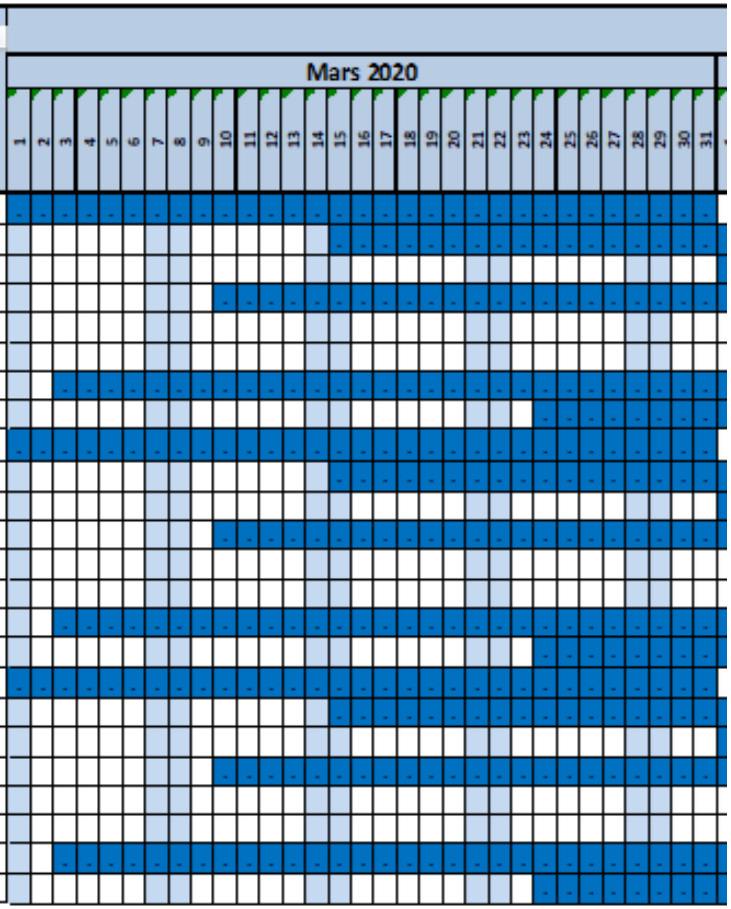
20 Traduit de https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system

Annexe C : Exemple de diagramme de Gantt

Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval
Québec

Triage chirurgie élective en contexte extrême de pandémie

Dossier	Age du patient	Diagnostic	Onco	Réception requête opératoire	Date acceptable	Date maximale	Temps opératoire prévu	Type de chirurgie	Traitement alternatif en cours	Quel traitemnt alternatif	ASA	Chirurgie effectuée
523124	72	?	oui	2020-01-26	2020-03-01	2020-03-31	1 h 30	?	non		I	
126549	58	?		2019-12-30	2020-03-15	2020-04-30	4 h 00	?	non		II	
365592	47	?	oui	2020-02-26	2020-04-01	2020-04-30	3 h 00	?	non		III	
652258	63	?		2020-03-28	2020-03-10	2020-04-28	2 h 00	?	oui		II	
235124	68	?		2019-12-26	2020-04-03	2020-05-06	1 h 30	?	oui		III	
122366	86	?	oui	2019-12-28	2020-04-08	2020-05-18	5 h 00	?	non		I	
452254	78	?	oui	2020-02-25	2020-03-05	2020-04-18	3 h 00	?	non		IV	
225963	69	?	oui	2020-04-01	2020-03-24	2020-04-26	2 h 00	?	non		II	
523124	56	?		2020-01-26	2020-03-01	2020-03-31	1 h 30	?	non		I	
126549	59	?		2019-12-30	2020-03-15	2020-04-30	4 h 00	?	non		II	
365592	72	?	oui	2020-02-26	2020-04-01	2020-04-30	3 h 00	?	non		III	
652258	58	?		2020-03-28	2020-03-10	2020-04-28	2 h 00	?	oui		II	
235124	47	?	oui	2019-12-26	2020-04-03	2020-05-06	1 h 30	?	oui		III	
122366	63	?	oui	2019-12-28	2020-04-08	2020-05-18	5 h 00	?	non		I	
452254	68	?		2020-02-25	2020-03-05	2020-04-18	3 h 00	?	non		IV	
225963	86	?		2020-04-01	2020-03-24	2020-04-26	2 h 00	?	non		II	
523124	78	?		2020-01-26	2020-03-01	2020-03-31	1 h 30	?	non		I	
126549	69	?	oui	2019-12-30	2020-03-15	2020-04-30	4 h 00	?	non		II	
365592	56	?		2020-02-26	2020-04-01	2020-04-30	3 h 00	?	non		III	
652258	59	?		2020-03-28	2020-03-10	2020-04-28	2 h 00	?	oui		II	
235124	68	?	oui	2019-12-26	2020-04-03	2020-05-06	1 h 30	?	oui		III	
122366	86	?	oui	2019-12-28	2020-04-08	2020-05-18	5 h 00	?	non		I	oui
452254	78	?		2020-02-25	2020-03-05	2020-04-18	3 h 00	?	non		IV	oui
225963	46	?	oui	2020-04-01	2020-03-24	2020-04-26	2 h 00	?	non		II	oui



Légende:
Inscrire date sous forme de AAAA-MM-JJ

Annexe 2 : Reprise des activités spécialisées - modalités à mettre

2020-05-21

Ce document résume les modalités à mettre en place afin d'assurer une reprise des activités de façon sécuritaire dans les milieux de soins.

Volet Santé publique

Toutes les mesures mises en place depuis le début de la pandémie restent appropriées dans le contexte du déconfinement et de la reprise des activités afin de limiter la contamination des milieux et des personnes.
Un questionnaire doit être réalisé la veille du rendez-vous (si confirmation des rendez-vous) et lors de l'inscription du patient afin d'identifier les patients symptomatiques ou ayant eu un contact avec un cas confirmé.

1. POUR LES PATIENTS SYMPTOMATIQUES OU AYANT EU UN CONTACT AVEC UN CAS CONFIRMÉ :

- Les recommandations actuellement en place doivent demeurer (ÉPI, zones chaudes, report d'examen, etc.) ;
- Port du masque de procédure obligatoire ;
- Aucun accompagnateur, sauf en cas de situation exceptionnelle, par exemple un soutien essentiel ;
- Les examens ou consultations non urgents doivent être reportés; privilégier les téléconsultations ;
- Planifier les rendez-vous en présentiel en fin de journée ;
- Toute personne qui a des symptômes s'apparentant à ceux de la COVID-19 devra appeler la ligne 1 877 644-4545, où l'on procédera à une évaluation de sa condition afin de lui octroyer un rendez-vous dans une clinique désignée de dépistage (CDD), s'il y a lieu, ou dans une clinique désignée d'évaluation (CDÉ).

2. POUR LES PATIENTS ASYMPTOMATIQUES ET SANS CONTACT AVEC UN CAS CONFIRMÉ :

- Planifier les rendez-vous de ces patients en début de journée ;
- Il est important de faire le rappel des pratiques de base avec étiquette respiratoire et hygiène des mains; tout au long de la trajectoire des patients, des affiches doivent être visibles ;
- L'élément important est le respect de la distanciation physique (deux mètres) et l'on doit organiser les services en conséquence. La trajectoire du patient doit être revue pour toutes les étapes du parcours et les mesures de mitigation doivent être mises en place, par exemple :
    - Limiter le nombre d'accompagnateurs; identifier la distance à respecter par un marquage au sol, par des cônes ou autres, à l'extérieur de l'établissement ainsi qu'à l'accueil ;

- Planifier un nombre limite de patients dans les espaces d'attente en fonction des aménagements de l'installation (espaces de salles d'attente) et dans la planification des rendez-vous afin de respecter en tout temps la distance de deux mètres ;
- Favoriser les téléconsultations, lorsque possibles ;
- Limiter le nombre de rendez-vous préalables pour les examens diagnostiques en optimisant chaque visite à l'hôpital ;

- Si les infrastructures ne permettent pas la distanciation physique de deux mètres, prévoir des séparations physiques (ex. : paravent, rideaux, plexiglas, etc.) et en assurer le nettoyage ;
- De façon exceptionnelle, si le parcours du patient ne permet pas la distanciation physique ou les barrières physiques, le port du masque de procédure est recommandé pour le patient ;
- **Le port du masque de procédure ne doit pas remplacer le respect de la distanciation physique ou le besoin d'aménagement des lieux physiques ;**
- Il n'y a pas de recommandations pour le port du masque de procédure pour les patients asymptomatiques qui consultent dans les milieux de soins sauf si la distanciation physique est impossible à respecter ;
- Pour une personne qui n'a pas d'indication de porter un masque de procédure, le port du masque artisanal ou couvre visage est fortement recommandé ;
- Cependant, si le masque de procédure est indiqué pour un patient, lui demander de retirer son couvre-visage de façon sécuritaire, de procéder à la désinfection de ses mains et lui donner un masque de procédure (ex. : dans la situation d'une personne qui tousse ou fait de la fièvre), puis de répéter la procédure de désinfection des mains, et ce, peu importe où le patient consulte dans les milieux de soins ;
- Lors du retrait du masque de procédure, prévoir des poubelles pour disposer du masque et un poste d'hygiène des mains.

3. RAPPEL :

- Pour les travailleurs de la santé, porter les ÉPI recommandés selon la situation clinique et les retirer sécuritairement au moment opportun ;
- Pour les travailleurs de la santé, porter le masque de procédure lorsqu'à moins de deux mètres des patients et de leurs collègues. De plus, la distanciation physique entre les collègues en dehors des activités de soins (ex. : repas, pauses, etc.) doit, elle aussi, être respectée ;
- L'hygiène et la salubrité doivent être renforcées dans tous les milieux de soins pour éviter une transmission par contact avec les surfaces. Pour le nettoyage des instruments et des espaces physiques, se référer à :

  https://www.inspq.qc.ca/publications/2970-nettoyage-desinfection-cliniques-covid19 ;

  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002507/ ;

  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002509/ ;

  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002508/ ;

  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002510/ ;
- Tous les services doivent prévoir des espaces pour les zones froides et chaudes afin de diriger la clientèle selon leurs conditions infectieuses.

Volet Organisation des services

- Instaurer lorsque possible l'attente dans le stationnement avec texto ou appel lorsqu'il est temps d'entrer pour le rendez-vous ;
- Prolonger les heures de cliniques externes en soirée ;
- Rediriger vers les bureaux privés des médecins, lorsque possible ;
- Assurer une utilisation judicieuse de la téléconsultation : cible d'environ 30 % ;
- Prioriser les A B C hors délai et si complétés, aller vers les D et E, de préférence en téléconsultations ;
- Assurer une adéquation avec les disponibilités en imagerie pour les cliniques externes exigeant de l'imagerie médicale ;
- Assurer une équité d'accès entre les spécialités, exemple prioriser la cancérologie, mais ne pas oublier l'orthopédie, la cardiologie, etc. ;
- Monitorer les taux d'occupation pour éviter un encombrement des hôpitaux ;
- Monitorer les priorisations et les délais.

Toutes ces mesures s'appliquent à l'ensemble des services dans les milieux de soins.

Annexe 3 : Comité de coordination COVID-19 – chirurgie

En date du 24 avril 2020, le MSSS demandait la mise en place d'un plan de reprise des activités coordonné et supervisé par un comité de coordination décisionnel au sein de chaque établissement, composé idéalement des personnes suivantes :

- Un représentant de la haute direction de l'établissement ;
- Le directeur des services professionnels ;
- Le président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ;
- Le directeur de la santé publique ou son représentant ;
- Le directeur des ressources humaines ou son représentant ;
- Un représentant du volet chirurgical ;
- Un représentant du volet médical ;
- Un représentant de l'imagerie médicale ;
- Un représentant de la pharmacie ;
- Un représentant de la cancérologie.

Annexe 4 : Niveaux de reprise des activités en chirurgie

Plans de reprise des activités en chirurgie : Suivi par région

LÉGENDE

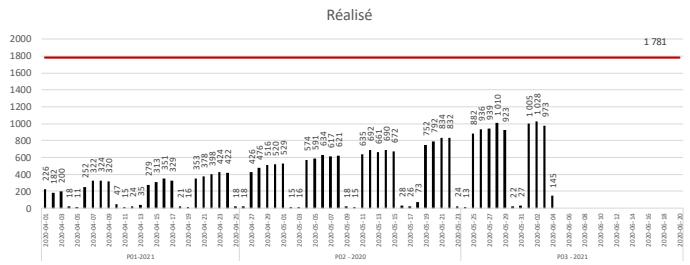
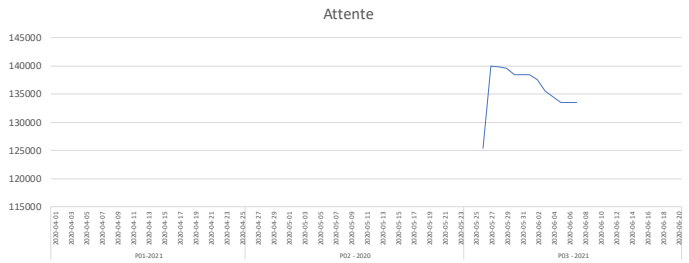
NIVEAU 3 = Moins de 30-40% des activités usuelles
NIVEAU 2 = 40-70% des activités usuelles
NIVEAU 1 = Plus de 70% des activités usuelles
Plan de reprise reçu

RÉGION/ÉTABLISSEMENT	ACTIVITÉS	NIVEAU DE REPRISE ET DATE												Commentaires	Date de fin	Terminé
		2020-04-29	2020-05-01	2020-05-04	2020-05-07	2020-05-11	2020-05-13	2020-05-14	2020-05-20 ou état actuel	Juin	Septembre	Objectif sans échéancier				
Région 01: CISSS du Bas Saint-Laurent	Bloc opératoire	3							1					Répartition des chx sur plusieurs sites (nouveaux)		
Région 02: CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean	Bloc opératoire				3				2	1				Enjeu de RH mais vise une surcapacité en 2021		
Région 03: IUCPQ	Bloc opératoire		2						1					Demande 70-75% (Niv. 1) salle hybride à 55 à 36%. Hémo et EE à 80%		
Région 03: CHUQ	Bloc opératoire				3					1				Demande 50% (Niv 2) - obj: 70-80 en sept		
Région 04: CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	Bloc opératoire				3			2						70 % sauf HSC et CHAUR entre 40-55%		
Région 05: CIUSSS de l'Estrie-CHUS	Bloc opératoire							2		1				50%, vise 70%, enjeux identifiés		
Région 06: CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Bloc opératoire				3			3			1			Plan de reprise visant un retour à + de 70% mais pas de balise temporelle		
Région 06: CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Bloc opératoire					3								15% : cancers urgents, 1 chir, cardiaque/jour, besoin de CMS, doivent diminuer les lits covid avant de reprendre la CHX		
Région 06: CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Bloc opératoire				3					1				Augmenter progressivement au niveau 2 et 1, CMS		
Région 06: CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Bloc opératoire				3					2				Cible 70% pour 2020. enjeux: maind'œuvre, lits, temps de salle		
Région 06: CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	Bloc opératoire						2		2	1				50% à HMR et 60% à Santa Cabrini - besoin des CMS		
Région 06: CHUM	Bloc opératoire	2	2							1				18 salles actuellement - 24 salles et 20 pour l'été		
Région 06: CUSM	Bloc à 30%						3				1			30% global, P0 et P1 en onco sont faits. Plan fait en visant 70% mais beaucoup d'enjeux: RH, environnement,..., pas d'échéancier pour atteindre cet objectif		
Région 06: CHU Sainte-Justine	Bloc opératoire	3	2						1					Inclusion - l'endoscopie		
Région 06: ICM	Bloc opératoire													Tend vers un objectif de 2500 cas annuel, aurait besoin d'une entente pour faciliter la réadaptation. Autre proposition: liste d'attente pour la région de Mtl		
Région 07: CISSS de l'Outaouais	Bloc opératoire				3			2		1				Demande vers le 70% -		
Région 08: CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	Bloc opératoire	3				2		2			1			Enjeux: RH et anesthésistes, Vise 70%		
Région 09: CISSS de la Côte-Nord	Bloc opératoire		3				3							50%, demande à 70%		
Région 10: CRSSS de la Baie-James	Bloc opératoire	3														
Région 11: CISSS de la Gaspésie	Bloc opératoires	3		3					1					Enjeu: manque de personnel infirmier		
Région 11: CISSS des Îles	Bloc opératoire	1							1					Au max 75-80% - enjeux de RH		
Région 12: CISSS de Chaudière-Appalaches	Bloc opératoire			3		2			1					Entre 40-70% selon les installations		
Région 13: CISSS de Laval	Bloc opératoire							3								
Région 14: CISSS de Lanaudière	Bloc opératoire							3	2	1				Enjeu de RH pour reprise en sept		
Région 15: CISSS des Laurentides	Bloc opératoire					3			2	1				40% le 15 mai - toutes installations		
Région 16: CISSS de la Montérégie-Est	Bloc opératoire (collaboraiton HHM et HPB)					3								Global: 40-50 % de fait et travaille sur un plan à 70%		
	Bloc opératoire					3			2	1				Pas de date précise mais mentionne d'ici quelques semaines		
Région 16: CISSS de la Montérégie-Centre	Bloc opératoire								2					Cible 70% pour hclm pas de dates précises et 75% pour HHR		
Région 16: CISSS de la Montérégie-Ouest	Bloc opératoire							3						Enjeux: RH, incendie à Suroit, résultats de dépistage délais		

**Les échéanciers sont sujets à changement (dans le cas d'une seconde vague ou que toute autre condition venait à changer).

Annexe 5 : Évaluation quotidienne de la production chirurgicale et des patients en attente

La reprise des activités chirurgicales fait l'objet d'un suivi quotidien. Comme en fait foi le tableau suivant, la progression démontre une tendance vers une activité moyenne des dernières années (1 781 chirurgies par période de 28 jours). Parallèlement, le nombre de personnes en attente d'une chirurgie diminue progressivement.

Mise à jour : 8 juin 2020.

Suivi quotidien des activités de chirurgie	Total Province