

Unité d'évaluation des technologies et
des modes d'intervention en santé (UETMIS)

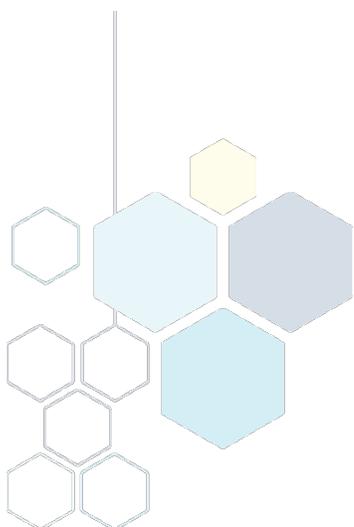
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

ENJEUX ÉTHIQUES ET GESTION DES SOINS SPÉCIALISÉS EN CONTEXTE DE PANDÉMIE DE COVID-19

Réponse rapide

Préparé par

Simon Deblois
Imane Hammana
Bénédicte Nauche
Alfons Pomp



Avril 2020

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Ce document est également offert en format PDF sur le site Web du CHUM.

Auteurs : Simon Deblois, M.A., M. Sc.
Imane Hammana, Ph. D.
Bénédicte Nauche, M.B.S.I.
Alfons Pomp, M.D., FRCSC, FACS

Pour se renseigner sur cette publication ou sur toute autre activité de l'UETMIS, s'adresser à :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS)
Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Bureau 4902
1001, rue Saint-Denis
Montréal (Québec) H2X 3H9
Téléphone : 514 890-8000, poste 36132
Télécopieur : 514 412-7460
Courriel : detmis.chum@ssss.gouv.qc.ca

Comment citer ce document :

« Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS), Centre hospitalier de l'Université de Montréal. *Enjeux éthiques et gestion des soins spécialisés en contexte de pandémie de COVID-19*. Réponse rapide. Préparé par Simon Deblois, Imane Hammana, Bénédicte Nauche et Alfons Pomp. Avril 2020 ».

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	3
MISSION.....	4
CONTEXTE.....	5
1 PRÉSENTATION DE LA DEMANDE.....	6
1.1 Objectifs	6
1.2 Question de recherche.....	6
2 MÉTHODOLOGIE	6
2.1 Recherche bibliographique	6
2.2 Critères d'inclusion	7
3 RÉSULTATS.....	7
3.1 Recherche documentaire et sélection des études.....	7
3.2 Enjeux éthiques et légaux entourant la gestion de la rareté des ressources humaines et matérielles	7
3.3 Gestion et prestation de services de santé spécialisés à des patients non-infectés par le virus	8
3.3.1 Soins intensifs	9
3.3.2 Chirurgie.....	9
3.3.3 Implantation de systèmes de triage et emploi de la télésanté par des services de médecine	9
3.3.4 Patients sous-hémodialyse.....	10
3.3.5 Patients transplantés	10
3.3.6 Soins d'obstétrique.....	11
3.4 Approches ou mesures visant à documenter des pénuries éventuelles de médicaments.....	11
4 CONSTATS	11
5 RÉFÉRENCES.....	12
ANNEXE 1 : STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE	15

MISSION

L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) a pour mission de conseiller les décideurs du CHUM dans leurs choix de technologies et de modes d'intervention en santé, en basant sa méthodologie sur les données probantes, les pratiques les plus efficaces dans le domaine de la santé et l'état des connaissances actuelles. En outre, en conformité avec la mission universitaire du CHUM, elle travaille à diffuser les connaissances acquises au cours de ses évaluations, tant au sein de la communauté du CHUM qu'à l'extérieur, contribuant ainsi à l'implantation d'une culture d'évaluation et d'innovation.

En plus de s'associer aux médecins, aux pharmaciens, aux membres du personnel infirmier et aux autres professionnels du CHUM, l'UETMIS travaille de concert avec la communauté de pratique. Cette dernière est composée des unités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé des autres centres hospitaliers universitaires, de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) ainsi que du Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université de Montréal (RUIS de l'UdeM).

L'UETMIS participe également au processus permanent d'amélioration continue de la performance clinique. Elle travaille de concert avec l'équipe de la gestion de l'information à élaborer des tableaux de bord, permettant une évaluation critique et évolutive des secteurs d'activités cliniques. L'UETMIS propose des pistes de solution, contribuant à accroître la performance clinique par une analyse des données probantes et des lignes directrices cliniques, de même que des pratiques exemplaires. Cette démarche est réalisée en collaboration avec les gestionnaires (administratifs et cliniques).

Divulgence de conflit d'intérêts

Aucun conflit à signaler.

CONTEXTE

Le présent avis a été produit à la demande du Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public (CEPPP), affilié à l'Université de Montréal, dans le contexte de l'urgence sanitaire liée à la maladie à coronavirus (COVID-19) au Québec. Il vise à présenter une recension sommaire de la littérature publiée dans des revues avec comité de lecture et dans la littérature grise, afin d'informer les décideurs publics et les professionnels de la santé et des services sociaux. Vu la nature rapide de cette réponse, les constats ou les positions qui en découlent ne reposent pas sur une recherche exhaustive des données publiées et une évaluation de sa qualité avec une méthode systématique ou sur un processus de consultation élaboré. Dans ce contexte, l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHUM demeure à l'affût de nouvelles données susceptibles d'affecter cette réponse rapide.

1 PRÉSENTATION DE LA DEMANDE

La pandémie de nouveau coronavirus exige un réaménagement des soins hospitaliers, permettant de traiter les patients atteints de la COVID-19 tout en limitant la probabilité d'infecter les patients qui ne sont pas porteurs du nouveau coronavirus. Elle pose également des défis particuliers au système de santé pour le traitement des patients non-atteints de la COVID-19, notamment ceux qui sont atteints de maladies chroniques.

1.1 Objectifs

Cette brève recension vise à exposer les enjeux éthiques associés à la gestion des soins de santé, notamment en ce qui a trait au traitement des patients non-atteints de la COVID-19. De plus, elle vise à faire état des mesures qui ont été mises en place pour réaménager les soins aigus en milieu universitaire dans le contexte de la pandémie actuelle de nouveau coronavirus afin notamment d'assurer la continuité des soins. Enfin, elle vise à documenter des mesures ou approches qui auraient pu être proposées ou implantées en vue de pallier à des pénuries éventuelles de médicaments, dans le contexte de la présente pandémie de COVID-19.

1.2 Question de recherche

Cet examen rapide de la littérature vise à répondre aux deux questions suivantes :

- Quels sont les principaux enjeux et légaux entourant la gestion de la rareté des ressources humaines et matérielles, dans un contexte de pandémie de COVID-19 ?
- Quels sont les principales approches qui ont été mises en place afin de réaménager les soins aigus en milieu universitaire dans le contexte de la pandémie actuelle de coronavirus afin notamment d'assurer la continuité des soins ?
- Des mesures ou des approches visant à pallier à des pénuries éventuelles de médicaments, dans le contexte de la pandémie de COVID-19, ont-elles été documentées ?

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 Recherche bibliographique

Une revue sommaire de la littérature pertinente à l'objet de la recherche a été effectuée dans la base de données bibliographiques Ovid Medline le 3 avril 2020, à l'aide de la stratégie de recherche documentaire qui apparaît en annexe. Afin de capturer notamment les publications les plus récentes, la stratégie de recherche a été essentiellement basée sur diverses combinaisons de mots dans les titres, résumés ou mots clés des auteurs. Seules les études publiées en anglais et en français ont été consultées.

Les sites internet des agences d'évaluation suivantes ont également été consultés, afin de repérer des rapports d'évaluation et des guides de pratique pertinents :

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)
- Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS)
- Haute autorité de santé (HAS)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

Deux des auteurs (SD et IH) ont passé en revue le titre et le résumé de l'ensemble des références identifiées, de façon indépendante. Ils ont ensuite analysé celles qui avaient une probabilité de répondre aux critères de sélection à partir de leur texte complet. Les divergences d'opinion ont été résolues à la suite d'une discussion.

2.2 Critères d'inclusion

Population : Patients adultes

Interventions : Politiques et approches mises en place pour assurer une couverture de soins adéquate tant aux patients atteints de la COVID-19 que des patients non-infectés par le nouveau coronavirus, notamment les malades chroniques. Enjeux pour la gestion des soins de santé (systèmes de santé d'une part et au niveau hospitalier d'autre part) et le traitement des patients non-infectés par le nouveau coronavirus. Analyse des avenues choisies au niveau de la priorisation des soins, dans le contexte de la pandémie. Description et analyse des enjeux éthiques soulevés.

Résultats attendus : Politiques et approches instaurées ou proposées en matière de gestion des soins aigus en milieu universitaire, en contexte de catastrophe ou de pandémie. Description et analyse des enjeux éthiques relatifs à la gestion des soins aigus en période de catastrophe ou de pandémie.

Types de publications : Rapports d'ETMIS – complets ou à réponse rapide, revues systématiques, études de cas et analyses descriptives, contenus éditoriaux. Analyse quantitative ou qualitative. Guides de pratique et positions d'associations de spécialistes.

Aucune appréciation formelle de la qualité méthodologique des publications incluses n'a été effectuée.

Méthode de recension : Revue narrative rapide.

3 RÉSULTATS

3.1 Recherche documentaire et sélection des études

La stratégie de recherche bibliographique et l'analyse de la littérature grise ont permis d'identifier 410 publications, après le retrait des doublons. 25 études jugées potentiellement pertinentes ont été incluses, après l'analyse de leur texte complet.

Les références identifiées portent sur deux thèmes principaux, soit :

- Les enjeux éthiques et légaux entourant la gestion de la rareté des ressources humaines et matérielles en milieu de soins et
- La gestion et la prestation de services de santé spécialisés à des patients non-infectés par le virus, dans un contexte de pandémie.

3.2 Enjeux éthiques et légaux entourant la gestion de la rareté des ressources humaines et matérielles

La pandémie de COVID-19 a engendré des défis éthiques importants en termes de politiques de santé publique (confinement et limitation des risques ou immunité collective), de même que des dilemmes cliniques (considérer tous les patients sans distinction ou triage tenant compte de l'âge, des comorbidités ou du pronostic de santé) (1). Quels que soient les choix effectués, la pandémie est susceptible d'entraîner une augmentation des besoins en termes de soins hospitaliers qui excèdent la capacité hospitalière d'un État (2). Dans ce contexte, la disponibilité de ressources hospitalières comme des lits, des places de soins intensifs, des appareils de ventilation assistée et du personnel de soins critiques apparaît cruciale (2). Aussi, les mêmes principes éthiques devraient être appliqués quant à l'allocation de ces ressources, qu'elles visent à traiter des patients atteints ou non de la COVID-19 (2).

Le principe d'utilité, consistant à sauver le plus grand nombre de vies possible, est évoqué dans plusieurs des études consultées (2-5). Emanuel et coll. (2020) proposent un cadre reposant sur quatre valeurs éthiques permettant de guider l'allocation des ressources de soins de santé absolument rares dans une pandémie COVID-19 (2). Ils estiment notamment que toute décision entourant l'allocation de lits ou d'appareils de ventilation assistée devrait viser à maximiser les retombées en découlant et par conséquent permettre de sauver le plus de vies et d'années de vie (2) Il découle notamment de l'application du cadre proposé qu'une priorité plus élevée devrait être accordée à des patients plus jeunes atteints de maladies graves et dont le pronostic de survie serait meilleur qu'à des patients plus âgés (2).

Ce principe fondamental qui consiste à maximiser les retombées est similaire aux deux principes qui servent de pierre d'assise au modèle de Daugherty et coll. (2019), soit maximiser le pronostic de survie à court terme (avec l'appui d'un appareil de ventilation assistée, en période de catastrophe ou de pandémie, ainsi que d'autres soins intensifs) et maximiser le pronostic de survie à long terme (en tenant compte des comorbidités) (4, 6).

White et Lo (2020) recommandent également une approche qui tient compte à la fois du pronostic de survie à court terme et du pronostic de survie à long terme (7). Par ailleurs, ils émettent une doute sur le plan éthique à l'effet de refuser l'accès à un appareil de ventilation assistée à de grands groupes de patients affectés par certaines comorbidités, comme une insuffisance cardiaque de classe III ou IV, une maladie pulmonaire chronique et sévère, une insuffisance rénale de stade terminal ou une déficience cognitive grave (7). White et Lo (2020) proposent un cadre d'allocation des appareils de ventilation assistée à plusieurs critères (7). Un résultat de 1 à 8 est attribué aux patients éligibles (7).

Plusieurs des publications consultées font état de la nécessité d'une gestion transparente et équitable, ainsi que d'une concertation avec des représentants du public et des groupes de défense des intérêts des patients, notamment, afin d'établir un dialogue autour des enjeux éthiques entourant la gestion des soins et des ressources de santé en période de pandémie ou de catastrophe, dont les appareils de ventilation assistée (1, 2, 4, 6-10). Ainsi, afin d'assurer une allocation transparente d'appareils de ventilation assistée en période de pandémie, Lin et coll. (2009) proposent un modèle de décision clinique, protocole de triage et la formation d'un comité de triage formé de représentants des unités cliniques touchées par la pandémie, incluant également des éthiciens et des membres des services de pastorale (5). Lorsque nécessaire, ce comité pourrait également consulter des représentants de la communauté et du gouvernement (5).

3.3 Gestion et prestation de services de santé spécialisés à des patients non-infectés par le virus

Trois des publications identifiées portent un regard rétrospectif sur l'épidémie de SRAS de 2002-2004 et la pandémie d'influenza (H1N1) survenue en 2009 et font état des stratégies et approches mises en place pour gérer l'afflux de patients vers les hôpitaux (11-13).

Deux d'entre elles mettent un accent particulier sur l'importance de la mise en place d'une stratégie de communication efficace en temps de crise, permettant une circulation fluide de l'information entre la direction de la santé publique, les gestionnaires d'hôpitaux et le gouvernement, contribuant au développement de solutions systémiques (11, 12). La mise sur pied d'une structure de communication et de mesures permanentes pouvant être activées en temps d'urgence sont recommandées (11, 12). Le manque de capacité de pointe tant au niveau des soins cliniques que de la santé publique au Canada a été identifié comme une lacune à combler par le rapport Naylor de 2003 (11).

Stukel et coll. (2008) ont conclu que les restrictions mises en place au cours de l'épidémie de SRAS en 2003 à Toronto, Ottawa et London n'ont pas eu d'impact inattendu sur la mortalité à 30 ou à 180 jours ainsi que les réadmissions ou la mortalité à 60 jours chez les patients traités pour sept conditions de santé sentinelles, dont l'infarctus aigu du myocarde, la fracture de la hanche, l'hémorragie intracérébrale, l'hémorragie digestive, l'embolie pulmonaire, les cancers des voies respiratoires ou le petit poids de naissance (13). Ils concluent que les restrictions à court terme sur les services hospitaliers non-urgents et les transferts hospitaliers sont une stratégie de santé publique adéquate dans un grand système de santé bien développé offrant des alternatives

en milieu communautaire aux soins hospitaliers spécialisés (13). Ainsi, ces restrictions reposeraient sur une stratégie d'atténuation des risques adéquate (13).

Il convient de noter par ailleurs qu'en 2003, le SRAS s'est avéré beaucoup plus virulent mais beaucoup moins répandu, et la durée de l'épidémie a été beaucoup plus courte que celle de la pandémie actuelle de COVID-19.

3.3.1 Soins intensifs

La gestion des lits de soins intensifs dans le contexte de l'épidémie de SRAS à Toronto en 2003 est apparue comme un enjeu important, à savoir si l'on devait créer des « hôpitaux SRAS » et comment assurer les soins essentiels à mesure que les unités de soins intensifs étaient fermées (11). L'Institut scientifique San Raffaele de Milan a été désigné comme hôpital de référence dans le traitement des maladies cardiovasculaires pour le Nord de l'Italie au début de la pandémie de COVID-19 en 2020, afin d'assurer que des soins appropriés soient offerts aux patients non-atteints de COVID-19 dans un contexte d'urgence. Un accès distinct à l'urgence a été offert aux patients chez lesquels on suspectait ou on avait confirmé une infection au nouveau coronavirus (14).

Dans certains milieux, il pourrait être nécessaire de réduire le nombre de places de soins intensifs dévolues au traitement des maladies cardiovasculaires afin de créer des places de soins intensifs permettant de traiter des patients atteints de la COVID-19. Des protocoles doivent être développés pour le traitement des maladies cardiovasculaires, permettant de préserver les ressources hospitalières limitées et minimisant l'exposition des professionnels de la santé et des patients non-infectés par le nouveau coronavirus (1). Compte tenu du besoin d'une place en soins intensifs à la suite d'une chirurgie cardiaque, Driggin et coll. (2020) estiment que dans les cas urgents, une approche médicale ou impliquant une intervention percutanée devrait être préférée, comme une intervention coronaire percutanée ou l'emploi de valves cardiaques par voie percutanée (1).

3.3.2 Chirurgie

Cinq des études consultées font état d'une réduction des activités de chirurgie élective au nombre des mesures mises en place pour réaménager les soins dans un contexte d'épidémie ou de pandémie, afin de réduire le risque d'infection pour le personnel et les patients non-infectés (1, 11, 13-15). Ainsi à l'Institut scientifique San Raffaele au début de la pandémie de COVID-19 de 2020, seuls les chirurgies oncologiques urgentes et les urgences (perforation intestinale, par exemple) ont été traitées. (14). Les articles de Di Saverio et coll. (2020), Méjean et coll. (2020) et Simonato et coll. (2020) proposent des mesures concernant la gestion des services de chirurgie colorectale et la prise en charge des cancers de l'appareil urogénital, dans le contexte de la pandémie de COVID-19 (15-17).

Il convient de noter que plusieurs des mesures proposées dans ces publications sont semblables à des directives émises par le ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) du Québec et l'Institut National de la Santé Publique du Québec (INSPQ) pour la gestion des blocs opératoires et la prévention des infections nosocomiales, en période de pandémie de COVID-19. Ces mesures incluent le report de chirurgies électives et la mise sur pied d'un comité de surveillance chargé notamment d'offrir des alternatives thérapeutiques ou trouver de nouvelles dates de chirurgie aux patients oncologiques dont l'intervention aurait été reportée. Le MSSS a exigé de chaque établissement puisse maintenir un niveau de services chirurgicaux essentiels.

3.3.3 Implantation de systèmes de triage et emploi de la télésanté par des services de médecine

Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, un groupe ad hoc d'experts américains et canadiens a proposé un système de triage reposant notamment sur l'emploi du téléphone et de la télésanté, afin de prioriser les demandes de consultation en allergie-immunologie (18). L'emploi de la télésanté a également été proposé en dermatologie pour le triage des patients et les rendez-vous de suivi (19).

En plus des mesures déjà évoquées visant le traitement des urgences cardiaques, des alternatives aux approches de traitements conventionnelles pourraient devoir être privilégiées dans le contexte de la pandémie de COVID-19 (1).

Il convient de noter que dans le cadre des consignes émises par le MSSS dans le contexte de la maladie à nouveau coronavirus, il a été demandé de privilégier la téléconsultation et le report des visites si cela est jugé à faible risque pour le patient. Le report d'activités électives visant des patients stables ou asymptomatiques. Par ailleurs, tous les cas urgents présentant un risque élevé d'incident cardiaque doivent être traités sans délai.

3.3.4 Patients sous-hémodialyse

Une des publications recensées recommande une série de mesures de prévention, d'atténuation des risques et de confinement à l'intention des services d'hémodialyse dans le contexte de la pandémie de COVID-19 de 2020 (20). Ces recommandations ont été formulées par un groupe de travail sous l'égide de l'ERA-EDTA (20). Selon les auteurs, les patients sous hémodialyse combinent une fragilité intrinsèque et un fardeau de comorbidités dans un milieu dans lequel plusieurs patients sont traités de façon répétée au même endroit (20). Ainsi, le risque de transmission de la COVID-19 dans les services d'hémodialyse aux autres patients traités, aux membres de leurs familles et au personnel médical est élevé (20). Les recommandations du groupe de travail portent notamment sur la formation du personnel médical et infirmier sur l'épidémiologie et les directives cliniques associées à la COVID-19, de même que les meilleures pratiques en termes de prévention des infections (20). Des directives sont également proposées à l'intention des patients sous dialyse dans le contexte de la pandémie de COVID-19, afin de favoriser la prévention des infections (20).

Il convient de noter qu'un guide de pratique a été publié par NICE sur les services de dialyse en pandémie de COVID-19 le 20 mars 2020 (21). Ce guide émet notamment une série de mesures visant les patients non-infectés ou non connus être porteur du nouveau coronavirus. Il comporte aussi des directives concernant les modes de transport et la gestion des zones d'attente (21). De plus il propose des directives dans les cas de pénurie de personnel médical, gestion du matériel à domicile et dans les unités de soins (21).

3.3.5 Patients transplantés

Les infections causées par des agents pathogènes viraux restent l'une des principales causes de morbidité et de mortalité chez les transplantés (1). Certaines publications proposent de tester A- tous les donneurs d'organes et B- toutes les unités de sang afin de réduire le risque d'infections dans des situations de pandémie chez les transplantés. En plus du respect des consignes de protection, d'isolement et de désinfection (22).

Dans le cas de la pandémie su COVID-19, NICE a récemment publiée un guide qui met en relief les meilleurs pratiques pour la sécurité des patients qui ont besoin d'une greffe de cellules souches hémopoïétiques et pour l'utilisation optimale des ressources du NHS, tout en protégeant le personnel contre les infections. Il permet également aux services d'adapter la capacité de transplantation aux besoins des patients si les services deviennent limités en raison de la pandémie de COVID-19 (23).

Le rapport présente une série de directives et de mesures pour les patients non infectés. On invite notamment à communiquer avec les patients, leurs familles et les soignants et soutenir leur bien-être mental, en signalant aux organismes de bienfaisance et aux groupes de soutien (y compris les bénévoles du NHS) lorsqu'ils sont disponibles, pour aider à atténuer l'anxiété et la peur qu'ils peuvent avoir à propos de COVID-19 (23). Il invite également à minimiser le contact face à face et offrir des consultations par téléphone ou vidéo chaque fois que possible et favoriser la livraison des médicaments. Des mesures sont proposées pour limiter le temps passé en zone d'attente en milieu de soins lorsqu'une consultation en face à face est néanmoins essentielle (23, 24).

3.3.6 Soins d'obstétrique

Une des études recensées propose des mesures visant à réorganiser rapidement une unité d'obstétrique dans le contexte de la pandémie de COVID-19 (25). Les mesures proposées incluent :

- La mise en place d'un groupe de travail (formé d'un obstétricien, un anesthésiste, un néonatalogiste, une sage-femme ou une infirmière, un administrateur local dans l'établissement de santé), avec des réunions régulières pour étudier les ressources impliqués et partagé la prise de décision.
- La mise sur pied d'un centre d'appel de triage pour toutes les femmes enceintes, avec un numéro gratuit.
- La mise en place d'une équipe de dépistage mobile (sage-femme, médecin ou infirmière) pour toutes les femmes enceintes femmes suspectées d'infection. L'équipe est mobilisée pour effectuer le dépistage et donner conseils au patient avant de se rendre à l'hôpital ou au moins à son arrivée.
- Une référence vers un obstétricien / gynécologue privé ou une sage-femme communautaire, si possible.
- Mettre en œuvre la télémédecine.
- Triage pour les grossesses à faible risque et à haut risque.
- Mettre en place des mesures bien définies pour les tests d'échographie.
- Mise en place de protocole post-natal serré afin de raccourcir la durée de séjour des patientes non COVID-19 légèrement symptomatiques, sinon en bonne santé, avec des soins à domicile et conseils d'isolement et sans complications.

3.4 Approches ou mesures visant à documenter des pénuries éventuelles de médicaments

Cet examen rapide de la littérature n'a pas permis d'identifier de publication académique, de rapport d'évaluation ou de guide de pratique concernant des approches ou des mesures visant à répondre à des pénuries éventuelles de médicaments, spécifiquement en lien avec la pandémie de COVID-19, en date du 3 avril 2020.

4 CONSTATS

- Cet examen rapide de la littérature a permis d'identifier des critères éthiques permettant de guider l'allocation des ressources de soins de santé dans une pandémie COVID-19.
- Une concertation entre les représentants des patients et les groupes de défense des intérêts des patients, le MSSS, les fédérations de médecins et les gestionnaires d'hôpitaux apparaît nécessaire afin d'établir un dialogue autour des enjeux éthiques entourant la gestion des soins de santé en période de pandémie de COVID-19.
- Il y aurait lieu de réfléchir à l'opportunité de s'inspirer des mesures documentées afin de réaménager certains milieux de soins aigus dans le contexte de la présente pandémie de COVID-19.
- Une nouvelle recherche documentaire pourrait être effectuée ultérieurement afin de déterminer si de nouvelles études documentant des mesures ou des approches visant à pallier à des pénuries éventuelles de médicaments auraient été publiées, en lien avec la pandémie de COVID-19, à l'aide de la stratégie de recherche bibliographique en annexe.

5 RÉFÉRENCES

1. Driggin E, Madhavan MV, Bikdeli B, Chuich T, Laracy J, Bondi-Zoccai G, et al. Cardiovascular Considerations for Patients, Health Care Workers, and Health Systems During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *J Am Coll Cardiol*. 2020;18:18.
2. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of COVID-19. *N Engl J Med*. 2020;23:23.
3. Devnani M, Gupta AK, Devnani B. Planning and response to the influenza A (H1N1) pandemic: ethics, equity and justice. *Indian J Med Ethics*. 2011;8(4):237-40.
4. Daugherty Biddison EL, Faden R, Gwon HS, Mareiniss DP, Regenber AC, Schoch-Spana M, et al. Too Many Patients...A Framework to Guide Statewide Allocation of Scarce Mechanical Ventilation During Disasters. *Chest*. 2019;155(4):848-54.
5. Lin JY, Anderson-Shaw L. Rationing of resources: ethical issues in disasters and epidemic situations. *Prehospital Disaster Med*. 2009;24(3):215-21.
6. Rosenbaum L. Facing COVID-19 in Italy - Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line. *N Engl J Med*. 2020;18:18.
7. White DB, Lo B. A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic. *Jama*. 2020;27:27.
8. Gostin LO, Friedman EA, Wetter SA. Responding to COVID-19: How to Navigate a Public Health Emergency Legally and Ethically. *Hastings Cent Rep*. 2020;26:26.
9. Nicoli F, Gasparetto A. Italy in a Time of Emergency and Scarce Resources: The Need for Embedding Ethical Reflection in Social and Clinical Settings. *J Clin Ethics*. 2020;31(1):92-4.
10. Koonin LM, Pillai S, Kahn EB, Moulia D, Patel A. Strategies to Inform Allocation of Stockpiled Ventilators to Healthcare Facilities During a Pandemic. *Health Secur*. 2020;20:20.
11. Booth CM, Stewart TE. Severe acute respiratory syndrome and critical care medicine: the Toronto experience. *Crit Care Med*. 2005;33(1 Suppl):S53-60.
12. Schuklenk U, Gartland KM. Confronting an influenza pandemic: ethical and scientific issues. *Biochem Soc Trans*. 2006;34(Pt 6):1151-4.
13. Stukel TA, Schull MJ, Guttman A, Alter DA, Li P, Vermeulen MJ, et al. Health impact of hospital restrictions on seriously ill hospitalized patients: lessons from the Toronto SARS outbreak. *Med Care*. 2008;46(9):991-7.
14. Zangrillo A, Beretta L, Silvani P, Colombo S, Scandroglio AM, Dell'Acqua A, et al. Fast reshaping of intensive care unit facilities in a large metropolitan hospital in Milan, Italy: facing the COVID-19 pandemic emergency. *Crit Care Resusc*. 2020;01:01.
15. Di Saverio S, Pata F, Gallo G, Carrano F, Scorza A, Sileri P, et al. Coronavirus pandemic and Colorectal surgery: practical advice based on the Italian experience. *Colorectal Dis*. 2020;31:31.
16. Mejean A, Roupert M, Rozet F, Bensalah K, Murez T, Game X, et al. [Recommendations CCAFU on the management of cancers of the urogenital system during an epidemic with Coronavirus COVID-19.]. *Prog Urol*. 2020;28:28.
17. Simonato A, Giannarini G, Abrate A, Bartoletti R, Crestani A, De Nunzio C, et al. Pathways for urology patients during the COVID-19 pandemic. *Minerva Urol Nefrol*. 2020;30:30.

18. Shaker MS, Oppenheimer J, Grayson M, Stukus D, Hartog N, Hsieh EWY, et al. COVID-19: Pandemic Contingency Planning for the Allergy and Immunology Clinic. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2020;26:26.
19. Pathoulas JT, Stoff BK, Lee KC, Farah RS. Ethical Outpatient Dermatology Care During the Coronavirus (COVID-19) Pandemic. *J Am Acad Dermatol.* 2020;26:26.
20. Basile C, Combe C, Pizzarelli F, Covic A, Davenport A, Kanbay M, et al. Recommendations for the prevention, mitigation and containment of the emerging SARS-CoV-2 (COVID-19) pandemic in haemodialysis centres. *Nephrol Dial Transplant.* 2020;20:20.
21. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). COVID-19 rapid guideline: dialysis service delivery. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2020.
22. Kumar D, Humar A. Emerging viral infections in transplant recipients. *Curr Opin Infect Dis.* 2005;18(4):337-41.
23. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). COVID-19 rapid guideline: haematopoietic stem cell transplantation. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2020.
24. British Society of Blood and Marrow Transplantation and Cellular Therapy (BSBMTCT). BSBMTCT Recommendations for COVID-19 Adult. London (UK): British Society of Blood and Marrow Transplantation and Cellular Therapy (BSBMTCT); 2020.
25. Capanna F, Haydar A, McCarey C, Bernini Carri E, Bartha Rasero J, Tsibizova V, et al. Preparing an obstetric unit in the heart of the epidemic strike of COVID-19: quick reorganization tips. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2020:1-11.

ANNEXE

ANNEXE 1 : STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Continuité des soins pour les patients non-COVID-19

De : Bénédicte Nauche
À : Simon Deblois
Date : 3 avril 2020
Sujet : Continuité et disponibilité des services aux patients non atteints par le coronavirus pendant la pandémie de la COVID-19; enjeux éthiques; système de santé; approvisionnement/pénurie de médicaments

Stratégie de recherche dans Ovid Medline



Bénédicte Nauche

1	(exp coronavirus/ or coronavirus*.mp.) and (wuhan or beijing or shanghai or 2019-nCoV or nCoV or COVID-19 or SARS-CoV-2).mp.	1528
2	coronavirus*.ti. or (novel coronavirus*.mp. and (exp china/ or china.mp.)) or ((pneumonia.mp. or exp pneumonia/) and Wuhan.mp.)	7531
3	('COVID-19' or '2019-nCov' or 'SARS-CoV-2').mp.	2335
4	coronavirus infections/ or severe acute respiratory syndrome/	8919
5	(sars not standardis* admission ratios).tw,kf.	9103
6	h1n1.tw,kf.	17235
7	or/1-6	35567
8	(resource* adj5 (availab* or access* or allocat* or suppl* or procurement or shortage*)).tw,kf.	51328
9	((health or healthcare) adj3 (management or system* or service* or access* or suppl* or procurement or shortage*)).tw,kf.	310423
10	(other patients or chronic diseases).tw,kf.	61146
11	((vulnerable or high-risk) adj3 (population* or patient*)).tw,kf.	102907
12	((emergency or elective) adj3 (surger* or treatment*)).tw,kf.	40805
13	((drug\$1 or chloroquine) adj5 (suppl* or procurement* or shortage*)).tw,kf.	6839
14	supply chain*.tw,kf.	3224
15	Non-Infected.tw,kf.	6292
16	pathway*.ti,kf.	221797
17	or/8-16	780825
18	(prioriti* or reorgani* or reallocat* or ration*).tw,kf.	318813
19	(mitigat* or contingency).tw,kf.	86231
20	strateg*.tw,kf.	1066553
21	left behind.tw,kf.	2314
22	overlook*.tw,kf.	34383
23	falling through the cracks.tw,kf.	82
24	neglect*.tw,kf.	61476

25	left out.tw,kf.	922
26	ethic*.tw,kf.	130630
27	(continuity or stability or continuation or continuum or resilience).tw,kf.	531379
28	or/18-27	2096700
29	7 and 17 and 28	331
30	(non-covid adj5 (patient* or disease*)).tw,kf.	6
31	((('COVID-19' or '2019-nCov' or 'SARS-CoV-2' or coronavirus) and ethic*).tw,kf.	29
32	((resource* or ventilator* or drug\$1 or suppl* or treatment) and (availab* or access* or allocat* or suppl* or procurement or shortage* or prioriti* or reorgani* or reallocat* or ration* or strateg* or mitigat* or ethic*)).ti,kf.	155170
33	7 and 32	103
34	29 or 30 or 31 or 33	448
35	limit 34 to (english or french)	410
36	remove duplicates from 35	406