



# Systeme de priorisation pour l'accès à une chirurgie en situation de pandémie

Par

Dr Serge Legault

Président du Sous-comité clinique COVID-19 – Blocs opératoires

20 avril 2020

# 1. Introduction

Un système de priorisation des chirurgies vise à :

- Soutenir l'orientation de chaque patient en contexte exceptionnel de pandémie face au délestage des capacités opératoires
- Assurer une allocation juste et équitable :
  - Lorsque les ressources sont limitées au bloc opératoire
  - Dans la transition vers un retour à la normale

# 1. Introduction

Les principes qui guident l'orientation :

- Maximisation des bénéfiques
- Proportionnalité
- Non-malfaisance
- Équité
- Réciprocité
- Agilité
- Protection des intervenants et de la population

## 2. Méthodologie

- Mandat confié par Dre Opatrny, sous-ministre adjointe qui préside le Comité directeur clinique COVID-19
- Revue des meilleures données scientifiques disponibles
- Revue de la littérature grise
- Groupes de travail et de révision incluant plus de 20 personnes (5 chirurgiens, 1 hémato-oncologue, 1 radio-oncologue, 1 intensiviste, 3 éthiciens, 6 patients-partenaires, 1 PQC, 2 INESSS)

## 3. Contenu

### Impératifs

1. Niveau d'intervention médicale (NIM) approprié (à discuter avec le patient)
2. Basé sur des données cliniques objectivables (dont les l'avis de sociétés savantes)
  - Optimiser l'impact
3. Discussion clinique en continu – communication avec le patient et ses proches
  - Réduire les effets psychologiques négatifs
  - Augmenter l'efficacité par le partenariat de soins
  - Améliorer les soins offerts / réduire les risques

### 3. Contenu

Quatre étapes séquentielles fondées sur des critères cliniques :

- Détermination de la capacité du bloc opératoire
  - Prétriage des patients
  - Triage
  - Détermination du programme opératoire
- Importance du **jugement clinique** dû à la complexité d'embrasser autant de données

## 3. Contenu

Étape 1 : Détermination de la capacité quotidienne du bloc opératoire, en fonction des :

- Chirurgiens et anesthésistes disponibles
- Ressources humaines (infirmière, inhalothérapeute, personnel de soutien)
- Médicaments (dont anesthésiants)
- Équipements de protection individuelle
- Salle de réveil, lits d'hospitalisation et respirateurs
- Soins intensifs si requis (et respect des critères de triage si appliqués)

### 3. Contenu

Étape 2 : Prétriage par spécialité (ne prioriser que les patients qui devraient avoir une chirurgie en contexte de pandémie)

- NIM A ou B
- Essentielle à court terme (pour cancer avec CDTC)
- Traitement non chirurgical alternatif et disponible
- Risque d'exposition à la COVID-19
- Lit de soins intensifs si requis (considérer soins intermédiaires)
- Produits sanguins disponibles si requis

→ Implique suivi continu des patients par chirurgiens



## 3. Contenu

Étape 3 : Priorisation générale – agilité

30%

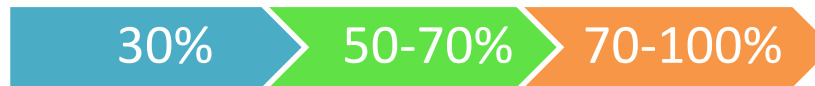
50-70%

70-100%

- 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 sont le moins disponibles)
- Ayant le plus de chances de récupérer rapidement (ASA)
- Jugement clinique

## 3. Contenu

Étape 3 : Priorisation générale – agilité



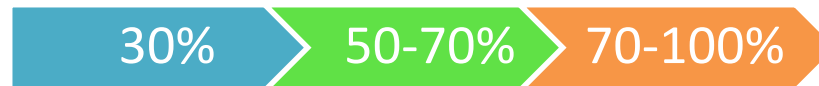
Critères supplémentaires de triage si égalité sur le plan clinique

- Cycle de vie
- Hasard



# 3. Contenu

## Étape 3 : Priorisation générale – agilité



### Rôles et responsabilités:

Chirurgiens  
et  
spécialistes

- Pré-triage
- Triage
- Contact continu avec patients

Chef de  
service

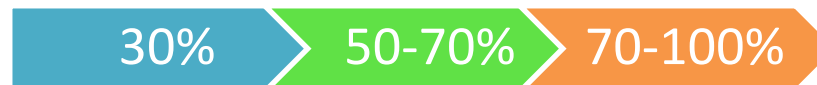
- Soutien
- Arbitrage

Comité de  
surveillance  
des activités  
chirurgicales

- Détermination du programme opératoire
- Planification du retour à la normale

## 3. Contenu

Étape 3 : Priorisation générale – agilité



### **Comité de surveillance des activités chirurgicales**

- 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
- Éthicien

## 4. Conclusion

Dès maintenant :

- Appliquer ce système de priorisation
- Équilibrer dès maintenant l'allocation des ressources de l'ensemble du réseau
  - Intra-établissement (SI, chirurgie)
  - Inter-établissement (traiter les cas les plus urgents tout établissement de la région confondu)
  - Inter-région (traiter les cas les plus urgents toutes régions confondues)

Le plus tôt possible :

- Planifier le retour à la normale
- Planifier un rattrapage

## 4. Conclusion

Ce qui sous-tend le système de priorisation

- Une seule priorité, les patients
- Des choix difficiles basés sur des critères cliniques objectivables
- Accès équitable en fonction du bénéfice pour chaque patient et non du « code postal »
- Tous les principes énoncés sont importants et leur application assurent un équilibre des décisions prises au quotidien
- Le protocole sera appliqué sur une période beaucoup plus longue que les pics de la pandémie