

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 29 janvier 2021

Madame Marie Montpetit
Députée de Maurice-Richard
1421, rue Fleury Est
Montréal (Québec) H2C 1R9

Madame la Députée,

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a bien reçu, le 1^{er} décembre 2020, vos questions en lien avec « la directive émise par le MSSS aux paramédicaux de Montréal et de Laval de ne pas réanimer les personnes en arrêt cardiorespiratoire ».

Compte tenu de la teneur clinique des questions posées, j'ai mandaté la Direction générale adjointe du préhospitalier, des urgences et de l'accueil clinique pour y répondre.

Vous trouverez en pièce jointe les réponses à vos questions.

Veillez agréer, Madame la Députée, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le ministre,



Christian Dubé

p. j. 3

N/Réf. : 20-MS-11423

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 21 janvier 2021

Docteure Lucie Opatrny
Sous-ministre adjointe
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy, 9^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Madame la Sous-Ministre adjointe,

Par la présente nous souhaitons répondre aux différentes questions formulées à l'endroit du ministre de la Santé et des Services sociaux « concernant la directive émise par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) aux paramédicaux de Montréal et de Laval de ne pas réanimer les personnes en arrêt cardiorespiratoire », que vous trouverez ci-après :

Quand le ministre a-t-il pris connaissance de la directive?

Il ne s'agit pas d'une directive à proprement parler, mais bien d'une modification de protocole des soins préhospitaliers d'urgence. Le ministre a été informé de la situation lors de l'article paru dans Le Devoir le 1^{er} décembre 2020.

Sur quelles bases juridiques a-t-elle été émise?

Les protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics (PICTAP) sont dictés par la directrice médicale nationale, selon la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence 2002, c. 69*, dont voici certains extraits :

3. Le ministre de la Santé et des Services sociaux a la responsabilité de déterminer les grandes orientations en matière d'organisation des services préhospitaliers d'urgence. Il propose et élabore des plans stratégiques et des politiques, définit les modes d'intervention, élabore et approuve les protocoles cliniques et opérationnels en cette matière.

... 2

5. Le ministre nomme pour le conseiller et l'assister sur l'aspect médical des services préhospitaliers d'urgence un directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence. Ce directeur doit être un médecin ayant une formation et une expérience pertinente en médecine d'urgence.
6. Le directeur médical national a, en outre, pour fonctions: 1° de définir les normes nationales de soins et d'équipements préhospitaliers et de veiller à leur application, leur utilisation et leur évaluation.

Dans le cas de l'arrêt de manœuvres, il s'agit d'une modification aux protocoles REA. 2 et REA. 4 (en pièces jointes).

Les critères permettant l'arrêt de manœuvres sont des critères cliniques basés sur la science et les études cliniques de réanimation. Les différentes organisations nord-américaines supervisant les soins préhospitaliers d'urgence ont des critères variables permettant un arrêt de manœuvres. Ces critères prennent en considération le principe éthique de la futilité de poursuivre les manœuvres. Le *World Medical Association* précise que ces interventions dites futiles « n'offrent aucun espoir raisonnable d'en tirer un quelconque bénéfice permanent ».

La réflexion autour des indications de non-initiation ou d'arrêt de manœuvres de réanimation cardiorespiratoire (RCR) doit tenir compte du principe d'intervention de santé médicalement futile. Le concept d'intervention dite médicalement futile a été développé par Schneiderman et ses collaborateurs au début des années 1990, et fait référence à une intervention médicale ou à un traitement, dont les chances de survie associées sont inférieures à 1 % (Schneiderman *et al.*, 1990). La *World Medical Association* précise que ces interventions dites futiles « n'offrent aucun espoir raisonnable de guérison ou d'amélioration » ou desquelles « le patient est incapable d'en tirer un quelconque bénéfice permanent » (WMA, 2015). Initier la réanimation ou poursuivre des manœuvres de RCR, chez des personnes dont la présentation clinique est associée à une chance infime de survie, amène certains dilemmes éthiques moraux et émotionnels pour la famille de la victime (Libby *et al.*, 2020). Le seuil associé à la définition de l'intervention futile (survie inférieure à 1 %), quoique parfois questionné par la littérature scientifique, est repris par plusieurs groupes depuis sa création (*World Medical Association. Medical Ethics Manual. 3rd éd. France : World Medical Association; 2015*).

Le comité d'éthique ministériel a été consulté à de nombreuses reprises afin de valider les options disponibles, en prenant en considération les risques associés dans le contexte pandémique.

Pourquoi la directive a-t-elle été maintenue au-delà de ce qui était nécessaire, c'est-à-dire jusqu'au 21 septembre 2020?

La modification des protocoles REA. 2 et REA. 4 a été adoptée par l'ensemble des directeurs médicaux régionaux (table où participent également des techniciens ambulanciers paramédics (TAP)), le Collège des médecins du Québec (CMQ) et le sous-comité d'éthique portant sur les soins en préhospitalier et les soins dans les salles d'urgence. À la fin du mois de mars 2020, le docteur Gilles Bourgeois, directeur médical régional de la Corporation d'urgences-santé (CUS), demandait de pouvoir appliquer les modifications aux protocoles REA. 2 et REA. 4. Des représentants syndicaux ont également fait des représentations au cabinet de madame McCann pour que les TAP ne transportent plus de patients suspectés pour la COVID-19. Ceci exprime bien l'inquiétude des travailleurs du secteur. Cette demande n'a pas été prise en compte par le MSSS. Le 1^{er} avril 2020, la docteure Élyse Berger-Pelletier, directrice médicale nationale (DMN), adressait une lettre à monsieur Nicola D'Ulisse, président-directeur général de la CUS, permettant l'application des modifications des protocoles REA. 2 et REA. 4 par les TAP de la région de Montréal et Laval.

Le 27 avril 2020, la DMN réintérait la pratique du massage cardiaque sans ventilation pour les intervenants de première ligne (secouristes, premiers répondants et TAP) qui avait été cessée à la mi-mars, devant les risques non connus de l'aérosolisation du massage cardiaque.

Le 1^{er} juin 2020, le docteur Louis-Philippe Pelletier, directeur médical national adjoint, adressait un courriel à la direction médicale de la CUS, lui demandant si et quand la CUS retournerait aux pratiques usuelles des protocoles REA. 2 et REA. 4.

Le 27 août 2020, docteur Pelletier a correspondu avec docteur Jocelyn Barriault, nouveau directeur médical régional de la CUS, précisant que la Direction médicale nationale désirait discuter du retour à la pratique usuelle des protocoles REA. 2 et REA. 4. Docteur Pelletier l'avisait que les modifications aux protocoles REA. 2 et REA. 4 allaient être discutées au comité aviseur préhospitalier du CMQ le 16 septembre 2020. Une demande sur les analyses de données et de l'assurance-qualité a également été transmise dans ce courriel du 27 août 2020.

Pourquoi cette directive contrairement aux 260 autres émises le printemps dernier, n'a jamais été publiée sur un site gouvernemental?

Telle qu'elle est décrite à la première question, la modification des protocoles n'est pas une directive ministérielle. Les PICTAP, incluant ceux modifiés lors de la pandémie, sont publiés sur le site internet de la Corporation d'urgences-santé, plateforme utilisée pour communiquer les informations du système préhospitalier d'urgence.

La directive a-t-elle été réévaluée entre le 4 avril 2020 et le 21 septembre 2020, par qui et à combien de reprises?

La formation, l'assurance-qualité et l'évaluation du protocole sont une responsabilité du directeur médical régional. Vous trouverez ci-après les extraits s'y référant :

17. Chaque agence doit désigner un médecin ayant une formation et une expérience pertinente en médecine d'urgence pour exercer, notamment les fonctions suivantes en conformité avec les normes et les orientations nationales :

1° exercer l'autorité clinique nécessaire au maintien des normes de qualité;

2° contrôler et apprécier la qualité des actes posés par le personnel d'intervention des services préhospitaliers d'urgence et assurer auprès des employeurs et de leur personnel, le cas échéant, le suivi des recommandations qui en découlent;

3° s'assurer que soient fournis les services nécessaires à la formation continue et au maintien et à l'évaluation des compétences du personnel d'intervention des services préhospitaliers d'urgence.

La Direction médicale nationale, ainsi que la Direction des services préhospitaliers d'urgence ont répondu au meilleur de leurs connaissances aux questions formulées.

Veillez agréer, Madame la Sous-Ministre adjointe, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

La directrice médicale nationale,



Élyse Berger-Pelletier, M.D., M.Sc., FRCPC

p. j : Protocole REA. 2 et REA. 4

N/Réf. : 20-MS-11423

RÉA. 2 Arrêt des manœuvres lors d'ACR d'origine médicale

RÉA. 2

Critères d'inclusion:

Arrêt cardiorespiratoire (ACR) d'origine médicale - Protocole RÉA. 1 en cours.

Critères d'exclusion absolus :

- Âge < 18 ans.
- Possibilité d'hypothermie.
- Patient porteur de dispositif d'assistance ventriculaire gauche (DAVG) (à moins d'avis contraire de la part de l'hôpital d'appartenance).

Critères d'exclusion initiaux :

- ACR témoigné par technicien ambulancier paramédic (TAP) ou premier répondant (PR).
 - Choc donné par premier intervenant (PI), PR ou policier-DEA.
 - Possibilité d'hypothermie.
 - Grossesse.
 - Noyade récente (< 90 minutes).
 - Présence de retour de pouls (30 secondes) à tout moment lors de la réanimation.
 - Obstruction des voies respiratoires par corps étranger (**non résolue**).
1. **Le protocole RÉA. 1 (ACR d'origine médicale – Adulte) doit déjà être en application.**
 2. **Si choc donné lors d'une ou plusieurs des cinq premières analyses du protocole RÉA. 1, rythme autre qu'asystolie au moniteur après 2 minutes de RCR après la 5e analyse, possibilité d'hypothermie ou patient âgé de moins de 18 ans :**
 - o Continuer le protocole RÉA. 1 (ACR d'origine médicale - Adulte) et procéder à l'évacuation et au transport en mode URGENT.
 3. **En l'absence de critères d'exclusion (initiaux et absolus) :**

Si aucun choc donné lors des cinq premières analyses ET absence d'activité électrique (asystolie) au moniteur défibrillateur semi-automatique (MDSA) pendant 1 minute après la RCR d'une durée de 2 minutes après la 5^e analyse ET absence de pouls à la prise de pouls :

- o Cesser les manœuvres de réanimation;
- o Imprimer la minute d'asystolie;
- o Expliquer aux proches, si présents, la raison de l'arrêt des manœuvres;
- o Retirer le Combitube®;
- o Transport NON URGENT au centre désigné par le SPU ou appel au support médical à distance (SMD) pour constat de décès lorsque disponible.

RÉA. 2 Arrêt des manœuvres lors d'ACR d'origine médicale (suite)

4. Réévaluer la situation 30 minutes après la 5e analyse faite sur place :

- a) Si aucun choc donné dans les 10 dernières minutes et asystolie au MDSA pendant 1 minute et absence de critères d'exclusion absolus:
 - o Cesser les manœuvres de réanimation;
 - o Imprimer la minute d'asystolie;
 - o Expliquer aux proches, si présents, la raison de l'arrêt des manœuvres;
 - o Retirer le Combitube®;
 - o Transport **NON URGENT** au centre désigné par le SPU, ou appel pour constat de décès à distance lorsque disponible.

- b) Si choc donné dans les dix dernières minutes ou présence de rythme électrique au MDSA ou présence d'un critère d'exclusion absolu:
 - o Continuer RÉA. 1 (ACR d'origine médicale – Adulte).

Remarques :

Critère d'exclusion absolu : situation où l'arrêt des manœuvres ne doit jamais être appliqué.

Rappel : le patient avec présence de signe(s) de puberté est inclus dans le protocole adulte correspondant. Ceci implique qu'un patient âgé de moins de 18 ans peut être inclus dans le protocole RÉA. 1.

Si les proches s'opposent à l'arrêt des manœuvres après avoir été informés de l'inutilité de celles-ci, continuer le protocole RÉA. 1 (ACR d'origine médicale – Adulte).

Chez un patient porteur d'un stimulateur cardiaque, une asystolie accompagnée uniquement de spicules (ligne verticale) générés par un stimulateur cardiaque doit être traitée comme une asystolie. La présence de spicules accompagnées d'un rythme électro-entraîné (QRS) demande, de la part du TAP, de procéder à la réanimation.

RÉA. 4 Arrêt des manœuvres lors d'ACR d'origine traumatique, hémorragique ou chez la femme enceinte (≥ 20 semaines).

RÉA. 4

Critères d'inclusion :

L'arrêt cardiorespiratoire (ACR) traumatique avec cinétique à risque ou impact à haute vitesse (traumatisme fermé), traumatisme pénétrant, dont la cause probable de l'ACR est une hémorragie interne ou externe **ou chez la femme enceinte (≥ 20 semaines)** - Protocole RÉA. 3 en cours.

Critères d'exclusion absolus :

- Âge < 18 ans.
- Possibilité d'hypothermie.
- Patient porteur d'un dispositif d'assistance ventriculaire gauche (DAVG) (à moins d'avis contraire de la part de l'hôpital d'appartenance).

Critères d'exclusion initiaux:

- ACR témoigné par technicien ambulancier paramédic (TAP) ou premier répondant (PR).
 - Choc donné par premier intervenant (PI), PR ou policier-DEA.
 - Possibilité d'hypothermie.
 - Grossesse.
 - Noyade récente (< 90 minutes).
 - Présence de retour de pouls (30 secondes) à tout moment lors de la réanimation.
 - Obstruction des voies respiratoires par corps étranger (**non résolue**).
- 1. Le protocole RÉA. 3 (ACR d'origine traumatique - Adulte) doit déjà être en application.**
 - 2. Lorsqu'après la demande d'analyse, aucun choc n'est recommandé et qu'une asystolie est présente à l'écran et en absence de critères d'exclusion (initiaux et absolus) :**
 - Confirmer l'absence de pouls ;
 - Cesser les manœuvres de réanimation;
 - Imprimer la minute d'asystolie;
 - Expliquer aux proches, si présents, la raison de l'arrêt des manœuvres;
 - Transport NON URGENT au centre désigné par les services préhospitaliers d'urgence (SPU) ou appel pour constat de décès à distance lorsque disponible.

Situation de réanimation-Arrêt manœuvres - ACR traumatique, hémorragique ou chez la femme enceinte (≥ 20 semaines)

RÉA. 4 Arrêt des manœuvres lors d'ACR d'origine traumatique, hémorragique ou chez la femme enceinte (≥ 20 semaines) (suite)

3. Réévaluer la situation 30 minutes après le départ du site :

- a) Si aucun choc donné dans les dix dernières minutes et aucune activité électrique (asystolie) pendant 1 minute et absence de critères d'exclusion absolus :
 - Cesser les manœuvres de réanimation;
 - Imprimer la minute d'asystolie;
 - Expliquer aux proches, si présents, la raison de l'arrêt des manœuvres;
 - Retirer le Combitube®;
 - Procéder au transport **NON URGENT** au centre désigné par le SPU, ou appel au support médical à distance (SMD) pour constat de décès lorsque disponible.
- b) Si choc donné dans les dix dernières minutes :
 - Se référer au protocole RÉA. 1 Arrêt cardiorespiratoire (ACR) d'origine médicale – Adulte) et RÉA. 2 (Arrêt des manœuvres lors d'ACR d'origine médicale).
- c) Si rythme au MDSA autre qu'une asystolie ou présence d'un critère d'exclusion absolu :
 - Continuer RÉA. 3 (ACR d'origine traumatique – Adulte).

Remarques :

Critère d'exclusion absolu : situation où l'arrêt des manœuvres ne doit jamais être appliqué.

Rappel : le patient avec présence de signe(s) de puberté est inclus dans le protocole adulte correspondant. Ceci implique qu'un patient âgé de moins de 18 ans peut être inclus dans le protocole RÉA. 3 (ACR d'origine traumatique – Adulte).

Si les proches s'opposent à l'arrêt des manœuvres après avoir été informés de l'inutilité de celles-ci, continuer le protocole RÉA. 3 (ACR d'origine traumatique – Adulte).

Chez un patient porteur d'un stimulateur cardiaque, une asystolie accompagnée (uniquement) de spicules (ligne verticale) générés par le stimulateur cardiaque doit être traitée comme une asystolie. La présence de spicules accompagnées d'un rythme électro-entraîné (QRS) demande de la part du TAP, de procéder à la réanimation.